



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Vista Hermosa

2014

DIAGNÓSTICO LOCAL CON PARTICIPACIÓN SOCIAL CIUDAD BOLÍVAR

ASIS

HOSPITAL VISTA HERMOSA

12 ABRIL 2016

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Linea 195





Secretaría Distrital de Salud

Aldo Enrique Cadena Rojas

Director de Salud Pública Distrital

Jaime Hernán Urrego Rodríguez

Asesoría y asistencia técnica

Análisis de Situación en Salud Distrital

Hospital Vista Hermosa

Gerente: Victoria Eugenia Martínez Puello

Planeación: Yulieth López Retamoso

Grupo funcional Salud Pública: Ingrid Paola Lozano Torres

Componente de Vigilancia en salud Pública: Valdomiro Laiceca Guaraca

Componente de Gestión de Políticas: Yeimy Catherine Gutiérrez Ortiz

Desarrollo del proceso

Análisis en Situación en Salud Hospital Vista Hermosa. ASIS

Elizabeth Rubio Castiblanco

Profesional Especializado Epidemiología

Said Reyes Sarmiento

Profesional en Psicología

Alberto Camilo Guiot Negron

Profesional en Geografía

William Ferney Téllez Pineda

Técnico en Sistemas

Coautoría

Equipo de Gestión de Políticas e intersectorialidad

Equipo Vigilancia en Salud Pública

Territorios Saludables

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Tabla de contenido

Tabla de Gráficas	5
Tabla de Tablas.....	5
Tabla de mapas.....	6
Justificación.....	8
Marco conceptual	9
Metodología.....	14
Objetivo general	17
Objetivos Específicos	17
Capítulo 1. Relación población, territorio, ambiente y sociedad	18
1.1. Contexto territorial	18
1.1.1. Ubicación y localización	18
1.1.2. Características físicas del territorio	22
1.1.3. Accesibilidad geográfica	23
1.1.4. Zonas de riesgo ambiental.....	25
1.1.5. Historia y asentamiento de la localidad.....	27
1.1. Contexto demográfico	29
1.2.1. Densidad de población.....	29
1.2.2. Estructura de poblacional.....	29
1.2.3. Dinámica poblacional	32
1.3. Contexto socioeconómico	32
1.3.1. Indicadores Sociales	32
1.3.2. NBI, Pobreza por ingresos.	33
1.3.3. Pobreza Multidimensional	33
1.3.4. Índice de Calidad de Vida	34
1.3.5 Coeficiente de GINI	34
1.3.6. Índice De Desarrollo Humano	35
1.3.7 Condiciones de La Vivienda.....	35
1.3.8 Cobertura y calidad de servicios públicos.	36



1.3.9 Nivel de escolaridad	36
1.3.10 Régimen de seguridad Social en Salud	36
1.3.12 Tasa de ocupación y desempleo	37
1.3.13 Nivel de endeudamiento	37
1.4. Mapa de actores.....	39
1.5 Priorización de las Unidades de Planeación Zonal (UPZ)	39
Capítulo 2. Análisis de los determinantes sociales de la salud en el ámbito de las dimensiones prioritarias	43
2.1. Perfil Salud Enfermedad	43
2.1.1. Mortalidad	43
2.1.1.3. Materno infantil y en la niñez.....	45
Mortalidad materna	45
Mortalidad perinatal.....	48
Mortalidad infantil	52
Mortalidad menor de cinco años	53
Mortalidad por neumonía	54
Mortalidad por enfermedad diarreica aguda.....	57
Mortalidad por desnutrición	57
Mortalidad por malformaciones congénitas en menores de cinco años	58
Dimensión Salud Ambiental.....	76
Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles	78
Dimensión Vida Saludable libre de Enfermedades Transmisibles.....	81
Dimensión Convivencia Social y Salud Mental	82
Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional	85
Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos.....	89
Dimensión Salud Pública en emergencias y desastres	92
Dimensión Salud y Dimensión Ámbito Laboral	96
Dimensión Transversal de Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables.....	99
Análisis de las tensiones de Poblaciones Vulnerables	106
Dimensión Transversal de Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria.....	107

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
 Código Postal: 111951
 PBX: 730 0000
 FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
 Info:Línea 195





Capítulo 3. Identificación de tensiones en salud presentes en la localidad Ciudad Bolívar	113
Dimensión Salud Ambiental.....	113
Riesgo biológico asociado a la presencia de vectores y tenencia de animales (Hábitat saludable)	113
Dimensión Vida Saludable y condiciones no transmisibles	114
El desarrollo de aptitudes para un mejor control sobre la salud y el medio ambiente (modos condiciones y estilos de vida saludables).....	114
Dimensión Vida Saludable libre de Enfermedades Transmisibles.....	115
Reducir la carga de enfermedades como tuberculosis, infección respiratoria aguda y la enfermedad de Hansen (enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas).....	115
Dimensión Convivencia Social y Salud Mental	117
Mitigar y superar el impacto de diferentes formas de violencia sobre la salud mental (prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y diferentes formas de violencia)	117
Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional	118
El acceso al grupo de alimento prioritario (disponibilidad y acceso a alimentos) ..	118
Dimensión derechos sexuales y sexualidad	119
Garantizar la atención integral a las víctimas de violencia de género y sexual (promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género)	119
Dimensión Salud Pública en emergencias y desastres	120
La reducción del riesgo de desastres actuales y futuros (gestión integral del riesgo en emergencias y desastres)	120
Dimensión Salud y Ámbito Laboral.....	122
El fomento de una cultura preventiva (Seguridad y salud en el trabajo)	124
Dimensión gestión diferencial de poblaciones vulnerables.....	125
Lograr la construcción de políticas públicas sectoriales y transectoriales orientadas a alcanzar el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes. (Desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes)	125
Dimensión fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.....	128
Estrategias para garantizar el aseguramiento y provisión adecuada de servicios de salud (Eliminación de barreras de acceso a servicios de salud)	128

Tabla de Gráficas

Gráfica 1. Pirámides poblacionales, Localidad Ciudad Bolívar, comparativo años 2005 - 2014	30
Gráfica 2. Mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos, en la localidad Ciudad Bolívar, comparativo Bogotá, 2005 - 2014	46
Gráfica 3. Mortalidad perinatal, en la localidad Ciudad Bolívar, comparativo Bogotá, 2005 - 2014	48
Gráfica 4. Mortalidad infantil, en la localidad Ciudad Bolívar, comparativo Bogotá, 2005 - 2014	52
Gráfica 5. Mortalidad en menor de 5 años, en la localidad Ciudad Bolívar, comparativo Bogotá, 2005 - 2014	53
Gráfica 6. Mortalidad en menor de 5 años por neumonía, en la localidad Ciudad Bolívar, comparativo Bogotá, 2005 - 2014	55
Gráfica 7. Mortalidad en menor de 5 años por enfermedad diarreica aguda, en la localidad Ciudad Bolívar, comparativo Bogotá, 2005 - 2014	57
Gráfica 8. Mortalidad en menor de 5 años por desnutrición, en la localidad Ciudad Bolívar, comparativo Bogotá, 2005 - 2014	58

Tabla de Tablas

Tabla 1. Descripción de las Unidades de Planeación zonal de	19
Tabla 2. Descripción de la Unidad De Planeación Rural de	20
Tabla 3. Priorización de las Unidades de Planeación zonal, según subsistemas de vigilancia en salud pública, Localidad Ciudad Bolívar, 2014	40
Tabla 4. Priorización de las Unidades de Planeación zonal, según mortalidad evitable y el suicidio consumado, Localidad Ciudad Bolívar, 2014	41
Tabla 5. Tasas de las Primeras diez causas de mortalidad general, Localidad Ciudad Bolívar, años 2011 - 2012	43
Tabla 6. Tasas de mortalidad específica por subgrupos, Localidad Ciudad Bolívar, años 2008 - 2012	45
Tabla 7. Primeras diez causas de morbilidad en consulta externa, Localidad Ciudad Bolívar. Año 2014	59
Tabla 8. Primeras diez causas de morbilidad en hospitalización, Localidad Ciudad Bolívar. Año 2014	60
Tabla 9. Primeras diez causas de morbilidad en urgencias, Localidad Ciudad Bolívar. Año 2014	61
Tabla 10. Hipertensión esencial en consulta externa, Localidad Ciudad Bolívar. Año 2014	62



Tabla 11. Diabetes Mellitus en hospitalización, Localidad Ciudad Bolívar. Año 2014.63
Tabla 12. Hipertensión esencial en hospitalización, Localidad Ciudad Bolívar. Año 2014.
.....63
Tabla 13. Métricas Normativas.....76

Tabla de mapas

Mapa 1. División político administrativa y21
Mapa 2. Vías de comunicación en la localidad Ciudad Bolívar, 201424
Mapa 3. Relieve con hidrografía y zonas de riesgos, localidad Ciudad Bolívar, 2014 ...26
Mapa 4. Unidades de planeación zonal priorizadas en la localidad Ciudad Bolívar, 2014
.....42

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Linea 195



Introducción

El diagnóstico local con participación social, es un documento de análisis y síntesis de la situación en salud, de la población de Ciudad Bolívar. El cual tiene como finalidad fortalecer los procesos de toma de decisiones, tanto del sector como de otros sectores, y contribuir a mejorar las condiciones salud y calidad de vida de esta población.

El diagnóstico local, se construye a partir de un proceso de investigación interdisciplinar, constituido por profesionales y especialistas de las ciencias sociales y de las ciencias de la salud, quienes se encargan del procesamiento de diversas fuentes de información tanto cuantitativa, cualitativa y espacial, en las diferentes escalas del territorio (Localidad y Unidades de Planeación Zona/Rural). Con el fin de generar un documento, claro a nivel conceptual, metodológico y con resultados de suma importancia, para los tomadores de decisiones.

Las bases conceptuales que soportan el presente documento lo constituyen la estrategia PASE a la Equidad en Salud del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud, el enfoque territorial y el poblacional, así como la perspectiva de las inequidades sociales, como eje ordenador del diagnóstico, se tiene la etapa de ciclo vital (Infancia, Adolescencia, Juventud, Adulthood y Vejez).

El presente documento contempla tres capítulos: El primero capítulo habla acerca de la relación población, territorio, ambiente y sociedad, para el desarrollo de este capítulo, se contemplan tres partes, la primera contendrá los objetivos del diagnóstico local, la justificación, el marco conceptual y el marco metodológico.

En la segunda parte se describe las características generales de la localidad y de las Unidades de Planeación Zonal y Unidades de Planeación Rural, en términos de la historia, ubicación, límites, características físicas, accesibilidad geográfica y zonas de riesgo ambiental.

En la segunda parte se relacionará los aspectos socio demográficos, como el crecimiento poblacional, la estructura de la población por sexo y grupos de edad, de los años pirámide 2005, 2010 y 2014, el número de viviendas, el índice de envejecimiento, la razón de dependencia, la tasa general de fecundidad, la esperanza de vida, la línea de pobreza e indigencia, la tasa de ocupación y de desempleo, la cobertura de educación, el ingreso per-cápita de la localidad y nivel de endeudamiento, la cobertura y calidad de servicios públicos, así como las condiciones de la vivienda, escolaridad, la ocupación, el sistema de salud, y por último la oferta relacionada con servicios de



recreación, cultura y movilidad en la localidad. La tercera y última parte contendrá el mapa de actores sociales presente en la localidad y la priorización de las Unidades de Planeación Zonal definidas como críticas, para profundizar en los procesos de salud enfermedad, en el capítulo dos y tres.

El segundo capítulo presenta las problemáticas más relevantes, que afectan la salud y calidad de vida de la población de la Ciudad Bolívar, la cual se presenta en clave de determinantes sociales de la salud y en el ámbito de las dimensiones prioritarias del plan decenal de salud pública 2012-2021, tanto a nivel local y Unidades de Planeación Zonal priorizadas. Para esto se presenta el perfil salud enfermedad de la localidad, en donde a partir de los ciclos vitales se relacionan los eventos en salud, la morbilidad, la discapacidad, la mortalidad por grandes causas, específica por subgrupos, y materno-infantil y en la niñez.

El tercer y último capítulo del diagnóstico local, presenta las tensiones en salud presentes en la localidad frente a las problemáticas identificadas tanto a nivel local como de Unidades de Planeación Zonal críticas, a su vez se presentan las conclusiones y recomendaciones en donde se incluye propuestas y recomendaciones con el objeto de impactar a los determinantes y las tensiones identificadas que afectan la salud de acuerdo a las problemáticas o temáticas priorizadas.

Justificación

El documento de diagnóstico local con participación social, es relevante para la localidad de Ciudad Bolívar, debido a que caracteriza y profundiza de manera sintética el proceso salud – enfermedad de la población habitante de esta localidad, y a su vez brinda una comprensión compleja, dinámica e interrelacionada, acerca de los factores que condicionan la salud, la enfermedad, y la muerte y a su vez propone estrategias, para contribuir a mejorar las condiciones de salud y calidad de vida.

Por otra parte el documento de diagnóstico al ser un proceso de investigación interdisciplinaria orientado a la toma de decisiones; el cual tiene como base teórica la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud, el enfoque territorial y poblacional, así como la perspectiva de las inequidades sociales, y la estrategia PASE a la Equidad en salud, se constituye en una herramienta fundamental, para el sector salud y otros sectores, y de esta manera contribuir a mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de esta población.

Por último el diagnóstico local 2014, es un documento de interés en Salud Pública debido a que presenta una nueva forma de comprender la salud y la enfermedad, la cual está centrada en las dimensiones de la estrategia PASE a la Equidad en salud,

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



estrategia que está articulada al plan de decenal de salud pública 2012-2021, lo que permite articular este diagnóstico con otros a nivel, distrital local y nacional y de esta manera facilitar la toma de decisiones frente a los problemas de la salud y la calidad de vida.

Marco conceptual

A continuación se presentan las bases conceptuales que soportan el presente documento de diagnóstico local, el cual parte de la comprensión de los conceptos de salud y enfermedad, para profundizar posteriormente en la propuesta de la organización de la salud, a cerca de los determinantes sociales, el enfoque territorial, poblacional y por último se encontrará el enfoque de género y clase social.

Un acercamiento a los conceptos de salud y enfermedad

Las condiciones materiales y las relaciones sociales producen, a la vez reciben la influencia de una determinada cosmovisión en interdependencia mutua. Esta cosmovisión origina también un cuerpo de conocimientos en los distintos aspectos de la realidad. Así, los conceptos de salud y de enfermedad no pueden desligarse de esta concepción general del mundo; precisamente sólo dentro de ella son comprensibles sistemas interpretativos sobre la salud, la enfermedad, el cuerpo humano y su manejo. Estos conocimientos conforman modelos de comprensión y acción articulados de manera diferente en cada grupo por el orden integrador de la cultura, la religión, la cosmología, la naturaleza, etc.¹.

Por ello el concepto de salud no puede surgir de abstracciones o subjetivismo, sin relación con las necesidades humanas, sino como un proceso de salud-enfermedad, determinado por múltiples causas². Resnik explica que el origen multi-causal del proceso Salud-Enfermedad incluye además de los factores biológicos propios del hombre, los del ambiente natural, físico, químico, biológico y los socio-económicos, cuyos efectos pueden ser positivos o negativos³.

¹ Mariño, Consuelo. Wiesner, Carolina. Salud y cultura. En: Rivera, Deyanira (Comp.) Antropología Médica. Una relación entre ciencias sociales y medicina. Colección Educación Médica. Universidad del Bosque. Bogotá. 1998

² Santos H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. Abril - Junio [Internet]. 2011-2013; 37.

³ Resnik A P. La causalidad en epidemiología. Técnica- C, editor. La Habana. Cuba. 2003.

Breilh considera que el proceso salud-enfermedad, tanto individual como colectivo, es parte del todo social que se origina en las estructuras y funcionamiento de las formaciones sociales como producto de la inserción de los individuos y población en la reproducción social, es decir, en la producción, distribución y consumo de los bienes materiales y espirituales del hombre⁴.

Bajo las concepciones expuestas anteriormente se propone una definición operacional de salud-enfermedad como un proceso en la vida de las personas, cambiante y transformador, no estático, que fluctúa, relacionado con el bienestar físico, mental y social, que es individual, particular o colectivo global, dinámico, variable y consecuencia de múltiples factores que, según sus efectos, pueden ser positivos o negativos. Para lograr comprender mejor la salud es necesario reconocer los siguientes enunciados:

- La salud no es un hecho aislado.
- Guarda estrecha relación con la realidad económica, política, social y cultural de una comunidad.
- Tiene una ubicación en el tiempo y en el espacio.
- Debe ser pensada como un hecho social que atraviesa la organización cultural⁵.

Los determinantes sociales de la salud y enfermedad. Las alternativas en un modelo de determinantes sociales

Las inequidades en salud constituyen un problema para todos los países y reflejan las diferencias no solo respecto a los ingresos y la riqueza, sino también las diferencias en cuanto a oportunidades según factores como etnia y racismo, clase, género, educación, discapacidad, orientación sexual y ubicación geográfica. Estas diferencias tienen consecuencias profundas y representan los efectos de lo que se conoce como determinantes sociales de la salud⁶.

Desde esta perspectiva se entiende que la salud es una construcción histórica- social, que las enfermedades son el resultado de las interacciones sociales, biológicas, culturales, históricas y políticas en que viven los individuos y colectividades. Los

⁴ Jaime B. Epidemiología Crítica- Ciencia emancipadora e interculturalidad. Colectiva CS, editor. Buenos Aires. 2003.

⁵ Abadia CE. Intersubjetividades estructurales. La salud en Colombia como dilema epistemológico y político para las ciencias sociales. Universitas Humanística. 2008:57 - 88.

⁶ Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 Estrategia PASE a la Equidad en Salud Lineamiento Conceptual Bogotá, abril 25 de 2014



determinantes no actúan aisladamente sino en interacciones complejas que tienen una repercusión aún más profunda en la salud. Su análisis debe conducir al planteamiento de respuestas integrales que afecten las condiciones que producen los problemas y tiendan hacia la disminución de brechas de inequidad. Existen varios modelos para el abordaje de los determinantes sociales, sin embargo, en este documento se tendrá en cuenta el modelo planteado por la OMS.

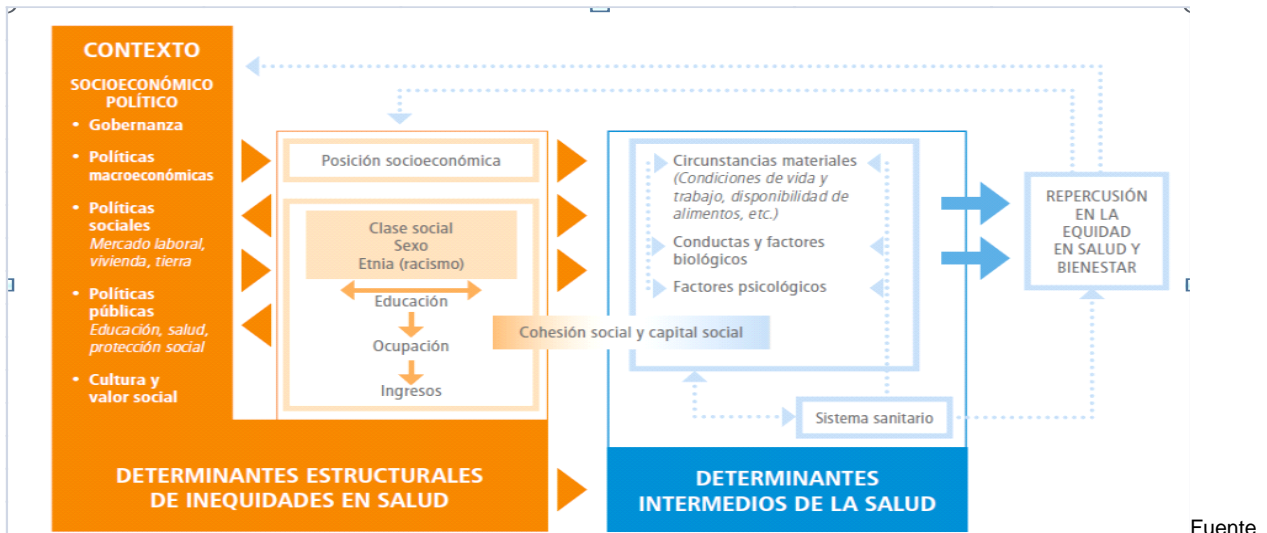
Este enfoque basado en los determinantes sociales de la OMS refleja la realidad de que las inequidades en salud no pueden abordarse sin tener en cuenta las desigualdades sociales. En conclusión, “los fundamentos para actuar sobre los determinantes sociales de la salud se basan en tres temas amplios. En primer lugar, es un imperativo moral reducir las inequidades en salud. En segundo lugar, es fundamental mejorar la salud y el bienestar, promover el desarrollo y lograr las metas de salud en general. En tercer lugar y, lo que es más importante, se requiere actuar sobre los determinantes sociales para lograr una serie de prioridades sociales, que se beneficien con la reducción de las inequidades en salud”.

Este enfoque hace énfasis en que los determinantes más importantes son los que dan lugar a una estratificación dentro de una sociedad (determinantes estructurales), como la distribución de ingresos, la discriminación (por ejemplo, por razón de género, clase, etnia, discapacidad u orientación sexual) y las estructuras políticas y de gobernanza que refuerzan las desigualdades en el poder económico en lugar de reducirlas. Estos mecanismos estructurales que influyen en las posiciones sociales de los individuos constituyen la causa principal de las inequidades en salud.

Las discrepancias atribuibles a estos mecanismos configuran el estado de salud y los resultados de salud de cada individuo, a través de su repercusión sobre determinantes intermedios, como las condiciones de vida, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales o biológicos y el propio sistema de salud⁷. Además existen otros determinantes intermedios y proximales que se refieren a los aspectos como: las condiciones de vida, conductas o factores biológicos, factores psicológicos y el sistema sanitario.

⁷ Abadía CE. Intersubjetividades estructurales. La salud en Colombia como dilema epistemológico y político para las ciencias sociales. Universitas Humanística. 2008:57 - 88.

Figura 1. Modelo de determinantes Sociales en salud OMS. 2011



. OMS. 2011.

Fuente

Enfoques en el abordaje de los determinantes sociales de la salud

Teniendo en cuenta que los determinantes sociales de la salud constituyen una de las bases conceptuales de los análisis de situación de salud y que se fundamentan en el énfasis al análisis de desigualdades injustas y evitables, es posible combinar esta perspectiva con la de derechos y con los enfoques territorial, poblacional y diferencial.

La perspectiva de derechos contempla una mirada que concibe los derechos humanos de manera universal, inalienable, interdependiente e indivisible; se preocupan por la validación y materialización real de éstos a través de acciones de respeto, reconocimiento y restitución, dotando a la sociedad civil de herramientas para su exigibilidad.

Enfoque poblacional: Reconoce a los sujetos como actores, que pueden configurarse a través de la infancia, la juventud, la adultez y la vejez, y que están inmersos en escenarios cotidianos (el barrio, la comunidad, el trabajo, la productividad, la escuela, la familia y las instituciones que les prestan servicios); parte de identificar condiciones determinantes para los sujetos en el plano económico, cultural y político; y a través de enfoques y condiciones transversales en la vida como la salud mental, las discapacidades, los géneros, la productividad, el desplazamiento, lo étnico, la seguridad alimentaria y la actividad física.

El enfoque territorial se traduce en una manera de tratar los fenómenos, procesos, situaciones y contextos (físicos, políticos, económicos, etc.), En los espacios concretos donde ocurren y se transforman, incidiendo en diferentes escalas. Parte de la definición del “territorio”, el cual debe ser entendido como una construcción social resultado de las relaciones dadas entre las personas y la naturaleza, y materializado en formas de organización espacial que reflejan una apuesta para el desarrollo.

Enfoque de género y clase social: Partiendo del hecho que las «desigualdad en salud» se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, territorio o etnia. El concepto de la Organización Mundial de la Salud del término «desigualdad» (inequity) se refiere a las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas; por tanto, incluye una dimensión moral o ética, los estudios dedicados a las desigualdades sociales en salud han puesto de manifiesto que las mujeres, en términos generales, presentan unos indicadores de salud que denotan una peor situación.

El desarrollo del llamado «enfoque de género en salud» es un fenómeno reciente: a mediados del siglo XX diversas autoras feministas hablan por primera vez de la construcción social de las diferencias sexuales. El término «género» puede ser definido como un constructo social que pone de manifiesto las convenciones culturales, los roles y los comportamientos sociales que diferencian a las mujeres y los hombres y, por tanto, intenta diferenciar el sexo biológico de la forma en que la sociedad construye el «ser hombre» o «ser mujer».

Las desigualdades de género indican una distribución diferente de los trabajos realizados por parte de las mujeres y los hombres. Así, por ejemplo, existe una desigualdad en la distribución del trabajo doméstico o en el cuidado de las personas del hogar, que se realiza preferiblemente por las mujeres. Por otro lado, ellas sufren también desigualdades en el medio laboral: soportan una tasa mayor de contratos laborales temporales o precarios. Otros ejemplos son la segregación que existe en el mercado laboral, tanto vertical (las mujeres ocupan los trabajos menos cualificados) como horizontal (las mujeres se centran en unos pocos sectores de la actividad económica relacionados con el cuidado de las personas).

A continuación se presenta el apartado a nivel metodológico con el fin de dar cuenta del procesamiento de la información.

Metodología

El diagnóstico local con participación social, para la localidad de Ciudad Bolívar, se construye a partir de un proceso de investigación interdisciplinar, constituido por profesionales y especialistas de las ciencias sociales y de las ciencias de la salud, quienes se encargan del procesamiento de diversas fuentes de información tanto cuantitativa, cualitativa y espacial, en las diferentes escalas del territorio (Localidad y Unidades de Planeación Zona/Rural), esto con el fin de dar cuenta del proceso de salud enfermedad, de una manera compleja e integrada y lo más completa posible, que facilite la toma de decisiones del sector salud y otros sectores.

El marco metodológico que orienta el diagnóstico local corresponde en primer lugar a la estrategia PASE a la Equidad en Salud del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, la cual es una herramienta que brinda elementos conceptuales, normativos, metodológicos, pedagógicos, técnicos y operativos a las entidades territoriales, para la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de Planes Territoriales de Salud (PTS) que cumplan con los objetivos estratégicos propuestos en el Plan Decenal de Salud Pública⁸. A su vez con esta estrategia busca avanzar en:

- 1) La garantía del goce efectivo del derecho a la salud.
- 2) Mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes.
- 3) Mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.

En segundo a nivel metodológico se contó con el Modelo para el análisis de Balances, Interacciones y Tensiones entre las dinámicas Poblacionales, Ambientales, Sociales y Económicas (BIT PASE). Este modelo permite observar e interpretar de manera simultánea un número muy importante de elementos, presentes en los territorios, que interactúan entre sí de diversas maneras, dando lugar a multiplicidad de intercambios con efectos que en algunas ocasiones se realimentan y en otras se contrarrestan, hechos que generan puntos críticos en el sistema. Su potencial cobra mayor importancia cuando al volumen de elementos en juego se suma la velocidad de los intercambios en el tiempo, de manera que se tiene un sistema de alta complejidad y

⁸ Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 Estrategia PASE a la Equidad en Salud Lineamiento Conceptual Bogotá, abril 25 de 2014



aumentan las dificultades a la hora de intentar una comprensión global e integral del territorio en cuestión⁹.

El modelo BIT PASE aborda la comprensión del sistema hombre-naturaleza como un sistema abierto con múltiples entradas y salidas, cuyo comportamiento resulta del juego de diversas interacciones entre los individuos y entre éstos y la base ambiental, para la producción y reproducción de los bienes y servicios necesarios para el mantenimiento y reproducción, tanto del colectivo poblacional, como de su organización social y de su base económica y ambiental.

La comprensión integral del juego de interrelaciones implica la identificación de las cadenas de determinación que configuran condiciones específicas de salud producto de contextos y momentos históricos específicos. El modelo BIT PASE propone las tensiones y las interacciones en las dimensiones del desarrollo humano, como elementos fundamental en la identificación y comprensión del juego de interrelaciones, que se dan en un territorio particular.

En donde una tensión se define como: “el conjunto de presiones provenientes de una o varias dimensiones del desarrollo, que actúan en diferentes direcciones, generando cierto grado de estrés gracias al cual se mantienen o transforman las dinámicas demográficas, ambientales, sociales y/o económicas”.

Por último la estrategia BIT PASE, propone que para comprender la dinámica propia de un territorio es necesario desentrañar la trama de relaciones que ligan entre sí el conjunto de tensiones haciendo comprensible su aparición en el tiempo, su permanencia y el papel que juegan en la definición de las posibilidades de desarrollo de la localidad. Para ello el modelo BIT PASE aborda la construcción de configuraciones territoriales.

A hora bien con relación a la construcción de los capítulos, se partió de dos premisas básicas la primera “de lo simple a lo complejo”, y la segunda de “lo general a lo específico”, es decir que en primer lugar se partió de la búsqueda de las fuentes de información existentes cuantitativa, cualitativa y espacial, a nivel mundial, nacional, distrital y local, con miras a realizar la caracterización de la localidad en términos de relación población, territorio, ambiente y sociedad, para posteriormente describir los aspectos socio demográficos más relevantes y priorizar las Unidades de Planeación

⁹ Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 Estrategia PASE a la Equidad en Salud Lineamiento Conceptual Bogotá, abril 25 de 2014



Zonal más críticas, a las cuales se profundizara en los capítulos posteriores, y de esta manera es que se constituye el capítulo uno.

En la medida en que se avanza en el documento se va profundizando el análisis del proceso de salud enfermedad, del tal manera que en capítulo dos se analiza las problemáticas más relevantes, que afectan la salud y calidad de vida de las población de la Ciudad Bolívar, y se construye el perfil de salud enfermedad, en donde a partir del ciclo vital se relacionan los eventos en salud, la morbilidad, la discapacidad, la mortalidad por grandes causas, específica por subgrupos, y materno-infantil y en la niñez, y as u vez se realiza un acercamiento a los determinantes sociales de la salud y en el ámbito de las dimensiones prioritarias del plan decenal de salud pública 2012-2021, tanto a nivel local y Unidades de Planeación Zonal priorizadas.

Para el tercer y último capítulo se presenta el análisis de las tensiones en salud presentes en la localidad provenientes de las dimensiones del desarrollo humano y de interrelaciones, que se dan en un territorio de Ciudad Bolívar, se incluye propuestas y recomendaciones con el objeto de impactar a los determinantes y las tensiones identificadas que afectan la salud de acuerdo a las problemáticas o temáticas priorizadas.

Con relación a las fuentes de información consultadas estas fueron:

A nivel cuantitativo: Departamento de Planeación Nacional, DANE Proyección DANE 2005-2015, base de datos oficiales de Vigilancia en Salud Publica de la Secretaria Distrital de Salud, entre otros.

A nivel cualitativo se toma como fuentes de información: El informe de desarrollo Humano 2014: Sostener el Progreso Humano: reducir vulnerabilidades y construir resiliencia, la encuesta multipropósito 2014, Bogotá Ciudad de estadísticas boletines, los Diagnósticos locales con participación Social 2012, 2013, la Monografía de Ciudad Bolívar 2011. Diagnóstico Diferencial de Ciudad Bolívar entre otras.

Y a nivel espacial se tomó como fuentes de información el plan ambiental local de Ciudad Bolívar, 2013- 2016 elaborado por la alcaldía local, El plan decenal de cultura de ciudad Bolívar de 2012-2021, realizado por la gestora local de la secretaria de cultura, recreación y deporte, Diagnostico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos de 2011, capas geográficas del catálogo de la infraestructura de datos espaciales para el distrito capital- IDECA, entre otras.

Alcance

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Linea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Es importante mencionar que en la búsqueda de información realizada por el equipo de análisis de situación de salud de la localidad Ciudad Bolívar, no fue posible recolectar información de la tasa de ocupación y desempleo, Tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento, Tasa de mortalidad por emergencias y desastres, Prevalencia de obesidad, además se aclara que los eventos agudos y crónicos están inmersos en los análisis de la morbilidad, mortalidad de grandes causas y eventos agrupados. En relación a la cobertura de servicios de salud amigables, se aclara que es un servicio que no tiene ofertado Hospital. Es de aclarar que para el análisis de las tensiones en salud, se contó tanto con el conocimiento y experiencia de la comunidad, y de los equipos que laboran en el Hospital Vista Hermosa.

Objetivo general

Analizar la situación en salud y de calidad de vida de la localidad de Ciudad Bolívar en el año 2014, por medio de la construcción de un diagnóstico local con participación social, en el marco de los determinantes sociales y las tensiones en salud, para el fortalecimiento los procesos de toma de decisiones, del sector salud y otros sectores.

Objetivos Específicos

- Caracterizar la relación población, territorio, ambiente y sociedad de la localidad, por medio de las fuentes de información cuantitativa, cualitativa y espacial, que visibilicen de manera general la situación en salud y calidad de vida a nivel local.
- Identificar problemáticas, necesidades y potencialidades, en las diferentes escalas de la localidad, por medio construcción de indicadores de salud cualitativos y cuantitativos, que permitan la priorización de zonas críticas en la localidad.
- Analizar la situación de salud a nivel local con énfasis en las zonas priorizadas desde las perspectivas de los determinantes sociales y por dimensiones prioritarias de la estrategia Pase a la equidad en Salud.
- Evaluar las tensiones en salud de las diferentes dimensiones prioritarias de la estrategia pase a la equidad en salud, que afectan la salud y calidad de vida en la localidad en las zonas críticas de la localidad.
- Visibilizar los resultados obtenidos a partir del análisis de la situación en salud y calidad de vida de la población de Ciudad Bolívar en el año 2014, que aporte al fortalecimiento de los procesos de toma de decisiones, del sector salud y otros sectores.

Capítulo 1. Relación población, territorio, ambiente y sociedad

1.1. Contexto territorial

Ciudad Bolívar está situada a una altitud de 2.400 metros sobre el nivel del mar (msnm) en la parte más baja y de 3.100 msnm en su parte más alta, clasificados como piso térmico frío. La temperatura promedio de 13°C el ambiente generalmente es seco y soleado la mayor parte del año. Cuenta con un sistema de lagunas, entre las que sobresale la represa de la Regadera que abastece a gran parte del sur de la ciudad, así como nacederos de agua y barreras naturales que ayudan a proteger el páramo de Sumapaz.

1.1.1. Ubicación y localización

La localidad de Ciudad Bolívar está ubicada al sur de la ciudad y limita, al norte con la localidad de Bosa; al sur con la localidad de Usme; al oriente con la localidad de Tunjuelito al margen izquierdo del río Tunjuelo en el área de amortiguación del páramo de Sumapaz, zona sub-páramo; y Usme; y al occidente con el municipio de Soacha.

Tiene una extensión total de 12.999 hectáreas, cuenta con el 26,1 % de suelo urbano y el 73,9% corresponden al suelo rural, después de la localidad de Sumapaz y Usme, Ciudad Bolívar está clasificada como la localidad más extensa, como la tercera localidad con mayor superficie rural y como la quinta localidad con mayor cantidad de área urbana. Se divide en 8 Unidades de planeación zonal (UPZ), Arborizadora, Ismael Perdomo, Jerusalén, San Francisco, Lucero, Tesoro, El mochuelo y Monteblanco y en una Unidad de planeación rural (UPR) río Tunjuelo. (Mapa 1)

Cada una de las UPZ y UPR presentan condiciones, atributos y características distintas por las cuales fueron consideradas y planificadas en ese orden y supervisadas desde el Plan de Ordenamiento Territorial (POT); presentando contrastes en la topografía del suelo, su configuración urbana entre otros factores físico geográficos que a su vez responden a la distribución y construcción social de cada una de estas zonas, las cuales presentan características y diferencias socio espaciales con dinámicas internas propias del territorio¹⁰.

¹⁰ Universidad Barcelona. García Tornel Francisco. La geografía de los riesgos. Revista Cuadernos Críticos de geografía humana. Número 54. Noviembre 1984.

Tabla 1. Descripción de las Unidades de Planeación zonal de La Localidad de Ciudad Bolívar

Nombre	Extensión	% área de la localidad	Limites
Mochuelo - 63	316,7 hectáreas	9,3%	Al norte con el barrio México y al Oriente con el río Tunjuelo; las UPZ Tunjuelito y Danubio de las localidades Tunjuelito y Usme respectivamente; por el sur, con el Relleno Sanitario y Comuneros y por el Occidente con las UPZ Lucero (autopista al llano), el Tesoro y el suelo rural de Ciudad Bolívar se encuentra ubicada la empresa CEMEX.
Monte Blanco - 64	695,7 hectáreas	20,44%	Por el norte con la UPZ EL Mochuelo y el relleno Doña Juana; por el Oriente con el río Tunjuelo y las UPZ Comuneros y Ciudad Usme de la localidad de Usme; por el sur con las UPZ Ciudad Usme; y por el occidente, con suelo rural de Ciudad Bolívar. Es la única que tiene suelo de expansión.
Arborizadora- 65	306,3 hectáreas	9%	Por el norte con la Avenida Ferrocarril del sur y la UPZ Apogeo de la localidad Bosa; por el oriente con el río Tunjuelo y localidad de Tunjuelito. Su uso del suelo es residencial consolidado pues es la zona de Ciudad Bolívar con características urbanas y sociales de más alta calidad; allí se concentra el sector de estrato 3 de la localidad. Cuenta con gran potencia ambiental, pues hace parte del área del Río Tunjuelo. Es clasificada como residencial consolidada.
San Francisco- 66	178,6 hectáreas	5,3%	Al norte con la Avenida Ciudad de Villavicencio y la UPZ Arborizadora; por el oriente con el río Tunjuelo y la UPZ Tunjuelito ; por el sur con la UPZ Lucero y por el Occidente con las UPZ Jerusalén. Es la más extensa de las UPZ residenciales de urbanización incompleta. Está compuesta por barrios de vivienda, principalmente de los estratos 1 y 2, con el comercio barrial y algunos servicios a la comunidad, como canchas, colegios, salones comunales y otros.
Lucero - 67	586,4 hectáreas	17,3%	Al norte con las UPZ San Francisco y Jerusalén; al Oriente con el río Tunjuelo y la UPZ Tunjuelito de la localidad del mismo nombre; al Sur con la UPZ El Tesoro y al Occidente con suelo rural de Ciudad Bolívar. Su uso del suelo residencial de urbanización incompleta.
Tesoro - 68	210,9 hectáreas	6,2%	Por el Norte con la UPZ Lucero por el Oriente con la UPZ El Mochuelo por el Sur y el Occidente con suelo rural de Ciudad Bolívar. Su uso del suelo es de tipo residencial de urbanización incompleta.
Ismael Perdomo - 69	559,9 hectáreas	16,5%	Por el Norte con la Avenida del Sur y las UPZ Apogeo y Bosa Central de la localidad Bosa; por el Oriente con la Avenida Ciudad de Villavicencio y la UPZ Arborizadora; por el sur con la UPZ Jerusalén; y por el Occidente con el municipio de Soacha. Es una de las UPZ residenciales de urbanización incompleta más extensa y cuenta con una amplia zona industrial.
Jerusalén - 70	537,5 hectáreas	15,8%	Por el Norte con la UPZ Ismael Perdomo por el Oriente con la Avenida Ciudad de Villavicencio y las UPZ Arborizadora y San Francisco por el Sur con las UPZ Lucero y suelo rural de Ciudad Bolívar y por el Occidente con el municipio de Soacha. Su uso es residencial de urbanización incompleta.

Fuente de Datos: Diagnósticos de los aspectos físicos y económicos 2011. Plan ambiental Ciudad Bolívar. 2013.

La Unidad de Planeación Rural UPR Río Tunjuelo se ubica en la parte sur de la localidad y está conformada por 9 veredas las cuales son:

Tabla 2.Descripción de la Unidad De Planeación Rural de La Localidad de Ciudad Bolívar

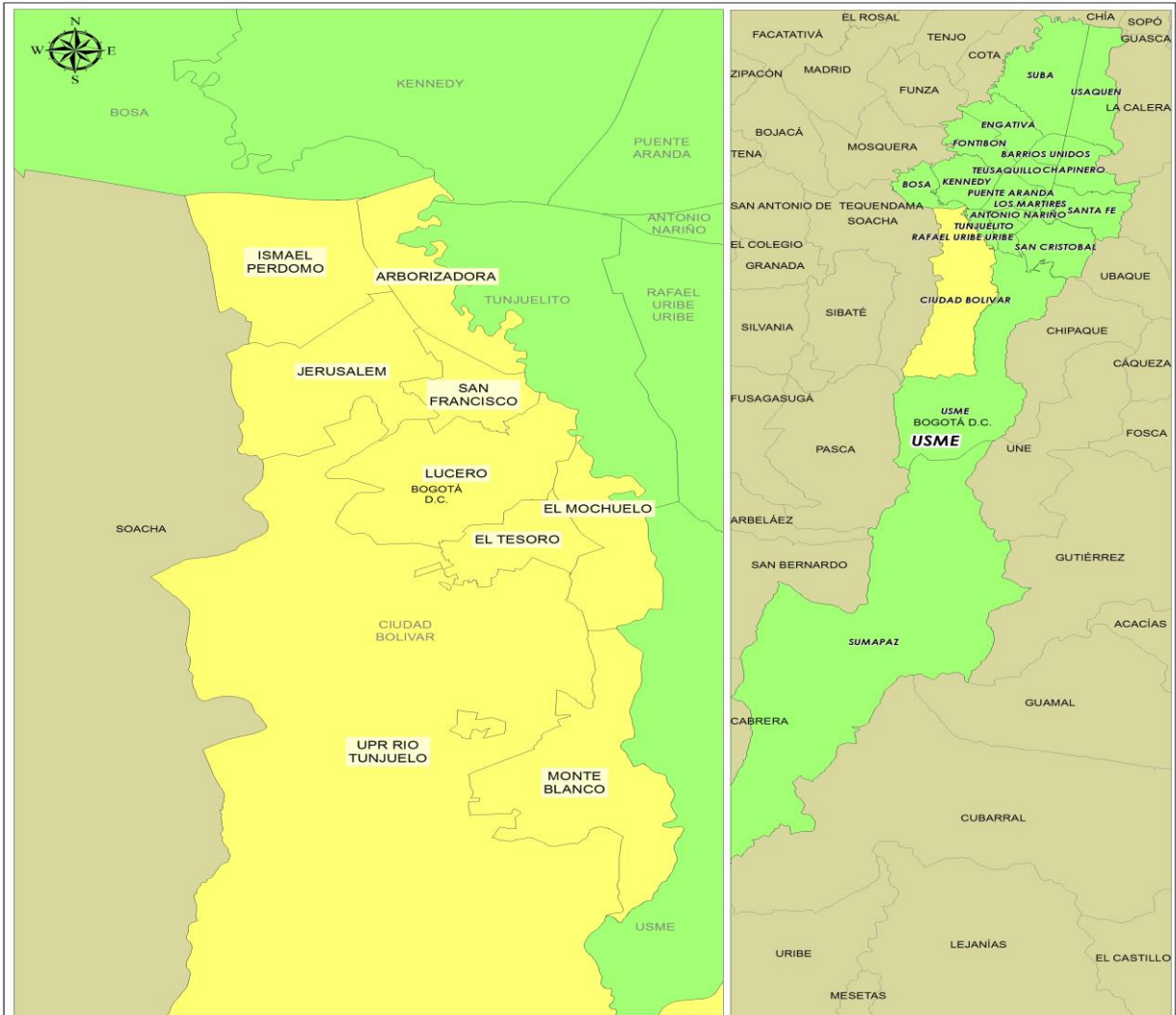
Veredas UPR	Porcentaje área de la localidad	Limites
Mochuelo Bajo	8,62%	Limita al norte y al oriente con el área urbana de la Localidad, al sur con la Vereda de Mochuelo Alto y al occidente con las Veredas de Quiba Alta y Quiba Baja.
Santa Bárbara	4,72%	Limita al norte con la Vereda Pasquillita, al occidente con las Veredas de Pasquillita y Santa rosa, al sur y al oriente con la Localidad de Usme.
Las mercedes	14,10%	Limita con norte con la Vereda de Pasquilla, al occidente con el municipio de Soacha, al sur con la Vereda las Margaritas y al oriente con las Veredas Pasquillita y Santa Rosa.
Quiba Alta	9,33%	Limita al norte con las Veredas de Quiba Alta y Mochuelo Bajo, al occidente con el municipio de Soacha, al sur con la Vereda de Pasquilla y al oriente con las Veredas de Mochuelo Alto y Mochuelo Bajo.
Quiba Baja	10,94%	Limita al norte con la zona urbana de la Localidad, al occidente con el municipio de Soacha, al sur con la Vereda de Quiba Alto y al oriente con las Veredas de Mochuelo Bajo y Quiba Alto.
Santa Rosa	3,15%	Limita al norte con la Vereda Pasquillita, al occidente con la Vereda las Mercedes, al sur con la Localidad de Usme y al oriente con la Vereda Santa Bárbara.
Mochuelo Alto	15,14%	Limita al norte con el área urbana de la Localidad de Ciudad Bolívar y la Vereda de Mochuelo Bajo, al occidente con la Vereda de Quiba Alta, al sur con la Vereda Pasquilla y al oriente con el área urbana la Localidad.
Pasquillita	6,07%	Limita al norte con la Vereda Pasquilla, al occidente con la Vereda las Mercedes, al sur con las Veredas Santa Rosa y Santa Bárbara y al oriente con la Localidad de Usme.
Pasquilla	24,04%	Limita al norte con las Veredas Mochuelo Alto y Quiba Alto, al occidente con el municipio de Soacha, al sur con las Veredas de Pasquillita y las Mercedes y al oriente con la Localidad de Usme



Fuente de Datos: Diagnósticos de los aspectos físicos y económicos 2011. Plan ambiental Ciudad Bolívar. 2013.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Vista Hermosa

Mapa 1. División político administrativa y Límites de la localidad Ciudad Bolívar



<p>MAPA DIVISION POLITICA Y ADMINISTRATIVA CIUDAD BOLIVAR</p> <p>SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA ESE HOSPITAL VISTA HERMOSA</p>	<p>CONVENCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> MUNICIPIOS LOCALIDADES CIUDAD BOLIVAR 	<p>INFORMACIÓN DE REFERENCIA</p> <p>Sistema de referencia: GCS_MAGNA GRS 1980, Datum MAGNA. Fuente de información cartográfica: Mapa de Referencia para el Distrito Capital. Versión 06.15. (Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital – IDECA) Fuente de datos: DANE, SDP: Convenio específico de cooperación técnica N° 096-2007. Elaboración: Equipo ASIS Camilo Guio Negrón - Geógrafo Fecha: Abril de 2016.</p>	 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p> 
	<p>Fuente: Infraestructura de datos espaciales para el distrito capital- IDECA, 2014</p>		

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Linea 195





1.1.2. Características físicas del territorio.

La Unidades de Planeación Zonal UPZ Monte Blanco es la única que tiene suelo de expansión con una superficie de 204,6 hectáreas. Dentro de esta superficie existen 19 hectáreas ya desarrolladas y 10,9 hectáreas de suelo protegido, es de aclarar que esta UPZ hace parte de la localidad de Usme, y la parte que corresponde a Ciudad Bolívar se encuentra al costado occidental después del río Tunjuelo.

Ciudad Bolívar Está constituida por los terrenos no aptos para el uso urbano, por razones de oportunidad o por su destinación a usos agrícolas, ganaderos, forestales, de explotación de recursos naturales o actividades semejantes. Como los siguientes:

Parque minero industrial de Mochuelo: Ubicado en el extremo urbano suroccidental de Ciudad Bolívar hasta la vereda de Mochuelo Alto y el camino de Pasquilla. Esta zona abarca el área destinada a la explotación y funcionamiento de minas de arena, recebo, piedra y arcilla y el área de algunas plantas productoras de ladrillo las cuales se encuentran asociadas con ANAFALCO, quien maneja la organización de todas las ladrilleras.

La industria de extracción y cocción de elementos de construcción en el parque minero traen pérdida de cobertura vegetal, lo que lleva a problemas ambientales erosión, desertificación, desestabilización de terrenos altos, suspensión de partículas en el aire por materia prima y producción al aire libre, contaminación atmosférica por cantidad significativa de fuentes fijas, contaminación de las fuentes hídricas, pérdida de captación de agua de los cauces hídricos de la zona, entre otras problemáticas.

Las zonas reservadas para el manejo y disposición final de residuos sólidos: Zonas de suelo rural que se reservan para estudiar su posible adecuación futura como ampliación del relleno sanitario de Doña Juana, sin embargo este contribuye a la contaminación ambiental, se presenta cantidad significativa de metano por la descomposición de los residuos, sustancias productoras de olores ofensivos como amoniaco y sulfuro de hidrogeno, altas tasas de lixiviados, erosión, desertificación y material particulado al aire por trabajos de extracción de material para cubrimiento de los residuos sólidos, contaminación de agua superficial y subterránea, presencia de gases y contaminantes como metano, benceno, tolueno.

El Zona rural de la localidad de Ciudad Bolívar contiene 8 áreas protegidas ambientalmente de las 60 del Distrito, en ella se presenta asentamientos ilegales en especial en la vereda de Quiba Alta Sector el Guabal, la presencia de barrios legalizados en la vereda de Mochuelo Bajo donde la distribución del agua es por acueducto comunitario y no cuenta con la calidad para el consumo humano debido a la dificultad del mantenimiento de la infraestructura a cargo de la comunidad.

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info: Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



El río Chisacá nace de la laguna de los Tunjos (Sumapaz) que con el apoyo del acueducto de Bogotá se desarrolla la represa de la Regadera en las veredas de las Mercedes y Santa Rosa, esta represa le suministra agua a la zona sur. De acuerdo a los diagnósticos realizados por los trabajadores de salud se encuentra como problemática sentida la presencia de basuras en diferentes sitios de los barrios generando así la proliferación de vectores como moscas y roedores, malos olores y además de presencia de perros por la búsqueda de alimentos en los sitios donde se deposita la basura para su recolección. Además de esto en la zona rural se presenta riesgo de quemas en bosques por incendio en época de verano y de quema de sembrados en época de temperaturas bajas.

La localidad pertenece a la cuenca del Río Tunjuelo; algunas corrientes de agua importantes en la localidad son la Quebrada Limas, el Zanjón de la Muralla, la Quebrada Trompeta, la Quebrada Peña Colorada, la Quebrada la Horqueta, la Quebrada Santa Rosita y la Quebrada Santa Helena.

1.1.3. Accesibilidad geográfica

Ciudad Bolívar se localiza en un punto estratégico por el paso de vías tan importantes para la ciudad como la Autopista Sur y la Avenida Ciudad de Villavicencio, además de las avenidas Boyacá y Jorge Gaitán Cortés. Estas vías cumplen un papel fundamental en el transporte de personas y mercancía en el sector, por lo que la UPZ tiene unas condiciones privilegiadas para localizar usos comerciales, industrias y servicios a la comunidad en torno a éstas. (Mapa 2)

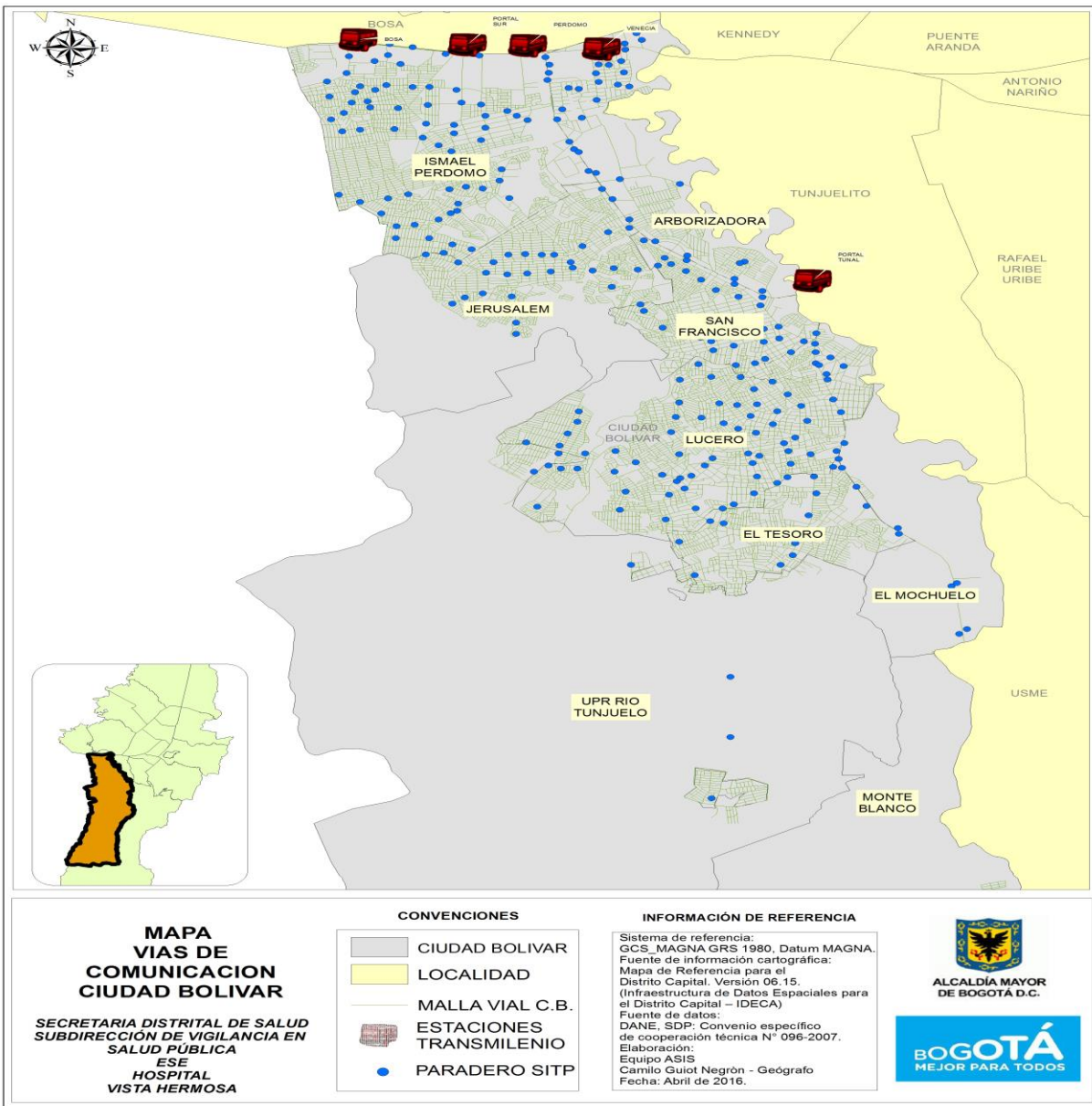
El aspecto quebrado y montañoso del territorio en cuanto a su topografía, hace que las vías de acceso y particularmente las inter-barriales se encuentren en mal estado y en buena parte haya problemas de alcantarillado, donde en la parte baja se corre el riesgo de inundación y en la parte alta es frecuente encontrar aguas residuales sin su respectivo alcantarillado. El mal estado de las vías en buena medida se convierte en cómplice de la inseguridad debido a vías sin pavimentar o sin alumbrado público, lo cual lleva a que se presenten robos, atracos, o venta y consumo de sustancias psicoactivas.

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info: Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Mapa 2. Vías de comunicación en la localidad Ciudad Bolívar, 2014



Fuente: Infraestructura de datos espaciales para el distrito capital- IDECA, 2014

1.1.4. Zonas de riesgo ambiental

Remoción en masa

Al alterar la cobertura vegetal natural para establecer zonas urbanas, canteras, receberas y gravilleras, el material parental queda al descubierto y por acción del viento, corrientes de agua y lluvias, se generan fuertes procesos erosivos que determinan zonas de bajo, medio y alto riesgo. Las zonas de alto riesgo están asociadas a fallas tectónicas, cuyos efectos se ven favorecidos por la alteración de la vegetación. Algunas zonas no pueden ser urbanizadas debido al riesgo elevado que representan, estas zonas de riesgo se transforman en áreas verdes de recreación para la comunidad que habita en los barrios vecinos. Con el fin de evitar la aparición de nuevos asentamientos en estas zonas.

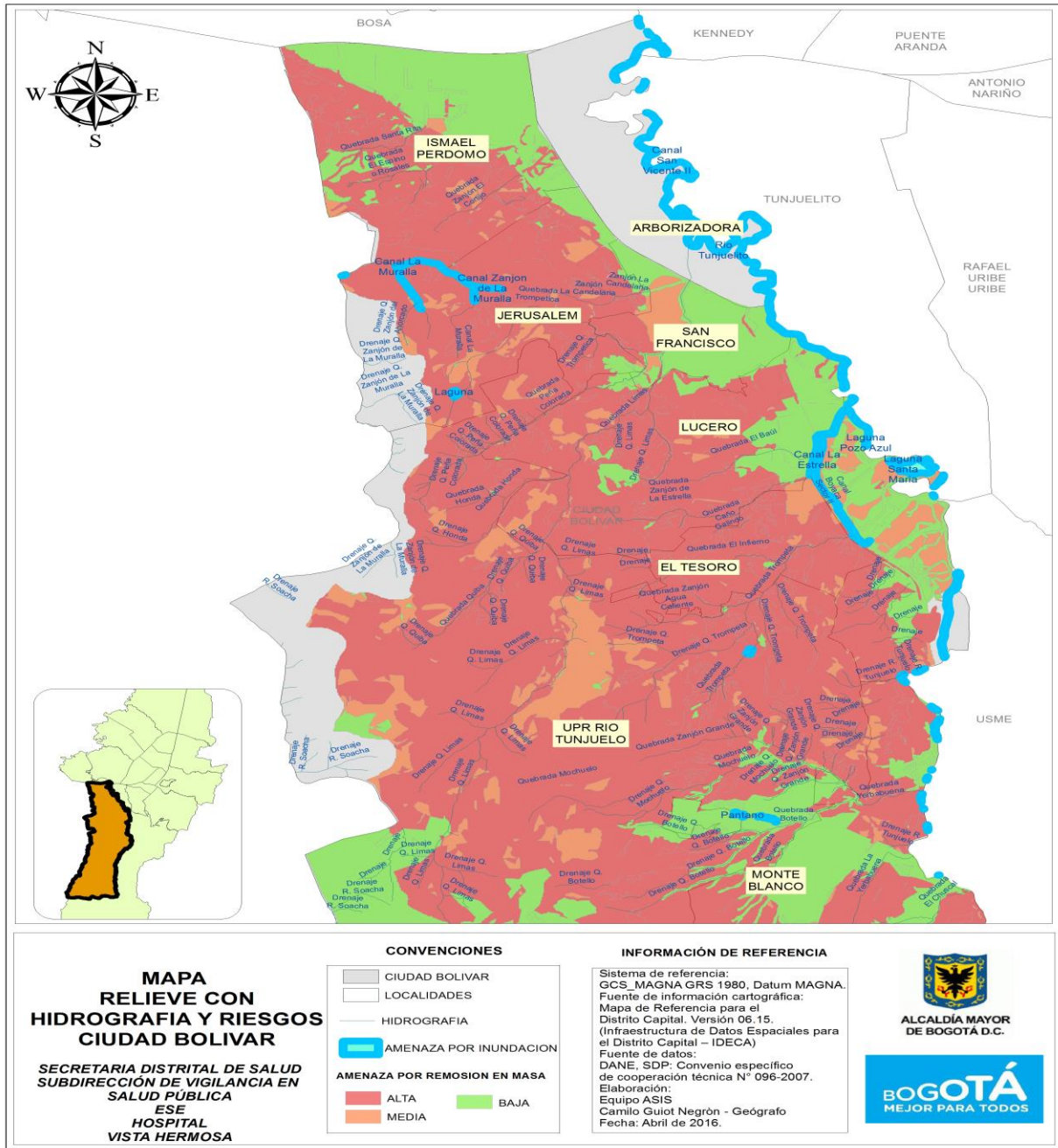
En la localidad de Ciudad Bolívar existen un total de 4.650 manzanas en zonas de amenaza por remoción en masa. En el costado occidental de la UPZ Ismael Perdomo, se localizan la mayor cantidad de manzanas en zonas de remoción con amenaza alta; Lucero figura con la mayor cantidad de manzanas con amenaza media y San Francisco figura con el mayor número de manzanas con amenaza baja. En contraste, la UPZ Arborizadora es la única UPZ que no posee ninguna manzana amenazada por remoción en masa.

Amenaza de inundación

La inundación es un evento natural y recurrente que se produce en las corrientes de agua como resultado de lluvias intensas y continuas que, al sobrepasar la capacidad de retención del suelo y de los cauces, desbordan e inundan aquellos terrenos aledaños a los cursos de agua. Las inundaciones se pueden clasificar de acuerdo con las características del caudal de la fuente de agua, así: lenta o de tipo aluvial, súbita o de tipo torrencial y encharcamiento.

En la quebrada Limas existen numerosos asentamientos, que se originan en la parte alta con los barrios San Joaquín y Nueva Colombia y se extienden en la parte media, donde se ubican barrios como Juan José Rondón y Marandú, invadiendo así la ronda de esta quebrada. En otros barrios como Meissen, México, y Candelaria, la convergencia de la quebrada con el río Tunjuelito presenta la misma problemática. Estas zonas de invasión de ronda, en las que se produce una reducción del cauce y aumento de sedimentos, se convierten en zonas de inundación que pueden generar problemas a la comunidad (Mapa 3)

Mapa 3. Relieve con hidrografía y zonas de riesgos, localidad Ciudad Bolívar, 2014



Fuente: Infraestructura de datos espaciales para el distrito capital- IDECA, 2014



1.1.5. Historia y asentamiento de la localidad

La historia registrada de la localidad de Ciudad Bolívar, data aproximadamente del año de 1700. En esa época la localidad estaba ocupada por tribus indígenas como: Suatagos, los Cundais, y los Usmes, quienes estaban bajo el gobierno del Cacique Saguanmachica, para ese entonces tenía el nombre de Selvas de Usme, el cual fue escenario de la vida e historias de invasión y de colonización, que allí ocurrieron con la llegada de los españoles.

Hacia el año de 1750 el clérigo franciscano Virrey Solís, funda en Selvas de Usme la hacienda El Mana, con el objetivo de estar cerca a su amante María Encarnación Lugarda de Ospina, a quien tiempo después debe dejar para poder volver a España. Posterior al viaje de Virrey Solís, el fiscal del reino se apoderó de esos terrenos dándoles el nombre de hacienda la Fiscala; las tierras fueron propiedad de sus herederos hasta 1910. Posteriormente fueron compradas por Gonzalo Zapata Cuenca.

Hacia los años de 1940 comenzó la parcelación de las grandes haciendas que existían hacia el sur del río Tunjuelito: Casablanca, La María, La Marichuela, Santa Rita, La Carbonera y El Cortijo entre otras; en la década del cincuenta al sesenta, surgieron los primeros asentamientos subnormales, que en menos de veinte años generarían polos de concentración de sectores marginados. Estos sectores estaban situados en las partes bajas y medias de la localidad y fueron fundados por personas que huían de la violencia en Tolima, Boyacá y Cundinamarca.

Con relación a los primeros barrios que se construyeron producto del traspaso verbal al territorio distrital fueron: La Despensa, Meissen, San Francisco, Ismael Perdomo, Buenos Aires, Lucero Bajo, La María, Los Molinos, Cruz Roja (hoy Barranquillita), y San José, no existía comunicación entre estos barrios debido a que tenían diferentes vías de acceso como la autopista Sur, las lomas de San Carlos y de San Benito. Estos primeros asentamientos se caracterizaban por la precariedad habitacional propia de urbanizaciones no planeada. A partir de los años 70, se formaron los barrios: Lucero Alto, La Estrella, El Tesoro y otros.

Hacia los años 1980 la Caja de Vivienda Popular construyó la primera urbanización dotada de todos los servicios públicos, las casas completamente terminadas, con algunas zonas verdes y pequeños parques; como por ejemplo la urbanización Candelaria la Nueva, a donde llegan a habitar funcionarios del Distrito afiliados al Fondo de Ahorro y Vivienda Distrital (Favidi).

Por esta misma época se establece el Acuerdo 11 del Concejo de Bogotá, en donde se definió el marco jurídico y administrativo de lo que en ese entonces se denominó el Programa BID Ciudad Bolívar, con el cual se pretendía “orientar el crecimiento de la

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ciudad preservando el espacio de la sabana para fines útiles agropecuarios, propiciando la expansión urbana hacia zonas de menor adaptación agropecuaria cuya utilidad estaría vinculada a los procesos de urbanización”.

Por esa misma época “vendían lotes muy baratos y sin servicios públicos, comprados generalmente por personas que venían de diferentes partes del campo acosadas por la violencia; estos conservaron (necesariamente) muchas de las características verdales de sus lugares de origen.

De esta manera paulatinamente se fue urbanizando las localidades Ciudad Bolívar La segunda fase de expansión de la localidad, a través de “asentamientos en la parte alta de las montañas dando origen a barrios como Naciones Unidas, Cordillera, Alpes, Juan José Rondón, Juan Pablo II y otros. Nacen a través del programa “lotes con servicios”, con financiación del Banco Interamericano de Desarrollo el cual otorgó un crédito de US \$115 millones que, sumados a US \$120 millones de aportes de la alcaldía, representaban los recursos necesarios para la ejecución de este programa de intervención urbana; surgen así los barrios Sierra Morena, Arborizadora Alta y Baja” (8).

El mejoramiento de la infraestructura continúa; hacia principios de la década de los noventa llega: alcantarillado, alumbrado público con postes de concreto; estufas de gasolina que luego es sustituido por el gas natural; el material endeble de las viviendas termina sustituido por el bloque y cemento. La urbanización de la localidad se prolonga en la última década, pues sigue creciendo hacia los límites con Soacha, por el sector de Casuca, quedando unido ese municipio con el distrito. Este crecimiento sostenido fue causado por el cambio de la dinámica poblacional colombiana y mundial al pasar de una sociedad mayoritariamente rural a una sociedad urbana; además de la influencia que el conflicto armado interno causó al generar éxodos masivos de las zonas rurales a las urbanas (8)

En la actualidad si bien ha mejorado sustancialmente las condiciones sociales y económicas con las que surge Ciudad Bolívar y se han mejorado los proceso de planeación de ciudad, sigue estando caracterizado algunas zonas por falta de planeación, específicamente en las zonas altas, las cuales suele ser pobladas por diversas personas que migran tanto de otros parte del país, producto del desplazamiento de la violencia del conflicto armado y /o de la falta de oportunidades económicas en sus lugares de origen e incluso al interior del Distrito capital surge el fenómeno de la migración debido a que ciudad Bolívar les ofrece otras posibilidades para el desarrollo de su vida.

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info: Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

1.1. Contexto demográfico

1.2.1. Densidad de población

La localidad de Ciudad Bolívar alcanza geográficamente una extensión de 3.391 hectáreas para el área urbana, en el año 2014 la población fue de aproximadamente 675471 habitantes, lo cual permite estimar una densidad poblacional de 199 habitantes por hectárea.

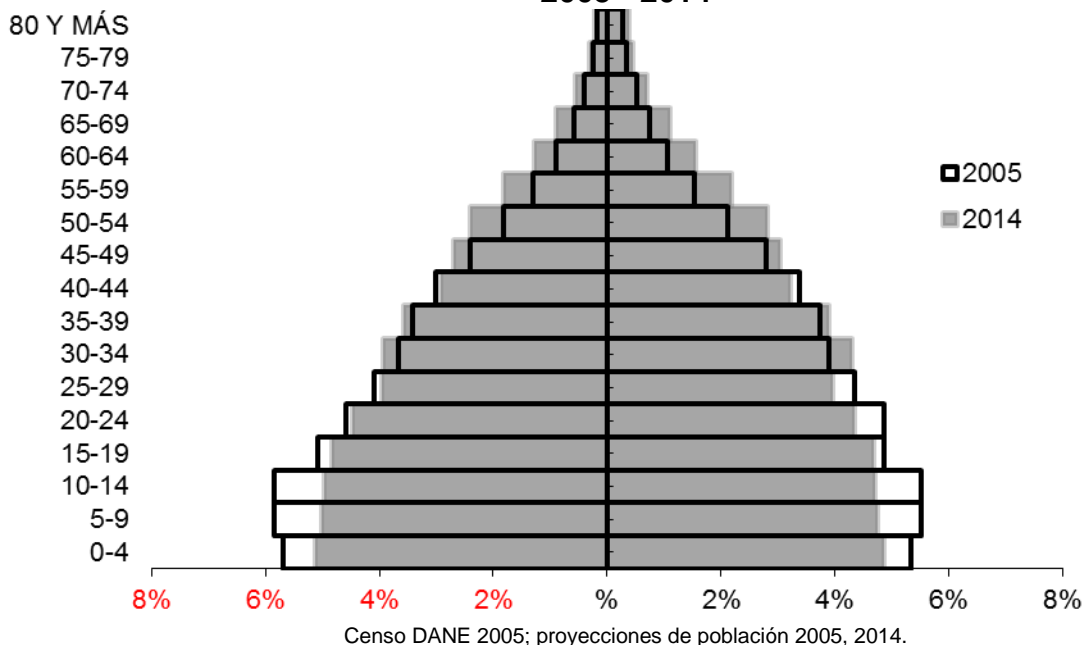
Entre los años 2013 a 2014 el crecimiento en la densidad poblacional para el área urbana es aproximadamente de 4 habitantes por hectárea. Para el año 2014 densidad poblacional por UPZ fue la siguiente: San Francisco - 66; 434, Ismael Perdomo - 69; 331, Lucero - 67; 299, El Tesoro - 68; 246, Jerusalén - 70; 210, Arborizadora - 65; 207, Monte Blanco - 64; 11 y El Mochuelo - 63; 6 habitantes por hectárea.

1.2.2. Estructura de poblacional

Para el año 2014 la población de la localidad de Ciudad Bolívar fue de 675471 habitantes, al comparar con el año 2005 (567861 habitantes); se observa un crecimiento de la población de aproximadamente el 15,9%. El incremento anual poblacional fue de 1.8 personas. En relación a la distribución de la población por sexo, el 51% (344806) son mujeres y 49% (330665) hombres.

Las pirámides muestran una dinámica poblacional, tipo expansiva, de población joven debido a que su base es ancha y a medida que asciende disminuye su población indicando que la natalidad y la mortalidad se han mantenido constantes, al comparar los años 2005 y 2014 se observa que en los grupos quinquenales de 5 a 9 y 10 a 14 años presentaban mayor expansión para el año 2005 mientras que en el año 2014 se observa que estos grupos han disminuido.

Gráfica 1. Pirámides poblacionales, Localidad Ciudad Bolívar, comparativo años 2005 - 2014



En la distribución por quinquenios para el año 2014, las mayores proporciones se ubican en los grupos de 0 a 4 años (10%), 5 a 9 años (9,8%), 10 a 14 años (9,7%) y 15 a 19 años (9,5%), es decir que el 39,1% del total de la población se ubica en los ciclos vitales de infancia y adolescencia, además se identificó que 36,8% son adultos, 18,8% jóvenes y 7,5% adultos mayores.

La distribución porcentual de la población del año 2014 por UPZ fue la siguiente: 27,2% Ismael Perdomo, 26,0% Lucero, 16,6% Jerusalén, 11,6% San Francisco, 9,5% Arborizadora, 7,7% El Tesoro, 1,0% Monte Blanco, 0,3% El Mochuelo y el 0,03% de la población reside en la zona rural.

En la relación de hombre mujer para el año 2014, se observó que por cada cien mujeres hay 95,9 hombres, al comparar con el año 2005 (96,3) se ha presentado disminución para el año 2014. Se encontraron los mayores índices de masculinidad en los grupos de edad de: 5 a 9 (105,5), 0 a 4 años (105,4) y 10 a 14 años (105); los menores índices fueron encontrados en los grupos de 70 a 74 años (76,5), 75 - 79 (66,5) y más de 80 años (58,9).

En la razón de niños – mujer para el año 2014 se puede decir que por cada 1000 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) se encontraron 36 niños menores de 5 años, con



respecto al año 2005; (40 niños menores de 5 años) se observa una disminución en este indicador de fecundidad.

Con respecto al Índice de infancia, se puede decir que en el año 2014 el 29% del total de la población de la localidad son personas de 0 a 14 años de edad, al comparar con el año 2005 (34%) se observa que ha disminuido la población infantil.

La estimación del Índice de juventud para el año 2014 indica que el 26% del total de la población de la localidad son personas de 15 a 29 años de edad, al comparar con el año 2005 (28%) se observó disminución en la población joven.

En cuanto al Índice de vejez: el 5% de la población total de la localidad para el año 2014 son personas de 65 y más años, estos datos reflejan aumento frente al año 2005 donde era 3%.

El índice de envejecimiento para el año 2014, demuestra que por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años, habitan 16 adultos mayores de 65 años, en comparación a 2005 (10) se evidencia aumento en el año 2014.

La estimación del Índice demográfico de dependencia indica que en la localidad por cada 100 personas en edad de trabajar hay 51,6 personas dependientes en edades inactivas. Las Unidades de Planeación Zonal con mayor razón de dependencia son la UPZ Monteblando con 67,8, Tesoro 57,1 y Rural Ciudad Bolívar 56,3 personas en edades inactivas.

Con relación al Índice de dependencia infantil se puede decir que de cada 100 personas de la localidad el 44,6 tienen una edad comprendida entre los 0 y 14.

Índice de dependencia mayores indica que por cada 100 personas potencialmente activas (población de 15 a 64 años), 7 personas no son población potencialmente activas.

Para el año 2014 Índice de Friz permite fue de 441 lo cual nos indica estimar que la población de ciudad Bolívar es una población joven. Es importante mencionar que este índice es la proporción de las personas de la localidad menor de 20 años (entre 0 y 19 años), en relación al grupo de personas de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años, cuando este índice supera el valor de 160 se estima que la población es joven, mientras que si resulta menor a 60 se considera una población envejecida¹¹.

¹¹ Censo DANE 2005; proyecciones de población. Localidad Ciudad Bolívar 2014.

1.2.3. Dinámica poblacional

Tasa bruta de natalidad para el año 2014 en la localidad de Ciudad Bolívar, indica que por cada 1000 habitantes se presentaron 15 nacimientos. Con respecto a la tasa de mortalidad del año 2012 se presentaron 318 defunciones por cada 100000 habitantes.

La estimación de la tasa neta de migrantes 2010-2015 indica que por cada 1000 habitantes migraron a la localidad 2,6 personas¹².

Con relación a las tasas de fecundidad se puede decir que el promedio de hijos por cada mujer que reside en la localidad es de 1,8 (Tasa global de fecundidad). Se calcula que para el año 2014 en la localidad nacieron 45 niños y niñas por cada mil mujeres en edad fértil (tasa general de fecundidad).

En cuanto a la edad media de fecundidad para el quinquenio 2010-2015, en la localidad la edad en que las mujeres deciden con mayor frecuencia tener hijos es de 26 años¹³.

De acuerdo a la tasa bruta de reproducción se puede estimar que en la localidad para el quinquenio 2010-2015, se presentó un promedio de 1,1 hijas por mujer en edad fértil¹⁴.

En relación a las tasas específicas de fecundidad por grupos de edad, las mayores tasas se presentaron en los grupos de: 21 a 24 años (115,1), 26 a 29 años (84,8) y 16 a 19 años (81,2). Para el grupo de adolescencia temprana se estima que por cada mil mujeres de 11 a 14 años nacieron 2,7 niños y niñas. En los demás grupos se calcularon las siguientes tasas: 31 a 34 años (48,9), 36 a 39 años (24,7), 41 a 44 años (8,1) ,46 a 49 años (0,7) y 51 a 54 años (0,1).

Respecto a la esperanza de vida al nacer para los años 2010 a 2015, se estima que en la localidad el promedio de vida es de 73.1 años, en relación al sexo las mujeres tienen probabilidad de vivir 76.8 años y los hombres 69.6 años, con una diferencia de 5,2 años.

1.3. Contexto socioeconómico

1.3.1. Indicadores Sociales

¹² Secretaria Distrital De Planeación. Subsecretaria de información y estudios estratégicos, dirección de información, cartografía y estadística. Inventario de información en materia estadística sobre Bogotá. Cuadro 17. [Sitio en internet]. Disponible en: www.sdp.gov.co/portal/.../portal/PortalSDP/.../DICE013-AspectosDemograficos Consultado: 13 de julio de 2014.

¹³ Ibid., Cuadro 11.

¹⁴ Ibid., Cuadro 12.



A continuación se presenta los indicadores económicos y sociales, que muestran la situación de la localidad de Ciudad Bolívar, con el fin de brindar información que describa, de forma general, las condiciones en las cuales viven los habitantes de la localidad, a su vez permite conocer acerca las circunstancias afectan la calidad de vida y la salud en general.

A continuación se presente el índice de necesidades básica insatisfechas (NBI) la pobreza multidimensional, conjunto con la línea de pobreza, el coeficiente de desigualdad GINI, el índice de desarrollo humano, las condiciones de la vivienda, cobertura y calidad de servicios públicos, escolaridad, régimen de seguridad social en salud servicios de recreación, cultura y deportes, con el fin tener una comprensión acerca de las condiciones de salud y calidad de vida de la localidad.

1.3.2. NBI, Pobreza por ingresos.

De acuerdo a la encuesta multipropósito de 2014, Al analizar los cinco componentes del NBI se observa que el porcentaje de personas que poseen necesidades básicas insatisfechas (NBI) en Ciudad Bolívar es de 7,0%, con relación al 2011 se presentó una disminución de 2.8% puntos. Comparado el NBI local con el distrital se 4,2%, la localidad de Ciudad Bolívar se encuentra 2.8% puntos encima del Distrito.

El 1.8% de condiciones de vivienda inadecuada, comparativamente aumento en un 0.8% comparado con el año 2011, con relación al hacinamiento crítico la localidad se encuentra en un 2%, comparativamente 3% menos que el año 2011. Con relación al indicador de Miseria por NBI la localidad tiene 0.3% comparativamente con el 2011 se tiene 0.4% menos para el 2014. En término generales se puede una reducción en casi todas componentes del NBI. El índice de pobreza y miseria por NBI también mostró una fuerte reducción.

Según los resultados de la Encuesta Multipropósito 2014, el NBI según el estrato se observa que los más afectados son en primer lugar el estrato uno con 0.9%, en segundo lugar el estrato dos con 0.2% y en tercer y último lugar con un tres con un 0.1%.

1.3.3. Pobreza Multidimensional

Para el análisis de la pobreza y las condiciones sociales el Distrito diseñó un método integrado que tuviera en cuenta las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y la Línea de Pobreza (LP), ambos indicadores calculados a nivel nacional y que permiten comparar las regiones, para ello el Distrito incluyó un (MIPM) Método Integrado de Pobreza Multidimensional (10), bajo este método, un hogar es considerado en situación

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info: Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

de pobreza multidimensional si presenta carencia o privación de varios aspectos simultáneamente (Hacinamiento crítico, analfabetismo, acceso a servicios, Rezago escolar etc.) esto ocurre cuando los indicadores ponderados, en los cuales sufre privación, suman al menos el 30%.

Para Ciudad Bolívar existió una reducción de 16.6 puntos porcentuales respecto al año 2007 en la incidencia y en el IPM global pasa de 11,5% en 2007 a 6,2% en 2011, registrándose una reducción en los factores de pobreza de la localidad.

1.3.4. Índice de Calidad de Vida

El Índice de Calidad de Vida (ICV) mide el estándar de vida mediante la combinación de variables de capital humano, con variables de acceso potencial a bienes físicos y con variables que describen la composición del hogar, estas no son redundantes, lo que las hace complementarias. Un mayor valor del ICV refleja una mejora en las condiciones de vida del hogar; es decir, que a mayor puntaje, mejores son las condiciones de vida de la población analizada. El ICV contempla cuatro factores los cuales tienen una ponderación: Acumulación de capital humano el cual presento para el año 2014 un total de 27,2 puntos comparativamente con el año 2011 disminuyo 0.1, con relación al Capital social básico, para el año 2014 se tiene 31.6 puntos comparativamente con el 2011 se presentó un incremento de 0.6 puntos. Con relación a la acumulación colectiva de bienes, se tiene 16,8 puntos para el 2014 y comparativamente con el 2011 se presunto un aumento 0.1. Con relaciona la Acumulación individual de bienes materiales para el 2014 se presentó para el 2014 se presentó 12 puntos, comparativamente se presentó 0.2 punto de aumento.

En términos generales se puede decir que para el año 2014 el índice de calidad de vida aumento a 87.6 para el año 2014 con un aumento de 0.7 puntos en relación al 2011.

1.3.5 Coeficiente de GINI

Un indicador que permite medir la desigualdad de la distribución del ingreso en una sociedad es el Coeficiente de GINI. El valor que se obtiene de su medición revela en número de veces la cantidad de ingresos que perciben los más ricos con respecto al ingreso que perciben los más pobres. Dicha medición varía en una escala de 0 a 1 (cero a uno), siendo el valor de 0 (cero) la situación ideal en la que todos los individuos o familias de una sociedad adquieren el mismo ingreso; y 1 (uno) el valor al que tiende cuando los ingresos se concentran en unos pocos hogares o individuos.

Para Bogotá el Coeficiente de GINI se situó durante el año 2011 en 0.522 evidenciando una concentración del ingreso el cual aumentó, en comparación con el 2007 cuando el coeficiente era de 0.511; en contraste, se destaca la reducción de la concentración del ingreso con relación a 2007 (0.47) en Ciudad Bolívar (0.380) para el año 2011. Con relación al nivel de ingreso per cápita de la localidad es para el 2011 es de 353.195.74, el índice de calidad de vida urbana es de 0.5727. (10)

1.3.6. Índice De Desarrollo Humano

El Índice de Desarrollo Humano Urbano de Ciudad Bolívar es de 0.72, inferior al resultado obtenido por Bogotá 0.81. Dentro de sus componentes, el mejor resultado está asociado al grado de sobrevivencia de los niños. Por el contrario, las mayores brechas se encuentran asociadas a las condiciones para la movilidad de las personas (tiempo, número de viajes y distancia de desplazamiento) y disponibilidad de espacio verde (metros cuadrados de área verde por habitante) seguido de la capacidad de generar ingresos y subsidios destinados a su población. (11)

1.3.7 Condiciones de La Vivienda

De acuerdo a la encuesta multipropósito de 2014 La mayoría de los hogares en Bogotá en 2014, estuvieron compuestos por cuatro o más miembros (40,3%), indicador 4,9 puntos porcentuales por debajo de lo reportado para 2011 (45,2%). Con relación a la localidad de Ciudad Bolívar en relación al número de viviendas, hogares y personas en la localidad, 2011-2014. Se observa que para el año 2014 que la proporción de hogares se mantiene con un 7.9% (n = 192,324) y existe una variación de 0.1 respecto del año 2011. De igual manera sucede con el número de personas el cual tiene un porcentaje de 8.7 (675,26), y existió una variación de 0.1 respecto del año 2011.

Por otra parte respecto de las características de las viviendas, en lo que respeta a la proporción de las viviendas con problemas de humedad en paredes, pisos o techos, por localidad de Ciudad Bolívar en el año 2014 se tiene un 32% el cual comparativamente con el año 2011 tuvo un decremento de 0.2%. Por otra parte con relación a los problemas de inseguridad se tiene un 79.10% que comparativamente con el año 2011 tuvo un decremento de 5.4%.

Con relación a la proporción de hogares que gastan menos de 10 minutos caminando para acceder a parques o zonas verdes, por localidad se tiene un 39,10% el cual comparativamente con el año 2011, se presentó un decremento en un 11.20 %. Por último con relación al déficit cuantitativo de vivienda se presentó un porcentaje de 6.20% comparativamente con el 2011 se presentó un decremento de 8.10%.



En termino generales se puede observar que con relación a las condiciones de la vivienda se presente decremento en todas los componentes de la encuesta de manera compara con el año 2011.

1.3.8 Cobertura y calidad de servicios públicos.

De acuerdo a la encuesta multipropósito en la localidad se tiene cubierto el 99.9 % de los servicios de acueducto, el 99.8% para el alcantarillado, el 99.6% para la recolección de basura, el 99.9% de servicio de energía, y el 96.5% para gas natural. El gasto promedio del distrito es de 158.670 en 2014 y Ciudad Bolívar presento el menor promedio del gasto con un 87.4%.

1.3.9 Nivel de escolaridad

Con relación a la Población en edad escolar de la localidad, es decir, aquella que se encuentra entre los 5 y los 16 años de edad, para el año 2014 se cuenta con un nivel de asistencia de 610021 menores de 5 años, que corresponde 30.1%, comparativamente disminuyo la asistencia comparada con el año 2011, en un 4.7%, con relación al rango de edad de 5 a 11 años, con un 93% comparativamente con el año 2011 disminuyo en un 4.6%, con relación al rango de edad entre de 12 a 15 años se tiene un porcentaje de asistencia de un 92.7% es decir 3.4% menos que el año 2011. Con relación a la poblacion de 16 a 17 se tiene un porcentaje de asistencia de 72% con relación al 2011 existio un decremento de 6.7%. Con relación a la poblaciones de 18 a 25 se presentó un 26%, comparado con el 2011 se presentó un incremento 1.3%, por último se encuentra el rango de edad de 26 y más años el cual tiene un 3%.

1.3.10 Régimen de seguridad Social en Salud

De acuerdo a la afiliación de personas al sistema general de seguridad social en salud se incrementó en Bogotá de un 92% en 2011 a un 93,9% en 2014. De manera desagregada por localidades, se observó que en la mayoría de localidades se experimentó un aumento de personas afiliadas, el cual fue muy significativo en Usme y Ciudad Bolívar, donde la afiliación subió en no menos de cuatro puntos porcentuales.

Con relación a la seguridad social para la localidad de Ciudad Bolívar, para el régimen contributivo se tiene un 386145, que corresponde al 60%, se presentó un incremento porcentual de 4.8 con relación al año 2011. Con relación al régimen subsidiado se tiene un total de 248768 que corresponde 39%, se presentó un decremento de 4.7% con relación al año 2011. Con relación al régimen especial se tiene 7713, que corresponde a 1.2%, con relación al año 2011 se presentó un decremento de 0.2%.

1.3.11 Servicios de recreación, cultura y deportes

Agrupar, entre otros, a los estadios, coliseos, polideportivos, clubes deportivos, clubes campestres deportivos y recreativos, hipódromos, autódromos, piscinas, clubes privados e instalaciones privadas que contemplen el deporte como actividad central. En la localidad se localizan 3 equipamientos recreativos y deportivos que corresponden a 2 coliseos y 1 piscina. En lo referente a parques, localizan 542 parques que suman 1'803.500 m², lo que equivale a 2.9 m² por habitante, teniendo en cuenta la población urbana del año 2009; este indicador es el quinto más bajo con respecto al promedio de las demás localidades y está por debajo del promedio de la ciudad que registra 4.3 m²/habitantes.

La UPZ Jerusalén presenta el mayor indicador en cantidad y extensión de parques con 6.0 m²/habitantes. La UPZ Arborizadora figura con 4.1 y la UPZ El Tesoro registra 3,7 m²/habitantes. La UPZ Ismael Perdomo, que tiene la más alta concentración demográfica, presenta un indicador de parques de 2,1 m²/habitantes. Las UPZ San Francisco, Lucero y Monte Blanco presentan 1.9, 1.8 y 1.1 m² por habitante, respectivamente. Son indicadores considerablemente inferiores al promedio del Distrito. Las UPZ Mochuelo no presenta parques (11).

1.3.12 Tasa de ocupación y desempleo

A nivel nacional se tiene la tasa de ocupación para hombres de 69,2% y para mujeres 47,9%. La tasa de desempleo de las mujeres se situó en 11,7% y la de los hombres en 7,2%. Entre los ocupados, la posición ocupacional de mayor participación fue trabajador por cuenta propia con 42,4%. Para los hombres fue 43,9% y para las mujeres 40,3%. La principal rama de actividad para las mujeres ocupadas fue comercio, hoteles y restaurantes con 33,3%, para los hombres ocupados fue agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca con 24,0%. A nivel de Bogotá DC la tasa global de participación, ocupación y desempleo para el año 2007 fue de 64.0 y para el año 2013 fue de 71.9, la tasa de ocupación para el año 2007 fue de 57.4 y para el año 2013 fue de 65.5, por último con relación a la tasa de desempleo fue de 10.4 y para el año de 2013 fue de 9.0 Con relación al trimestre Octubre Diciembre 2014. La tasa General de participación 72.7, la tasa de ocupación es de 67.1 y la tasa de desempleo es de 7.7. A nivel de Ciudad Bolívar no en la exploración documental, no se logra identificar este indicador¹⁵.

1.3.13 Nivel de endeudamiento

¹⁵ Banco de la República Colombiana. Informe especial de estabilidad Financiera. Carga financiera. Marzo de 2015, Pág 2 -15.



El Banco de la República y el DANE implementaron con el objetivo de recopilar información relacionada con las características financieras y sociodemográficas de los hogares, así como estudiar la forma como las familias toman sus decisiones financieras, en particular aquellas relacionadas con endeudamiento. La encuesta se aplica desde 2010 de manera continua y presencial sobre una sub-muestra de los consultados en la Gran encuesta integrada de hogares (GEIH) en Bogotá.

Los indicadores de carga financiera y endeudamiento de los hogares bancarizados en Bogotá, los cuales disminuyeron, frente a los registrados en 2013, como consecuencia de un mayor crecimiento del ingreso y de la riqueza en comparación con el de las cuotas y la deuda.

El carga financiera tradicional (CFI) se ubicó en 22,2% en 2014, cifra inferior a la registrada en 2013 (23,8%) y al valor considerado alto internacionalmente (30%, según el Fondo Monetario Internacional – FMI – y el Banco de Canadá). Por su parte, el indicador de endeudamiento con respecto a la riqueza disminuyó 4,1 puntos porcentuales en el mismo período, ubicándose en 11,3% al final de 2014. Finalmente, el indicador de endeudamiento (CDI) revirtió la tendencia creciente que venía presentando desde 2011, pasando de 44,6% a 37,4% entre 2013 y 2014.

Durante el año 2014 los indicadores de carga financiera de los hogares analizados con base tanto en la información de la Encuesta De Carga Financiera Y Educación De Hogares En Bogotá IEFIC como en aquella provista por Asobancaria, disminuyeron frente a los registrados en 2013, como consecuencia de un mayor crecimiento del ingreso en comparación con el de las cuotas. Por quintil de ingreso, se aprecia un aumento del CFI para los quintiles más bajos y una reducción para los más altos; no obstante, el porcentaje de deuda que se concentra en los quintiles 1 y 2 sigue siendo menor.

La carga financiera y el endeudamiento de los hogares exhibieron aumentos para el total nacional, mientras que para Bogotá presentaron un crecimiento contrario durante el primer semestre de 2012. Este comportamiento está explicado por un mayor incremento de los ingresos de los hogares en Bogotá comparado con los de las demás ciudades del país. Asimismo, los hogares bogotanos del quintil 1 son los más endeudados; no obstante, la exposición del sistema a estos es baja (4,0%). Por modalidades, se observó un incremento de la carga financiera para la modalidad de consumo y una disminución para la de vivienda, esto estuvo acompañado por un



aumento en el nivel de endeudamiento para las dos modalidades¹⁶. Para la localidad de Ciudad Bolívar, no se cuenta con este indicador.

1.4. Mapa de actores

De acuerdo a la actualización de los mapas de actores de 2014 por etapa de ciclo, se observa con relación a la etapa de ciclo de Infancia que se cuenta en la actualidad con diecisiete actores sociales de los cuales, catorce corresponde a actores locales con alta influencia y tres distritales con alto poder para la tomas de decisiones. Con relación a la etapa de juventud se cuenta en la actualidad con veinte nueve actores sociales de los cuales, veinte corresponde a actores locales con alta influencia y nueve distritales, con relación a la etapa de adultez se cuenta en la actualidad con 37 actores de los cuales dieciséis corresponde a actores locales con alta influencia y veintiuno distritales, por ultimo con relación a la etapa de ciclo de vejez se cuenta con 40 actores sociales de los cuales 25 son locales con alta influencia y quince distritales.

Es muy importante aclarar que cada etapa de ciclo está articulada con los Proyectos de desarrollo de autonomía (PDA) y transversalidades de la Gestión local de políticas, programas transversalidades, como lo son: programas de Instituciones Prestadores de servicios IPS, programa de Transmisibles, programa de Crónicos, programas de Salud sexual y Reproductiva, Gestión Salud Ambiental, laboral y a su vez se cuenta con las transversalidades de Discapacidad, Actividad física, Víctimas de conflicto armado, Seguridad Alimentaria Nutricional, Mujer y género, LGBTI, Salud mental y Salud oral. De acuerdo a lo anterior se puede mencionar que la red identificada para el diagnóstico local de 2014, corresponde a una red con características de un sistema abierto, multicentrico, dinámico, con características de un sistema colectivo de trabajo, desde dimensiones pública y privada, la cual tiene un alto nivel de alcance local y distrital, con la potencialidad de afectar lo individual, familiar, comunitario e institucional.

1.5 Priorización de las Unidades de Planeación Zonal (UPZ)

La priorización de las UPZ de la localidad de Ciudad Bolívar, se realizó teniendo en cuenta criterios como: frecuencias de ocurrencia de eventos de interés en salud Pública, indicadores trazadores en salud e indicadores socioeconómicos. Las herramientas utilizadas fueron: Matriz Hanlon, tablas de salidas diseñadas por el equipo

¹⁶ Banco de la Republica Colombiana. Informe especial de estabilidad Financiera. Carga financiera. Marzo de 2015, Pág. 7 -15

ASIS, entre otras. A continuación se presentan los resultados de la priorización de las UPZ según las fuentes de información.

Subsistemas de Vigilancia en Salud Pública

Según el comportamiento de los eventos de vigilancia epidemiológica en el año 2014, las UPZ que presentaron mayor frecuencia de casos fueron: Lucero, Ismael Perdomo y Jerusalén (Ver tabla). Es importante mencionar que estas UPZ presentan mayor densidad poblacional y condensan los estratos más bajos, los cuales condensan los indicadores socioeconómicos de mayores índices de pobreza.

Tabla 3. Priorización de las Unidades de Planeación zonal, según subsistemas de vigilancia en salud pública, Localidad Ciudad Bolívar, 2014

UNIDAD DE PLANEACIÓN ZONAL	Discapacidad	Salud sexual y reproductiva	SISVAN	SISVECOS	SISVESO	SIVELCE	SIVIGILA	SIVIGILA	TOTAL	%
LUCERO	900	101	1946	277	230	15	1278	2045	6792	29,5
ISMEL PERDOMO	587	62	538	198	333	0	1190	1391	4299	18,7
JERUSALEN	632	52	939	135	180	20	743	1229	3930	17,1
SAN FRANCISCO	444	87	670	130	170	47	909	732	3189	13,8
TESORO	233	101	861	107	117	8	610	697	2734	11,9
ARBOLIZADORA	304	52	218	49	54	24	441	329	1471	6,4
ZONAL RURAL	0	73	141	2	86	0	1	0	303	1,3
MONTEBLANCO	21	76	0	13	0	0	31	62	203	0,9
MOCHUELO	4	73	0	2	23	0	4	0	106	0,5
TOTAL	3125	677	5313	913	1193	114	5207	6485	23027	100,0

Fuente: Hospital Vista Hermosa. Subsistemas de Vigilancia Salud Pública. 2014

Eventos trazadores en salud

Se utilizó la información de las mortalidades evitables: perinatal, materna, infantil, menor de 5 años, neumonía, desnutrición, enfermedad diarreica aguda en menor de 5 años y el suicidio consumado. Es importante resaltar que se tomó los datos absolutos, con el fin de obtener el promedio y se estimaron los indicadores según las metas de plan de desarrollo distrital de los eventos presentados en cada UPZ para el año 2014.

Las UPZ consideradas como críticas según el promedio de casos fueron: Lucero, Ismael Perdomo, sin embargo al análisis del eventos, existen otras UPZ como: Tesoro, San Francisco y Jerusalén que tienen comportamientos similares, lo que dificulta la selección de la tercera UPZ crítica, según los eventos trazadores. De acuerdo a lo anterior se decide tomar la UPZ Jerusalén como la tercera UPZ crítica, teniendo como base el análisis porcentual de los eventos en salud pública.

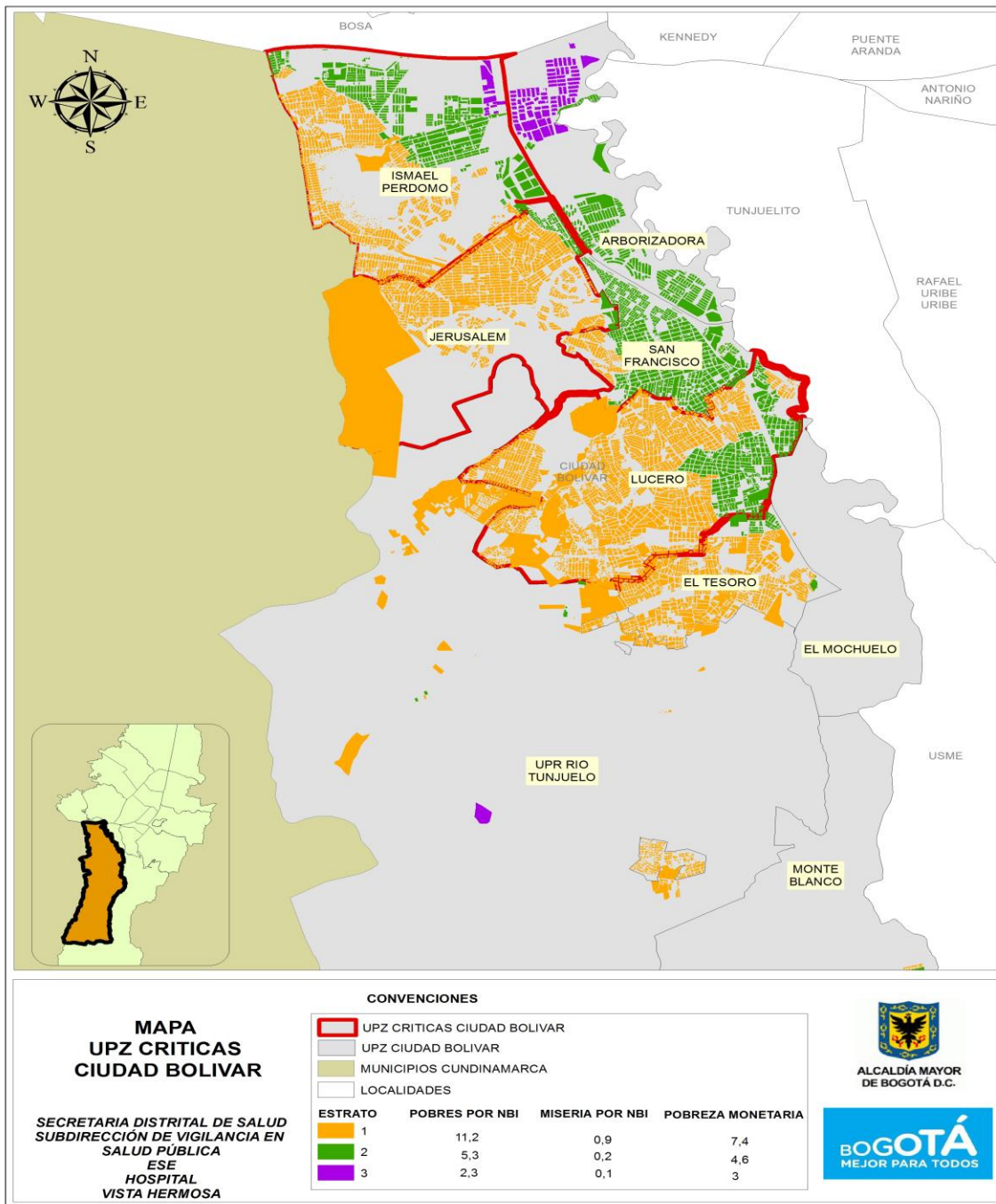
Tabla 4. Priorización de las Unidades de Planeación zonal, según mortalidad evitable y el suicidio consumado, Localidad Ciudad Bolívar, 2014

UPZ	Mortalidades evitables																																																													
	Menor e Igual a 15			Menor e Igual a 35			Menor e Igual a 8			Menor e Igual a 15,7			Menor e Igual a 9			Menor e Igual a 1			Menor e Igual a 1,5			Menor e Igual a 3,6																																								
	Entre 15,1 y 17			Entre 35,1 y 38			Entre 8,1 y 9,9			Entre 15,8 y 19,9			Entre 9,1 y 13			Entre 1,1 y 1,5			Entre 1,6 y 1,9			Entre Igual a 3,7																																								
	Mayor o Igual a 17,1			Mayor o Igual a 38,1			Mayor o Igual a 10			Mayor o Igual a 20			Mayor o Igual a 13,1			Mayor o Igual a 1,6			Mayor o Igual a 2			Mayor o Igual a 3,8																																								
	Mortalidad perinatal			Mortalidad Materna			Mortalidad infantil			Mortalidad en menores de 5 años			Mortalidad en menores de 5 años por neumonía			Mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica			Mortalidad en menores de 5 años por desnutrición			Suicidio																																								
Nº DE CASOS			Tasa x 1000 NV + Fetales			%			Nº DE CASOS			Razón x 100000 NV			%			Nº DE CASOS			Tasa x 1000 NV			%			Nº DE CASOS			Tasa x 10000 < 5 años			%			Nº DE CASOS			Tasa x 100000 < 5 años			%			Nº DE CASOS			Tasa x 100000 < 5 años			%			Nº DE CASOS			Tasa x 10000 habitantes			%		
UPR RURAL	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0																	
UPZ 63 MOCHUELO	1	83,3	0,7	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	1	55,2	0,8	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0																	
UPZ 64 MONTEBLANCO	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	1	10,5	0,9	2	20,7	1,6	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0																	
UPZ 65 ARBORIZADORA	10	14,1	6,6	0	0,0	0,0	9	12,7	7,9	9	18,5	7,0	1	1,5	16,7	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	1	1,6	3,2	1	1,6	3,2	1	1,6	3,2	1	1,6	3,2	1	1,6	3,2	1	1,6	3,2																	
UPZ 66 SAN FRANCISCO	21	18,1	13,8	0	0,0	0,0	9	7,8	7,9	9	12,9	7,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	1	1,3	3,2	1	1,3	3,2	1	1,3	3,2	1	1,3	3,2	1	1,3	3,2																				
UPZ 67 LUCERO	42	17,8	27,6	2	84,5	66,7	38	16,1	33,3	43	22,8	33,3	4	5,9	66,7	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	4	2,3	12,9	4	2,3	12,9	4	2,3	12,9	4	2,3	12,9																							
UPZ 68 TESORO	17	18,2	11,2	0	0,0	0,0	13	13,9	11,4	17	28,8	13,2	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	1	1,9	3,2	1	1,9	3,2	1	1,9	3,2	1	1,9	3,2																							
UPZ 69 ISMAEL PERDOMO	33	15,7	21,7	1	47,6	33,3	20	9,5	17,5	23	12,9	17,8	1	1,5	16,7	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	2	1,1	6,5	2	1,1	6,5	2	1,1	6,5	2	1,1	6,5																							
UPZ 70 JERUSALEM	28	16,7	18,4	0	0,0	0,0	14	8,3	12,3	17	14,3	13,2	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	2	1,8	6,5	2	1,8	6,5	2	1,8	6,5	2	1,8	6,5																							
SIN DATO	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	10	6,9	8,8	8	0,0	6,2	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	20	9009,0	64,5	20	9009,0	64,5	20	9009,0	64,5	20	9009,0	64,5																							
TOTAL	152	14,5	100	3	28,5	100	114	10,8	100	129	19,1	100	6	8,9	100	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	31	4,6	100	31	4,6	100	31	4,6	100																										

Fuente: Sistema de Estadísticas Vitales SDS - Bases de datos Certificado defunción y nacimiento. 2014. preliminares. Actualizado 29 de febrero 2016. Proyecciones de población DANE 2014.

A continuación se presenta el mapa de las UPZ priorizadas según el estrato y los indicadores sociales.

Mapa 4. Unidades de planeación zonal prioritizadas en la localidad Ciudad Bolívar, 2014



Fuente: Infraestructura de datos espaciales para el distrito capital- IDECA, 2014

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info: Línea 195



Capítulo 2. Análisis de los determinantes sociales de la salud en el ámbito de las dimensiones prioritarias

2.1. Perfil Salud Enfermedad

2.1.1. Mortalidad

2.1.1.1. General por grandes causas

De las diez primeras causas de mortalidad general presentadas en la localidad de Ciudad Bolívar durante los años 2011 a 2012, se puede determinar que seis causas son constantes: enfermedades isquémicas del corazón, homicidios, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades crónicas de las vías respiratorias, Diabetes mellitus, Tumor maligno del estómago, Neumonía y Enfermedades hipertensivas.

Tabla 5. Tasas de las Primeras diez causas de mortalidad general, Localidad Ciudad Bolivar, años 2011 – 2012

Causas de mortalidad general	2011		2012	
	#	Tasa	#	Tasa
1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	266	4,2	301	4,6
1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	199	3,1	174	2,7
1-055 Enfermedades cerebrovasculares	141	2,2	144	2,2
1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	114	1,8	108	1,7
1-041 Diabetes mellitus	66	1,0	64	1,0
1-013 Tumor maligno del estómago	59	0,9	62	1,0
1-059 Neumonía	70	1,1	60	0,9
1-050 Enfermedades hipertensivas	59	0,9	47	0,7
1-089 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	--	--	44	0,7
1-102 Eventos de intención no determinada y secuelas	--	--	43	0,7
1-014 Tumor maligno del colon, de la unión recto-sigmoidea, recto y ano	40	0,6	--	--
1-090 Accidentes de transporte de motor	35	0,5	--	--

Fuente: Certificado defunción. Bases de datos DANE - RUAF.-Sistema de Estadísticas Vitales Secretaría Distrital de Salud. Fecha de ajuste: 2011- 21 de octubre de 2013, 2012 - Publicación DANE octubre 31 del 2014. Tasa * 10.000 Habitantes.

La información suministrada por la Secretaria Distrital de Salud está con corte a 2012 y son datos oficiales. Para el año 2011 se presentaron 2017 y en 2012; 2072 mortalidades en la localidad de ciudad Bolívar. La tasa de mortalidad para la localidad en el año 2012 fue de 31,7 por 10000 habitantes.

En el ciclo vital infancia se encontró que por cada 100000 niños menores de 1 año, 170,9 de los niños fallecieron con trastornos respiratorios específicos del periodo

perinatal, la segunda causa presentada para este grupo de edad fue las Malformaciones congénitas del sistema circulatorio (tasa 163,4) y en tercer lugar las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas (96,6).

Para el grupo de 1 a 4 años de edad se observó que las causas más frecuentes fueron Malformaciones congénitas del sistema circulatorio con una tasa 11,4 por 100000 habitantes, Agresiones (homicidios) y secuelas (5,7) y neumonía (3,8).

En el grupo de 5 a 14 años las causas más frecuentes fueron: enfermedades infecciosas intestinales, Tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central, Leucemia, Malformaciones congénitas del sistema circulatorio, Accidentes de transporte de motor y Ahogamiento y sumersión accidentales; cada una de estas causas con una tasa de 1,5 por 100000 habitantes respectivamente.

Con respecto al grupo de 15 a 44 años se identificaron como causas más frecuentes las Agresiones (homicidios) y secuelas (10,6), Lesiones auto-infligidas intencionalmente (suicidios) y secuelas (6,2) y los Accidentes de transporte de motor (4,6).

En relación al grupo de 45 a 59 años las causas más ocurrentes fueron: Enfermedades isquémicas del corazón (16,4), Enfermedades cerebrovasculares (12,3) y Tumor maligno de la mama de la mujer (11,3).

En el grupo de 60 y más años las causas de mayor ocurrencia para el año 2012 fueron: Enfermedades isquémicas del corazón (tasa 442,9 por 100000 habitantes), Enfermedades crónicas de las vías respiratorias (204,6) y Enfermedades cerebrovasculares (200,1).

2.1.1.2. Específica por subgrupos

La tasa de mortalidad específica es la proporción de personas que mueren por una causa concreta en un período en una población. En el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 se definieron una serie eventos mortales, que se medirán a través de tasas de incidencia en la siguiente tabla.

Tabla 6. Tasas de mortalidad específica por subgrupos, Localidad Ciudad Bolívar, años 2008 – 2012

Tasa específica	2008		2009		2010		2011		2012	
	#	Tasa	#	Tasa	#	Tasa	#	Tasa	#	Tasa
Tasa de mortalidad por agresiones (homicidios)	157	26,0	181	29,4	176	28,0	199	31,1	174	26,7
Tasa de mortalidad por diabetes mellitus	51	8,4	47	7,6	65	10,3	66	10,3	64	9,8
Tasa de mortalidad por tumor maligno del estomago	57	9,4	42	6,8	48	7,6	59	9,2	62	9,5
Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama	18	5,8	31	9,9	21	6,6	25	7,7	30	9,0
Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre	41	6,8	60	9,7	62	9,9	50	7,8	56	8,6
Tasa de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino	21	6,8	25	8,0	21	6,6	22	6,7	23	6,9
Tasa de mortalidad por tumor maligno de la próstata	14	4,7	18	6,0	14	4,5	20	6,4	18	5,6
Mortalidad por enfermedades infecciosas (A00-A99)	19	3,1	14	2,3	22	3,5	28	4,4	22	3,4
Tasa de mortalidad por lesiones auto-infringidas intencionalmente	19	3,1	27	4,4	29	4,6	21	3,3	18	2,8
Tasa de mortalidad por tuberculosis	3	0,5	7	1,1	6	1,0	9	1,4	6	0,9

Fuente: Certificado defunción. Bases de datos DANE - RUAF.-Sistema de Estadísticas Vitales Secretaría Distrital de Salud. Tasa por 100.000 Habitantes.

En la tabla se observa que la tasa de mortalidad por agresiones ocupa el primer lugar con 26,7, esta causa se ha mantenido a través de los años evaluados (2008 – 2012), en segundo lugar se encuentra la mortalidad por diabetes mellitus, y en la tercera causa específica se ubica el tumor maligno del estómago.

2.1.1.3. Materno infantil y en la niñez

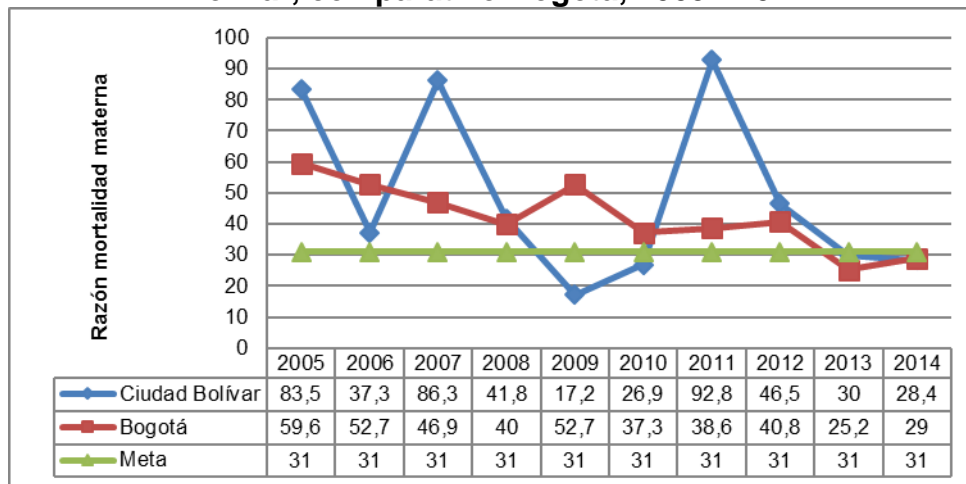
Mortalidad materna

La razón de mortalidad materna para el año 2005 fue de 83,5 por cada 100000 nacidos vivos, en comparación al año 2014 (28,4) se observa disminución tanto en la tasa como en el número de casos, logrando pasar de 5 casos en 2005 a 3 casos en 2014. En el análisis comparativo de la localidad con el distrito se observa que para el año 2014 que Ciudad Bolívar se ubicó por debajo de la tasa distrital, con una variación de 0,6%.

Con respecto al número de casos presentados para los años 2013 y 2014 se observan diferencias entre la localidad y el distrito; en la localidad el comportamiento fue estable con 3 casos respectivamente, mientras que en el distrito se presentó aumento de 4 casos para el año 2014, donde ocurrieron 30 casos.

En términos de cumplimiento de metas distritales (Reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna) la localidad y el distrito para los años 2013 y 2014 presentaron cumplimiento, en comparación con el año 2005 se evidencia mejoramiento.

Gráfica 2. Mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos, en la localidad Ciudad Bolívar, comparativo Bogotá, 2005 - 2014



Fuente: Sistema de Estadísticas Vitales SDS - Bases de datos Certificado defunción y nacimiento; 2010-2014 son preliminares. Actualizado 29 de febrero 2016.

Durante los años 2014 y 2013 se identificaron tres mortalidades maternas para cada año respectivamente. Lo anterior es un llamado de atención a la calidad de la atención en los controles prenatales, en la atención de urgencias y en el fortalecimiento del programa territorios saludables ya que en el análisis realizado por la Secretaria Distrital de Salud (SDS), se evidenciaron 7 hallazgos los cuales 3 eran de calidad y 4 de territorios saludables, así mismo, en dos casos, las gestantes no estaban caracterizadas por el programa territorios saludables. Aún más, si se tienen en cuenta los determinantes sociales desfavorables que se evidenciaron en cada caso y que se explicarán a continuación:

Caso 1. Mujer de 21 años. Presentó su primer embarazo a los 15 años (deseado). Además de un cuadro de Sífilis e hipertensión arterial. El diagnóstico del fallecimiento fue: asistolia, sepsis abdominal y choque séptico. Residía en el barrio la estrella, UPZ lucero, estrato 1, con barreras de acceso y con condiciones inadecuadas de vivienda e higiene; vivía en unión libre y contaba con estudios incompletos de educación básica, familia de tipo nuclear que se mantenía con 1 salario mínimo legal vigente (SMLV) al mes. Presentaba antecedentes de consumo de drogas y violencia intrafamiliar. Sin embargo sus redes de apoyo eran familiares. Se encontraba afiliada a capital salud, sin embargo existieron fallas en la atención médica y tuvo orientación inadecuada de métodos anticonceptivos y asistió a 3 controles prenatales.

Caso 2. Mujer de 18 años. Desconoce edad de inicio de relaciones sexuales y de compañeros sexuales. Niega antecedentes médicos. Causa directa de muerte choque hemorrágico (desprendimiento prematuro de la placenta). Residía en el barrio La estancia, territorio Perdomo Bajo, estrato 2. Condiciones higiénicas y de vivienda aceptables. Vivía en unión libre, familia nuclear, pertenecientes a la comunidad afrocolombiana, con ingresos menores a 1 SMLV, contaba con estudios de bachillerato incompletos. Se encontraba afiliada al Fondo Financiero Distrital. No se conoce el número de controles prenatales a los cuales asistió. La causa de muerte está asociada a la mala calidad de la atención en salud.

Caso 3. Mujer de 36 años. Tenía dos hijos, no tenía antecedentes. Causa directa muerte encefálica debida a trombosis de seno cerebral. Residía en el barrio Lucero, territorio Lucero bajo, estrato 2, familia tipo nuclear. Condiciones higiénico-sanitarias adecuadas de la vivienda. Vivía con el esposo y dos hijos. Nivel académico bachillerato. Se encontraba afiliada al régimen contributivo y trabajaba independiente ingresos mensuales de 2 SMLV.

En ninguno de los tres casos la madre contaba con estudios profesionales, en dos casos no se alcanzó el título de bachiller; en los tres casos existió dependencia económica hacia un tercero. Dos de las madres estuvieron afiliadas al régimen subsidiado.

En el análisis de determinantes estructurales se identificó que en los tres (3) casos, las situaciones de carácter estructural que determinan la mortalidad materna tienen que ver con: un modelo de desarrollo económico que amplía las desigualdades sociales, económicas; un sistema general de salud que no logra implementar políticas eficaces que garanticen los derechos de la salud sexual y reproductiva que presenta fallas en el aseguramiento, la canalización y seguimiento efectivo de sus usuarios; un sistema de creencias culturales y religiosas que impiden a la persona toma de decisiones acertadas en cuanto a proteger la integridad, la salud y sus derechos.

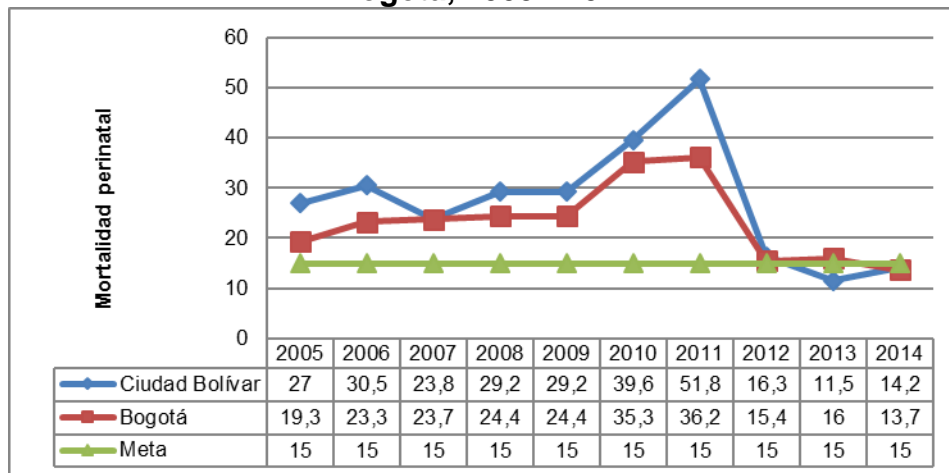
En los tres casos de mortalidad materna, en la localidad de Ciudad Bolívar, se identificaron demoras en el tratamiento adecuado de la institución, estas estuvieron relacionada con: asociadas a falta de calidez en la atención; ausencia de explicación de las patologías que sufre el menor y la madre; tratamientos médicos inadecuados e inoportunos; calidad deficiente de los servicios de apoyo diagnóstico; dificultad en el acceso a los servicios de salud por barreras administrativas o de afiliación; niveles de atención que no garantizan en forma permanente los servicios que se habilitan o acreditan; actividades de promoción y prevención inexistentes o ineficientes; falta de oportunidad del servicio de salud para atender a la gestante. En este orden de ideas y,

con base en lo anterior, estas mortalidades se presentaron en UPZ las cuales tienen en su territorio Instituciones Prestadoras de Servicio – IPS de primer nivel las cuales no tienen la infraestructura, ni equipamiento para prestar este servicio especializado para atender este tipo de casos.

Mortalidad perinatal

En Bogotá el comportamiento del indicador de la mortalidad perinatal ha oscilado de los 2877 casos en el año 2009, 3843 en 2011, mostrando una importante disminución en 2012 con 1638 casos, para el año 2014 se presentaron 1431 casos, con respecto al año anterior (2013), la disminución fue de 242 casos.

Gráfica 3. Mortalidad perinatal, en la localidad Ciudad Bolívar, comparativo Bogotá, 2005 - 2014



Fuente: Sistema de Estadísticas Vitales SDS - Bases de datos Certificado defunción y nacimiento; 2010-2014 son preliminares. Actualizado 29 de febrero 2016.

Al comparar el comportamiento del indicador entre el Distrito Capital y la localidad Ciudad Bolívar, se observa que la tasa por mil nacidos vivos de la localidad ha estado por encima de la presentada en el distrito a excepción del año 2013. El comportamiento por Unidades de Planeación Zonal fue el siguiente: UPZ 67 - Lucero presento una tasa de 27,6 (42 casos), UPZ 69 – Perdomo; 21,7 (33 casos), UPZ 70 – Jerusalén; 18,4 (28 casos), UPZ 66 - San Francisco; 13,8 (21 casos), UPZ 68 – Tesoro; 11,2 (17 casos), UPZ 65 – Arborizadora; 6,6 (10 casos) y UPZ 63 – Mochuelo; 0,7 (1 caso)

Durante el año 2014, en la localidad de Ciudad Bolívar, se presentaron 152 mortalidades perinatales (tasa de 14,2 por mil nacidos vivos), con una variación de 23% más que en 2013 en donde se presentaron 117 mortalidades (Tasa de 11,5 por mil



nacidos vivos), cumpliendo en los años 2013 y 2014 la meta de desarrollo de Bogotá Humana que es de 15 por mil nacidos vivos.

Para profundizar en el conocimiento de los determinantes sociales de la mortalidad perinatal se seleccionaron 25 Investigaciones Epidemiológica de Campo (IEC), a estas se les realizó una aproximación de análisis por determinantes sociales, es decir que tienen que ver con los estilos de vida de la madre, condiciones biológicas y genéticas, edad, etnia o enfermedades de base, en el cual se tuvieron en cuenta variables de: edad de la madre, controles prenatales, uso de métodos de regulación de la fecundidad. Los determinantes intermedios, están relacionados con condiciones socio-económicas y los estructurales con el Sistema, servicios de salud y política pública, de esta información se encontró lo siguiente:

En el análisis de los determinantes proximales de las 25 mortalidades perinatales, se observó que en relación a las causas de la pérdida fueron en su mayoría Óbito fetal; además se presentaron casos de hipoxia fetal, prematuridad extrema, neumonía congénita y malformación congénita. Como antecedentes médicos de la madre se identificaron casos de: preclamsia, VPH (Virus del Papiloma Humano), anemia, hipertensión, infecciones urinarias; además de abusos sexuales, algunos de ellos en la primera relación; sin embargo, en 19 de los 25 casos (76%) no se presentaron ningún tipo de antecedentes médicos.

El 44% de los casos (n=11) fueron embarazos no deseados, el 24% de los casos (n=6) fueron deseados, y en 8 casos la IEC no permitió determinar esta variable. El promedio de edades de las madres que sufrieron la pérdida ronda los 23,8 años de edad presentándose casos desde los 15 a los 35 años. De los 25 casos analizados, 3 se presentaron en madres en condición de desplazamiento forzado víctimas del conflicto armado. De los 25 casos con IEC, en 15 casos (60%) la pareja no planificaban, en 11 de los casos (40%) si lo hicieron. Se evidenció que, en general, no hubo una adherencia adecuada al uso de métodos anticonceptivos, sobre todo en casos que presentan multiparidad o en casos donde existió antecedente de muerte perinatal.

En cuanto a la asistencia a controles pre natales 4 no asistieron o tuvieron menos de 3 controles, en 14 de los casos (56%) la madre asistió a más de 3 controles prenatales, siendo el promedio de los controles de 3,75, cifra muy baja si se entiende que lo recomendable es la asistencia a mínimo 4 controles. Esta baja asistencia, de acuerdo a los análisis de las Investigaciones Epidemiológicas de Campo IEC, se debe a factores como: la poca relevancia que algunas madres le dan a estos controles, esto debido, en algunos casos, al exceso de confianza de algunas madres al haber tenido embarazos

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

anteriores sin complicaciones; además se evidenció que la falta de calidez humana por parte de los profesionales de la salud desmotiva la asistencia a controles posteriores.

De otra parte, no se identificó seguimiento por parte de las aseguradoras e IPS en el pos parto para vincular a la gestante a programas de planificación familiar. Además, se hizo evidente el desconocimiento de los cuidados y de signos de alarma que se deben tener en cuenta durante y después del embarazo, mostrando fallas en el seguimiento y control de las familias y el seguimiento a las gestantes haciendo evidentes fallas estructurales en el sistema de salud.

En los aspectos relativos a vivienda, hacinamiento y servicios públicos, en 14 casos (56%) las condiciones de vivienda son adecuadas, en 6 casos (24%) las condiciones no son adecuadas, es decir, no presentan todos los servicios básicos, se encuentran en obra gris o cuentan con condiciones ambientales negativas. El 54% de las familias a las que pertenecía al estrato socioeconómico número uno (1), el restante 46% al estrato socioeconómico número dos (2), en un caso (4%) se identificó hacinamiento crítico, en donde en una habitación convivían más de 5 personas.

En cuanto al nivel de estudios de la madre el 36% tiene estudios del bachillerato completa, solamente el 4% (n=1) tienen estudios profesionales. Se identificaron 2 casos (8%) que refirieron no poseer ningún tipo de estudios; el 28% cuentan con bachillerato incompleto.

El 76% de las madres que sufrió la pérdida vivían en unión libre (n=19), el 8% solteras y 4% casada. La mayoría de las familias eran de tipo nuclear, con dependencia económica en un solo miembro de la familia, en ninguno de los casos se reportó ingreso económico superior a los 2 Salarios mínimos legales vigentes (SMLV). En cuanto al aseguramiento, (n =12) estaban afiliadas al régimen subsidiado (Fondo Financiero Distrital, Capital Salud y Caprecom) y (n=13) al régimen contributivo (3 Famisanar, 1 Unicajas, 4 Ecoopsos 5 salud total).

Uno de los determinantes intermedios que más influyó en la mortalidad perinatal fue la mala calidad en la atención en salud. Esta mala calidad tiene que ver con: barreras de acceso, mala atención al usuario, dificultades con en el carné de afiliación, traslado de afiliación de un sistema contributivo a subsidiado o viceversa; deficiencia en el diagnóstico de malformaciones congénitas del embrión y un mal manejo del ambiente biótico en los centros de salud. En las declaraciones de los afectados, recopilados por la IEC, se evidencia inconformidad frente a la prestación de los servicios de salud por parte de las IPS, mencionan no recibir la explicación adecuada de la situación o de la interpretación de laboratorios o exámenes; en muchos casos no se identificó



oportunamente el riesgo, si se identificó no se le brindó el manejo adecuado para evitar complicaciones; no existió atención adecuada en los controles prenatales así como en la atención del parto.

De otra parte, al hablar de mortalidad perinatal y neonatal tardía, podemos identificar que existe sub registro el cual se presenta como consecuencia de las dificultades tanto para identificar y registrar estos hechos vitales, definir correctamente las causas de la muerte y el momento de ocurrencia cuando ellas no fueron asistidas en una institución de salud.

Otro determinante estructural de la mortalidad perinatal tiene que ver con las condiciones socioeconómicas de las familias de las gestantes, como se comentó al inicio del contexto general del indicador, los países pobres aportan el 98% de los fallecimientos perinatales. La escasa disponibilidad de recursos económicos se traduce, a nivel general, en deficientes e inequitativos sistemas de salud, que conciben los servicios como un asunto de ganancia económica y no como un derecho fundamental de los ciudadanos. A nivel familiar, la escasez de recursos se traduce en dificultad de adquirir servicios de transporte para asistir a controles prenatales, además de la incapacidad de adquirir medicamentos esenciales o refuerzos vitamínicos.

De otra parte, los bajos ingresos están relacionados directamente con el tipo de ocupación de quien sostiene el hogar, que en la mayoría de los casos es solo una persona; generalmente quienes sostienen el hogar se ocupan en la informalidad o no cuentan con contratos laborales estables. Esto se debe en parte a la oferta escasa del sistema de educación que imposibilita el acceso a estudios técnicos o profesionales que impiden la posibilidad de acceder a cargos con salarios que no solo se reduzcan a la obtención de la canasta básica familiar; además la informalidad e inestabilidad laboral está determinada por el sistema económico imperante el cual pretende defender los intereses de la empresa en contra de los intereses de los trabajadores, en donde la legislación permite que se celebren contratos precarios o temporales, evitando la estabilidad económica de las familias. Ahora bien, si a lo anterior se le agrega las condiciones de las viviendas, el limitado acceso a algunas zonas y el control territorial por algunas bandas delincuenciales, este tipo de acciones en el territorio limita la inversión social y esto se ve reflejado en la infraestructura física que esta categorizada, diferenciada tanto por el estrato, como también por la diferencia de entradas económicas per cápita entre estos sectores sociales.

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info: Línea 195



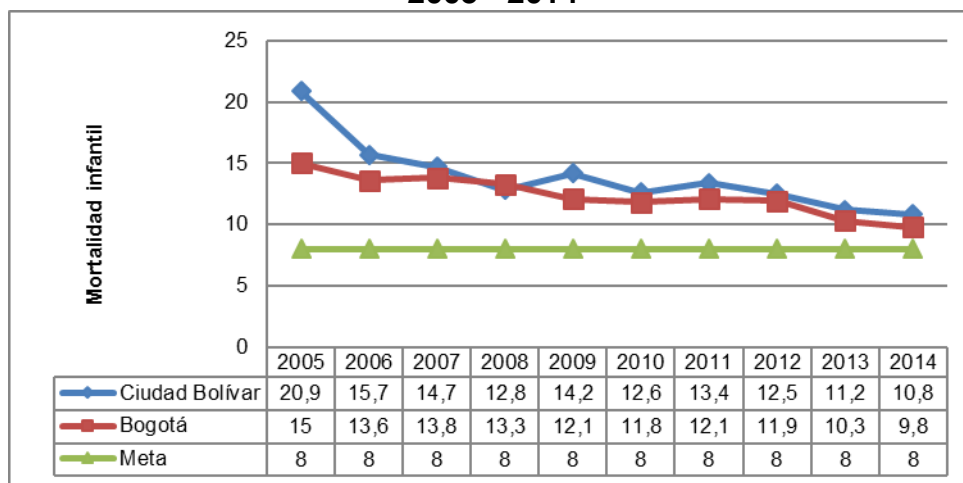
**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Mortalidad infantil

En la Ciudad de Bogotá, desde el año 2005, se ha observado una reducción considerable, pasando de una tasa de mortalidad infantil de 15 por 1000 nacidos vivos en 2005, a 9,8 por mil nacidos vivos en el año 2014, reducción importante si se tiene en cuenta que la meta distrital a 2016 es de 8 por mil nacidos vivos. Al comparar el comportamiento de la localidad Ciudad Bolívar con el Distrito, durante los años 2005 a 2014, se puede observar que la tasa local ha estado por encima de la tasa distrital a excepción del año 2008.

Respecto al comportamiento de la mortalidad infantil en la localidad Ciudad Bolívar ha presentado una tendencia a la disminución, logrando pasar de una tasa de 20,9 en 2005 a 10,8 en 2014 (114 casos). Con relación al comportamiento por UPZ se observó que la mayoría de casos presentados pertenecían a la UPZ Lucero – 67 con 38 casos que corresponde al 36,5% de total de casos de la localidad, en segundo lugar se ubicó la UPZ Ismael Perdomo – 69 con 20 casos (19,2%), tercer lugar UPZ Jerusalén - 70 con 14 casos (13,5%), UPZ Tesoro – 68 con 13 casos (12,5%), Arbozadora - 65 y San Francisco - 66 con 9 casos respectivamente (8,7) y finalmente la UPZ Monte Blanco – 64 con 1 caso (1%). Es importante aclarar que para el respectivo análisis de la distribución por UPZ se contó con información de 104 casos.

Gráfica 4. Mortalidad infantil, en la localidad Ciudad Bolívar, comparativo Bogotá, 2005 - 2014



Fuente: Sistema de Estadísticas Vitales SDS - Bases de datos Certificado defunción y nacimiento; 2010-2014 son preliminares. Actualizado 29 de febrero 2016.

En el análisis de los determinantes sociales, se observó que las mortalidades infantiles se presentaron en sectores económicos vulnerables ubicados en los estratos 1 y 2

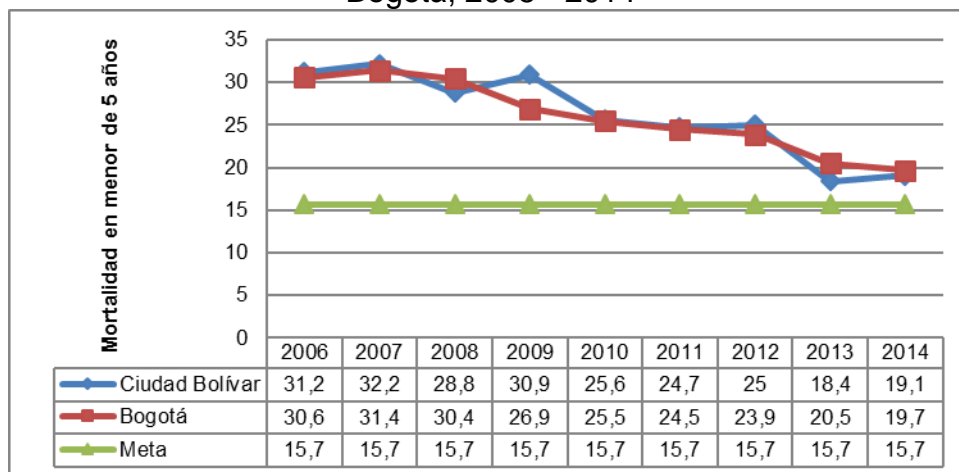
quienes adolecen de ciertos criterios de un buen cuidado para los infantes y ser un aliciente para reducir las mortalidades de la localidad.

Mortalidad menor de cinco años

En la ciudad de Bogotá, la tasa de mortalidad en menor de cinco años ha disminuido de 30,6 en el año 2006 a 19,7 en el año 2014. En Ciudad Bolívar, la disminución de la tasa de mortalidad de menor de cinco años ha disminuido 12,1 desde el año 2006 hasta el año 2014. Al comparar los años 2013 y 2014 se observa un aumento en la tasa para el año 2014, en la localidad de Ciudad Bolívar durante el año 2014, se identificaron 129 mortalidades en menor de cinco años (tasa de 19,1). Con relación a la meta distrital que es reducir esta mortalidad a 15.7 por 10.000 nacidos vivos, no se alcanzó el cumplimiento.

La UPZ 67 - Lucero presentó el mayor número de casos con 43 mortalidades, que corresponde al 35,5% del total de casos presentados en la localidad, en segundo lugar se ubicó la UPZ Ismael Perdomo - 69 con 23 casos (19%), en tercer lugar se ubicaron las UPZ Tesoro – 68 y Jerusalén – 70 con 17 casos respectivamente (14%), seguido están las UPZ Arborizadora-65 y San Francisco- 66 con 9 casos respectivamente (7,4%), posteriormente UPZ Monte Blanco – 64 con 2 casos que corresponde al 1,7% y finalmente UPZ Mochuelo – 63 con 1 caso (0,8%). Es importante aclarar que para el respectivo análisis de la distribución por UPZ se contó con información de 121 casos.

Gráfica 5. Mortalidad en menor de 5 años, en la localidad Ciudad Bolívar, comparativo Bogotá, 2005 - 2014



Fuente: Sistema de Estadísticas Vitales SDS - Bases de datos Certificado defunción y nacimiento; 2010-2014 son preliminares. Actualizado 29 de febrero 2016.



Los análisis del comportamiento de la mortalidad infantil, evidencian que aspectos relacionados con el acceso de la comunidad a agua potable, saneamiento básico, condiciones de nutrición del binomio madre-hijo, prácticas de alimentación, nivel educativo de las madres, acceso a los servicios sociales incluyendo los servicios de salud y vacunación, calidad del control prenatal en la detección del riesgo obstétrico, calidad en la atención del parto y el período neonatal y, detección temprana de alarmas para enfermedades transmisibles como enfermedad respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda, contribuyen a la ocurrencia de estos eventos.

La mortalidad en niños y niñas menores de 5 años se da principalmente en el primer año de vida, por tanto, una disminución en la tasa de mortalidad infantil favorece la disminución de este indicador. La principal causa de mortalidad en menores de 5 años es la mortalidad infantil y en este grupo la mortalidad perinatal. Se pueden identificar dos causas biológicas de esta conducta, la primera, mayor presencia de niños y niñas con alta vulnerabilidad del sistema respiratorio y, por tanto, un mayor riesgo de bronquiolitis y neumonía en especial en los primeros 2 años de vida. Y la segunda, asociada con el comportamiento del clima y el patrón estacional de circulación viral en el Distrito Capital.

De otra parte, de los análisis realizados por la Secretaria Distrital de Salud se evidenció, entre otras cosas: desconocimiento de los deberes y derechos en salud por parte de las y los usuarios, fallas en la identificación de signos de alarma frente a esta patología, fallas en el seguimiento nutricional, fallas en la integralidad de la atención de la patología, desconocimiento de los factores de riesgo, baja adherencia a servicios de salud con ausencia de controles prenatales y controles de crecimiento y desarrollo, precarias condiciones de las viviendas (tipo cambuches o paga diario que se caracterizan por la ausencia de servicios públicos, poca ventilación, y existencia de humedad). Igualmente, se han evidenciado barreras geográficas para la remisión y atención, débil adherencia a los programas de prevención y promoción, así como algunos factores culturales y dificultades económicas que limitan el desplazamiento del niño o de la niña al servicio de salud, entre otras.

Mortalidad por neumonía

En Bogotá, desde el año 2005 al 2014, la mortalidad por neumonía presentó una disminución de 15,9 con un cumplimiento satisfactorio para los años 2013 y 2014, en Ciudad Bolívar esta disminución ha sido de 27,7 presentando un cumplimiento satisfactorio para los años 2013 y 2014.

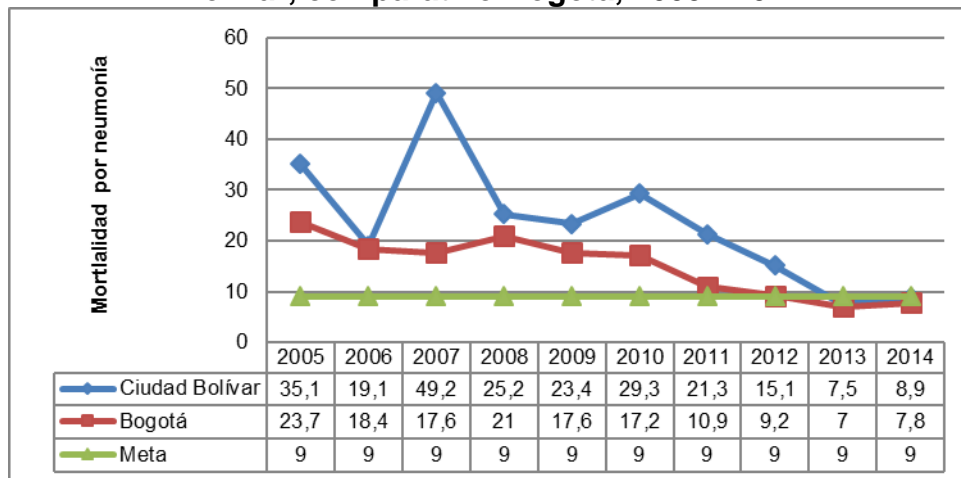
Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

En la localidad de Ciudad Bolívar durante el año 2014 se presentaron 6 casos de mortalidad por neumonía con una tasa del 7,4, mostrando una disminución frente al año 2013 en la tasa de 0,1, con una disminución de 1 caso (2013; 7 casos). En el distrito capital los casos aumentaron pasando de 41 en el 2013 a 47 en el 2014.

Gráfica 6. Mortalidad en menor de 5 años por neumonía, en la localidad Ciudad Bolívar, comparativo Bogotá, 2005 - 2014



Fuente: Sistema de Estadísticas Vitales SDS - Bases de datos Certificado defunción y nacimiento; 2010-2014 son preliminares. Actualizado 29 de febrero 2016.

En el caso de las mortalidades por neumonía se procuró realizar análisis de cada uno de los casos a través de la información suministrada por las IEC (Investigaciones Epidemiológicas de Campo), se contó con información de 5 de los 6 casos, de estos análisis se evidenció lo siguiente:

Caso 1. Se presenta en familia nuclear con padres universitarios empleados, madre de 28 años de edad, 28. Residentes del barrio Madalena de la UPZ Arbozadora, vivienda familiar, propia, estrato 3, condiciones óptimas de vivienda e higiene, todos los servicios públicos. Afiliados al régimen contributivo en saludcoop. El menor fallece a los 5 meses de nacido. La causa directa de la muerte es hemorragia pulmonar con antecedentes de neumonía multilobar y virus sincital respiratorio.

Durante la gestación, la madre asistió a todos los controles prenatales, en dónde se identificaron anomalías en el feto. A los 5 meses inicia cuadro de resfriado común, agrava fiebre, se dirigen a la clínica San Rafael en donde identifican infección pulmonar, luego diagnostican neumonía favorecida por los defectos del nacimiento.

Caso 2. . Familia nuclear (Padre madre, 2 hermanos). Madre de 25 años de edad, ama de casa, soltera. Residentes del barrio sector acacia UPZ San Francisco, con óptimas condiciones de vivienda, en arriendo, lugar aireado, todos los servicios públicos, Familia nuclear).Durante la gestación, la madre asistió 7 controles prenatales. A los 2 meses le diagnostican bronquitis, hospitalización 5 días, sale con tratamiento. A los 8 meses regresa por urgencias, le diagnostican neumonía viral, remiten a hospital San José, dónde contrae infección bacteriana en pulmón derecho. La madre duro todo un mes en el hospital.

Caso 3. . Familia monoparental, Madre cabeza de hogar sostiene los gastos de la casa y el cuidado de sus hijo. Madre de 35 años, Soltera afiliada al régimen contributivo (SaludCoop). Bachillerato Completo. Residentes del barrio Jerusalén de la UPZ Perdomo.

La menor nació con Síndrome de Down y desde su nacimiento la menor presentaba alteraciones serias del estado de salud, la paciente requería oxígeno, la menor nació en la Clínica SaludCoop Veraguas, su estado de salud no era el mejor, su desarrollo y crecimiento anormal por el síndrome de Down. La causa Directa de la muerte fue Neumotórax con antecedentes de Síndrome dificultad respiratoria y Neumonía Bacteriana, además se identificó falla renal, falla multiorgánica, coagulación intravascular diseminada.

Caso 4. . Familia multinuclear. Dos meses de edad. Condiciones de higiénico sanitarias de la vivienda inadecuadas. La edad de la madre es de 19 años y no trabaja, vive en el Barrio san francisco, soltera. Asistió a todos los controles prenatales. Tenía antecedentes de dos abortos espontáneos a los 15 y 16 años de edad. Recibió atención en Hospital Vista Hermosa, Meissen y Kennedy, es decir en tres niveles de atención. Lo llevo de manera oportuna a la IPS y la causa de muerte fue Shock cardiogénico.

Caso 5. 3 meses 24 días, familia nuclear con evidencias de violencia intrafamiliar: física, emocional, negligencia, sexual y económica, edad de la madre 42 años contaba con primaria incompleta, dependían del padre de 44 años, primaria incompleta que poco aportaba al hogar. Las condiciones de vivienda son inaceptables, tejas de zinc, hacinamiento, en una cama dormían hasta tres menores de edad, conexión ilegal, se presentaba humo en las habitaciones porque los vecinos quemaban cable, ubicado en el barrio Bella Flor de la UPZ lucero. La causa de muerte fue choque séptico.

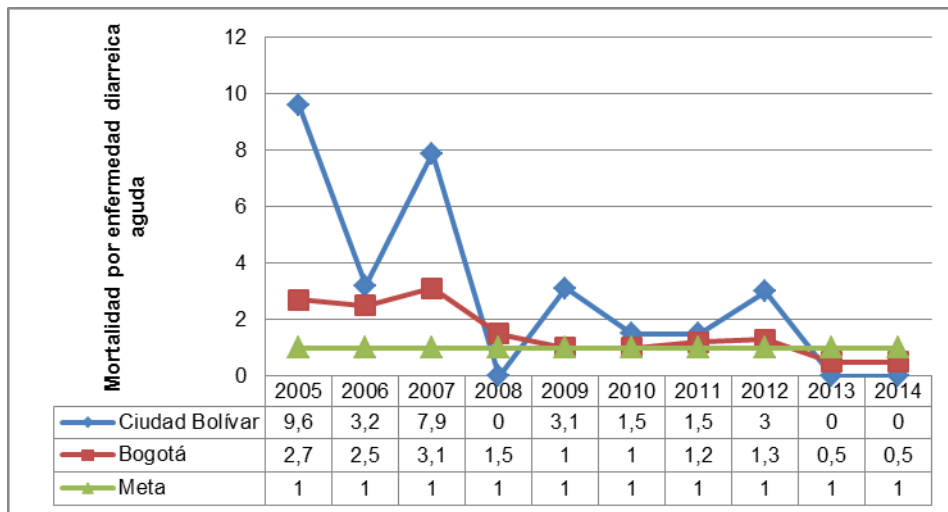
Estas condiciones de las unidades habitacionales en las que residían los menores refleja una realidad en la cual son más vulnerables los recién nacidos y todas las personas en general. Estas desigualdades sociales e inequidades reflejan la carencia

de hospitales de segundo y tercer nivel de atención. Una localidad con cerca setecientas mil personas debería tener un hospital de segundo o tercer nivel de atención, con recursos garantizados para su sostenibilidad fiscal y todo el talento humano para prevenir este tipo de situaciones.

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

En la gráfica se observa que durante los años 2005 a 2014 se ha presentado una tendencia a la disminución de la mortalidad por enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, a nivel distrital se logró pasar de una tasa de 2,7 en 2005 a 0,5 en 2014.

Gráfica 7. Mortalidad en menor de 5 años por enfermedad diarreica aguda, en la localidad Ciudad Bolívar, comparativo Bogotá, 2005 - 2014



Fuente: Sistema de Estadísticas Vitales SDS - Bases de datos Certificado defunción y nacimiento; 2010-2014 son preliminares. Actualizado 29 de febrero 2016.

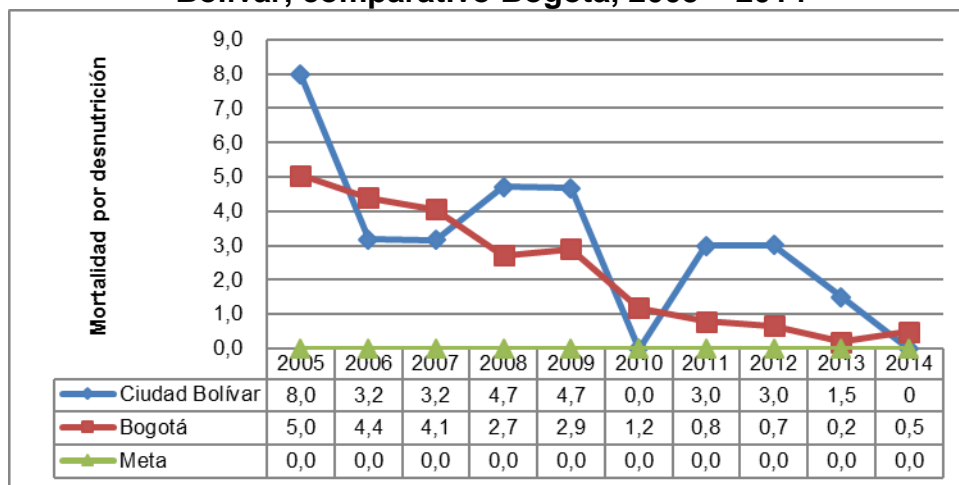
En la localidad de Ciudad Bolívar durante los años 2013 y 2014 no se presentaron casos de mortalidad por enfermedad diarreica aguda. Es importante mencionar que para el primer trimestre 2014 estaba identificada un caso en la UPZ Paraíso sin embargo fue descartada y no registra en las bases entregadas por la Secretaria Distrital de Salud.

Mortalidad por desnutrición

En la gráfica se observa que durante los años 2005 a 2014 se presentó una disminución importante de la mortalidad por desnutrición en niños menores de 5 años, a

nivel distrital se logró pasar de una tasa de 5 en 2005 a 0,5 en 2014 y para la localidad la disminución fue de 8 en 2005 a 0 en 2014.

Gráfica 8. Mortalidad en menor de 5 años por desnutrición, en la localidad Ciudad Bolívar, comparativo Bogotá, 2005 – 2014



Fuente: Sistema de Estadísticas Vitales SDS - Bases de datos Certificado defunción y nacimiento; 2010-2014 son preliminares. Actualizado 29 de febrero 2016.

Mortalidad por malformaciones congénitas en menores de cinco años

Durante el año 2014 en Bogotá ocurrieron 282 muertes por malformaciones congénitas en menores de 5 años, el 12,1% de estos casos residían en la localidad de Ciudad Bolívar. Se estima que el 0,05% del total de niños menores de 5 años de la localidad fallecieron por malformaciones congénitas.

Los casos presentados en la localidad, presentaron la siguiente distribución porcentual: Lucero 32,4%, Tesoro e Ismael Perdomo 20,6% respectivamente, Jerusalem 11,8%, Arborizadora y San Francisco 5,9% para cada una de estas dos UPZ y Monteblanco 2,9%.

2.1.2. Morbilidad

2.1.2.1. Análisis según lista de morbilidad

Morbilidad atendida (consulta externa, hospitalización y urgencias)

La información descrita en este apartado da a conocer la situación de morbilidad en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias de la localidad. La fuente de

esta información son los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) del año 2014 entregados por la Secretaria Distrital de Salud.

Primeras diez causas de morbilidad general en consulta externa en la Localidad de Ciudad Bolívar Año 2014

Las principales causas de morbilidad en los servicios de consulta externa para el año 2014 fueron: cefalea, otros dolores abdominales y los no especificados, conjuntivitis aguda no especificada, infección de vías urinarias, sitio no especificado y lumbago no especificado, donde el mayor número de consultas corresponde al grupo de infancia y el segundo lugar al grupo vejez; la distribución tanto para hombres como para mujeres es del 50%, ver tabla.

Tabla 7. Primeras diez causas de morbilidad en consulta externa, Localidad Ciudad Bolívar. Año 2014.

EVENTO	Infancia		Total Infancia	Adolescencia		Total Adolescencia	Juventud		Total Juventud	Adulthood		Vejez		Total Vejez	TOTAL	
	F	M		F	M		F	M		F	M	F	M			
R51X CEFALEA	3	3	6	1	1	2	1	1	2	2	2	4	2	3	5	19
R104 OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	3	3	6	1	1	2	1	1	2	2	2	4	3	2	5	19
H103 CONJUNTIVITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	3	3	6	1	1	2	1	1	2	2	2	4	2	2	4	18
N390 INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	3	3	6	1		1	1	1	2	2	2	4	3	2	5	18
M545 LUMBAGO NO ESPECIFICADO	3	3	6	1	1	2	1	1	2	2	2	4	2	2	4	18
M255 DOLOR EN ARTICULACIÓN	2	2	4	1	1	2	1	1	2	2	2	4	2	3	5	17
K429 HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA	3	3	6	1	1	2	1	1	2	2	2	4	1	2	3	17
K021 CARIES DE LA DENTINA	2	3	5	1	1	2	1	1	2	2	2	4	2	1	3	16
K051 GINGIVITIS CRÓNICA	2	2	4	1	1	2	1	1	2	2	2	4	2	2	4	16
G439 MIGRAÑA, NO ESPECIFICADA	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	4	3	3	6	16
TOTAL	25	26	51	10	9	19	10	10	20	20	20	40	22	22	44	174

Fuente: Base datos RIPS 2014 SDS. Datos reportados por Empresas Sociales del Estado Red Adscrita, Red Urgencias y Red Complementaria, validado por Secretaria Distrital de Salud.

Primeras diez causas de morbilidad general en hospitalización en la Localidad de Ciudad Bolívar Año 2014

Las principales causas de morbilidad en los servicios de hospitalización para el año 2014 fueron: infección de vías urinarias, sitio no especificado, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, otras enfermedades especificadas del estómago y del duodeno, neumonía bacteriana no especificada y neumonía, no especificada, donde el

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info: Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

mayor número de consultas corresponde al grupo de infancia, etapa de mayor vulnerabilidad para la adquisición de enfermedades gastrointestinales y respiratorias, las cuales se relacionan con factores ambientales, estado de inmunización y condiciones higiénico sanitarias, entre otros.

El sexo que presentó la mayor proporción de hospitalizaciones son los hombres es del 53,4%, ver tabla.

Tabla 8. Primeras diez causas de morbilidad en hospitalización, Localidad Ciudad Bolívar. Año 2014.

EVENTO	Infancia		Total Infancia	Adolescencia		Total Adolescencia	Juventud		Total Juventud	Adulthood		Total Adulthood	Vejez		Total Vejez	TOTAL
	F	M		F	M		F	M		F	M		F	M		
N390 INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	3	3	6	1		1	1		1	2		2	1	1	2	12
A09X DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	2	3	5				1	1	2	1	2	3	1		1	11
K318 OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DEL ESTÓMAGO Y DEL DUODENO	2	3	5	1		1	1		1	2		2	1		1	10
J159 NEUMONÍA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	3	2	5		1	1	1		1		2	2				9
J189 NEUMONÍA, NO ESPECIFICADA	2	3	5					1	1	1	1	2		1	1	9
R104 OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS		1	1	1		1	1	1	2	2	2	4		1	1	9
K359 APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	1	1	2				1	1	2	1	2	3				7
J180 BRONCONEUMONÍA, NO ESPECIFICADA	2	3	5				1		1					1	1	7
L031 CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	1	1	2					1	1		2	2		2	2	7
K122 CELULITIS Y ABSCESO DE BOCA	1	1	2		1	1		1	1	2	1	3				7
TOTAL	17	21	38	3	2	5	7	6	13	11	12	23	3	6	9	88

Fuente: Base datos RIPS 2014 SDS. Datos reportados por Empresas Sociales del Estado Red Adscrita, Red Urgencias y Red Complementaria, validado por Secretaría Distrital de Salud.

Primeras diez causas de morbilidad general en urgencias en la Localidad de Ciudad Bolívar Año 2014

Las principales causas de morbilidad en los servicios de hospitalización para el año 2014 fueron: otros dolores abdominales y los no especificados, infección de vías urinarias, sitio no especificado, gastroenteritis y colitis de origen no especificado, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso y dolor abdominal localizado en parte superior, donde el mayor número de consultas corresponde al grupo de infancia y el segundo lugar al grupo adultez.

El sexo que presentó la mayor proporción de consultas por urgencias son los hombres con el 51,6%.

Tabla 9. Primeras diez causas de morbilidad en urgencias, Localidad Ciudad Bolívar. Año 2014.

EVENTO	Infancia		Total Infancia	Adolescencia		Total Adolescencia	Juventud		Total Juventud	Adulthood		Total Adulthood	Vejez		Total Vejez	TOTAL
	F	M		F	M		F	M		F	M					
R104 OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	3	3	6	1	1	2	1	1	2	2	2	4	2	3	5	19
N390 INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	3	3	6	1	1	2	1	1	2	2	2	4	2	1	3	17
A099 GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN NO ESPECIFICADO	3	3	6	1	1	2	1	1	2	2	2	4	1	1	2	16
A09X DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	3	3	6	1	1	2	1	1	2	2	2	4	1		1	15
R101 DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	3	3	5	1	1	2	1	1	2	2	2	4		2	2	15
J039 AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	3	3	6	1	1	2	1	1	2	2	2	4				14
R509 FIEBRE, NO ESPECIFICADA	3	3	6	1	1	2	1	1	2	1	2	3	1		1	14
S610 HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)	3	2	4	1	1	2	1	1	2	2	2	4	1	1	2	14
K040 PULPITIS	3	2	4	1	1	2	1	1	2	2	2	4	1	1	2	14
J030 AMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA	3	3	5		1	1	1	1	2	2	2	4		1	1	13
TOTAL	30	28	54	9	10	19	10	10	20	19	20	39	9	10	19	151

Fuente: Base datos RIPS 2014 SDS. Datos reportados por Empresas Sociales del Estado Red Adscrita, Red Urgencias y Red Complementaria, validado por Secretaría Distrital de Salud.

2.1.2.3. Eventos precursores

Los eventos precursores son aquellos que predisponen y conllevan al desarrollo de complicaciones en salud. La Diabetes mellitus y la hipertensión arterial son los principales precursores de la enfermedad renal crónica entre otras patologías. A continuación se presenta el análisis de consulta externa y hospitalización.

Consulta Externa

Las principales tipos de Diabetes mellitus en los servicios de consulta externa para el año 2014 fueron: diabetes mellitus insulino dependiente, sin mención de complicación, diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación, diabetes mellitus no especificada, sin mención de complicación, diabetes mellitus no

especificada, con complicaciones no especificadas y diabetes mellitus no insulino dependiente, con otras complicaciones especificadas, donde el mayor número de consultas corresponde al grupo de adultez y el segundo lugar al grupo vejez.

El sexo que presentó la mayor proporción de consulta por consulta externa son las mujeres con 55%

El evento de Hipertensión esencial en los servicios de consulta externa, presentó la mayor proporción en el grupo de vejez, ver tabla.

Tabla 10. Hipertensión esencial en consulta externa, Localidad Ciudad Bolívar. Año 2014.

EVENTO	Adolescencia	Total Adolescencia	Juventud		Total Juventud	Adultez		Total Adultez	Vejez		Total Vejez	TOTAL
	Femenino		Femenino	Masculino		Femenino	Masculino		Femenino	Masculino		
I10X HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	1	1	1	1	2	2	2	4	3	3	6	13
TOTAL	1	1	1	1	2	2	2	4	3	3	6	13

Fuente: Base datos RIPS 2014 SDS. Datos reportados por Empresas Sociales del Estado Red Adscrita, Red Urgencias y Red Complementaria, validado por Secretaria Distrital de Salud.

Hospitalización: Las principales tipos de Diabetes mellitus en los servicios de hospitalización para el año 2014 fueron: diabetes mellitus insulino dependiente, sin mención de complicación, diabetes mellitus no insulino dependiente, con otras complicaciones especificadas, diabetes mellitus insulino dependiente, con complicaciones no especificadas, diabetes mellitus no especificada, sin mención de complicación y diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación, donde el mayor número de consultas corresponde al grupo de adultez y el segundo lugar al grupo vejez.

El sexo que presentó la mayor proporción de consulta por consulta externa son los hombres con 55% (Ver tabla).

Tabla 11. Diabetes Mellitus en hospitalización, Localidad Ciudad Bolívar. Año 2014.

EVENTO	Juventud	Total Juventud	Adulthood		Total Adulthood	Vejez		Total Vejez	TOTAL
	Masculino		Femenino	Masculino		Femenino	Masculino		
E109 DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	1	1	1	1	2	1	1	4	
E116 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS			1	1	2	1	1	3	
E108 DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS						1	1	2	
E149 DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	1	1	1		1			2	
E119 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN			1	1	2			2	
E105 DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFÉRICAS				1	1			1	
E106 DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS						1	1	1	
E145 DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFÉRICAS				1	1			1	
E147 DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, CON COMPLICACIONES MÚLTIPLES						1	1	1	
E148 DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS							1	1	
E111 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON CETOACIDOSIS			1		1			1	
O244 DIABETES MELLITUS QUE SE ORIGINA CON EL EMBARAZO			1		1			1	
TOTAL	2	2	6	5	11	3	4	7	20

Fuente: Base datos RIPS 2014 SDS. Datos reportados por Empresas Sociales del Estado Red Adscrita, Red Urgencias y Red Complementaria, validado por Secretaría Distrital de Salud.

El evento de Hipertensión esencial en los servicios de hospitalización, presentó la mayor proporción en el grupo de vejez.

Tabla 12. Hipertensión esencial en hospitalización, Localidad Ciudad Bolívar. Año 2014.

EVENTO	Adulthood		Total Adulthood	Vejez		Total Vejez	TOTAL
	Femenino	Masculino		Femenino	Masculino		
HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	1	2	3	1	2	3	6
TOTAL	1	2	3	1	2	3	6

Fuente: Base datos RIPS 2014 SDS. Datos reportados por Empresas Sociales del Estado Red Adscrita, Red Urgencias y Red Complementaria, validado por Secretaría Distrital de Salud.

2.1.2.4. Eventos de notificación obligatoria

Salud sexual y reproductiva

Según los registros en la base de datos de SIVIGILA en la localidad de Ciudad Bolívar en el periodo comprendido entre los años 2012 a 2014, se presentó un total de 705 eventos de salud sexual y reproductiva, dentro de los cuales se tuvieron en cuenta la sífilis gestacional, sífilis congénita, VIH y hepatitis B en gestantes. Se evidencia que son las mujeres quienes presentan la mayor prevalencia con un total de 431 casos, los cuales corresponden al 61,1%; fenómeno que podría explicarse si se tiene en cuenta que solo la notificación por sífilis gestacional corresponde a 295 casos; por otro lado en los hombres se presentaron un total de 274 eventos correspondientes al 38,9%. El promedio anual para el sexo hombre es de 91,3 casos y para la mujer es de 143,7.

Para el año 2012 se presentó un total de 224 eventos, de los cuales se observa que la UPZ del Tesoro presenta el mayor número de casos con un 33,9%, seguido de San Francisco e Ismael Perdomo cada una con un 22,3%, la prevalencia disminuye notablemente en la UPZ Jerusalén la cual presenta un 11,6% y finalmente le siguen en su orden el Tesoro con 4,9%, Arborizadora con 4,5%, Mochuelo con 0,4% y sin reporte de casos la UPZ de Monteblanco y Zona Rural.

La salud sexual y reproductiva de las mujeres del ciclo vital juventud es la más afectada por la sífilis gestacional, esta puede estar relacionada con la no utilización del preservativo en sus prácticas sexuales; el Lucero es la UPZ que presenta el mayor número de eventos por esta patología para el ciclo vital juventud. Por otra parte el VIH se presenta en mayor proporción en la adultez, afectando tanto a hombres como mujeres, sin embargo son los hombres quienes presentan el mayor número de casos con un total de 209, de los 280 totales; el análisis de los años 2012, 2013 y 2014 permite identificar que los casos de esta patología parecen ir en aumento.

Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional (SISVAN)

A continuación se realiza la descripción de los hallazgos de la información del subsistema de SISVAN a partir de los datos generados desde las unidades de salud locales tanto públicas y privadas que informan los eventos de interés en salud pública y de los registros obtenidos a partir de las intervenciones epidemiológicas de campo realizadas durante los años 2012, 2013 y 2014, por el equipo de nutricionistas; de este modo tenemos que durante este periodo contemplado entre los años 2012 al 2014, se presentó un total de 18227 eventos con algún nivel de malnutrición, distribuidos por género, en hombres con el 56.1% (n:10225) y mujeres con el 43,9% (n:8002); se destaca para el presente análisis que las variables tenidas en cuenta no aplican a todos



los grupos de edad, dado que la vigilancia nutricional y por los aspectos priorizados se centrara en la población de niños y niñas menores de 5 años, es así que al definir los grupos por etapas de ciclo, desde el subsistema solo se aporta al ciclo de infancia dado que la población sujeto de la vigilancia alimentaria y nutricional se centra no más allá de los 10 años por notificación, además se destaca que por el ejercicio requerido no se abordan todos los ciclos sujetos de intervención en esta vigilancia; De este modo, se destaca que la información reportada surge para el evento de Desnutrición crónica de los registros de los niños y niñas atendidos en consultas de crecimiento y desarrollo con edad menor a 10 años, correspondiente a los registros de notificación mensual que se reciben de las unidades primarias generados de datos e informadoras locales; el evento de Desnutrición Global refiere los registros de las intervenciones epidemiológicas de campo realizadas por el equipo de nutricionistas, lo que indica que la población se centra en niños y niñas menores de 6 años; de igual modo, el evento de bajo peso al nacer, refiere los registros que surgen de las intervenciones epidemiológicas de campo realizadas por las nutricionistas, y que corresponde a los niños y niñas con residencia en la localidad 19, en donde su peso al nacer es menor a 2499 gramos y con un periodo de gestación a término (mayor o igual a 37 semanas); y el evento de mortalidad por desnutrición, refiere los casos reportados por y asociados a desnutrición y que fueron intervenidos por el equipo de epidemiólogo y nutricionista.

Al hacer el discriminado por año, se observa que durante el 2012, se identifican casos de interés en el subsistema correspondientes al 38,9% (n:18227) del total del periodo relacionado, con casos mayormente concentrados en las UPZ`s Lucero, Jerusalén e Ismael Perdomo.

En el 2013, se identifica el 32,0% (n:18227) de casos de interés en el subsistema del total del periodo relacionado, con lo casos de malnutrición mayormente concentrados en las UPZ`s Lucero, Ismael Perdomo y Jerusalén, comportamiento similar que le año inmediatamente anterior.

Y en el 2014, se identifica el 29,1% (n:18227) de casos de interés en el subsistema del total de periodo relacionado con los casos de malnutrición mayormente concentrados en las UPZ`s de Lucero y Jerusalén.

En conclusión al analizar el comportamiento de los tres años referidos para el presente análisis, se observa que los casos se centran en la UPZ de Lucero y la UPZ Jerusalén en mayor proporción de casos, lo cual es congruente con el comportamiento año tras año.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida - SISVECOS

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info: Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



Con relación las lesiones auto-infligidas intencionalmente el sistema médico legal colombiano reportó para el años 2014 una tasa de mortalidad por suicidio de 4,33 casos por cada 100.000 habitantes, similar a la reportada durante los últimos 9 años, con una tasa promedio de 4,09 casos por 100.000 habitantes. El mayor número de casos ocurrió en hombres en el grupo etario de 20 a 24 años (235 casos) y en mujeres entre los 15 a 17 años (48 casos); entre los mecanismos más comunes esta asfixia mecánica (ahorcamiento), en segundo lugar intoxicación por envenenamiento por agentes químicos y, finalmente, por el proyectil de arma de fuego. La tasa para Bogotá es de 6.90 por cada 100000 habitantes y una 1.48 por cada 100000 habitantes¹⁷.

En la localidad Ciudad Bolívar durante el periodo comprendido de 2012 a 2014, se presentó un total de (n=2169) eventos de Conducta Suicida, con mayor frecuencia en sexo femenino con un 82,3% (n=1419) y para el sexo hombre un 29,3% (n=750)

La UPZ con mayor número de casos es Lucero con 30,8% y mayor frecuencia en sexo femenino con un 66,8% (n=446), seguida por la UPZ Ismael Perdomo con un 18% con mayor frecuencia de casos en el sexo femenino con un 62%, la conducta suicida que presenta mayor número de casos es la ideación suicida (n=1119) con un 51,5%, seguido de intento de suicidio (n=855) con un 39,5%.

El mecanismo más utilizado para evento suicida es la intoxicación exógena con un 62% para intento de suicidio y teniendo en cuenta la ideación que es la de mayor presencia de casos no se presenta un mecanismo claro ya que este tipo de evento está asociado a los pensamientos recurrentes y solo en algunas situaciones el usuario manifiesta la idea estructurada y contempla un mecanismo para realizar el evento suicida ya como acto fatal. Respecto a la meta de reducir la tasa de suicidio a 3,3 por cada 100.000 habitantes la tasa de suicidio, la tasa que se tiene de los años 2006 a era de 3.4 y ha oscilado entre y 4.5, para el años 2014.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual. SIVIM

Durante el periodo Enero- Diciembre de 2014, el Subsistema de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y Abuso Sexual (SIVIM) identifico un total de

¹⁷ Instituto De Medicina Legal Y Ciencias Forenses. Datos para la vida 2014. [Sitio en internet]. Disponible en:<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/1656998/Forensis+Interactivo+2014.24-JUL.pdf.pdf/9085ad79-d2a9-4c0d-a17b-f845ab96534b> Consultado: 22 de Marzo de 2016.



3698 casos. Y se logró intervenir de manera efectiva el 69% (n=2749), el 31% (1152) restante de los de los casos no fueron intervenidos, durante el año 2014, sin embargo es de aclarar que se interviene en el año 2015. La mayor afectación en relación al sexo corresponde la mujer con un 65% y al hombre en un 35%. La mayor afectación respecto de las etapas de ciclo corresponde los menores de 18 años, específicamente la etapa de infancia, en los rangos de edad de 1 a 5 años, de 6 a 13 años. La tasa de incidencia de violencia intrafamiliar es de 406 por cada 100000 habitantes y la tasa específica para las mujeres 568 por cada 100000 habitantes.

Subsistema de Vigilancia Epidemiológico de la Salud Oral (SISVESO)

En el Subsistema de Vigilancia Epidemiológico de la Salud Oral (SISVESO) durante los años 2012 al 2014, se presentó un total de (n=6088) eventos de gingivitis, periodontitis, caries cavitacional, perdidos por caries, fluorosis, lesión en mancha blanca y lesión en mancha café.

Para el año 2012 se presentó un total de (n= 2661) eventos, observándose en primer lugar se encuentra la UPZ Lucero con un total de (n= 645) eventos de los cuales (n= 123) corresponde al sexo hombre con el 19.06%, mientras que (n= 552) pertenecen al sexo mujer lo que corresponde al 85.58%. Mientras que la UPZ Mochuelo presentó un total de (n= 10) eventos, de los cuales (n= 2) son del sexo masculino con el 20%, mientras que (n= 8) son del sexo femenino con el 80%.

Para el año 2013 se presentó un total de (n= 2234) eventos de interés en salud oral, identificándose en primer lugar nuevamente la UPZ Lucero con (n= 572) eventos notificados, de los cuales (n= 131) corresponde al sexo masculino con un 22.90%, mientras que del sexo mujer se encuentran (n= 441) con el 77.09%. En tanto que la UPZ Mochuelo presentó un total de (n= 13) eventos, de los cuales (n= 3) pertenecen al sexo masculino con el 23.07% y (n= 10) corresponde al sexo mujer con un 76.92%.

Para el año 2014 se presentaron un total de (n= 1193) eventos notificados, identificándose en primer lugar la UPZ Ismael Perdomo con (n= 333) eventos notificados, de los cuales (n= 113) pertenecen al sexo masculino con el 33.93%, mientras que del sexo mujer se encuentra (n= 220) eventos con el 66.06%. Mientras que por otro lado la UPZ Mochuelo es la que presenta menor número de eventos notificados (n= 23) de las cuales (n= 15) corresponde al sexo hombre con 65.21%, mientras que (n= 8) corresponden al sexo mujer con un 34.79%.

Según el registro de la base de datos SISVESO VC (Vigilancia Centinela) preliminar, de esta base de datos se capta el paciente que asiste por primera vez a consulta en el año

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

o en la vida a alguna de las UPGD (Unidad Primaria Generadora de Datos) perteneciente a la red. En el año 2014 se recibieron 1660 notificaciones de VC, de las cuales 1210 presentan una higiene oral deficiente lo que corresponde al 72.89%, 317 pacientes presentan una higiene oral deficiente corresponde al 19.09%, mientras que 122 pacientes presentan una higiene oral buena con el 7.34%. El resultado de estos altos porcentajes de higiene oral deficiente y regular tiene la práctica tiene como base la práctica no adecuada de los hábitos de higiene oral tales como cepillado una sola vez al día y no uso de la seda dental.

De las 1660 notificaciones de VC en el componente periodontal se encuentra el 25.53% sano, el 29.93% presenta alerta epidemiológica por sangrado, el 41.62% de los pacientes notificados presenta alerta epidemiológica por cálculo y el 0.84% presenta alerta epidemiológica por bolsa. La enfermedad periodontal es un proceso inflamatorio de origen infeccioso que destruye las encías y el hueso alrededor de los dientes, la periodontitis es la causa más frecuente de pérdida de dientes en individuos de mayores de 30 años y puede tener efectos en la salud general como empeoramiento o complicación de enfermedades cardiovasculares, diabetes y neumonía, al prevenir la enfermedad periodontal es posible mejorar la salud general debido a la disminución de la inflamación crónica del cuerpo y la reducción de organismos patógenos. El mal aliento y el dolor pueden reducir la habilidad para comer, interrelacionar y comunicarse con otros y la calidad de vida de cada persona.

Respecto al componente de tejidos duros se observa que de las 1660 notificaciones el 40% presentan alerta epidemiológica por caries cavitacional es decir que 664 personas presentan 3 o más caries que no han sido tratadas; mientras que 16.98% presentan alerta epidemiológica perdidos por caries, es decir que 282 personas presentan 3 o más dientes perdidos por caries. La caries dental es la desmineralización y destrucción de los tejidos duros del diente (esmalte, dentina, y cemento) causada por bacterias patógenas. La caries puede afectar la salud general como por ejemplo las infecciones dentales (abscesos) pueden infectar otros tejidos de la cabeza y el cuello causando una reacción sistémica. Pacientes con un sistema inmuno-suprimido tienen mayor riesgo de desarrollar una reacción sistémica por una infección dental. Bacteria patógena en la boca puede ser aspirada a los pulmones y causar infecciones pulmonares especialmente en la población senil. En la mayoría de los casos el dolor dental se debe a caries dental y afecta la calidad de vida, habilidad para comer, dormir, desarrollar actividades diarias, entre otras.

De estas notificaciones 323 corresponden a la etapa de vida infancia de los cuales 274 menores presentan una higiene oral entre regular y deficiente con el 84.82%, tan solo 49 menores presentan una higiene oral buena corresponde al 15.17%. De estos 98



menores presentan alertas epidemiológicas por sangrado y componente caries cavitacional con el 30.34% y 2 menores presentan alerta epidemiológica por componente perdido por caries.

De estas 1660 notificaciones 197 corresponden a mujeres en estado de gestación, de las cuales 191 presentan una higiene oral entre regular y deficiente con el 96.95%, tan solo 5 gestantes presentan una higiene oral buena. De este grupo 41 gestantes presentan alerta epidemiológica por sangrado con el 20.81%, 148 gestantes presentan alerta epidemiológica por calculo con el 75.12%, 108 gestantes presentan alerta epidemiológica por caries con el 52.82% y 16 gestantes presentan alerta epidemiológica perdido por caries con el 8.12%.

Tanto de las notificaciones de infancia como gestantes se priorizan los casos que presenten mayor severidad con presencia de varias alertas epidemiológicas y se realiza la intervención mediante la identificación de Situación Adversa Evitable en Salud Oral, en las cuales se identificó situaciones de maltrato y negligencia ya que la responsabilidad de la higiene y la salud oral de los menores es de los padres de familia, lo cual ha desplegado estrategias como articulación con subsistema SIVIM y PDA Salud Oral para lograr la adherencia a los servicios de salud y al tratamiento odontológico.

Se observa a lo largo de los años 2012 a 2014 que las UPZ que más eventos presentan de salud oral son Lucero, Ismael Perdomo, San Francisco; mientras que las UPZ que menos eventos presentan son Monteblanco, Mochuelo y Arborizadora. Se observa que los eventos con mayores prevalencias a lo largo del tiempo son gingivitis y caries cavitacional. También se evidencia que en el ciclo de vida de infancia los eventos con mayor prevalencia son caries cavitacional y gingivitis, como se había descrito unas líneas atrás la responsabilidad de la higiene oral y la salud oral de los menores es de sus padres de familia o cuidadores, que la mayoría de ocasiones no dedican el tiempo necesario, ni practican los hábitos de higiene oral de manera adecuada, como tampoco asisten con el menor de manera continua al tratamiento de odontología, la mayoría de las ocasiones asisten cuando el menor presenta un dolor o una situación más compleja como una celulitis.

En la etapa adolescencia el evento con mayor prevalencia es la gingivitis, en la etapa de juventud los eventos con mayor prevalencia son caries y gingivitis, mientras que en la etapa de adultez y vejez se presenta el evento dientes perdidos por caries ya que nuestra población adulta no tiene el conocimiento de la importancia de una adecuada salud oral, además son personas que por su proceso normal de envejecimiento y complicaciones de salud deben asistir acompañadas de una tercera persona a la



consulta de odontología muchos de los cuales no cuentan con ese apoyo, como también el aspecto de su boca genera aislamiento social y disminuye la calidad de vida.

Descripción Lesiones de Causa Externa (SIVELCE)

En la Localidad de Ciudad Bolívar durante el año 2013 se presentó un total de 4 casos de Lesiones por Pólvora y para el año 2014 se presentaron 12 casos de los cuales el 33% (n=4) se presentaron en la UPZ San Francisco, 25% (n=3) Tesoro, 16% (n=2) Lucero, 8% (n=1) Jerusalén y Perdomo respectivamente. Afectando en la etapa de ciclo vital de adultez. Para las Intervenciones Epidemiológicas de Campo se contó con el apoyo de los Psicólogos del Sub Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Violencias Intrafamiliares, Maltrato Infantil y Violencia Sexual SIVIM en donde se realizó activación de las rutas de atención correspondiente.

Con relaciones a las Lesiones de Causa Externa para el año 2014 se presentó un total de 676 casos reportados por las UPGD de la red pública del HVH que prestan servicios de urgencias en la localidad (CAMI Vista Hermosa, CAMI Jerusalén, CAMI Manuela Beltrán, UPA Candelaria Urgencias). En donde el mayor evento proporción del evento se atribuye a las caídas desde su propia altura con el 9% (n=10), seguido de objeto contundente con el 7% (n=8) y un 1% (n=1) lesión por pólvora y caída de lugares elevados.

Las UPZ en donde se presentó el mayor número de Lesiones de Causa Externa fueron San Francisco afectando la etapa de ciclo vital Infancia, seguido de Arborizadora afectando en la etapa de ciclo de adultez. Por último se encuentra la UPZ Jerusalén con la etapa de ciclo de Juventud.

Por otra parte respecto de mortalidad por accidentes de transporte terrestre. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses registró 50.574 casos atendidos por accidentes de transporte durante el año 2014; las lesiones fatales corresponden a un total de 6.402 personas fallecidas (12,66%) y las lesiones no fatales ascienden a un total de 44.172 personas lesionadas (87,34%). Colombia para el año 2014 tiene una tasa 13,4 muertes por 100.000 habitantes, presentado el valor más alto en los últimos diez años. Para Bogotá se tiene una tasa 12.98 por cada 100000 habitantes para hombres y para la mujer 3.81 por cada 100000 habitantes¹⁸.

¹⁸Instituto De Medicina Legal Y Ciencias Forenses. Datos para la vida 2014. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/1656998/Forensis+Interactivo+2014.24-JULpdf.pdf/9085ad79-d2a9-4c0d-a17b-f845ab96534b> Consultado: 22 de Marzo de 2016.

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info: Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



Ahora bien, con relación a la mortalidad por intervenciones de legales y de guerra, de acuerdo con el ministerio de salud y protección social, se a nivel de Bogotá se cuenta con una tasa de 0,12 - 0,18 por cada 100000. En la exploración a nivel documental no se cuenta con este dato en la escala loca de Ciudad Bolívar¹⁹.

Por ultimo respecto de la tasa de mortalidad por agresiones. La información suministrada por la Secretaria Distrital de Salud está con corte a 2012 y son datos oficiales. Para el año 2011 se presentaron 2017 y en 2012; 2072 mortalidades en la localidad de Ciudad Bolívar. La tasa de mortalidad para la localidad en el año 2012 fue de 31,7 por 10000 habitantes. Con relación a los datos de Agresiones (homicidios) y secuelas para los años 2011 se tiene una tasa de 3.1 por cada 10000 habitantes y para el año 2012 se presentó una tasa de 2.7 por cada 10000 habitantes.

Sistema de Vigilancia en Salud Pública

De acuerdo a la base de datos SIVIGILA, en la localidad Ciudad Bolívar durante los años 2012 a 2014, se presentó un total de (n=15789) eventos de Interés en Salud Pública, a saber, Varicela Individual, Agresiones por Animales Potencialmente Transmisores de Rabia, Tosferina, Parotiditis, ESI-IRAG, Rubéola, Sarampión, Síndrome de Rubéola Congénita, Tuberculosis Pulmonar y Meningitis por Neumococo, en donde el mayor porcentaje, corresponde al sexo hombre con el 53,6% (n=8467) y para el sexo mujer un 46,3% (n=7322). El promedio anual para el sexo hombre es de (n=2822) y para la mujer (n=2440).

En el año 2012 se presentó un total de (n=5247) eventos, observándose que en primer lugar se encuentra la UPZ Lucero con el 24,4% (n=1284) de la notificación, en el segundo lugar se encuentra la UPZ Ismael Perdomo con el 22,3% (n=1173) y en el tercer lugar se observa la UPZ Jerusalén con el 19% (n=992).

En el año 2013 se presentó un total de (n=5335) eventos, observándose que en primer lugar se encuentra la UPZ Lucero con el 24,3% (n=1297) de la notificación, en el segundo lugar se encuentra la UPZ San Francisco con el 21.2% (n=1132) y en el tercer lugar se observa a la UPZ Ismael Perdomo con el 20.5% (n=1095).

En el año 2014 se presentó un total de (n=5207) eventos, observándose que en primer lugar se encuentra la UPZ Lucero con el 24,5% (n=1278) de la notificación, en el

¹⁹Ministerio de salud y protección social. Problemática en salud. Tasa de mortalidad legal y acciones de guerra. (Sitio en internet): https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/16-TM_Guerra.pdf. Consultado 22 de Marzo de 2016.



segundo lugar se encuentra la UPZ Ismael Perdomo con el 23% (n=1190) y en el tercer lugar se observa a la UPZ San Francisco con el 17,4% (n=909).

Durante los 3 años, de las 8 UPZ y la UPR, la UPZ que presenta el mayor porcentaje de notificación de Eventos de Interés en Salud Pública es Lucero, y en segundo lugar se encuentra Ismael Perdomo.

El evento con mayor porcentaje de notificación es la Varicela Individual, la cual es una de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, explicando el escenario observado, donde la etapa de ciclo que presenta la mayor notificación de los eventos mencionados es Infancia con 68% (n=10720) y en segundo lugar se observa la adultez con un 13,5% (n=2143), donde la UPZ que se encuentra en primer lugar es Lucero.

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública contempla intervenciones de notificación e intervención, en los eventos inmunoprevenibles y transmisibles, sin embargo, paralelamente a estos, se presenta la notificación de intoxicaciones por fármacos, plaguicidas, sustancias químicas y sustancias psicoactivas, las presentan una notificación importante en la localidad y requieren de un abordaje integral.

2.1.3. Caracterización de las personas que viven en condición de discapacidad

Ahora bien con relación a la población en condición de discapacidad²⁰, para el periodo 2004 a 2014, se tiene un total de (n=14880) registros de los cuales el 15% (n=2291), fallecieron durante el mismo periodo de tiempo, es decir que registrados son 12.589 personas. Con relación a las etapas de ciclo el 6.03% (n=12589) corresponde a infancia, (n=12589) el 3.74% de adolescencia, (n=12589) el 11.19% pertenecen al ciclo vital de juventud, (n=12589) el 40% pertenecen al ciclo vital de adultez, (n=12589) el 39% pertenecen al ciclo vital de vejez.

Con relación al origen de discapacidad tanto en las mujeres como en los hombres se registra que la mayor discapacidad es consecuencia de enfermedad general, para mujeres con el 32,7% (n=2121) y los hombres con el 25,2% (n=1537); lo que demuestra que el registro con esta clasificación tan amplia no facilita la toma de decisiones en

²⁰ Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2014; Ministerio de Salud Y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud (datos preliminares), RIPS 2014 Hospital Vista Hermosa.



promoción de la salud. La segunda causa es accidente afectando en mayor proporción a hombres 17.9% (n=1090) y mujeres 10.4% (n=677).

Específicamente para el año 2014, se realizaron un total de (n = 1671) Registros, que corresponde al número total de personas que realizaron este Registro para la Localización y Caracterización para Personas con Discapacidad. De las 1671 personas con el Registro se identificó 3125 alteraciones permanentes en la Localidad Ciudad Bolívar de las cuales las tres primeras corresponden a alteraciones permanentes en Movimiento del cuerpo manos, brazos y piernas con un 26% (n= 824) Sistema Nervioso con un 26% (n= 813) y los Ojos con un 20% (n=638).

Las UPZ que más se encuentran afectadas por alteraciones permanentes por etapa de ciclo y por sexo son Lucero con un 28%, Jerusalén con un 20% e Ismael Perdomo con un 19%.

En la UPZ Lucero la alteración permanente que más se presenta es en la etapa de vejez es alteración en el Movimiento del cuerpo manos, brazos y piernas correspondiendo al sexo mujer con el 57% (n= 60) y para el sexo hombre un 43% (n=45), seguido de los ojos para el sexo mujer 58% (n=52) y para hombre 41% (n=37), seguido de Sistema Nervioso correspondiendo al sexo mujer un 51% (n= 41) y para el sexo hombres un 48% (n=38).

En la UPZ Jerusalén la alteración permanente que más se presenta es en la etapa de adultez es alteración en el Movimiento del cuerpo manos, brazos y piernas correspondiendo al sexo mujer con el 52% (n= 39) y para el sexo hombre un 47% (n=35), seguido de los Sistema Nervioso para el sexo mujer 54% (n=39) y para hombre 45% (n=33), seguido de Ojos correspondiendo al sexo mujer un 62% (n= 37) y para el sexo hombres un 37% (n=22).

En la UPZ Ismael Perdomo la alteración permanente que más se presenta es en la etapa de adultez es alteración en el Movimiento del cuerpo manos, brazos y piernas correspondiendo al sexo mujer con el 52% (n= 39) y para el sexo hombre un 47% (n=35), seguido de los Sistema Nervioso para el sexo mujer 30% (n=11) y para hombre 69% (n=25), seguido de Ojos correspondiendo al sexo mujer un 36% (n= 11) y para el sexo hombres un 69% (n=25). En la Localidad Ciudad Bolívar el estrato que predomina el en que viven las personas con discapacidad es el estrato 1 con 72% (n=1204) seguido de estrato 2 con un 27% (n=451) y tan solo un 16% para estrato 3.

De las cuatro principales alteraciones que reportan las personas con discapacidad son Sistema nervioso, Movimiento, ojos y voz y por etapa de ciclo vital las que más afecta el

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Línea 195



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

sistema nervioso son en la adultez con el 35% (n=377) y en la vejez 28% (n=302), seguido de movimiento afectando tanto a la etapa de adultez y vejez con un 40%, la alteración de ojos afecta más a vejez con un 38% (n=315) y adultez con un 37% (n=304), la cuarta alteración más reportada la voz y el habla afectado más a la etapa de adultez con un 28% (n=149) e infancia con un 27% (n=142).

El Régimen de afiliación que predomina para las personas con discapacidad es el Subsidiado con un 58% (n=984) seguido de contributivo con un 33% (n=558) y tan solo un 6% es vinculado. La actividad más realizada en los últimos 6 meses de las personas con discapacidad es incapacitado permanente para trabajar sin pensión con un 43% (n=731) seguido de contributivo con un 12% (n=210) y un 11% (n=186) realizando oficios del hogar.

Las cinco alteraciones permanentes que más afectan en la localidad Ciudad Bolívar son movimiento, sistema nervioso, ojos, sistema cardiorrespiratorio y voz y habla en su orden. Evidenciando tanto la mujer como el hombre reportan que su alteración permanente es el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas y los hombres con un 22%, en segundo lugar el sistema nervioso las mujeres con el 18% y el 21% los hombres. Los ojos las mujeres reportan el 18% y los hombres el 16%. Esta tabla se trabaja con el total de la población de hombres (n=15273) y mujeres (n=17454) de los alteraciones se presenta alguna alteración.

Respecto del análisis morbilidad²¹, para el años 2014, se observa identifico un total de 339, personas, en donde las mujeres tienen una proporción del 55% (n=186) y los hombres es del 45% (n=153). La etapa de ciclo de vida que más consulto fue adultez con el 45% (n= 153) seguido de vejez con el 35% (n=118), infancia con el 9% (n=30), juventud con 7%(n=23) y adolescencia con el 4.42% (n=15). Al realizar el análisis por tipo de atención, las personas realizan mayor porcentaje de consulta por consulta externa con el 87.6% (n=297), urgencias con 9.1% (n=31) y hospitalización con el 3.2% (n=11)

Dentro de los tres primeros motivos de consulta por el servicio de consulta externa, en primer lugar la Hipertensión Esencial (Primaria) con el 19%, es importante considerar la presente información dentro del programa existente en el hospital, para el control de los pacientes diagnosticados con esta patología crónica, puesto que ha sido el primer motivo de consulta. Para este diagnóstico (Hipertensión arterial primaria), en la etapa de

²¹ Se realizó a través del cruce del Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) periodo 2014 Hospital Vista Hermosa con el Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad Ministerio de salud y protección social y Aplicativo de registro para la localización y caracterización de la persona con Discapacidad, Secretaria distrital de salud; 2004-2014.

ciclo de vida Adultez (27-59 años), las mujeres son las que presentan el mayor porcentaje de consulta con el 72.72%. El segundo lugar Epilepsia, tipo no especificado con el 7.4%, tercer lugar lumbago no especificado 3%.

Por otra parte de se identifica que existen barreras en los Servicios de Salud relacionadas con la falta de diagnóstico precoz y oportuno, llevando al deterioro a nivel corporal y funcional que generan limitación en las actividades y restricción en la participación para el goce pleno y efectivo de sus derechos fundamentales en salud. A si mismo se registra barreras de acceso relacionado con la no oportunidad y pertinencia en la asignación de citas; barreras actitudinales por parte del personal de salud que limitan la transformación de imaginarios. Y por último también se presentan barreras arquitectónicas en los Centros de Atención, los cuales no cuentan con rampas, para el acceso (Silla de ruedas).

Con relación Identificación de la hipoacusia, desde el Hospital Vista Hermosa se cuenta con, el sistema de vigilancia en discapacidad, el cual registra alteraciones de alguno de los sistemas, en el año 2014, se logró identificar 376, personas con alteraciones relacionadas con el oído. En donde el 45% (n=169), corresponde a vejez, el 28% (n=104) adultez, el 13% (n=50), el 9.3% (n=35), y en último lugar esta Adolescencia con un 4.8%. Sin embargo, importante es de aclarar que respecto de la identificación de la Hipoacusia, el alcance desde el Hospital, se llega hasta la caracterización de la población que refiere tener algún tipo de discapacidad.

Por otra parte respecto de la identificación de los defectos refractivos en niños entre 2 - 8 años, el Hospital Vista Hermosa se cuenta con, el sistema de vigilancia en discapacidad, el cual registra alteraciones de alguno de los sistemas, en el año 2014, se logró identificar 49 personas con alteraciones visuales . Sin embargo, importante es de aclarar que respecto de la identificación de los defectos refractivos, el alcance desde el Hospital, se llega hasta la caracterización de la población que refiere tener algún tipo de discapacidad a través del banco de ayudas técnicas, valoro y evaluó un total de 62 personas en la etapa de infancia, a los cuales se les asigno el KID de ayuda visual. Por otra parte a través del banco de ayudas técnicas²², valoro y evaluó un total de 62 personas en la etapa de infancia, a los cuales se les asigno el KID de ayuda visual.

2.1.4. Determinantes sociales de la salud

²² Proyecto 820. Promoción y prevención en salud a la población vulnerable componente: “atención en salud y programas de ayudas técnicas no incluidas en el POS para personas en condición de discapacidad física y cognitiva de la localidad 19 de ciudad bolívar”. Vigencia 2.014. Base de datos de banco de ayudas técnicas convenio CIA 161 año 2014

Dimensión Salud Ambiental

En relación a las coberturas útiles de vacunación para rabia en animales, durante el año 2014 se identificaron 78962 caninos, de los cuales se vacuno el 37,8% (29877), con respecto a los felinos la población caracterizada fue de 35374, logrando vacunar 32,1% (11386).

Disponibilidad de mapas de riesgo y vigilancia de la calidad del agua para consumo humano.

Con relación a la disponibilidad de políticas relacionadas con la reducción de emisión de contaminantes en la localidad Ciudad Bolívar, se realiza el monitoreo de las condiciones ambientales como la contaminación del aire por los llamados contaminantes criterio (NOx, SO2, CO, O3 y PM10). De acuerdo a la normatividad vigente.

Tabla 13. Métricas Normativas

Métrica normativa	PM 10	PM 2,5	OZONO
guía de calidad de aire OMS 2005	50 Mg/m ³	25 Mg/m ³	100 Mg/m ³ (8 Horas)
resolución 610 de 2010	100 Mg/m ³	50 Mg/m ³	80 Mg/m ³ (8 Horas)

Fuente: Datos suministrados por la RMCAB de la SDA, tabla y análisis por Proyecto de Vigilancia Epidemiológica, ambiental y sanitaria de los efectos en salud por exposición a material particulado.

Se realiza el análisis de las variables ambiental con el propósito de establecer una posible relación entre la contaminación del aire y el número casos presentados por enfermedades respiratorias y cardiovasculares en los diferentes centros de atención de la Localidad. Al igual que el boletín mensual publicados en la página Web de la ESE, conforme a los registros de PM10 - material particulado menor de 10 micras registrado en la estación de referencia de la RMCAB y suministrado por la Secretaría Distrital de Ambiente y como variable dependiente los diagnósticos registrado de las atenciones realizados en salas ERA de la empresa social del estado Hospital Vista Hermosa.

Información suministrada por la Secretaría Distrital de Ambiente (SDA) a través del Link de Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá D.C. (RMCAB). La RMCAB cuenta con una estación de referencia, ubicada en la localidad de Tunjuelito que monitorean las concentraciones de material participado (PM10, PM2.5, PST), de gases contaminantes (SO2, NO2, CO, O3) y los parámetros meteorológicos de precipitación, velocidad y dirección de viento, radiación solar y humedad relativa.



Durante el año 2014 la estación tunal referente del comportamiento ambiental y meteorológico de la localidad mantuvo una representatividad del 85,3% en los datos suministrados, siendo los meses de mayo, junio y julio los que no superaron la representatividad del 75% y especialmente el mes de junio donde la estación no presento ningún registro de material particulado. El 66% de los meses registraron datos superiores al 90% considerando una muy buena representatividad para el análisis de datos y los estados locales de contaminación de Aire por material particulado PM10, el cual presenta un comportamiento favorable al estar por debajo de la norma nacional ($100 \mu\text{g}/\text{m}^3$ Resolución 610 de 2010 MADT - promedio 24 horas) y se encuentran levemente por debajo del estándar establecido por la OMS ($50 \mu\text{g}/\text{m}$).

En la disponibilidad de Sistemas de suministro de agua para consumo humano. el Hospital Vista Hermosa E.S.E de Primer Nivel, realizó en los diferentes sistemas de acueductos la Vigilancia Intensificada de la calidad del agua, fortaleciendo la operación, mantenimiento y mejora de la calidad del agua para el consumo humano, a través de las visitas técnicas y recorridos realizados desde las bocatomas, pasando por las diferentes áreas y estructuras que los componen, apoyados con el monitoreo permanente de la calidad del agua y el trabajo articulado con las diferentes entidades del distrito a través de las mesas de trabajo locales y Distritales en las cuales se busca dar posibles soluciones a las problemáticas que presentan los acueductos rurales de la Localidad.

Hasta la fecha el promedio del IRCA para este acueducto es 26,8% quedando en riesgo medio. Esto debido básicamente a que presento durante el mes de febrero de 2013, problemas con los niveles de cloro y la aparición de microorganismos en el agua. Este sistema actualmente realiza el proceso de desinfección con hipoclorito de calcio el cual está en proceso de calibración con la asesoría de la EAAB.

El principal inconveniente de este acueducto tiene que ver con la adición del desinfectante, aunque ya se tiene clara la concentración y cantidad a utilizar del mismo, este proceso depende en un 70% del compromiso del operario con su trabajo. En este acueducto la PTAP se encuentra funcionando sin contratiempos es operada por el Señor Juan Diego Rodríguez y los problemas de presión y de diseño ya fueron superadas.

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Linea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

En cuanto a la parte documental este acueducto se encuentra muy rezagado, actualmente no cuenta con ningún tipo de registro físico ni magnético de la operación, mantenimiento o reparaciones del acueducto²³.

Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles

En relación al desarrollo de aptitudes para un mejor control sobre la salud y el medio ambiente: en el Hospital Vista Hermosa los territorios han canalizado para el ciclo vital de adultez 23.228, de los cuales el 55% (n=12.696) corresponde a la etapa de adultez joven y el 45% (n=10.532) corresponde a la etapa de adultez madura. Por lo cual es importante realizar programas para el ciclo vital adulto joven y para el adulto maduro, debido a que se evidencia 12.696 personas que no están siendo atendidas en prevención específica y detección temprana de enfermedades. Lo cual conlleva a generar sobre costos en la salud, al no realizar programas de prevención y promoción.

De acuerdo a los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS), que ingresaron a consulta por hipertensión arterial, durante el 2014, se tiene un total de 11321, de los cuales, el 71.4% n= (8093), corresponde a los hombres y el 28,51% n= (3228). Con relación a la etapa de ciclo se identifica que la mayor proporción corresponde a vejez con un 63.5% (n =7194), en segundo lugar adultez con un 36% (n=4078), en tercer lugar juventud con un 0.4% (n=46), en cuarto lugar está la adolescencia con un 0.03% (n= 3).

Con relación a la valoración del riesgo cardiovascular, identificado a través del índice de masa corporal, de las personas que ingresaron por diagnóstico de hipertensión, el 33% (n=3745) está en un rango normal, el 32% (n= 3590) se encontraba en sobrepeso y el 16% (n= 1805) en obesidad; es importante aclarar que se encontró un subregistro de información del 18%. Dentro del grupo de hipertensos, se identificó que el 29% 8 (n=3281) está controlado, el 25% (n=2819) presentaba hipertensión en estadio 1 y 15% (n=1720) hipertensión en el estadio 2.

Por otra parte se identificó a través de los RIPS, un total de 729 personas con condiciones cardíacas, de las cuales el 75% (n=551) a mujeres y el 24% (n=178). Las etapas de ciclo más predominante, corresponde a adultez y vejez, con un 70% (n=510) y 30% (n=219) respectivamente. Con relación a los pacientes que ingresaron por isquémicas, se identificaron un total de 200 personas, de las cuales el 54% (n=108), y el

²³ Hospital Vista Hermosa. Informe anual proyecto de vigilancia intensificada monitoreo de la calidad de agua para consumo humano suministrada a través de acueductos comunitarios y otros sistemas. 2014



46% (n=92). Y la etapa de ciclo más afectada corresponde a la vejez con un 56% y adultez con un 41% (n=83). Es de aclarar que, respecto de la terapia farmacológica para personas con riesgo cardiovascular, a cada una de las personas que ingreso a la consulta se le brinda tratamiento según su condición de salud.

A hora bien con relación, a los pacientes renales que ingresaron por consulta, en el año 2014 se registró 179, pacientes de los cuales el 50% (n=90) era mujeres y el otro 50% (n=89) hombres. Respecto de la etapa de ciclo el 80% (n=144) corresponde a la etapa de vejez y el 20% corresponde a adultez y el 0.55% (n=1) corresponde a juventud.

Por otra parte durante el año 2014 a través de la estrategia de territorios saludables, se realizaron un total de 6992 valoraciones en tamizaje de exposición al riesgo cardiovascular, de las cuales el 74.7 % (5227) son mujeres y 25.2% (1765) hombres. Las personas valoradas se concentran principalmente en las etapas de adultez 44%,(n=3076), y vejez 39 % (n=2727) y juventud 17% (n=1189). Con relación la tensión arterial, específicamente a las cifras tensionales elevadas o hipertensión, como factor asociado a la aparición de enfermedad cardiovascular, se identificó un total de 416 personas con cifras tensionales elevadas al momento del tamizaje, es decir un 6%, y en crisis hipertensiva un 0.32% (n=23). Esto último puede estar relacionado con la no adherencia a plan farmacológico estricto y automedicación en personas en condición crónica.

Respecto del índice de masa corporal. Se identificó el 7.8% (n= 524) personas en grado de obesidad, de las cuales el 85% (n=450) eran mujeres. Por otra parte del total de los tamizajes el 53.6 %, reportaron una cifra superior al estándar establecido por organizaciones internacionales como la OMS de 90 centímetros para mujeres. Es de aclarar que el índice de Masa Corporal IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como: las enfermedades cardiovasculares principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, en el año 2012 estas patologías (cardiopatía y accidente cerebrovascular) fueron la principal causa de defunción, conjunto con la diabetes; los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones), que en el 2008 fueron la causa principal de defunción; la diabetes; los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis), y algunos cánceres (del endometrio, la mama y el colon). El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del Incide de Masa Corporal.

Ahora bien, con relación a hábitos saludables que constituyen riesgo potencial para adquirir enfermedad cardiovascular como lo son: la alimentación, actividad física,

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



tabaquismo y la ingesta de bebidas alcohólicas. El 69 % (n=4824) refiere que consume de frutas y verduras, sin embargo no es claro en el número de veces al día en el que las consumen, debido a que en la estrategia de tamizajes, este dato es referido por la persona directamente, y no es confiables el datos suministrado al no llevar un registro y control de dicha información. Es de aclarar que a cada una de las personas valoradas se le explicó la importancia del consumo de frutas y verduras así como el mínimo recomendado como factor protector en la adquisición de enfermedad crónica.

En cuanto a la actividad física un 44 % (n=3076) de las personas valoradas reporto realizar algún tipo de ejercicio, aunque durante la intervención, en cada una de ellas se explica no solo la importancia de realizarla sino la forma en que se debe realizar mínimo 30 minutos 5 veces a la semana y no la realización de tareas domésticas como actividad física. Respecto del consumo de tabaquismo el 10% (n=669), se encontró que un refieren consumo activo, aunque no existe información en cuanto al número de cigarrillos día por cada uno de los valorados.

Por otra parte, respecto de la prevalencia de donación y trasplante de órganos y tejidos, desde el Hospital Vista Hermosa I Nivel ESE, se tiene un protocolo el cual tiene como objetivo garantizar la continuidad y oportunidad en el tratamiento de los pacientes que se encuentran en el servicio de urgencias, durante el año 2014 se capacito a 209 profesionales entre médicos, enfermero de los Centros de Atención Médica Inmediata, con el fin de fortalecer el proceso.

Con relación Identificación de la hipoacusia, desde el Hospital Vista Hermosa se cuenta con, el sistema de vigilancia en discapacidad, el cual registra alteraciones de alguno de los sistemas, en el año 2014, se logró identificar 376, personas con alteraciones relacionadas con el oído. En donde el 45% (n=169), corresponde a vejez, el 28% (n=104) adultez, el 13% (n=50), el 9.3% (n=35), y en último lugar esta Adolescencia con un 4.8%. Sin embargo, importante es de aclarar que respecto de la identificación de la Hipoacusia, el alcance desde el Hospital, se llega hasta la caracterización de la poblacion que refiere tener algún tipo de discapacidad.

Por otra parte respecto de la identificación de los defectos refractivos en niños entre 2 - 8 años, el Hospital Vista Hermosa se cuenta con, el sistema de vigilancia en discapacidad, el cual registra alteraciones de alguno de los sistemas, en el año 2014, se logró identificar 49 personas con alteraciones visuales . Sin embargo, importante es de aclarar que respecto de la identificación de los defectos refractivos, el alcance desde el Hospital, se llega hasta la caracterización de la poblacion que refiere tener algún tipo de discapacidad a través del banco de ayudas técnicas, valoro y evaluó un total de 62 personas en la etapa de infancia, a los cuales se les asigno el KID de ayuda visual.

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



Por último, con relación estrategia 11 para la salud, esta es una iniciativa para la prevención de enfermedades en los niños y la población colombiana y otros países con el impulso de Presidencia de la República, Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, Coldeportes Nacional y el soporte de la Federación Internacional de Fútbol Asociado (FIFA). Este piloto fue realizado por la FIFA, de manera conjunta con el Ministerio de Salud y Protección Social, la Federación Colombiana de Fútbol, Coldeportes y el Ministerio de Educación Nacional, para niños entre los 10 y 12 años de Bogotá, Cali, Cartagena y Manizales. Para la localidad de Ciudad Bolívar no se cuenta con datos, del colegio y personas participantes de esta estrategia.

A continuación se presenta el análisis de la mortalidad por Diabetes Mellitus, Mortalidad prematura por cáncer, Mortalidad prematura por Evento Cerebro Vascular, Mortalidad prematura por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, y por último Supervivencia de los menores de 18 años con leucemias agudas pediátricas.

Con relación a tasa de mortalidad por Diabetes Mellitus, para el año 2012 se tuvo una tasa de 9.8. Para el 2012 afecta principalmente a los grupos de edad de 15 a 44 años, 45 a 59 años y al grupo de mayores de 60 años. A su vez la mortalidad por cáncer en menores de 15 años, para el año 2012, en el grupo de 1 a 4 años, se identificó tumor maligno de la tiroides y de otras glándulas endocrinas, con una tasa de 3.2 y para el grupo de 5 a 14 años se presentó, tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central, con una tasa de 1.5 y para la leucemia con una tasa de 1.5.

En lo que respecta a la Mortalidad prematura por Evento Cerebro Vascular, para el año 2012, se registró muerte por enfermedades cerebro vascular, en los rangos de edad de 5 a 14 años, con una tasa de 0.8 y para el grupo de 5 a 14 años se registró una tasa de 2.5. Por otra parte Mortalidad prematura por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, para el año 2012, no se registraron. Sin embargo se presentan casos de mortalidad por Enfermedades crónicas de las vías respiratorias, en el rango de edad de mayores de 60 años Por ultimo con relación a la Supervivencia de los menores de 18 años con leucemias agudas pediátricas, para el rango de edad de 1 a 4 años, se tiene una tasa de mortalidad de 1.9, de igual manera para el rango de edad 5 a 14 años, se tiene una tasa de 1.5.

Dimensión Vida Saludable libre de Enfermedades Transmisibles

La cobertura de vacunación de niños para polio fue de 83,65% y triple viral 88,7%, datos que demuestran coberturas no útiles de vacunación.

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Linea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



Implementación del programa de prevención y el control de las IAAS, la resistencia antimicrobiana y el consumo de antibióticos en las instituciones de alta y media complejidad

Con respecto a la letalidad tosferina, no se presentaron casos de mortalidad en la localidad en el año 2014, durante el año fueron notificados al sistema de vigilancia en salud pública 274 casos de tosferina de estos casos el 0,4% (1 caso) fue confirmado por clínica, 1,8% (5) por laboratorio, 97,8% (268) fueron descartados. En el análisis de los casos de tosferina confirmados por clínica y laboratorio, se observó que pertenecían al ciclo vital infancia, de estos casos el 66,7% eran menores de un año y 33,3% eran de un año de edad, con relación al sexo el 33,3% eran mujeres y 66,7% hombres. Dos casos pertenecían a régimen contributivo y 4 al régimen subsidiado, en relación al lugar de residencia se encontró que el 50 % correspondían a la UPZ 67- Lucero, 33,3% UPZ 70 – Jerusalén y 16,7% UPZ 68 – El Lucero.

Porcentaje de personas curadas de tuberculosis pulmonar: en la cohorte 2014 ingresaron 12 pacientes de los cuales 9 presentaron baciloscopia positiva, del total de pacientes que ingresaron el 66,7% (8) tuvieron condición de egreso de curación. El 25% (3) de los pacientes de la cohorte abandonaron el tratamiento, una de las personas falleció.

En relación a la tasa de mortalidad por malaria y tasa de mortalidad por Rabia Humana, no se presentaron casos en el año 2014.

Dimensión Convivencia Social y Salud Mental

El equipo de gestión local de políticas y programas adopta, promueve y posiciona la política pública de salud mental, a través de espacios sectoriales, e intersectoriales, como: La Red del Buen Trato, el Consejo y el Comité de local de seguimiento a casos de violencia. En estos espacios se cuenta con la participación de actores como: El Hospital Vista Hermosa, Hospital Meissen, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF, Secretaria Local de Integración Social, Comisarías de Familia, Personería, alcaldía local, entre otros actores. Quienes se encargan de realizar el seguimiento a los casos de violencia intrafamiliar, conducta suicida, y problemas relacionados con aspectos psicosociales en general, que pongan en grave riesgo la vida de las personas, a nivel local.

En estos espacios también se realiza procesos de fortalecimiento normativo, académico y operativo, a los diferentes actores sociales involucrados en la atención de la población de la localidad e Ciudad Bolívar.

Las principales problemáticas en salud mental identificadas en estos son:

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



- Barreras por parte de ESPs e IPS para la atención psicoterapéutica especializada en salud mental.
- Violencia de género.
- Violencia intrafamiliar.
- Femicidio.
- Conducta suicida.
- Consumo de sustancias psicoactivas.
- Violencia escolar- bullying.

Por otra parte como resultado de la adopción y posicionamiento de la política de salud mental, se ha identificado que es necesario fortalecer tres aspectos fundamentales:

- La participación de actores clave y con capacidad de decisión (Alcalde local, defensoría del pueblo, entre otras instituciones), en los espacios como: La Red del Buen Trato, el Consejo y el Comité de local de seguimiento a casos de violencia, con el fin de mejorar la oportunidad de la respuesta inter-institucional y disminuir las barreras de acceso, para la atención en salud metal.
- La respuesta inter-institucional, en el ámbito judicial, orientado a la restitución de derechos de las víctimas.
- La voluntad política de los diferentes órganos del Estado, orientado a la prevención de la enfermedad metal y promoción de salud mental, en todos los ciclos vitales, desde una visión positiva de la Salud Pública.

A continuación se presenta el análisis de los datos, captados por el Hospital Vista Hermosa a través de la estrategia de territorios saludables, en el año 2014.

Durante el periodo Enero- Diciembre de 2014, el Subsistema de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y Abuso Sexual (SIVIM). Se presenta una tasa de incidencia de violencia intrafamiliar es de 406 por cada 100000 habitantes y la tasa específica para las mujeres 568 por cada 100000 habitantes.

Por otra parte con relación las lesiones autoinflingidas intencionalmente el sistema médico legal colombiano reportó para el años 2014 una tasa de mortalidad por suicidio de 4,33 casos por cada 100.000 habitantes, similar a la reportada durante los últimos 9 años, con una tasa promedio de 4,09 casos por 100.000 habitantes. El mayor número de casos ocurrió en hombres en el grupo etario de 20 a 24 años (235 casos) y en mujeres entre los 15 a 17 años (48 casos); entre los mecanismos más comunes esta asfixia mecánica (ahorcamiento), en segundo lugar intoxicación por envenenamiento por agentes químicos y, finalmente, por el proyectil de arma de fuego. La tasa para



Bogotá es de 6.90 por cada 100000 habitantes y una 1.48 por cada 100000 habitantes²⁴.

A nivel de la localidad Ciudad Bolívar, respecto se tiene una tasa que ha sido fluctuante entre los años 2006 y 2014. Para el 2006 se tenía una tasa de 3.4 por cada 100000 y para los años 2014, se tuvo una de 4.5 por cada 10000 habitantes.

La UPZ con mayor número de casos es Lucero con 30,8% y mayor frecuencia en sexo femenino con un 66,8% (n=446), seguida por la UPZ Ismael Perdomo con un 18% con mayor frecuencia de casos en el sexo femenino con un 62%, la conducta suicida que presenta mayor número de casos es la ideación suicida (n=1119) con un 51,5%, seguido de intento de suicidio (n=855) con un 39,5%.

Por otra parte, con relación al inicio de consumo de sustancias psicoactivas, los datos aportados por el Observatorio de Drogas en Colombia para el año 2013, la mayor proporción de consumo de alcohol, se presenta entre los jóvenes de 18 a 24 años, y con un valor del 45.4%, en los rangos de edad de 25 a 34 años, seguido por 35 a 44 años y luego los de 45 a 65 años. Los adolescentes de 12 a 17 años son quienes menor tasa de consumo presentan, del 19.3%. A nivel de distrito Bogotá para el año 2014, la distribución del abuso de cualquier sustancia psicoactiva según edad y sexo se observa que el rango de mayor proporción corresponde en primer lugar la edad de 15 y 18 años, en segundo lugar al rango de edad de 19 a 26 años, con un 21% y en tercer lugar al rango de edad de 27 a 44 años²⁵.

A nivel de la localidad e Ciudad Bolívar, tiene una tasa de consumo de sustancias psicoactivas de 16.6 por cada 100000 habitantes. La edad promedio de consumo de sustancias psicoactivas es de 19 años. Con relación a la prevalencia del tipo de consumo de sustancia psicoactiva corresponde en primer lugar a tabaco con un 38%, en segundo lugar el alcohol con un 38%, en tercer lugar esta Marihuana (Cannabis)²⁶.

²⁴ Instituto De Medicina Legal Y Ciencias Forenses. Datos para la vida 2014. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/1656998/Forensis+Interactivo+2014.24-JULpdf.pdf/9085ad79-d2a9-4c0d-a17b-f845ab96534b> Consultado: 22 de Marzo de 2016.

²⁵Secretaria Distrital de Salud. Boletines Estadísticos (Sitio en internet) Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Paginas/BoletinEstadistico.aspx?RootFolder=%2FDPYS%2FCodificacin%2FBolet%2FC3%ADn%20Estad%2FC3%ADstico%202014%2F3.%20SALUD%20P%2FC3%9ABLICA&FolderCTID=&View=%7B5ABBE625-B30A-46FE-84A7-C406EE8398DE%7D>. Consultado 22 Marzo de 2016.

²⁶Observatorio de Colombia. Boletín. (Sitio en internet). Disponible en: <http://www.odc.gov.co/PUBLICACIONES>. Consultado 22 de Marzo de 2016.

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info: Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



Ahora bien, con relación a la mortalidad por intervenciones de legales y de guerra, de acuerdo con el ministerio de salud y protección social, se a nivel de Bogotá se cuenta con una tasa de 0,12 - 0,18 por cada 100000. En la exploración a nivel documental no se cuenta con este dato en la escala loca de Ciudad Bolívar²⁷.

Por otra parte respecto de mortalidad por accidentes de transporte terrestre. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses registró 50.574 casos atendidos por accidentes de transporte durante el año 2014; las lesiones fatales corresponden a un total de 6.402 personas fallecidas (12,66%) y las lesiones no fatales ascienden a un total de 44.172 personas lesionadas (87,34%). Colombia para el año 2014 tiene una tasa 13,4 muertes por 100.000 habitantes, presentado el valor más alto en los últimos diez años. Para Bogotá se tiene una tasa 12.98 por cada 100000 habitantes para hombres y para la mujer 3.81 por cada 100000 habitantes²⁸.

Con relaciona a la localidad de Ciudad Bolívar a través del subsistema de lesión de causa externa se registraron 6 casos, de los cuales el 80% corresponde a mujeres y el 20% a hombres, con una edad promedio de 21 años. Con relación a otros accidentes para el año 2014 en la localidad de Ciudad Bolívar se identificó un total de 180, en donde 60% corresponde a hombres, y el 40% corresponde a mujeres. Con una edad promedio de 19 años de edad.

Por ultimo respecto de la tasa de mortalidad por agresiones. La información suministrada por la Secretaria Distrital de Salud está con corte a 2012 y son datos oficiales. Para el año 2011 se presentaron 2017 y en 2012; 2072 mortalidades en la localidad de Ciudad Bolívar. La tasa de mortalidad para la localidad en el año 2012 fue de 31,7 por 10000 habitantes. Con relación a los datos de Agresiones (homicidios) y secuelas para los años 2011 se tiene una tasa de 3.1 por cada 10000 habitantes y para el año 2012 se presentó una tasa de 2.7 por cada 10000 habitantes.

Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional

En la localidad Ciudad Bolívar para el año 2014 la duración de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (mediana en meses) fue de 4 meses, con relación a

²⁷Ministerio de salud y protección social. Problemática en salud. Tasa de mortalidad legal y acciones de guerra. (Sitio en internet): https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/16-TM_Guerra.pdf. Consultado 22 de Marzo de 2016.

²⁸Instituto De Medicina Legal Y Ciencias Forenses. Datos para la vida 2014. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/1656998/Forensis+Interactivo+2014.24-JUL.pdf/9085ad79-d2a9-4c0d-a17b-f845ab96534b> Consultado: 22 de Marzo de 2016.



la meta distrital (4 meses) el comportamiento fue satisfactorio. A nivel de UPZ la estimación fue la siguiente: Tesoro 4,2; Ismael Perdomo, Jerusalén y Mochuelo con 4 meses respectivamente, Lucero 3,8, Arborizadora 3,4 y Monte Blanco 3,1.

Con respecto a la identificación en cada enfermedad transmitida por alimentos (ETA) según el agente etiológico, para el año 2014 en los 9 brotes que fueron notificados a SIVIGILA no fue posible realizar toma de muestra de los alimentos que permitiera identificar el agente etiológico; los alimentos implicados fueron: alimentos mixtos (4 brotes), refrigerios escolares (2 brotes), los alimentos como: leche, listos para consumo humano y productos de panadería con 1 brote respectivamente. El comportamiento por UPZ fue el siguiente: San Francisco (3 brotes), Lucero (2 brotes), Jerusalén (2 brotes) y en las UPZ El Tesoro y Ismael Perdomo con un brote respectivamente. Con respecto al lugar donde se consumieron los alimentos se identificó que en el 55,5% (5 brotes) los alimentos fueron consumidos en el hogar, 22,2% en establecimiento educativo, 11,1% en establecimiento comercial y otro 11,1% en plaza de mercado²⁹.

Se realiza el siguiente análisis a partir de la información de la base de intervenciones epidemiológicas de campo al evento de Recién nacido con bajo peso, contemplando los meses de Mayo a diciembre de 2014, dado que a partir de esta fecha, desde SDS modifican formato de captura de información.

De este modo, al realizar análisis de las variables que están relacionadas con percepción de hambre en la localidad, se tiene que de acuerdo a la pregunta en la ficha de IEC del equipo SISVAN, que señala: En el último mes ¿Alguna vez en su hogar se quedaron sin alimentos por falta de dinero?, de las familias intervenidas por el evento de Recién nacidos de bajo peso al nacer, se identifica que el 4.3% (n:162) refiere en algún momento no tener dinero para la compra de alimentos.

A la pregunta: En el último mes ¿alguna vez usted dejó de desayunar, almorzar o comer por falta de dinero? se identifica en las familias intervenidas por el evento de Recién nacidos de bajo peso al nacer, que el 3.7% (n: 162), afirma que en algún momento por situaciones económicas no tuvo acceso a alguno de los tres tiempos de comida que un individuo debe consumir, para mantener funciones fisiológicas y funcionales.

En la pregunta: en el último mes ¿recibió alimentos de algún programa o institución como restaurantes, desayunos, comedores, otros? Se identifica en las familias intervenidas que el 57.1% (n:7) refiere positivamente a esta pregunta, lo que traduce

²⁹ Hospital Vista Hermosa. Base datos brotes. SIVIGILA. 2014.
Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Línea 195



que tiene acceso a algún programa de apoyo alimentario que disminuye potencialmente el riesgo de hambre. Sin embargo se destaca que el número de eventos solo se limita a las intervenciones a un evento del SISVAN y el número no es representativo para dar un concepto concluyente a este respecto.

El porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer en la localidad para el año 2014 fue de 12,8% (1364), dato que se encuentra por encima de la meta distrital (10%)³⁰.

Con relación al porcentaje de personas que padecen hambre: para el año 2014 en el 5,6% de los hogares de la localidad, algún miembro del hogar no consumió ninguna de las tres comidas, uno o más días de la semana, en comparación con 2011 (11%) la reducción fue de 5,4%. Además se identificó que en el 94,4% de los hogares, ningún miembro del hogar no consumió ninguna de las tres comidas uno o más días a la semana, al comparar con el año 2011 (89%) se observa un aumento de 5,4%³¹.

El porcentaje de población bajo línea de pobreza para la localidad Ciudad Bolívar fue de aproximadamente el 29%. En comparación con otras localidades se observaron marcadas diferencias si se tiene en cuenta que en Ciudad Bolívar y Usme los porcentajes fueron de aproximadamente el 29% y en Santafé, San Cristóbal y Bosa de alrededor del 23%, mientras que en otras localidades como Chapinero, Engativá y Suba, las cantidades relativas fueron muy inferiores, 9,1%, 9,0% y 8,1%, respectivamente. La localidad con menor cantidad de pobres fue Teusaquillo (4,3), seis veces menos que en Ciudad Bolívar (29,3)³².

Con respecto a la prevalencia de anemia de las gestantes que fueron intervenidas por el subsistema de vigilancia alimentaria nutricional, se observó que el 9,3% (15) presentaron antecedente de anemia. El comportamiento por UPZ fue el siguiente: San Francisco 3,1; Arboleda 2,5; Lucero 1,9; Ismael Perdomo 1,2 y Jerusalén 0,6³³.

La Prevalencia de desnutrición crónica (retraso en talla para la edad) en menores de 5 años, para el año 2014 fue de 23,5%, en comparación con el año 2013 (16,9%) se evidencia un aumento, a pesar de los esfuerzos la localidad no está dentro de la meta propuesta la cual es reducir a 12% la prevalencia de desnutrición crónica en niños y

³⁰ Secretaría Distrital de Salud. Dirección de epidemiología - subsecretaría de vigilancia en salud pública. Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND - Peso al nacer preliminar. 2014.

³¹ Secretaría Distrital Planeación Bogotá. Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá Ciudad de Estadísticas. Boletín 65. p.185

³² *Ibid.* p.176

³³ Hospital Vista Hermosa. Base Intervenciones epidemiológicas - Recién nacidos con bajo peso. Subsistema De Vigilancia Alimentaria Nutricional. Mayo – diciembre 2014.

niñas menores de 5 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.

La UPZ que presenta la mayor prevalencia es la UPZ Rural con 21%, seguido de Jerusalén con un 14,8% en la UPZ mochuelo no se cuenta con datos ya que en esta UPZ está la central de mezclas y el barrio Villa Joaquín que desapareció.

La prevalencia de desnutrición global (bajo peso para la edad) en menores de 5 años para el año 2014 fue de 6,3, en comparación con el año 2013 (5,9) se observa un incremento de 0,4 en este indicador para 2014, es importante mencionar que durante los años 2013 y 2014 no se alcanzó el cumplimiento de la meta que es reducir a 3% la prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016. Las UPZ con mayor número de casos en 2014 fueron: Lucero (n=207) y Jerusalén (n=119), en Mochuelo no se identificaron casos.

De los 858 menores identificados durante el 2014 con desnutrición global se realizó investigación epidemiológica de campo a 521 casos, es decir al 60,2%, el cual fue realizado por el equipo de nutricionistas del Sistema de vigilancia de alimentación y nutrición (SISVAN) y se encontró la siguiente información:

De los menores que se intervinieron el 50,4 % (n=263) fueron mujeres y el 49,5% (n=258) fueron hombres, respecto al aseguramiento el 18,3% (n=116) pertenecen al régimen contributivo, 62,2% (n=328) subsidiado, 62,9% (n=70) vinculado 13,4% (n=70) y particular (n=0,9) pertenecen al estrato socio económico uno (n=441) 84,6%, al dos (n=78) 14,9% y tres 0,48% (n=2). Pertenecen al grupo étnico raizal 5,8% (n=24) y a la comunidad ROM (n=3).

El 77,9 % (n=406) de las madres tienen el nivel educativo en secundaria y el 1,3% (n=7) en universitario y es de resaltar que el 3,6% (n=19) no tiene ningún nivel educativo. El estado civil de las madres de menores que tienen desnutrición global es 73,1 % (n=381) en unión libre el (n=103) 19,7% son solteras y el 4,9% (n=26) son casados.

La vivienda en donde se habitan los menores el 75% (n=391) viven en casa arrendada, el 9% (n=47) viven en casa propia y el 15,9 % (n=83) restante en otro tipo de vivienda es decir familia u otros. De acuerdo a los ingresos económicos mensuales el (n=133) 25,5% tienen menor de un (SMLV) salarios mínimos legales vigentes, entre 1 y menor de 2 (SMLV), 70,4% (n=367) y entre 2 y menor de 3 SLMV 4,1%. (n=20).

Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

Con relación a la cobertura de servicios de salud amigables: en el marco del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana”, el Hospital Vista Hermosa ofreció desde el mes de abril del año 2014 a la población joven de la localidad de Ciudad Bolívar, la Unidad Básica de Atención Móvil, servicio encaminado a garantizar un acceso rápido y confiable en atención colectiva e integral en salud, la cual incluía servicios de: medicina, odontología, psicología, trabajo social y enfermería. Esta estrategia liderada desde la Secretaría Distrital de Salud permitió identificar en los jóvenes de 10 a 29 años los posibles factores de riesgo en salud.

Durante el año 2014 la cobertura fue de 2837 Adolescentes y Jóvenes, distribuidos de la siguiente manera 1526 hombres y 1311 mujeres. Es importante mencionar que dentro de las acciones se encuentran los servicios individuales, colectivos y seguimientos³⁴.

Con relación a mortalidad materna para los años 2013 y 2014 se observan diferencias entre la localidad y el distrito; en la localidad el comportamiento fue estable con 3 casos respectivamente, mientras que en el distrito se presentó aumento de 4 casos para el año 2014, donde ocurrieron 30 casos. En términos de cumplimiento de metas distritales (Reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna) la localidad y el distrito para los años 2013 y 2014 presentaron cumplimiento, en comparación con el año 2005 se evidencia mejoramiento.

Durante el año 2014 se presentaron 22 casos de mortalidad por VIH/SIDA, con relación al sexo 72,7% eran hombres y 27,3 mujeres, respecto al curso de vida se identificó que: 63, 6% eran adultos, 27,3% jóvenes y 9,0% adultos mayores. Además se observó que 54,5% pertenecían al régimen subsidiado, 27,3% contributivo y 18,2% no asegurado, 2 casos que correspondían al 9,0% hacían parte de población afrocolombiana. En cuanto a la distribución por UPZ el comportamiento fue el siguiente: Lucero 36,4%, Jerusalén 27,3%, San Francisco 13,6%, Arborizadora y Tesoro con 9,1% respectivamente e Ismael Perdomo 4,5%.

En la localidad para el año 2014 se presentaron 10580 nacimientos, de los cuales el 19,1% de las mujeres de 15 a 19 años fueron madres o estuvieron embarazadas por primera vez. Respecto al estado conyugal de las mujeres se identificó que: 36,8% eran solteras, 35,2% no estaban casadas y llevaban menos de dos años viviendo con su

³⁴ Hospital Vista Hermosa. Tamizajes individuales - Base de datos de la UBA Móvil. Abril – diciembre 2014.

pareja, 25,6% no estaban casadas y llevaban dos años o más viviendo con su pareja, 1% estaban casadas, 0,1% se habían separado, es importante aclarar que no se contó con información de esta variable en el 1,2% de los casos. En cuanto a pertenencia étnica 7 casos eran afrocolombianos y 3 casos indígenas. En relación al nivel educativo: 48,2% habían cursado grados decimo y once de bachillerato (media académica o clásica), 38,7% básica secundaria, 5,7% básica primaria, 2,4% técnica profesional, 1,3% profesional, 1,0% media técnica, 0,1% ninguna educación, en el 1,5% de los casos no se contó con información.

En cuanto al porcentaje de transmisión materno infantil del VIH, se identificó para Bogotá que del total de menores de 18 meses hijos de mujeres viviendo con VIH, reportados en 2012 (491 niños) un 4,3% tenían el diagnóstico de VIH, para el 2013 este porcentaje disminuyó a 2,6% (con 667 casos reportados)³⁵. Es importante mencionar que se realizó búsqueda de casos en la base de datos de SIVIGILA 2014, para la localidad Ciudad Bolívar y no se encontraron casos, sin embargo se puede haber presentado un subregistro de la información.

Respecto a la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (15-49 años): es importante aclarar que se consideran métodos modernos de anticoncepción los siguientes: esterilización femenina y masculina, píldora, DIU, inyección, implantes, condón, espuma jalea, amenorrea por lactancia (MELA) y anticoncepción de emergencia³⁶.

En el caso del Hospital Vista Hermosa, la información que se tiene de este indicador corresponde a los métodos orales, inyectables y de barrera entregados en el periodo junio a diciembre de 2014 a las usuarias de las EPSs Unicajas, Capital Salud, Caprecom y FFD³⁷. Durante el año 2014 se realizaron 10990 consultas en el programa Planificación Familiar y se entregaron 88352 métodos.

Para el año 2014 se fueron inscritas al programa de regulación de la fecundidad 1826 mujeres entre 15-19 años, con relación al cumplimiento de meta estipulado en 100% (1570); se incrementó la consulta con un porcentaje de cumplimiento del 107% en este grupo poblacional, ya que se fortaleció la demanda inducida con el fin de disminuir el porcentaje de embarazos no deseados en adolescentes.

³⁵ Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo, Situación del VIH/SIDA en Colombia, Bogotá D.C. 2013 [Sitio en internet]. Disponible en: [VIHhttp://www.cuentadealtocosto.org/patologias/VIH/docs/Situacion%20del%20VIH-SIDA%20en%20Colombia%202013.pdf](http://www.cuentadealtocosto.org/patologias/VIH/docs/Situacion%20del%20VIH-SIDA%20en%20Colombia%202013.pdf) Consultado: 8 de abril de 2014.

³⁶ Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Ficha técnica. 2014.

³⁷ Hospital Vista Hermosa. Informe Métodos de Regulación de la Fecundidad. Gestión Intersectorial y comunitaria. Programa salud sexual y reproductiva.



Existen varios factores que inciden para que las mujeres conciban sus hijos a una edad determinada, factores culturales, sociales, económicos y educativos son algunos en los cuales se debe centrar la atención para comprender las circunstancias de la concepción; para la Ciudad Bolívar la edad media de embarazo se encuentra en los 26 años con extremos entre los 10 y 54 años de edad³⁸.

Para el año 2014, según la base de datos SIVIGILA, fueron notificados 121 casos en la localidad, lo cual permite estimar una prevalencia de VIH/SIDA de 0.02%.

Durante el año 2014 el 75% (3320) de mujeres gestantes ingresaron al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional, en comparación a los años 2012 (52%) y 2013 (74%) se observa que la tendencia es estable³⁹.

Respecto a la proporción de mujeres gestantes que tienen 4 o más controles prenatales: para el año 2014, este indicador tuvo un porcentaje de cumplimiento del 67% (2984), igual que el porcentaje de cumplimiento obtenido en el año 2013, es importante tener en cuenta que como denominador solo se tuvo en cuenta las gestantes de bajo riesgo, quienes son quienes continúan en manejo por I nivel⁴⁰.

Dentro de las limitantes para cumplir con este indicador esta que un porcentaje importante de gestantes ingresan con edad gestacional avanzadas sin que se logre cumplir con más de 4 controles. Se viene fortaleciendo el seguimiento de las gestantes por cada centro de atención en articulación con territorios saludables con el fin de lograr la adherencia y continuidad de las gestantes a los controles y verificar la atención de los II y III Niveles a todas aquellas gestantes remitidas.

Con respecto a la Tasa de incidencia de Hepatitis B, en el año 2014 fueron notificados 24 casos al SIVIGILA, lo cual permite estimar una tasa de 3,6 por 100000 habitantes para la localidad. En el año 2014 fueron notificados al sistema de vigilancia en salud pública 48 casos de Sífilis Congénita. Se calcula que para el año 2014 en la localidad nacieron 45 niños y niñas por cada mil mujeres en edad fértil (tasa general de fecundidad)⁴¹.

³⁸ Hospital Vista Hermosa. Informe de gestión institucional 2014. Programa planificación familiar.

³⁹ Hospital Vista Hermosa. Informe de gestión institucional 2014. Programa Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo Parto y Puerperio.

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Secretaria Distrital De Planeación. Subsecretaria de información y estudios estratégicos, dirección de información, cartografía y estadística. Inventario de información en materia estadística sobre Bogotá. Cuadro 11. [Sitio en internet]. Disponible en: www.sdp.gov.co/portal/.../portal/PortalSDP/.../DICE013-AspectosDemograficos Consultado: 13 de julio de 2014.

Dimensión Salud Pública en emergencias y desastres

La Localidad de Ciudad Bolívar según estudios geológicos y de suelos⁴² se divide en once zonas, de las cuales sobresalen las siguientes: Una ubicada al norte, correspondiente a un sector relativamente plano, con ligeras inclinaciones circundado por los barrios Candelaria la Nueva, San Francisco y Abraham Lincoln, este sector corregido del río Tunjuelito está compuesto por arcillas expansivas, que convierten el terreno en inestable, amenazando a las viviendas actuales, se advierte la no continuación del proceso urbanizador.

El área delimitada por la escuela de artillería (Tunjuelito) y el barrio México al norte, la urbanización Grabada y el barrio Cortijo al sur, cuyos suelos están compuestos principalmente por gravas areno-limosas, en esta zona el riesgo al urbanizar se presenta por la inestabilidad del terreno, ocasionado por los rellenos fruto de las antiguas explotaciones de material en el sector. A partir del barrio Rincón y dispuesta en sentido sur norte, divisando puntos como el Volador, las canteras de Peña Colorada y el Tanque que se encuentra en un punto intermedio de Ciudad Bolívar (Sierra Morena), cuyos suelos están conformados por capas arenosas y con pendientes que varían de 20° a 40°; se clasifica el sector como de alto riesgo; hacia el occidente del barrio los Alpes, INGEOMINAS recomienda urbanizar en sectores con pendientes más suaves (15 a 30°).

Los predios de la vereda Quiba están conformados por areniscas duras, con inclinaciones suaves que no superan los 20°; lo que no permite la presencia de riesgos geotécnicos, convirtiendo la zona en apta para la urbanización.

Para la comunidad y la institucionalidad, los riesgos naturales son un factor que requiere una intervención conjunta la cual tiene que contemplar el diagnóstico, la prevención, mitigación, control y reubicación de asentamientos humanos donde la remoción en masa y las inundaciones puedan afectar los bienes y servicios de las comunidades, de ahí la importancia de desarrollar estrategias de planeación transectorial. Así mismo es importante tener en cuenta que del área total en Bogotá de zonas de amenaza en remoción en masa (31.031 Hectáreas), el 38% pertenecen a la localidad de Ciudad Bolívar (11.448 Hectáreas), con lo cual se puede ver la magnitud de dicha problemática en una escala mayor. También es importante tener en cuenta

⁴² Plan ambiental local Localidad 19 Ciudad Bolívar. Secretaria Distrital de ambiente 2013 - 2016



que el área total de áreas de amenaza por riesgo de inundación son 148 hectáreas en la localidad de Ciudad Bolívar⁴³.

Respecto del avance en la articulación de los hospitales con los planes territoriales sectoriales de gestión de riesgo de desastres. Según el decreto 172 de 2014 artículo 21 los consejos locales de gestión de riesgos y cambio climático son creados en cada localidad con el objetivo de ser la instancia de coordinación, asesoría, planeación, consulta, seguimiento y evaluación de la administración local, para garantizar la efectividad y articulación de los procesos de gestión de riesgos y cambio climático en la respectiva localidad, en armonía con las disposiciones del plan Distrital de gestión de riesgos y el plan distrital de mitigación y adaptación al cambio climático y las orientaciones y directrices trazadas por el consejo distrital de gestión de riesgos y cambio climático.

Dicho consejo se reúne los últimos jueves de cada mes, o en ocasiones extraordinarias como el caso de semana santa, en los cuales participan el Alcalde local que lo preside, el gestor local designado por IDIGER, el gestor local ambiental, el gerente de la respectiva empresa social del estado, el director local de educación, un delegado de la Empresa de acueducto y alcantarillado y Aseo de Bogotá E.S.P., un delegado de la secretaria de movilidad, el jefe de bomberos de la jurisdicción correspondiente, un delegado por la dirección seccional de la Defensa Civil, un delegado de la Cruz Roja Colombiana, un representante del Consejo de planeación local, un representante de las organizaciones sociales y comunitarias que desarrollen proceso de gestión de riesgos en la localidad y un delegado de la Corporación Autónoma Regional de Cundinamarca.

Según el Balance De Resultados Del Plan De Desarrollo Distrital 2012 - 2016 Informe De Rendición De Cuentas 2014, del para el 2014 hubo 3 Obras intervenidas y/o en ejecución por entidades del Sistema Distrital de Gestión de Riesgo y Cambio Climático en la Localidad Ubicadas en el sector Domingo Lain, Villas de Bolívar y Caracolí.⁴⁴

⁴³ Riesgos, desastres y desarrollo en Bogotá. Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático, IDIGER. 2015

⁴⁴ Alcaldía Mayor de Bogotá. Balance De Resultados Del Plan De Desarrollo Distrital 2012 - 2016. "BOGOTÁ HUMANA". A 31 DE Diciembre de 2014. Informe De Rendición De Cuentas 2014. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2015.



Ahora bien frente al avance en la articulación del plan nacional de gestión integral del riesgo de desastres. A nivel nacional se encuentra el decreto 1974 de 2013 en el cual se establece el plan nacional de gestión del riesgo, donde debe contener los componentes, objetivos, programas, acciones, responsables y presupuestos, mediante los cuales se ejecutan los procesos de conocimiento del riesgo, reducción del riesgo y de manejo de desastres, en el marco de la planificación del desarrollo nacional y territorial. Así mismo establece una articulación con los departamentos, distritos y municipios los cuales formulan y concertan con sus respectivos consejos de gestión del riesgo, un plan de gestión del riesgo de desastres y una estrategia para la respuesta a emergencias de su respectiva jurisdicción, en armonía con el plan de gestión del riesgo y la estrategia de respuesta nacionales.

Es aquí donde se articula con el Distrito a partir de El Consejo Distrital para Gestión de Riesgos y Cambio Climático, el cual tiene por objeto adoptar las políticas y decisiones que vinculan a los organismos y entidades distritales en torno a la gestión de riesgos y cambio climático, y orientar, organizar y controlar la efectiva articulación de los procesos de Gestión de Riesgos y Cambio Climático. Estos organismos nacionales y distritales tienen participación en las mesas de trabajo organizadas por la Comisión Intersectorial de Gestión de Riesgos y Cambio Climático, para el desarrollo de acciones tendientes a la implementación de las diferentes políticas, planes, estrategias e intervenciones en materia gestión de riesgos y cambio climático.

Por otra parte respecto de la cobertura de la Red Nacional de toxicología. Según el Ministerio de la Protección Social en la guía de manejo de urgencias toxicológicas se define que la toxicología es la ciencia que estudia los efectos nocivos producidos por los agentes físicos y químicos sobre los seres vivos y el medio ambiente. Estudia los mecanismos de producción de tales efectos, los medios para contrarrestarlos, los procedimientos para detectar, identificar, cuantificar dichos agentes y valorar su grado de toxicidad.⁴⁵

Las intoxicaciones se clasifican de acuerdo con cuatro parámetros clínicos: 1. La cantidad o dosis del tóxico. 2. El lapso transcurrido entre la exposición al tóxico y el inicio del tratamiento. 3. El grado de alteración del estado general. 4. El grado de alteración del estado de conciencia.

En el año 2014 en la localidad de Ciudad Bolívar se presentaron 232 casos de intoxicación según la base de datos de SIVIGILA Ciudad Bolívar año 2014, divididos de

⁴⁵ Ministerio de la Protección Social. Guía para el manejo de urgencias toxicológicas. 2008



la siguiente manera: Intoxicación por medicamentos 80 casos, intoxicación por otras sustancias químicas 69 casos, intoxicación por plaguicidas 68 casos, intoxicación por sustancias psicoactivas 43 casos, intoxicación por metanol 10 casos, intoxicación por gases 8 casos, e intoxicación por solventes 7 casos.

Respecto de la implementación del índice de seguridad hospitalaria en los hospitales e implementación del sistema de emergencias médicas, el Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH), en Ciudad Bolívar se está realizando de acuerdo a lo solicitado por la Secretaria De Salud, la inscripción y realización del curso virtual ofrecido por la Organización Panamericana de Salud sobre ISH y una vez hecho por los brigadistas de cada centro deben sacar el ISH de su sede, por lo tanto en este momento se encuentra en la fase de capacitación.

Ahora bien frente a la mortalidad por emergencias y desastres y Personas que quedan arruinadas por emergencias y desastres. Para el año 2014 en la Localidad Ciudad Bolívar, no se presentaron mortalidades por emergencias en salud pública, tampoco se presentaron casos de personas que quedaran arruinadas por emergencias en salud pública según Esteban Cuervo responsable del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo del Hospital Vista Hermosa.

Por otra parte las cuatro enfermedades en las que más influyen las malas condiciones ambientales son: la diarrea y las infecciones de las vías respiratorias inferiores. Entre las medidas que podrían adoptarse ya mismo para reducir esta carga de morbilidad debida a riesgos ambientales figuran las encaminadas a promover un almacenamiento seguro del agua doméstica y la adopción de prácticas de higiene más adecuadas; el uso de combustibles menos contaminantes y más seguros; el aumento de la seguridad de las construcciones; la utilización y gestión más prudente de sustancias tóxicas tanto en el hogar como en el lugar de trabajo, y una mejor ordenación de los recursos hídricos.⁴⁶

Las principales problemáticas que enfrenta el sistema de áreas protegidas en la localidad son:

⁴⁶ Red Colombiana de Formación Ambiental, Carga de la enfermedad asociada a la calidad del agua, aire y suelo. <http://redcolombianafa.org/es/documentos/carga-de-la-enfermedad-asociada-a-la-calidad-de-agua-aire-y-suelo>, 25 de noviembre de 2015.

- Los ecosistemas locales responden a la función de sumidero, es decir, receptor de residuos y de soporte productivo y de servicios ambientales, lo que ha generado: invasión de la ronda y cambio de la cobertura vegetal asociada a los cuerpos de agua en los diferentes afluentes del río Tunjuelo presentes en Ciudad Bolívar.
- Presión sobre las áreas protegidas por la actividad agropecuaria y los incendios que se presentan en época de verano.
- Conflictos ambientales principalmente en los límites de las áreas protegidas y la ruralidad, por la destrucción del páramo y subpáramo debido a la ampliación de la frontera agrícola y la sustitución de los páramos, los sistemas boscosos y lagunares por áreas para plantar papa, lo que ocasiona la eliminación de la cobertura vegetal y la aceleración de los procesos erosivos.
- La destrucción del páramo y subpáramo disminuye la posibilidad de comunicación entre individuos de una misma especie, relegándolos a ocupar espacios reducidos y aislados, esto se convierte en un limitante para hábitos alimentarios de cortejo y cría, lo cual los colocaría en estado vulnerable, hay disminución o aniquilación de poblaciones de animales como el borugo, el venado y la pava que por su valor cultural y comercial, son cazadas sin distinción.
- Agotamiento de los suelos de los ecosistemas frágiles debido al uso productivo inadecuado con el uso de agroquímicos que favorece la contaminación edáfica y acuática.
- La falta de presencia de las autoridades, la carencia de mecanismos para el control de la explotación de los recursos y la creencia popular de que los recursos naturales limitan la conservación de estos ecosistemas dificultan la conservación de la flora y fauna.

Dimensión Salud y Dimensión Ámbito Laboral

La población involucrada y que podría ser afectada por estas problemáticas, es toda la comunidad de Ciudad Bolívar en general, ya que desafortunadamente existe la problemática del trabajo infantil, siendo un grupo poblacional muy vulnerable debido a las condiciones sociales de la localidad. Según la Secretaría Distrital de Salud la Población Recicladora, Carreteros y pequeños Bodegueros, en el año 2014 se identificaron 284 personas; el sexo que predomina son las mujeres con 51% (n=145), seguido de los hombres con el 49% (n=139).



Ciudad Bolívar es la cuarta localidad de Bogotá en población 603.000 habitantes; la tasa de ocupación es de 54,7% por debajo de la de Bogotá que es de 55,1%; una característica de la estructura de la población de la localidad es el porcentaje de participación de jóvenes con una presencia en la localidad del 53% que son menores de 25 años. Las mujeres representan una mayor presencia con un 52%. La población económicamente activa que reside en la localidad cursó hasta la secundaria con un 48,6 el 28,1 % tenía educación primaria y el 19,1% educación superior. La calidad de la educación, según los resultados de las pruebas realizadas por la Secretaria De Educación Distrital, muestran que ciudad bolívar presentó niveles inferiores al conjunto de Bogotá en básica primaria y secundaria. La clase socio-económica baja es del 53% de los predios y el 39,9% con estrato 2.

Con relación a la cobertura de la población ocupada en riesgo laboral, el desarrollo de las actividades económicas dentro de las UTI en la base de datos correspondiente al año 2014 del ámbito laboral se presentan unas condiciones de riesgos, los cuales son priorizados acorde al concepto técnico del talento humano puesto en el territorio, dentro de estos riesgos los más presentes son:

Condiciones locativas, condiciones de riesgo por carga física, condiciones mecánicas, condiciones físicas, condiciones por riesgo biológico, condiciones eléctricas, condiciones por riesgo químico, y por ultimo condiciones por riesgo psicosocial.

Los casos vigilados por el subsistema Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional de los eventos en salud relacionados con el trabajo y las exposiciones asociadas con la aparición de estos dentro de las unidades de trabajo informal han sido: la enfermedad laboral, la hipoacusia neurosensorial (sordera de origen laboral) y el accidente de trabajo.

Se capturaron 541 eventos sospechosos Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral (ATEL), de los cuales el 47.5% (257) corresponden a mujeres y el 52.4% (284) restante a hombres, el evento más notificado es la sospecha de enfermedad laboral.

Por otra parte respecto de la incidencia de accidentalidad en el trabajo, en la localidad de Ciudad Bolívar, los accidentes de trabajo que se abordaron fueron 185 eventos, la ocupación que se abordó con mayor frecuencia fueron aquellas actividades que se relacionan con la elaboración de alimentos (cocinero, pasteleros), seguido de los vendedores de puestos fijos (supermercados, tiendas, misceláneas), la distribución por sexo fue mayor en mujeres (59.5%) que en hombres (49,5%).

El tipo de lesión más frecuente para ambos sexos fueron las heridas con 58% (108) distribuidas en un 24.86% (46) para hombres y 33.51% (62) para mujeres, seguido de

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Linea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



las quemaduras en un 27.01% (50) donde las mujeres representaron un 19.45% (36) y los hombres un 7,56% (14) lo cual se relaciona con el uso de herramientas corto punzantes necesarias para la realización de su labor.

Ahora bien respecto de la incidencia de enfermedades relacionadas con el trabajo. Los casos notificados por posible enfermedad laboral fueron de 120 trabajadores, de los cuales 80 que corresponde al 66.6% fueron clasificados por el subsistema como probables, los casos presentados pueden asociarse a los tipos de ocupación que fueron abordados con mayor frecuencia donde el género femenino es por cultura el más predominante, cocineros con un 18% y peluqueros con un 17%.

Las probables patologías más frecuentes fueron la tenosinovitis de quervain con una frecuencia del 22% (18) donde las mujeres presentaron mayor afectación (17), lo cual se asocia al uso de herramientas, a la repetitividad y a la inadecuada higiene articular en la realización de las actividades ocupacionales.

La patología más frecuente para los hombres fueron las lesiones de hombro 23% y los dolores no especificados de articulación 19%, la mayor distribución de hombres se encuentra en el grupo de zapateros y cocineros, donde a diferencia de las mujeres son los que realizan actividades como horneros en asaderos, con una frecuencia cada una de 19%, estas ocupaciones exigen aparte de repetitividad, aplicación de fuerza dentro de rangos de no confort de las articulaciones lo que puede explicar el comportamiento de la morbilidad de los trabajadores abordados.

Los trabajadores de la localidad tienen características socioeconómicas particulares que favorecen la aparición de patologías, además, determinantes sociales como acceso geográfico, educación y cultura hacen a la población vulnerable al acceso de servicios públicos (ofertado por el Estado). Desde el área de fonoaudiología, se evaluaron 31 trabajadores distribuidos de la siguiente manera: el 54% son mujeres y el 46% son Hombres. Los resultados que se obtienen para la localidad, señalan que las ocupaciones que manifestaron presentar algún tipo de daño auditivo son las de Conductores de vehículos y operadores de equipos pesados móviles, Oficiales y operarios de la construcción y cocineros y afines con el 9% (3 trabajadores) cada uno, los operadores de máquinas, recolectores de material reciclable y operarios de la metalurgia y afines representan el 3%; las actividades clasificadas en otras representan el 25%, los de Sastres, modistos, costureros, sombreros y afines / Operarios de pieles cuero y calzado / Tejedores el 22% y aquellos que se ocupan como vendedores ambulantes, vendedores de puestos fijos, vendedores de puestos de mercado son el 29%.

Dimensión Transversal de Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables

Durante el año 2014 en la localidad de Ciudad Bolívar, fueron registrados en la base Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural, alternativa de buen vivir para la humanidad -SISPI un total de 7239 personas pertenecientes a poblaciones indígenas, de las cuales 803 pertenecían a la Se identificaron personas de los cabildos de: Ambika Pijao, Camentsa, Inga, Kichwa, Muisca de Suba, Nasa, Pastos, Tubu, Uitot, Wounaan y Yanacona. Se observó que la mayor proporción de población étnica indígena pertenece al cabildo Ambika Pijao con 23,9%, en segundo lugar se encuentra la población wounaan (19,1%) y en tercer lugar la población Yanacona (15,9%).

Los grupos de edad en años que han presentado disminución en la proporción de población han sido los de 0 a 4 años, 5 a 9 años y los que se encuentran entre los 20 a 39 años, los que grupos con aumento fueron: 10 a 14, 15 a 19 y todos los grupos de 40 años en adelante. Con respecto a la población de mujeres étnicas indígenas en edad fértil, durante el año 2014 según bases de aseguramiento se identificaron 227 mujeres étnicas indígenas, de las cuales el 57,7% se encontraban en edad fértil.

En la razón de niños – mujer se tiene para el año 2014, por cada 1000 mujeres étnicas indígenas en edad fértil (15 a 49 años) se encontraron 12 niños menores de 5 años. Con respecto al Índice de infancia, el 23% del total de la población étnica indígena de la localidad según bases de aseguramiento son personas de 0 a 14 años de edad.

Por otra parte la estimación del Índice de juventud para el año 2014 indica que el 27% del total de la población étnica indígena de la localidad, según bases de aseguramiento son personas de 15 a 29 años de edad. En cuanto al Índice de vejez: el 6% de la población étnica indígena de la localidad para el año 2014 son personas de 65 y más años. El índice de envejecimiento para el año 2014, demuestra que por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años pertenecientes a la población étnica indígena de la localidad, habitan 27 adultos mayores de 65 años.

La estimación del Índice demográfico de dependencia indica que en la población étnica indígena de la localidad, por cada 100 personas en edad de trabajar hay 41,5 personas dependientes en edades inactivas. Con relación al Índice de dependencia infantil, se puede decir que de cada 100 personas étnicas indígenas de la localidad, el 32,6 tienen una edad comprendida entre los 0 y 14. El índice de dependencia de mayores de edad, de las poblaciones étnicas indígenas de la localidad, indica que por cada 100 personas potencialmente activas (población de 15 a 64 años), 8,9 personas no son población potencialmente activas.

La tasa bruta de natalidad para el año 2014, de la población étnica indígena en la localidad de Ciudad Bolívar, indica que por cada 1000 habitantes se presentaron 00,02 nacimientos. En comparación al año 2013 donde se presentaron 5 nacimientos, se observa un aumento para el 2014 del 58,3%. Al comparar con la localidad se observa que el 0,1% de los nacimientos presentados en 2013 y 2014 respectivamente corresponden a población étnica indígena.

La tasa bruta de natalidad para el año 2014, de la población étnica indígena en la localidad de Ciudad Bolívar, indica que por cada 1000 habitantes se presentaron 00,02 nacimientos. En comparación al año 2013 donde se presentaron 5 nacimientos, se observa un aumento para el 2014 del 58,3%. Al comparar con la localidad se observa que el 0,1% de los nacimientos presentados en 2013 y 2014 respectivamente corresponden a población étnica indígena.

En los casos de mortalidad evitable presentados durante los años 2013 y 2014, se puede observar que en el año 2013 se presentaron dos casos uno correspondía a mortalidad infantil y otro a VIH, en el año 2014 no se identificaron casos de mortalidad evitable en población étnica indígena.

El caso de la mortalidad infantil del año 2013 ocurrió en una institución hospitalaria de otra localidad, el sexo era femenino, producto de segundo embarazo, con edad menor de un mes, la UPZ de residencia era Ismael Perdomo (69) perteneciente al régimen subsidiado, con relación a la información de la madre se encontró que: tenía 20 años de edad, con nivel educativo primaria, casada con menos de 2 años viviendo con su pareja. En el análisis de las causas que provocaron el descenso se encontró como causa directa una sepsis secundaria a una enterocolitis necrotizante, en los antecedentes patológicos se encontró que la niña presentaba hidrocefalia.

Con relación al caso de VIH: se identificó que se trataba de un adulto, de sexo masculino, falleció en una institución hospitalaria de la localidad Ciudad Bolívar, residía en la UPZ 67 – Lucero, perteneciente al régimen contributivo, con nivel educativo media clásica y era soltero. En el análisis de las causas que provocaron el descenso se encontró como causa directa una septicemia secundaria a un linfoma tipo B, en los antecedentes patológicos se encontró infección por virus de inmunodeficiencia humana.

En los registros de la base SISPI del año 2014 se identificó que el 1,4% (11 personas) de la población étnica indígena se encontraba en condición de discapacidad, estas personas pertenecen a los cabildo de: Ambika Pijao, Inga, Nasa y wounaan. Se observa que la mayoría de personas en condición identificadas pertenecen a la población Ambika Pijao (5). Con relación al tipo de discapacidad identificada se



encuentro que el 45,5% presentaban una discapacidad mental, en un 18,2% se encontraron las demás discapacidades identificadas física, sensorial y ambas (física sensorial).

Con relación a la población afrodescendiente de la localidad Ciudad Bolívar para el año 2014 (281 personas identificadas por base de aseguramiento), esta población presenta características de una población migrante; dato que se asemeja con la información del documento rastros y rostros⁴⁷.

En la distribución por quinquenios para el año 2014 de la población afrodescendiente, las mayores proporciones se ubican en los grupos de 15 a 19 años (11%), 10 a 14 años (10%) y 40 a 44 años con 9,6%. Con respecto al comportamiento por ciclo vital se identificó que el 41,3% son adultos, 17,8% jóvenes, 11% adolescentes de 15 a 19 años, 10% adolescentes de 10 a 14 años, 10,7% son población infantil de 0 a 9 años y 9,3% adultos mayores. Por lo anterior se puede inferir que el 49,5% la población afrodescendiente identificada a través de las bases de aseguramiento para 2014 se encuentra en los ciclos vitales de infancia, adolescencia y juventud.

Con respecto a la población de mujeres étnicas afrodescendientes en edad fértil, durante el año 2014 según bases de aseguramiento se identificaron 99 mujeres, de las cuales el 61,5% se encontraban en edad fértil. En la razón de niños – mujer para el año 2014 se puede decir que por cada 1000 mujeres étnicas afrodescendientes en edad fértil (15 a 49 años) se encontraron 6 niños menores de 5 años.

Con respecto al Índice de infancia, se puede decir que en el año 2014 el 21% del total de la población étnica afrodescendiente de la localidad según bases de aseguramiento son personas de 0 a 14 años de edad. La estimación del Índice de juventud para el año 2014 indica que el 29% del total de la población étnica afrodescendiente de la localidad, según bases de aseguramiento son personas de 15 a 29 años de edad. En cuanto al Índice de vejez: el 6% de la población étnica afrodescendiente de la localidad para el año 2014 son personas de 65 y más años.

El índice de envejecimiento para el año 2014, demuestra que por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años pertenecientes a la población étnica afrodescendiente de la localidad, habitan 29 adultos mayores de 65 años. La estimación del Índice

⁴⁷ Secretaría Distrital de Planeación. Alcaldía Mayor de Bogotá. Rostros y Rastros, Afrodescendientes e indígenas en Bogotá: Voces y relato de su discriminación. Año 2 n° 7 trimestre julio–septiembre de 2014. [Sitio en internet]. Disponible en http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPolíticas/Políticas%20Poblacionales/pueblosIndigenas/Publicaciones/Voces_y_Relato_Afro_e_indigenas.pdf Consultado: 28 de octubre de 2015. p. 14

demográfico de dependencia indica que en la población étnica afrodescendiente de la localidad, por cada 100 personas en edad de trabajar hay 36,1 personas dependientes en edades inactivas. Con relación al Índice de dependencia infantil, se puede decir que de cada 100 personas étnicas afrodescendientes de la localidad, el 28,16 tienen una edad comprendida entre los 0 y 14. El índice de dependencia de mayores de edad, de las poblaciones étnicas afrodescendientes de la localidad, indica que por cada 100 personas potencialmente activas (población de 15 a 64 años), 8,2 personas no son población potencialmente activas.

Con respecto a la población Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales LGBTI, para el año 2014, a través del Programa Territorios Saludables se identificó un total de 72 personas pertenecientes a la comunidad LGBTI, el 35% (n=25) Intersexual, el segundo lugar esta población bisexual con un 33% (n= 24), en tercer un lugar gay con 19% (n=14). Con relación a la ubicación en la localidad de Ciudad Bolívar, esta población se concentra en los territorios saludables de Tesoro, Lucero Bajo, Jerusalén, Coruña, Paraíso y Lucero Vista Hermosa. Es muy importante aclarar que esta comunidad es resistente frente a dar su ubicación debido a que en la localidad existe más población; la cual no se ha logrado georreferenciar en los territorios debido al estigma social, donde manifiestan sienten “temor” por su vida, razón por la cual en muchos casos existe subregistro de información.

Con relación a los datos aportados por la vigilancia en salud pública, para el año 2014 se tiene Enero Diciembre 2014, respecto de la población LGBTI a través de los subsistemas de Vigilancia en Salud Pública se captó un total de 45191 que corresponde al 100%, con relación a la población LGBTI, en este periodo se identificó un 0.027% n = (12), los subsistemas que aportaron a la identificación de esta población son los que están relacionado con la salud mental, SISVECOS aportó con un 0,01% n = (7), seguido por SIVELCE con un 0,006% n = (3) eventos y SIVIM con un 0,004% n = (2) eventos.

Problemáticas identificadas en salud, identificadas corresponde a, sub registro de información en las bases de datos y sistemas de información, falta de identificación de Infecciones de Transmisión sexual, estigma social y la vulneración de derechos de los cuales son sujetos, barreras de acceso a los Servicios de Salud en el Plan Obligatorio de salud y por ultimo violencia sexual y la Transfería.

Ahora bien con relación a la población en condición de discapacidad⁴⁸, para el periodo 2004 a 2014, se tiene un total de (n=14880) registros de los cuales el 15% (n=2291), fallecieron durante el mismo periodo de tiempo, es decir que registrados son 12.589 personas. Con relación a las etapas de ciclo el 6.03% (n=12589) corresponde a infancia, (n=12589) el 3.74% de adolescencia, (n=12589) el 11.19% pertenecen al ciclo vital de juventud, (n=12589) el 40% pertenecen al ciclo vital de adultez, (n=12589) el 39% pertenecen al ciclo vital de vejez.

Con relación al origen de discapacidad tanto en las mujeres como en los hombres se registra que la mayor discapacidad es consecuencia de enfermedad general, para mujeres con el 32,7% (n=2121) y los hombres con el 25,2% (n=1537); 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 afectando en mayor proporción a hombres 17.9% (n=1090) y mujeres 10.4% (n=677).

Las cinco alteraciones permanentes que más afectan en la localidad Ciudad Bolívar son movimiento, sistema nervioso, ojos, sistema cardiorrespiratorio y voz y habla en su orden. Evidenciando tanto la mujer como el hombre reportan que su alteración permanente es el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas y los hombres con un 22%, en segundo lugar el sistema nervioso las mujeres con el 18% y el 21% los hombres. Los ojos las mujeres reportan el 18% y los hombres el 16%. Esta tabla se trabaja con el total de la población de hombres (n=15273) y mujeres (n=17454) de los alteraciones se presenta alguna alteración.

Respecto del análisis morbilidad⁴⁹, para el años 2014, se observa identifico un total de 339, personas, en donde las mujeres tienen una proporción del 55% (n=186) y los hombres es del 45% (n=153). La etapa de ciclo de vida que más consulto fue adultez con el 45% (n= 153) seguido de vejez con el 35% (n=118), infancia con el 9% (n=30), juventud con 7%(n=23) y adolescencia con el 4.42% (n=15). Al realizar el análisis por tipo de atención, las personas realizan mayor porcentaje de consulta por consulta externa con el 87.6% (n=297), urgencias con 9.1% (n=31) y hospitalización con el 3.2% (n=11)

⁴⁸ Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2014; Ministerio de Salud Y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud (datos preliminares), RIPS 2014 Hospital Vista Hermosa.

⁴⁹ Se realizó a través del cruce del Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) periodo 2014 Hospital Vista Hermosa con el Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad Ministerio de salud y protección social y Aplicativo de registro para la localización y caracterización de la persona con Discapacidad, Secretaria distrital de salud; 2004-2014.

Dentro de los tres primeros motivos de consulta por el servicio de consulta externa, en primer lugar la Hipertensión Esencial (Primaria) con el 19%, es importante considerar la presente información dentro del programa existente en el hospital, para el control de los pacientes diagnosticados con esta patología crónica, puesto que ha sido el primer motivo de consulta. Para este diagnóstico (Hipertensión arterial primaria), en la etapa de ciclo de vida Adultez (27-59 años), las mujeres son las que presentan el mayor porcentaje de consulta con el 72.72%. El segundo lugar Epilepsia, tipo no especificado con el 7.4%, tercer lugar lumbago no especificado 3%.

Por otra parte de se identifica que existen barreras en los Servicios de Salud relacionadas con la falta de diagnóstico precoz y oportuno, llevando al deterioro a nivel corporal y funcional que generan limitación en las actividades y restricción en la participación para el goce pleno y efectivo de sus derechos fundamentales en salud. A si mismo se registra barreras de acceso relacionado con la no oportunidad y pertinencia en la asignación de citas; barreras actitudinales por parte del personal de salud que limitan la transformación de imaginarios. Y por último también se presentan barreras arquitectónicas en los Centros de Atención, los cuales no cuentan con rampas, para el acceso (Silla de ruedas).

Con relación Identificación de la hipoacusia, desde el Hospital Vista Hermosa se cuenta con, el sistema de vigilancia en discapacidad, el cual registra alteraciones de alguno de los sistemas, en el año 2014, se logró identificar 376, personas con alteraciones relacionadas con el oído. En donde el 45% (n=169), corresponde a vejez, el 28% (n=104) adultez, el 13% (n=50), el 9.3% (n=35), y en último lugar esta Adolescencia con un 4.8%. Sin embargo, importante es de aclarar que respecto de la identificación de la Hipoacusia, el alcance desde el Hospital, se llega hasta la caracterización de la población que refiere tener algún tipo de discapacidad.

Por otra parte respecto de la identificación de los defectos refractivos en niños entre 2 - 8 años, el Hospital Vista Hermosa se cuenta con, el sistema de vigilancia en discapacidad, el cual registra alteraciones de alguno de los sistemas, en el año 2014, se logró identificar 49 personas con alteraciones visuales . Sin embargo, importante es de aclarar que respecto de la identificación de los defectos refractivos, el alcance desde el Hospital, se llega hasta la caracterización de la población que refiere tener algún tipo de discapacidad a través del banco de ayudas técnicas, valoro y evaluó un total de 62 personas en la etapa de infancia, a los cuales se les asigno el KID de ayuda visual. Por



otra parte a través del banco de ayudas técnicas⁵⁰, valoro y evaluó un total de 62 personas en la etapa de infancia, a los cuales se les asignó el KID de ayuda visual.

Por otra parte respecto de la población víctima del conflicto armado⁵¹, según la alta Consejería para las Víctimas, en Ciudad Bolívar a corte de agosto año 2014, en la localidad de Ciudad Bolívar residen 34.589 personas Víctimas del Conflicto Armado, conformando un total de 13.922 familias, distribuidas en las UPZ's de la localidad, en mayor concentración la UPZ 67 Lucero, con 4.180 familias, seguida por Perdomo 3.392, San Francisco 2.180 y Tesoro con 1.683 familias, donde el hecho victimizante predominante es el desplazamiento forzado.

Ahora bien, con relación a los datos aportados por el programa de territorios saludables, para el año 2014 se identificó un total de 7.476 personas, con la condición de Víctimas del Conflicto Armado; en donde el 60% (n=4.454) Mujeres y el 40% (n= 3.013) Hombres, de acuerdo a la cobertura poblacional por etapa de Ciclo Vital la mayor participación en Infancia con un 33% (n=2.458), seguido de Adulthood con un 27% (n=1.979); Juventud 15% (n=1.105).

Con relación a las problemáticas en salud se observa que existen demoras en las respuestas de valoración para la inclusión en el Registro Único víctimas (RUV); incidiendo en la prestación del servicio de salud por parte de las EPS e IPS, específicamente en los traslados y /o autorizaciones, la asignación de citas. Por otra parte a nivel social se observan limitaciones a nivel de acceso a programas de vivienda, tierras para retornos, reubicaciones y ayudas humanitarias.

Es de resaltar que no se ha logrado intervenir al 100% de la población víctimas debido a que al interior de esta población, existe temor frente a reconocerse como víctima, esto está posiblemente relacionado con secuelas y victimización, una de las razones por las cuales existe sub-registro de la información.

⁵⁰ Proyecto 820. Promoción y prevención en salud a la población vulnerable componente: "atención en salud y programas de ayudas técnicas no incluidas en el POS para personas en condición de discapacidad física y cognitiva de la localidad 19 de ciudad bolívar". Vigencia 2.014. Base de datos de banco de ayudas técnicas convenio CIA 161 año 2014

⁵¹Hospital Vista Hermosa I Nivel ESE. informe final ASIS diferencial situación de salud de población de diferencial y de Inclusión la localidad Ciudad Bolívar enero 29 de 2016. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPolíticas/Políticas%20Poblacionales/pueblosIndigenas/Publicaciones/Voces_y_Relato_Afro_e_indigenas.pdf Consultado: 28 de octubre de 2015. p. 14.



Con relación a la población habitante de calle- descripción el programa Territorios Saludables, se identificaron 211 personas quienes de acuerdo al sexo el 59% (n=125) son mujeres y el 41% (n=86) hombres. Con relación a la etapa de ciclo vital se observa el mayor comportamiento en Adultez con 36% (n=77); seguido de Juventud y primera infancia con un 21%(n=45); al comparar este dato con el Género permite evidenciar que la mujer es más exequible a brindar información y permitir que los equipos de Salud tengan contacto con el núcleo familiar que los integran.

Las problemáticas en salud identificadas son: consumo de sustancias psicoactivas, violencia, abandono, desintegración del núcleo familiar y en algunos casos abuso sexual. Barreras de acceso relacionado con el aseguramiento reflejado en el proceso de solicitud de la certificación de población especial donde esta población en ocasiones evita realizar este trámite.

Por último, con relación a la poblaciones carreteros/recicladores a través del programa de territorios saludables, en el año 2014 se identificaron 284 personas; el sexo que predomina son las mujeres con 51% (n=145), seguido de los hombres con el 49% (n=139). De acuerdo a la etapa de ciclo vital el mayor proporción de corresponde a la etapa de Adultez con 43% (n=123), seguido por juventud en un 16% (n=46) es importante resaltar que estas etapas son caracterizadas en las edades del rol productivo de las familias; por tal razón las acciones de inclusión social se han orientado a ellos y su núcleo familiar.

Las problemáticas en salud identificadas son: condiciones de trabajo, y la insuficiente calidad de vida de la población se materializan en una estructura corporal limitada, con un promedio de estatura bajo, presencia de desnutrición crónica en menores y un Índice de Masa Corporal con tendencia al sobrepeso especialmente en mujeres como consecuencia de consumos alimentarios inapropiados.

Análisis de las tensiones de Poblaciones Vulnerables

Los factores reforzadores que contribuyen a agravar las problemáticas de en salud de las poblaciones vulnerables son: en cuanto la dimensión Población; situaciones de marginalidad social, hacinamiento, exclusión y pobreza que afecta la satisfacción de necesidades básicas, y la calidad de vida de la población local. Estas situaciones sumadas a los procesos de inequidad social e histórica, afectan el proceso de salud enfermedad y el acceso a servicios de salud en los diferentes niveles de complejidad.

Con relación a la dimensión ambiente se evidencia problemas relacionados con riesgos el tránsito y el desplazamiento forzado de sus lugares de origen, y asentamiento en las zonas periféricas de la Ciudad y de la localidad de Ciudad Bolívar, el asentamiento de

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Linea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



esta población se ubica en lugares, en riesgo de remoción en masa e inundación, falta de acceso a servicios básicos domiciliarios, lo cual afecta las condiciones ambientales y estos a su vez repercuten en el stress cotidiano de las personas afectando la convivencia social y familiar. (e)

En cuanto a los factores reforzadores de la dimensión social, se evidencia la prevalencia de la violencia social y política (contexto del conflicto armado) en las diferentes escalas como lo son la nacional, distrital y local, que legitiman el uso de la fuerza y el abuso del poder como mecanismo para la resolución de conflictos, afectando las diferentes escalas como lo son la personal, familiar, y comunitaria, esta debilita los vínculos familiares, y sociales acrecentando los problemas en salud mental y social. (i)

En el análisis de los factores liberadores que dan respuesta a esta tensión, se cuenta, diversas políticas para las poblaciones diferenciales, (población étnica, LGBTI, población víctimas del conflicto armado), a su vez desde el Hospital Vista Hermosa, a través de los equipos del programa territorios saludables, se realiza orientación y seguimiento a las intervenciones de la población vulnerable, de manera articulada con otros sectores, como la secretaria distrital de integración social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Personería, entre otras instituciones que intervienen de manera directa para contribuir a mejorar las condiciones de calidad de vida y salud (i).

Dimensión Transversal de Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria

En el periodo comprendido entre enero- diciembre de 2014 el Hospital efectuó el proceso de seguimiento a la operación del Relleno Sanitario Doña Juana RSDJ y a los posibles impactos generados en el área de influencia; las acciones desarrolladas permitieron determinar lo siguiente:

El relleno sanitario Doña Juana se encuentra ubicado en la Avenida Boyacá Km.5 Vía al Llano. Es operado por un consorcio Colombo-Brasilero, el cual se denomina Centro de Gerenciamiento de Residuos Doña Juana Centro de Gerenciamiento de Residuos CGR S.A. ESP.; este operador realiza las acciones de disposición de los residuos, manejo de la celda de residuos peligrosos (residuos hospitalarios), monitoreo permanente de las zonas clausuradas, transporte, tratamiento y vertimiento de los lixiviados tratados al río Tunjuelo. A su vez el operador es el responsable de desarrollar las acciones establecidas en el plan de manejo ambiental y de dar cumplimiento a lo exigido en la Licencia Ambiental por parte de la autoridad ambiental que para el caso es la Corporación Autónoma Regional de Cundinamarca CAR; además es el responsable de desarrollar los planes, programas y proyectos con sus respectivas estrategias y acciones requeridas para el control de los vectores plaga y de acción social en el área de influencia del RSDJ.

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info: Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



También se sabe que el número de trabajadores directos con los que cuenta el operador del relleno es de 196, estos están afiliados a la seguridad social (EPS, pensión y ARL); de estos 36 trabajadores son administrativos y 160 trabajadores operativos; laboran en 2 turnos por día y 7 días a la semana. La planta de lixiviados para su operación normal necesita de 22 trabajadores y de acuerdo con los requerimientos de obra se contratan servicios a otras empresas.

En el periodo y de acuerdo con los reportes dados por CGR Doña Juana se dispuso en el relleno sanitario un promedio de 6.115 Ton/día.

Frente al tema de lixiviados se tiene la planta de tratamiento de lixiviados, pondajes de almacenamiento, red de conducción y depósitos de almacenamiento de lodos provenientes del lixiviado.

En el canal contiguo al pondaje 7, el cual recoge los lixiviados provenientes de la zona actual de disposición de residuos de zona VIII y VII, se observó en diferentes visitas lixiviado represado además de sólidos suspendidos y lodos retenidos a lo largo de éste, por lo que se requirió efectuar el mantenimiento preventivo al canal y evitar la presencia de lixiviado en el mismo.

El componente de Vigilancia Sanitaria tiene por objetivo general de promover el derecho a la salud y a un ambiente sano mediante el fomento de acciones de promoción y prevención que propendan por la calidad de vida de la población, del fortalecimiento de la participación social, de la intersectorialidad, y de un sistema eficiente de vigilancia y control.

Estas acciones se adelantan en seis líneas de acción (calidad de aire ruido y Radiaciones Electro-Magnéticas, proyecto relleno sanitario, proyecto acueductos comunitarios, proyecto mercurio y plomo, proyecto Plan Integral de Saneamiento Ambiental, Caracterización de sustancias químicas empleadas en el distrito capital en el sector industrial) y cinco proyectos de vigilancia intensificada (alimentos sanos y seguros, calidad de agua y saneamiento básico, seguridad química, medicamentos seguros, eventos transmisibles de origen zoonótico).

Respecto a los cinco proyectos de vigilancia sus acciones son las siguientes:

Alimentos sanos y seguros: Para el periodo de Enero – Diciembre de 2014, han realizado 300 capacitaciones mediante los cursos de manipulación de alimentos ofrecidos por la Empresa Social del Estado abarcando principalmente la población de la

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



localidad, dirigidas principalmente a madres comunitarias y población del ámbito laboral. Así mismo se continuo los operativos de alimentos generando así un mayor control sobre los alimentos y bebidas; durante el periodo se han realizado 36 operativos; incluyendo los de temporada de semana santa, Halloween y Navidad, programados desde la Secretaria De Salud.

Calidad de agua y saneamiento básico: se realizaron 461 capacitaciones en manejo de aguas y residuos sólidos, donde se ha sensibilizado en el programa a Basura Cero y plan de saneamiento en cuanto a los programas que lo integran, control de vectores y plagas con estudiantes de instituciones educativas distritales, privadas, con docentes de hogares de bienestar, madres comunitarias en la que se ha sensibilizado en manejo y cuidado del agua.

Medicamentos seguros: Capacitación a Droguistas con la participación de 25 personas con temática en manejo de medicamentos seguros basados en la Resolución 1403 de 2007 y dos capacitaciones a técnicos ambientales y equipos territoriales Ambientales sobre la prevención por intoxicación de medicamentos en el hogar y la disposición adecuada de sus residuos, con la participación de 40 personas; en total se capacitaron 65 personas.

Eventos transmisibles de origen zoonótico: Adicionalmente en la línea de eventos trasmisibles de origen zoonótico logró la inmunización de 41.263 ejemplares, de los cuales fueron vacunados 29.877 caninos y 11.386 felinos en el periodo de Enero – Diciembre de 2014 y se dictaron 108 talleres con un total de 1603 personas beneficiadas de estos procesos de capacitación en tenencia adecuada de animales de compañía y bienestar animal. También se cerraron 693 notificaciones de agresiones por animal potencialmente transmisor de la Rabia; de los cuales 264 casos se cerraron con 3 visitas; 169 casos se cerraron con 2 visitas; 193 casos con una visita y 67 visitas fallidas.

En cuanto a las acciones realizadas en las líneas de acción:

Calidad de aire, ruido y Radiación ElectroMacnetica:

Igualmente se logró intervenir a 1309 personas para la vigilancia de factores de riesgo ambientales entre las que se encuentran población vulnerable: menores de cinco años y adultos mayores de 60 años, con la participación de 13 instituciones locales.

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Línea 195



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS



- Se atendieron 21 quejas por demanda de la comunidad en diferentes temas relacionados con la línea como: contaminación de aire intramural y extra mural, niveles de inmisión de ruido y olores.
- Se lograron direccionar 78 establecimientos que no dieron cumplimiento a lo establecido en la ley 1335 de 2009, por espacios libres de humo de tabaco.
- Se realizaron 42 operativos locales interinstitucionales en las cuales se realizó vigilancia a establecimientos de comercio sobre el cumplimiento de la ley 1335 de 2009.
- Se logró canalizar a 113 personas a diferentes servicios de salud para su oportuna atención.

Proyecto Relleno Sanitario Doña Juana:

- Se resaltan los avances observados en la red de conducción de lixiviados, mejoramiento en el proceso e implementación del esquema de señalización, encerramiento de seguridad en los pondajes de SBR y STL así como mejoramiento en las vías de acceso de la misma área.
- Ampliar la cobertura en las intervenciones de: ordenamiento integral de fincas como de sensibilización en establecimientos de comercio de la zona de influencia del Relleno Sanitario Doña Juana.

Proyecto acueductos comunitarios:

- Los 10 Sistemas de Abastecimiento de agua apta para consumo humano a los que se les hace Seguimiento desde el Hospital Vista Hermosa E.S.E, se encuentran ubicados en la Zona Rural de la Localidad de Ciudad Bolívar.

Proyecto mercurio y plomo:

- Obtención de información relacionada con mercurio y plomo de la SDA con el fin de avanzar en el diseño del sistema de vigilancia.
- Avance en la construcción del documento marco del Diseño del Sistema de Vigilancia para la identificación del impacto en salud asociado a la exposición crónica a bajas dosis de mercurio y otros metales pesados.

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Línea 195



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

- Presentación de los resultados del estudio de mercurio y plomo en las jornadas epidemiológicas de la Secretaría Distrital de Salud, en la conferencia Internacional de Salud Ambiental y Ocupacional organizada por la Universidad Nacional y en el II Congreso Internacional de Epidemiología organizado por la Universidad de Antioquia.

Proyecto Plan Integral Saneamiento Ambiental-PISA:

- Unificación y estandarización de formatos, presentaciones y talleres a nivel Distrital.

Asistencia al evento de convocatoria en un 55.26% del total de invitados, lo que permitió una selección y consolidación pronta del grupo de empresarios PISA 2014.

- Buena disposición por parte de los empresarios para participar en el proyecto PISA. Fortalecimiento del proyecto con la participación de los referentes de la línea de seguridad química de las localidades asignadas.
- Acompañamiento y testimonio de empresa PISA caso exitoso del año 2013, como invitada especial y de motivación para los empresarios participantes en la convocatoria.
- Aprobación y firma de compromiso empresarial en el 100% de las empresas visitadas

Caracterización de sustancias químicas empleadas en el distrito capital en el sector industrial y de servicios y sus posibles efectos en la salud de los trabajadores:

- Se elaboraron las fichas de riesgo ocupacional para las 90 sustancias químicas y para los 30 sectores económicos prioritarios, las cuales incluyen aspectos relevantes en salud ocupacional.
- Se publicaron dichas fichas en una plataforma de consulta pública, con el fin de poder ser consultadas por el público en general.
- Se realizó el documento o informe final que sintetiza la metodología, los resultados y los hallazgos encontrados durante la realización de la primera etapa del proyecto de investigación.
- Se presentaron los resultados de la primera etapa del proyecto de investigación ante entidades y organismos particulares relacionados con el manejo de la información de riesgo químico en Bogotá.



- Se inició la determinación de la población objetivo para el desarrollo de la segunda fase del proyecto identificando los agentes cancerígenos de referencia y los sectores económicos en donde se emplean.
- Se realizó una descripción de los procesos en donde se emplean los agentes cancerígenos de referencia, forma de uso y compuestos empleados que los contienen.
- Se adelantó el trabajo interinstitucional con el Instituto Nacional de Cancerología y ARL Positiva para el desarrollo de la segunda fase del proyecto.

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Linea 195



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

Capítulo 3. Identificación de tensiones en salud presentes en la localidad Ciudad Bolívar

A continuación se presentan las tensiones en salud presentes en la localidad frente a las problemáticas identificadas en la localidad.

Dimensión Salud Ambiental

Riesgo biológico asociado a la presencia de vectores y tenencia de animales (Hábitat saludable)

La localidad de Ciudad Bolívar para el año 2014⁵², presento un reporte de 929 casos, en dónde la mayoría de los casos (310) fueron reportados en la UPZ 67 correspondiente a Lucero, más específicamente en Lucero bajo, seguido de las UPZ de Jerusalem (176 casos), San francisco (168 casos) y Tesoro (114 casos). De igual manera, se observa que la población mayoritariamente afectada son los menores de 15 años, en donde se encuentra que en el quinquenio de 5 a 9 años se presentaron 191 casos y en el quinquenio de 10 a 14 años fueron 166 casos. La mayoría de las agresiones fueron por perros (849) y el tipo de agresión más común fue la mordedura (848). La tendencia de estas agresiones fue relativamente constante, el mes con mayor número de agresiones fue mayo con 91 casos, el menor número fue agosto donde se presentaron 58 casos, el promedio de casos presentados por mes fue de 78.

La población involucrada y que podría ser afectada por estas problemáticas, es toda la comunidad de Ciudad Bolívar en general, tanto en área urbana como en área rural, ya que son problemas generalizados que requieren de acciones masivas que sean adoptadas y apropiadas de manera general por los habitantes de la localidad. Estas problemáticas y factores de riesgo han existido en la localidad desde su inicio, pues históricamente el crecimiento de la localidad ha estado dado por poblaciones de invasión, llevando a un crecimiento poco planeado, el cual se ha aumentado debido a la situación de violencia del país, que ha desencadenado una problemática de desplazamiento forzado. Además se observa un choque cultural que dificulta el desarrollo de acciones con la comunidad; así mismo, frente a las acciones de control vectorial, debe tenerse en cuenta la presencia del relleno sanitario Doña Juana, el cual aumenta la problemática de olores y presencia de basura, que lleva a un crecimiento en la presencia de los roedores plaga.

⁵² Base datos SIVIGILA. Localidad Ciudad Bolívar. 2014.



Los factores reforzadores que contribuyen a agravar esta situación son: falta de conciencia en la tenencia adecuada de animales de compañía lo que genera abandono de las mismas, insumos insuficientes para responder a la alta demanda de control vectorial, falta de capacidad operativa para la recolección de animales, proliferación de vectores en áreas verdes correspondientes a caños y quebradas por disposición de residuos, sub-registro de incidentes de animal mordedor e insuficientes jornadas de esterilización. (i)

En el análisis de los factores liberadores que dan respuesta a esta tensión en salud, se cuenta con la intervención realizada por el Hospital Vista Hermosa, desde la línea de enfermedades transmisibles de origen zoonótico (ETOZ), la cual actúa en la prevención de agresión por animal potencialmente transmisor del virus de la Rabia, mediante la vacunación masiva de perros y gatos en las diferentes UPZ de la localidad, además de realizar el seguimiento de los animales agresores cuando este evento es reportado al área de epidemiología por las UPGD de la localidad. (i)

De igual forma se desarrollan actividades de control vectorial (roedores plaga y mosquitos) mediante acciones de fumigación en respuesta a solicitudes de la comunidad. La importancia de este control está dado en que estos vectores son posibles reservorios y transmisores de enfermedades como la leptospirosis, toxoplasmosis, cisticercosis, entre otras parasitosis que pueden transmitirse al ser humano, debido a la contaminación de los alimentos por contacto de estos con los animales anteriormente mencionados, y su posterior consumo sin realizar antes un buen proceso de desinfección. También se realizan visitas por casos de tenencia inadecuada de mascotas reportados por la comunidad, así como además visitas de Inspección Vigilancia y Control (IVC) a establecimientos veterinarios y afines.

Dimensión Vida Saludable y condiciones no transmisibles

El desarrollo de aptitudes para un mejor control sobre la salud y el medio ambiente (modos condiciones y estilos de vida saludables)

Teniendo como fuente la base de canalizaciones del Hospital Vista Hermosa, se revisó una muestra de 15.189 canalizaciones realizadas a los servicios del plan obligatorio de salud (POS) y Sistemas de Vigilancia en salud pública, correspondientes al ciclo vital de adultez, donde se identifica que el 35% (n=5.639) son canalizados a medicina general; el 33% (n=5.083) fueron canalizados a detección de cáncer de cuello uterino (CCU) y el 10% (n=1.547) a prevención en Salud Bucal, 8% alteraciones del adulto mayor de 45 años, 7% detección de cáncer de seno, 3% planificación familiar, 1% alteraciones de la agudeza visual y 1% a medicina especializada.

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Uno de los factores reforzadores que contribuye a agravar esta situación consiste en la falta de cumplimiento en la detección temprana de enfermedades crónicas no transmisibles, el cual tiene como objeto identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitar el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte⁵³. Ahora bien para el ciclo vital de adultez, el cual comienza desde los 30 hasta 59 años, las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud están implementando los programas para personas con edades de 45 años en adelante y por quinquenios. (i)

En el análisis de los factores liberadores que dan respuesta a esta tensión en salud, se cuenta con la intervención realizada por el Hospital Vista Hermosa, desde los equipos del programa territorios saludables, se han canalizado en el ciclo vital de adultez 23.228 personas, de los cuales el 55% (n=12.696) corresponde a la etapa de adultez joven y 45% (n=10.532) corresponde a la etapa de adultez madura, evidenciándose que es importante implementar programas para el ciclo vital adulto joven principalmente, sin olvidar el adulto maduro. Lo anterior debido a que se evidencia 12.696 personas que no están siendo atendidas en prevención específica y detección temprana de enfermedades, lo cual conlleva a generar sobre costos en la salud, al no realizar programas de prevención y promoción. (i)

Dimensión Vida Saludable libre de Enfermedades Transmisibles

Reducir la carga de enfermedades como tuberculosis, infección respiratoria aguda y la enfermedad de Hansen (enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas)

A partir del análisis de enfermedades transmisibles que se manejan desde el proyecto de desarrollo de autonomía (PDA), la tuberculosis (TB) se ha priorizado como principal problema que afecta la población de Ciudad Bolívar, es una patología de interés de salud pública debido a su forma de transmisión que es aérea.

Por lugar de residencia se presentaron 79 casos de tuberculosis (TB), de los cuales 73,4%(58 casos) fueron diagnosticados por IPS de fuera de la localidad y el 26,4% (21 casos) diagnosticados por IPS de la localidad.

Con relación a los indicadores de captación: el porcentaje de captación de Sintomáticos Respiratorios de las IPS de la localidad de Ciudad Bolívar fue de 70,1% (2878 de los 4106), La concentración de baciloscopia (BK) por sintomático respiratorio fue 2,8, lo cual es considerado como bueno. El porcentaje de positividad de la baciloscopia en los

⁵³ Ministerio de salud y protección social. Resolución 412 de 2000. Artículo 7.



sintomáticos respiratorios es muy bajo con 0,45%. El porcentaje de detección fue 11,7%; solo se detectaron 12 casos de 102 a detectar.

Respecto a los indicadores de seguimiento cohorte de casos nuevos con baciloscopia positiva y porcentaje de curación fue del 66,7%. El porcentaje de abandono fue del 25 y fallecieron el 8,3% de los casos. Se tiene una confección tuberculosis y VIH de 19% (15 casos).

La tuberculosis puede afectar a cualquier grupo de edad, raza, sexo; en la localidad Ciudad Bolívar los grupos más afectados fueron la población entre 23 a 59 años y la UPZ con mayor número de casos fue la UPZ 67 - Lucero.

Los factores reforzadores que contribuyen a agravar esta situación son: hacinamiento, condiciones desfavorables de vivienda en cuando a falta de luz y de ventilación natural, inadecuadas condiciones de higiene y desnutrición.

En el análisis de los factores liberadores que dan respuesta a esta tensión en salud, se identificó que desde el nivel distrital en respuesta a la problemática de tuberculosis se han dado directrices enmarcadas dentro del modelo de Atención Primaria en Salud, las cuales se encuentran plasmadas en el lineamiento del PDA para desarrollar diferentes acciones y estrategias que permiten fomentar el acceso a la atención integral y el fortalecimiento de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, las cuales se deben articularse con los diferentes actores de las IPS públicas privadas, equipos de respuesta inicial (ERI), equipos de respuesta complementaria (ERC), ámbitos laboral, familiar, institucional lo que posibilita la captación del sintomático respiratorio, diagnosticar en forma oportuna para evitar diagnóstico tardíos que pueden ser fatales, seguimiento y tratamiento eficaz de los casos por parte de prestadores y aseguradoras públicas y privadas donde la asesoría, asistencia técnica a las diferentes IPS son fundamentales, a fin de garantizar la calidad y oportunidad en la atención de este evento, sí como la sensibilización a la comunidad para fomentar el empoderamiento de esta al programa. (i)

Es importante fortalecer la captación de sintomáticos respiratorios, debido a que es a través de ellos que se encuentran los pacientes con tuberculosis pulmonar bacilifera que son los que están contagiando a la población. Además reforzar la capacitación al personal asistencial y a los equipos ERI y ERC de los territorios, sobre tuberculosis para poder mejorar los indicadores de detección y curación que se encuentran muy bajo de las metas del programa a nivel nacional y distrital. (i)

Incluir dentro del proceso de inducción que se hace al personal médico paramédico asistencial y de territorios el tema de enfermedades transmisibles desde el programa. Continuar haciendo sensibilización a los usuarios de los puntos de atención sobre la

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



patología, explicándoles la importancia sobre la tos, la cual es el primer síntoma de la tuberculosis. Así como además fortalecer el empoderamiento de la comunidad y de los familiares de esta patología involucrándolos en la estrategia TAES – comunitario (tratamiento acortado estrictamente supervisado) (i)

Dimensión Convivencia Social y Salud Mental

Mitigar y superar el impacto de diferentes formas de violencia sobre la salud mental (prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y diferentes formas de violencia)

Análisis de las tensiones de salud mental

Los factores reforzadores que contribuyen a agravar las problemáticas de en salud mental son: en cuanto la dimensión Población; situaciones de marginalidad social, hacinamiento, exclusión y pobreza que afecta la satisfacción de necesidades básicas, y la calidad de vida de la población local. Estas situaciones sumadas a los procesos de inequidad social e histórica, afectan el proceso de salud enfermedad y el acceso a servicios de salud en los diferentes niveles de complejidad.

Con relación a la dimensión ambiente se evidencia riesgos por remoción en masa e inundación, falta de acceso a servicios básicos domiciliarios, problemas relacionado con el relleno sanitario Doña Juana y problemas relacionado con el parque minero industrial, lo cual afecta las condiciones ambientales y estos a su vez repercuten en el stress cotidiano de las personas afectando la convivencia social y familiar. (e)

En cuanto a los factores reforzadores de la dimensión social, se evidencia la prevalencia de la violencia social y política en las diferentes escalas como lo son la nacional, distrital y local, asociada a creencias, imaginarios propios de una sociedad patriarcal, con lógicas neoliberales, que legitiman el uso de la fuerza y el abuso del poder como mecanismo para la resolución de conflictos, afectando las diferentes escalas como lo son la personal, familiar, y comunitaria, esta debilita los vínculos familiares, y sociales. (i)

En el análisis de los factores liberadores que dan respuesta a esta tensión en salud mental, se cuenta con la intervenciones que se enmarcan en la política de salud mental, por ejemplo las intervenciones realizada por el Hospital Vista Hermosa, a través de los equipos del programa territorios saludables, específicamente con el sistema de vigilancia de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual SIVIM y el sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida y a nivel inter sectorial se cuenta con el comité local de víctimas, el consejo local de víctimas y la red de buen trato en donde se busca dar respuesta a las problemáticas locales relacionadas con la violencia en donde se articulan las acciones de la Secretaria de Integración social, Centro Zonal del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Hospital Vista Hermosa, Comisaria de

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info: Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



Familia y la Personería, entre otras instituciones que intervienen de manera directa para el restablecimiento de derechos de las víctimas de violencia. (i).

Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional

El acceso al grupo de alimento prioritario (disponibilidad y acceso a alimentos)

La Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional contribuye en superar la inseguridad alimentaria de la población, es decir, que todas las personas tengan en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos, inocuos y nutritivos, para satisfacer sus necesidades nutricionales y sus preferencias alimentarias a fin de llevar una vida activa y sana.

La población involucrada que podría ser afectada por estas problemáticas, es toda la comunidad de Ciudad Bolívar en general, ya que son problemas que afectan a cada uno de los habitantes de la localidad.

Los factores reforzadores que contribuyen a agravar esta situación son: el bajo poder adquisitivo de las familias para la compra y selección de alimentos de alto valor nutricional, sumado a que la mayoría de la población vive en arriendo y con un promedio alto de menores de cinco años, empeorando la situación al interior del núcleo familiar. (e)

Esto se puede ver reflejado a partir de las problemáticas de acceso, las cuales presentan mayor incidencia por los factores socioeconómicos de la población; en relación a la estratificación de la localidad se encontró que el estrato 1 predomina con un 59%, seguido del estrato 2 en un 36% y un 5% en el estrato 3. Según el Censo 2005 (DANE), el 6% de los hogares de Ciudad Bolívar refieren una actividad económica y el restante 94% no tienen ninguna actividad económica, El número de personas en pobreza según necesidades básicas insatisfechas fue del 16.2%, El 23,6% de las familias cuentan con 4 integrantes, el 20,9% con 3 y el 18,3% con 5 integrantes. Por otro lado, en relación a los ingresos de la población encontramos que el 43% reciben un salario mínimo legal vigente (SMLV) para los gastos en su hogar, el 27% entre 1 y 2 SMLV y un 14% menos de un SMLV.

Esta tensión se viene presentando desde hace más de 10 años, afectando principalmente al grupo poblacional de infancia puesto que dependen de los adultos para poder acceder a los alimentos

En el análisis de los factores liberadores que dan respuesta a esta tensión en salud se encuentra el programa de territorios saludables, con perfil de nutricionista, donde hay

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info: Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



intervenciones a familias de niños y niñas menores de 5 años, reforzando lactancia materna, alimentación complementaria y hábitos de alimentación saludable, también con intervenciones en colegios con festivales de nutrición que promueven alimentación saludable y valoraciones a niños y niñas con sobrepeso u obesidad. La secretaria de Integración Social en el ámbito familiar también realiza educación alimentaria y nutricional a los beneficiarios de los programas ofrecidos a la comunidad. (i)

En cuanto a la promoción de la lactancia materna se cuenta con la red de lactancia materna para la localidad de Ciudad Bolívar, cuyo objetivo es realizar articulación interinstitucional para fomentar la lactancia materna. También se realiza la jornada Distrital de Lactancia Materna con una participación de personas de la localidad Ciudad Bolívar, donde se realizó educación en cuanto a técnicas de extracción y conservación de la leche materna, educación en cuanto a los derechos en el ámbito laboral de las madres lactantes y ventajas de la lactancia materna para los menores, las madres y la familia. (i)

Por ultimo Como estrategias para mejorar la situación económica de la población se cuenta con la estrategia Bogotá Emprende, el cual es un Centro de Emprendimiento de la Alcaldía Mayor y la Cámara de Comercio de Bogotá que asesora y brinda soluciones prácticas, útiles, innovadoras y sin ningún costo, para que los emprendedores y empresarios de Bogotá puedan crear, crecer, consolidar e innovar en sus empresas. (e)

A través de la caracterización realizada para el Plan Maestro de Abastecimiento de Alimentos en Bogotá, realizada en la localidad Ciudad Bolívar durante el 2005, a los hogares encuestados pertenecientes de las UPZ Lucero y Tesoro se les indagó sobre el incremento en el consumo de algún alimento: el 17.91% de los hogares encuestados reportan al arroz seco como el producto de mayor incremento; por el contrario el 28.02% refieren disminución en el consumo de carnes. Dentro de las razones expuestas se encontró que un 47% de los hogares señaló el alto costo de los productos como el motivo que impide consumir este alimento.

Dimensión derechos sexuales y sexualidad

Garantizar la atención integral a las víctimas de violencia de género y sexual (promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género)

La violencia sexual en nuestra localidad se ha construido como un evento priorizado por el aumento de notificación de casos de sospecha de abuso sexual a través del tiempo. Para el año 2014 se identificó a través del Sistema de Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Violencia Sexual un total de 2759 eventos intervenidos, con una tasa de incidencia de violencia intrafamiliar de 408 por cada 100000 habitantes. Se estimó que la tasa para violencia hacia la mujer es de 568 por cada 100000 habitantes de la

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info: Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



localidad. Se ven involucrados todos los ciclos vitales sin discriminación alguna, bien sea por el contexto o situación.

En cuanto a los factores reforzadores de los eventos de violencia sexual y violencia de género se genera desde la dimensión de población, debido a los aspectos de vulnerabilidad social que tiene la localidad (Exclusión social, Desplazamiento, hacinamiento, víctimas de conflicto armado); es importante resaltar el papel que para este aspecto juegan los sectores justicia y protección, siendo salud un actor dentro de la ruta para las intervenciones. (i)

Con relación a la dimensión social se evidencia a nivel local factores Sociales como cultura, pobreza, hacinamiento, educación. (e) Así mismo desde la dimensión poblacional se observan factores personales como: sentido de vida, ocupación de tiempo libre, desconocimiento de rutas de atención y de derechos. (i)

En el análisis de los factores liberadores que dan respuesta a esta tensión en salud se encuentra el programa de territorios saludables, con acciones realizadas por un equipo psicosocial, el conocimiento por todos los colaboradores para la identificación de violencias y articulación de rutas, las acciones de SIVIM, la articulación con el sector Justicia y Protección, los Comités Locales de Violencias, la Red de Buen Trato y los consejos Distritales. (i)

Dimensión Salud Pública en emergencias y desastres

La reducción del riesgo de desastres actuales y futuros (gestión integral del riesgo en emergencias y desastres)

La Unidad Comando en Salud Pública (UCSP) participa activamente en la generación de espacios de información y conocimiento sobre el riesgo de desastres y la planificación, atención, seguimiento y evaluación a través del Consejo Local de Gestión del Riesgo y Cambio Climático (CLGR-CC) aproximadamente desde el año 2010 a la fecha. Para el 2014 la UCSP identifica los fenómenos de remoción en masa como los de más relevancia en la localidad debido a la topografía del terreno y los asentamientos de población en el territorio de forma desordenada, problemática que se ve agravada por la constante migración de población desplazada a zonas de alto riesgo no mitigable, afectando a todos los ciclos vitales.

El grupo poblacional afectado es la población desplazada, la cual sumada a la población de grupos urbanizadores ilegales, contribuye a que los reasentamientos presenten inconvenientes, ya que una vez cursado este procedimiento vuelven a aparecer nuevas familias en predios de familias ya reubicadas, lo cual conlleva a



retrasos en el proceso, ya que una vez hecho el desalojo no se ejerce vigilancia sobre los predios y se presentan nuevas ocupaciones.

Los factores reforzadores que contribuyen a agravar esta situación son: la explotación minera que ha dejado secuelas en la zona urbana, generando inestabilidad en las zonas intervenidas que posteriormente son utilizadas para asentamientos de la población o en otros casos para disposición de residuos sólidos con la lógica generación de problemas ambientales y afectación a la salud pública. (i) Así mismo los problemas mencionados anteriormente de la topografía del terreno y los asentamientos ilegales en el territorio. (e)

Por su naturaleza las urgencias (incluidos brotes) y emergencias en salud pública no son posibles de predecir ni los eventos presentados ni la magnitud de los mismos por lo que se hace necesario la creación en el año 2011, como respuesta a los factores liberadores de la tensión, a la Unidad Comando en Salud Pública – UCSP, en sus dos componentes: prevención y atención oportuna de las urgencias (brotes) y emergencias con impacto en la Salud Pública , enmarcados en los decreto, 332 de 2004 por el cual se organiza el régimen y el sistema para la prevención y atención de emergencias en Bogotá D.C. y 423 de 2006 , "Por el cual se adopta el Plan Distrital para la Prevención y Atención de Emergencias para Bogotá D.C.". Por otro lado dentro del Plan Nacional de Salud Pública (Decreto 3039 de 2007), en la Línea de política número 2. Prevención de los riesgos se define como competencia de los entes territoriales la “Formulación, desarrollo y evaluación de planes preventivos en lo relativo a la salud, frente a las emergencias y desastres en salud, en su jurisdicción” y dentro del Plan Territorial de salud en el punto 7.7 Eje de Urgencias, Emergencias y Desastres, en el Objetivo 4. Mitigar el impacto de las emergencias y desastres sobre la salud de la población, mediante la planeación, regulación, asistencia técnica y participación activa en el sistema de atención de urgencias y emergencias con impacto en salud pública, de manera articulada a nivel sectorial e intersectorial las metas son Implementación de las Unidades de Comando, en el 100% de todos los eventos de aglomeraciones complejas de público e Implementación del 100% de los compromisos de divulgación y capacitación del Reglamento Sanitario Internacional. (i)

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Dimensión Salud y Ámbito Laboral

Ciudad Bolívar es la cuarta localidad de Bogotá en población 603.000 habitantes; la tasa de ocupación es de 54,7% por debajo de la de Bogotá que es de 55,1%; una característica de la estructura de la población de la localidad es el porcentaje de participación de jóvenes con una presencia en la localidad del 53% que son menores de 25 años. Las mujeres representan una mayor presencia con un 52%. La población económicamente activa que reside en la localidad cursó hasta la secundaria con un 48,6 el 28,1 % tenía educación primaria y el 19,1% educación superior. La calidad de la educación, según los resultados de las pruebas realizadas por la Secretaria De Educación Distrital, muestran que ciudad bolívar presentó niveles inferiores al conjunto de Bogotá en básica primaria y secundaria. La clase socio-económica baja es del 53% de los predios y el 39,9% con estrato 2.

Con relación a la cobertura de la población ocupada en riesgo laboral, el desarrollo de las actividades económicas dentro de las UTI en la base de datos correspondiente al año 2014 del ámbito laboral se presentan unas condiciones de riesgos, los cuales son priorizados acorde al concepto técnico del talento humano puesto en el territorio, dentro de estos riesgos los más presentes son:

Condiciones locativas, condiciones de riesgo por carga física, condiciones mecánicas, condiciones físicas, condiciones por riesgo biológico, condiciones eléctricas, condiciones por riesgo químico, y por ultimo condiciones por riesgo psicosocial.

Los casos vigilados por el subsistema Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional de los eventos en salud relacionados con el trabajo y las exposiciones asociadas con la aparición de estos dentro de las unidades de trabajo informal han sido: la enfermedad laboral, la hipoacusia neurosensorial (sordera de origen laboral) y el accidente de trabajo.

Se capturaron 541 eventos sospechosos Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral (ATEL), de los cuales el 47.5% (257) corresponden a mujeres y el 52.4% (284) restante a hombres, el evento más notificado es la sospecha de enfermedad laboral.

Por otra parte respecto de la incidencia de accidentalidad en el trabajo, en la localidad de Ciudad Bolívar, los accidentes de trabajo que se abordaron fueron 185 eventos, la ocupación que se abordó con mayor frecuencia fueron aquellas actividades que se relacionan con la elaboración de alimentos (cocinero, pasteleros), seguido de los vendedores de puestos fijos (supermercados, tiendas, misceláneas), la distribución por sexo fue mayor en mujeres (59.5%) que en hombres (49,5%).

El tipo de lesión más frecuente para ambos sexos fueron las heridas con 58% (108) distribuidas en un 24.86% (46) para hombres y 33.51% (62) para mujeres, seguido de las quemaduras en un 27.01% (50) donde las mujeres representaron un 19.45% (36) y los hombres un 7,56% (14) lo cual se relaciona con el uso de herramientas cortopunzantes necesarias para la realización de su labor.

Ahora bien respecto de la incidencia de enfermedades relacionadas con el trabajo. Los casos notificados por posible enfermedad laboral fueron de 120 trabajadores, de los cuales 80 que corresponde al 66.6% fueron clasificados por el subsistema como probables, los casos presentados pueden asociarse a los tipos de ocupación que fueron abordados con mayor frecuencia donde el género femenino es por cultura el más predominante, cocineros con un 18% y peluqueros con un 17%.

Las probables patologías más frecuentes fueron la tenosinovitis de quervain con una frecuencia del 22% (18) donde las mujeres presentaron mayor afectación (17), lo cual se asocia al uso de herramientas, a la repetitividad y a la inadecuada higiene articular en la realización de las actividades ocupacionales.

La patología más frecuente para los hombres fueron las lesiones de hombro 23% y los dolores no especificados de articulación 19%, la mayor distribución de hombres se encuentra en el grupo de zapateros y cocineros, donde a diferencia de las mujeres son los que realizan actividades como horneros en asaderos, con una frecuencia cada una de 19%, estas ocupaciones exigen aparte de repetitividad, aplicación de fuerza dentro de rangos de no confort de las articulaciones lo que puede explicar el comportamiento de la morbilidad de los trabajadores abordados.

Los trabajadores de la localidad tienen características socioeconómicas particulares que favorecen la aparición de patologías, además, determinantes sociales como acceso geográfico, educación y cultura hacen a la población vulnerable al acceso de servicios públicos (ofertado por el Estado). Desde el área de fonoaudiología, se evaluaron 31 trabajadores distribuidos de la siguiente manera: el 54% son mujeres y el 46% son Hombres. Los resultados que se obtienen para la localidad, señalan que las ocupaciones que manifestaron presentar algún tipo de daño auditivo son las de Conductores de vehículos y operadores de equipos pesados móviles, Oficiales y operarios de la construcción y cocineros y afines con el 9% (3 trabajadores) cada uno, los operadores de máquinas, recolectores de material reciclable y operarios de la metalurgia y afines representan el 3%; las actividades clasificadas en otras representan el 25%, los de Sastres, modistos, costureros, sombreros y afines / Operarios de pieles cuero y calzado / Tejedores el 22% y aquellos que se ocupan como vendedores ambulantes, vendedores de puestos fijos, vendedores de puestos de mercado son el 29%.



El fomento de una cultura preventiva (Seguridad y salud en el trabajo)

La población más vulnerable en riesgo de seguridad y salud laboral intervenida por el Programa Territorios saludables en la Localidad de Ciudad Bolívar, se identifica en su mayoría como población Carretera y Recicladora y en menor medida como pequeños Bodegueros. Las necesidades de esta población de inclusión en los territorios son la baja oferta laboral, escasa formación para el trabajo y oportunidades para el emprendimiento empresarial, falta implementación en prácticas saludables y de autocuidado en su contexto laboral, manejo inadecuado en solución de conflictos que se presentan en diferentes ámbitos de vida cotidiana, basados en su clima laboral entre otros y la invasión del espacio público dada poca capacidad de las bodegas para almacenar la cantidad de material que llega por parte de recicladores.

La población involucrada y que podría ser afectada por estas problemáticas, es toda la comunidad de Ciudad Bolívar en general, ya que desafortunadamente existe la problemática del trabajo infantil, siendo un grupo poblacional muy vulnerable debido a las condiciones sociales de la localidad. Según la SDS la Población Recicladora, Carreteros y pequeños Bodegueros, en el año 2014 se identificaron 284 personas; el sexo que predomina son las mujeres con 51% (n=145), seguido de los hombres con el 49% (n=139). De acuerdo a la etapa de Ciclo Vital el mayor número de personas se encuentra en la Adulthood con 43% (n=123), seguido por juventud en un 16% (n=46) es importante resaltar que estas etapas son caracterizadas en las edades del rol productivo de las familias; por tal razón las acciones de inclusión social se han orientado a ellos y su núcleo familiar.

Los factores reforzadores que contribuyen a agravar esta situación son: generación de bajos ingresos, inestabilidad en el oficio, condiciones precarias de trabajo, escasa protección frente a los riesgos de la ocupación, ubicándolos dentro del oficio de la economía informal. (e) Por otro lado, se ha evidenciado un elevado consumo de sustancias psicoactivas y presencia de violencia intrafamiliar en esta población. (i)

En el análisis de los factores liberadores que dan respuesta a esta tensión en salud, se encuentra el cumplimiento con la política para la salud y calidad de vida de los y las trabajadoras de Bogotá. El seguimiento y control preventivo a las políticas públicas, y seguimiento a los programas. Cumplimiento a la normativa legal vigente, y finalmente la activación de los mecanismos de participación social. (i)



Dimensión gestión diferencial de poblaciones vulnerables

Lograr la construcción de políticas públicas sectoriales y transectoriales orientadas a alcanzar el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes. (Desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes)

Víctimas del conflicto armado

Ciudad Bolívar es la primera localidad receptora de población víctima del conflicto armado en el Distrito Capital, de acuerdo a datos suministrados por el área de participación de la Alta Consejería (ADVPR), las UPZs Lucero, Perdomo y San Francisco son las de mayor concentración, principalmente en los Barrios Paraíso, San Francisco, Caracolí, Sierra Morena y el Barrio Arborizadora Alta de la UPZ Arborizadora.

Según información suministrada por la Secretaría Distrital de Salud, entre el 2004 y el 30 de abril de 2015, se ha intervenido en la Localidad de Ciudad Bolívar a 34 731⁵⁴ personas con la condición de víctimas del conflicto, desde el Programa Territorios Saludables, siendo los hombres y mujeres en la etapa adulta quienes más se han beneficiado de las intervenciones (4446 Hombres y 6233 mujeres).

Los factores reforzadores que contribuyen a agravar esta situación son: Barreras en salud que generan exclusión e inequidad para el acceso efectivo, oportuno y continuo a servicios de salud desde la estructura en el SGSSS, los procesos y procedimientos y las limitaciones administrativas por vinculación al SGSSS en EPSS de municipios expulsores. Diversidad cultural que no es reconocida dentro de los esquemas tradicionales de atención en salud que generan segregación y discriminación lo cual impacta negativamente en procesos de adaptación a la vida urbana. Desconocimiento de derechos en salud para generar su inclusión y participación en las acciones de promoción y prevención en el nivel individual y familiar en temáticas de salud pública. Desconocimiento de derechos sociales, económicos, políticos y culturales que marcan diferencias en la creación de oportunidades de equidad y justicia social. (i)

En el análisis de los factores liberadores que dan respuesta a esta tensión en salud se encuentra el modelo de atención en salud, basado en la estrategia de atención primaria, el cual comprende la organización compleja de respuestas sociales en salud,

⁵⁴ Fuente: Cruce BD APS en línea, BDUA, Registro Único De Víctimas (RUV) Corte 30 de abril de 2015. Procesado por: SDS -SSSP. Equipo Gestión de la información de la operación local del programa territorios saludables 27 de mayo de 2015.



articuladas y coordinadas para responder efectivamente a las necesidades de la población, como estrategia de acercamiento territorial en salud ha permitido efectivamente que las personas víctimas de conflicto armado generen mayor acercamiento a los servicios de salud, sin barreras para su atención en el domicilio. Esta atención es realizada por profesionales de distintas disciplinas en salud, humanas, sociales y ambientales en el marco del actual modelo de atención en salud familiar y comunitaria de las víctimas en los territorios saludables. (i)

Durante el periodo de gobierno actual, se han identificado, caracterizado y valorado por APS un total de 109,644 personas víctimas del conflicto armado; esto se evidencia después de realizar el cruce entre el Registro Único de Víctimas (fuente oficial) y el sistema de información de la Base Única de Afiliados y APS en línea.

La población víctima beneficiada se distribuye por género en 58% mujeres (63,216) y 42% hombres (46,428); por pertenencia étnica, el 2% de la población representada en 1,954 es afrodescendiente, el 1% correspondiente a 1,529 indígenas y con mínima representación la población gitana con un 0,12% correspondiente a 127 personas. Finalmente, se resalta que el 97% de la población no refiere pertenencia étnica (106,034).

Etnias

En Ciudad Bolívar hay 75.440 personas pertenecientes a los diferentes grupos étnicos, dentro de los cuales el 92% son afrocolombianos, es decir 69.404 personas. Estos datos, si bien puede que no recojan de manera completa la magnitud del fenómeno, debido a la dificultad para aplicar instrumentos de medición a estas poblaciones, si permite poner en perspectiva la manera en la que están distribuidas las etnias al interior de la localidad, así como evidenciar la indudablemente mayoritaria presencia afro colombiana en relación a la densidad poblacional de otras etnias en Ciudad Bolívar.

Según sexo, el 53% es femenino, del cual el 77% pertenece al estrato uno y el 23% al estrato dos; del 47% masculino, el 69 % pertenece al estrato uno y el 31% al estrato dos, evidenciando un mejor nivel socioeconómico para la población masculina. Según distribución por edades el estudio definió 3 rangos de edad para esta etnia en particular; de 15 a 35 años, 61%; de 36 a 55 años, 23% y de 55 años en adelante, 17%. Se resalta el hecho de que la gran mayoría de la población es joven, lo cual se relaciona directamente con el fenómeno de los embarazos en adolescentes y la migración de mucha población joven a la ciudad, recordando que en esta etnia, el embarazo en la adolescencia es una de sus particularidades culturales.

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Línea 195



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

Según distribución por UPZ en la localidad, la UPZ 66, de San Francisco, alberga la mayor población Afro en Ciudad Bolívar con un 23.26%, seguida de la UPZ 69, Ismael Perdomo, con un 21%, luego la UPZ 68, El Tesoro con un 18% y por último la UPZ 65, Arborizadora, UPZ 67, El Lucero y UPZ 70, Jerusalén que coinciden con un 12%. Entre los afrodescendientes predominan trabajos no calificados, trabajos de tipo informal y el subempleo; en sus actividades se desempeñan como vendedores ambulantes, meseros o en el trabajo doméstico, en oficios varios, pulidor de pisos, ventas en almacén, como cuidadora de hogar, vigilante o guarda de seguridad, jardinero, agricultor, ventas de comidas típicas, como madre comunitaria, ayudante o maestro de construcción, artesanos, instructores de danza etc.

Los factores reforzadores que contribuyen a agravar esta situación son: Las condiciones de desplazamiento producto del conflicto armado y las precarias condiciones de vida de sus lugares de origen, generan el cambio de territorio, desarraigo y choque cultural, entre las poblaciones Étnicas y la población de la Ciudad, lo que conlleva procesos de segregación y violencia, acrecentados cadenas de pobreza. (e) A su vez el cambio de tierra y clima se convierte en unos factores de riesgo que los hace más vulnerables a enfermedades, endémicas de la Ciudad. Por otra parte falta de reconocimiento de sus saberes tradicionales y elementos para ejercer prácticas, conlleva a enfrenta al desarraigo, y una pérdida gradual de las practicas ancestrales y de la identidad cultural y a la ruptura de relaciones con el territorio de origen. (i)

El hecho de estar establecidos en un lugar totalmente diferente al territorio ancestral, ha derivado en que los niños y jóvenes dejen de practicar la lengua materna, esto ha repercutido enormemente en la pérdida de su identidad, una parte de esta pérdida es la desvinculación de sus padres con sus familiares que viven en el territorio ancestral. Así mismo Las creencias arraigadas en el cuidado de la salud relacionado con las prácticas culturales y tradicionales de este grupo poblacional entran en choque con las prácticas medicinales occidentales. En el análisis de los factores liberadores que dan respuesta a esta tensión en salud están los eventos de interés en Salud Pública de cada subsistema de Vigilancia Salud Publica los cuales buscan una cobertura del 100% de esta población. (i)

Personas con discapacidad

Para el año 2014 desde el ámbito familiar se han identificado e intervenido 6363 familias con personas con discapacidad a través de las visitas domiciliarias realizadas por los terapeutas de los equipos territoriales ERC, durante la ejecución de las visitas el profesional realiza acciones de empoderamiento en derechos, informa sobre mecanismos para la exigibilidad de derechos, practicas protectoras, activación de rutas intersectoriales y realiza canalización a los servicios de salud y a el registro local de

discapacidad en donde para este mismo año se tiene un registro de 1671 registros de personas con discapacidad de la localidad en donde las UPZ que más se encuentran afectadas por alteraciones permanentes por etapa de ciclo y por sexo, son Lucero con un 28%, Jerusalén con un 20% e Ismael Perdomo con un 19%. Cabe resaltar que el número de personas abordadas desde el ámbito familiar no es igual al número de personas registradas dado que el registro es voluntario y en algunas ocasiones las personas ya lo han realizado.

Teniendo en cuenta el aseguramiento en salud de las 6363 personas con discapacidad y familias abordadas desde el ámbito familiar, 3717 personas están por el régimen subsidiado, 2229 personas en el régimen contributivo, 106 personas en el régimen especial y 249 personas no se encuentran aseguradas. Dentro de los eventos o problemáticas es la falta de oportunidad y asignación en citas médicas, la cual es referida por los usuarios como una de las principales barreras (Información base de datos discapacidad año 2014 y base de datos registro año 2014)

Los factores reforzadores que contribuyen a agravar esta situación son: la falta de desconocimiento frente al tema de discapacidad en las comunidades y poblaciones, los imaginarios conceptuales y la segregación que se tiene con esta población hace que sus derechos sean vulnerados y a su vez no sean visibilizados, dado que estas temáticas solo se fortalecen y se empoderan con la misma población. (i) Adicional a esto en la localidad de Ciudad Bolívar la población no cuenta con recursos económicos estables que contribuya al mejoramiento en calidad de vida. (e)

En el análisis de los factores liberadores que dan respuesta a esta tensión en salud se han desarrollado acciones para el empoderamiento de derechos la movilización y visibilización de las personas con discapacidad, al igual que escenarios de participación como los consejos locales y los proyectos destinados para la población y las acciones que se desarrollan desde el programa territorios saludables en los diversos ámbitos interviniendo todos los ciclos vitales. (i)

Dimensión fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud

Estrategias para garantizar el aseguramiento y provisión adecuada de servicios de salud (Eliminación de barreras de acceso a servicios de salud)

El acceso a los servicios de salud para la población de Ciudad Bolívar se puede analizar con respecto a las variables de régimen de seguridad social en salud al que pertenecen y la oferta institucional existente, de acuerdo a lo ya mencionado en el primer capítulo del presente documento, se encuentra que con relación a la seguridad social, para el régimen contributivo se tiene un total de 386145, que corresponde al

60%, se presentó un incremento porcentual de 4.8 con relación al año 2011. Con relación al régimen subsidiado se tiene un total de 248768 que corresponde 39%, se presentó un decremento de 4.7% con relación al año 2011. Con relación al régimen especial se tiene 7713, que corresponde a 1.2%, con relación al año 2011 se presentó un decremento de 0.2%.

Por otra parte se evidencia en lo local una oferta total de 24 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de primer nivel de atención y tan solo una institución de segundo nivel como es el Hospital de Meissen, esta oferta institucional, corresponde en un 70,8 % a la red pública y en un 29,2% a la red privada⁵⁵.

Como es posible observar, la situación anteriormente descrita revela la inequidad en la oferta institucional con que cuenta la localidad, para la densa población que la ocupa, además que no se cuenta con instituciones de nivel de complejidad 3 o 4 en toda la localidad, esta situación afecta a la población en general de todas las etapas de ciclos vitales y además es una situación que históricamente se ha evidenciado, pues esta oferta no ha cambiado de manera substancial durante años.

Para el año 2014 una forma de medir las barreras de acceso que presentan las personas a los diferentes servicios de salud, sean estos de tipo preventivo o resolutivo, fue mediante las canalizaciones que se realizaron a las personas intervenidas mediante el Programa Territorios saludables, encontrando que durante el año 2014 estas personas fueron canalizadas a 47638 servicios POS en población del régimen subsidiado, y a 35978 servicios POS en el régimen contributivo y Especial.

Los factores reforzadores que contribuyen a agravar esta situación son: normatividad nacional que segmenta la atención en salud, baja capacidad de instalada en la red prestadora de servicios de salud, visión mercantilista de la red privada en salud, bajo empoderamiento de la población para la exigibilidad de los derechos en salud, baja autogestión de la población para acceder a los servicios en salud, desesperanza de la población en general frente al SGSSS (i). En el análisis de los factores liberadores que dan respuesta a esta tensión en salud: se encuentran las instituciones, programas y estrategias de orientación al ciudadano y el programa territorios saludables que aborda integralmente al individuo, sin presentar barreras de acceso por aseguramiento. (i)

⁵⁵ Hospital Vista Hermosa. Caracterización de IPS públicas y privadas 2014
Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info:Linea 195



Referencias Bibliográficas

- Mariño, Consuelo. Wiesner, Carolina. Salud y cultura. En: Rivera, Deyanira (Comp.) Antropología Médica. Una relación entre ciencias sociales y medicina. Colección Educación Médica. Universidad del Bosque. Bogotá. 1998.
- Santos H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. Abril - Junio [Internet]. 2011 [cited 2013; 37].
- Resik A P. La causalidad en epidemiología. Técnica- C, editor. La habana. Cuba. 2003.
- Jaime B. Epidemiología Crítica- Ciencia emancipadora e interculturalidad. Colectiva CS, editor. Buenos Aires. 2003.
- Abadia CE. Intersubjetividades estructurales. La salud en Colombia como dilema epistemológico y político para las ciencias sociales. Universitas Humanística. 2008:57 - 88.
- Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 Estrategia PASE a la Equidad en Salud Lineamiento Conceptual Bogotá, abril 25 de 2014
- Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 Estrategia PASE a la Equidad en Salud Lineamiento Conceptual Bogotá, abril 25 de 2014
- SED. Secretaría de Educación del Distrito. Caracterización Sector Educativo.
- (BOLETIN 56)
- La inversión pública y calidad de vida en las localidades de Bogotá 2011. En http://bibliotecadigital.ccb.org.co/bitstream/handle/11520/3090/8928_inversion_publica_calidad_de_vida_Ciudad%20bolivar_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- SPD. Conociendo la localidad de Ciudad Bolívar: Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos. 2009