



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

2012

DIAGNÓSTICO LOCAL CON PARTICIPACIÓN SOCIAL

ASIS

HOSPITAL VISTA HERMOSA

Julio 2014

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 Pueyo.

Planeación: Yulieth López Retamoso.

Grupo funcional Salud Pública: Lida Esperanza Montenegro Parra.

Componente de Vigilancia en salud Pública. Jully Carolina Olivares

Componente de Gestión de Políticas: Andrea Carmona Alarcón.

Desarrollo del proceso

Análisis en Situación en Salud Hospital Vista Hermosa. ASIS

María Zaidé Barbosa Devia

Profesional Especializado Epidemiología

Valdomiro Laiceca Guaraca

Profesional Especializado Epidemiología

Diego Fernando Bejarano Celis

Profesional en Antropología

Marío Yunda Serna

Profesional en Sociología

Mónica Roció Correal

Profesional en Geografía

Jorge Moreno Salcedo

Profesional en Geografía

Kimberly Piñeros

Profesional en Geografía

Lina Alejandra Riaño Barón.

Técnico en Sistemas

Coautoría

Equipo de Gestión de Políticas e intersectorialidad

Equipo Vigilancia en Salud Pública

Territorios Saludables

TABLA DE CONTENIDO

<u>INTRODUCCIÓN.....</u>	8
<u>JUSTIFICACIÓN</u>	8
<u>MARCO CONCEPTUAL</u>	9
<u>LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y ENFERMEDAD</u>	11
<u>LAS ALTERNATIVAS EN UN ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES</u>	12
<u>ENTENDIENDO LAS DINÁMICAS SOCIALES PARA COMPRENDER LAS DINÁMICAS EN SALUD.....</u>	13
ESCENARIO POLÍTICO:	14
LA SALUD PUBLICA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y CLASE SOCIAL.....	15
<u>METODOLOGÍA</u>	16
<u>OBJETIVO GENERAL.....</u>	17
<u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u>	17
<u>CAPÍTULO 1. PROBLEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN LA LOCALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD.....</u>	18
1.1. CARACTERIZACIÓN GEOGRÁFICA	18
1.2. PERFIL DEMOGRÁFICO	24
1.2.1. DENSIDAD DE POBLACIÓN	25
1.2.2. ESTRUCTURA POBLACIONAL	25
1.2.3. ÍNDICE DE MASCULINIDAD	26
1.2.4. RAZÓN DE DEPENDENCIA.....	26
1.2.5. FECUNDIDAD, NATALIDAD Y ESPERANZA DE VIDA.....	27
1.3. INDICADORES SOCIALES.....	28



1.31. NIVEL DE INGRESO; LÍNEA DE POBREZA E INDIGENCIA	30
1.3.2. ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA	30
1.3.3. CONCENTRACIÓN DEL INGRESO	31
1.3.4. POBREZA MULTIDIMENSIONAL	31
1.3.5. CAPACIDAD DE PAGO	32
1.3.6. MERCADO LABORAL	32
1.3.7. TASA DE OCUPACIÓN Y DE DESEMPLEO	32
1.3.8. SITUACIÓN MALLA VIAL	33
1.3.9. EQUIPAMIENTOS DE RECREACIÓN, DEPORTES Y PARQUES	33
1.3.10. COBERTURA Y CALIDAD DE SERVICIOS PÚBLICOS	34
1.3.11. CONDICIONES DE VIVIENDA Y HABITABILIDAD.....	34
1.3.12. EDUCACIÓN.....	35
1.3.13. CONSUMO CULTURAL	35
1.4 PERFIL SALUD ENFERMEDAD DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLÍVAR	38
1.4.1 MORBILIDAD ATENDIDA (CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS)	38
1.4.1.1. CONSULTA EXTERNA	40
1.4.1.2. HOSPITALIZACIÓN.....	40
1.4.1.3 URGENCIAS.....	40
1.4.2 EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA.....	40
1.4.3 MORTALIDAD GENERAL	41
1.4.6 MORTALIDAD INFANTIL.....	43
1.4.7 MORTALIDAD EN MENOR DE 5 AÑOS.....	44
1.4.8 MORTALIDAD POR NEUMONÍA EN MENOR DE 5 AÑOS	45
1.4.9 MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN EN MENOR DE 5 AÑOS	45
1.4.10 MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MENOR DE 5 AÑOS.....	46
1.4.4 MORTALIDAD MATERNA	47
1.4.5 MORTALIDAD PERINATAL	50
1.4.11 ACTIVIDAD LABORAL.....	50
1.4.12 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	52
1.4.13 SALUD MENTAL	53
1.4.13.1 CONDUCTA SUICIDA.....	53
1.4.13.2 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	55
1.4.14 PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	56
1.4.15 SALUD AMBIENTAL	57
1.4.16 SALUD NUTRICIONAL	59
1.4.16 SALUD ORAL.....	61
1.4.17 DISCAPACIDAD.....	62

CAPÍTULO 2. PROFUNDIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA. NÚCLEOS PROBLEMÁTICOS Y TEMAS GENERADORES.
..... 64

2.1 NÚCLEOS PROBLEMÁTICOS ETAPA DE CICLO VITAL INFANCIA.....	64
2.2 NÚCLEOS PROBLEMÁTICOS ETAPA DE CICLO VITAL ADOLESCENCIA.	68
2.3. NÚCLEOS PROBLEMÁTICOS ETAPA DE CICLO VITAL JUVENTUD.....	71
2.4 NÚCLEOS PROBLEMÁTICOS ETAPA DE CICLO VITAL ADULTEZ.	74
2.5 NÚCLEOS PROBLEMÁTICOS ETAPA DE CICLO VITAL VEJEZ.	79

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS DE SALUD EN LA LOCALIDAD. 82

3. 1. RESPUESTA A PROBLEMÁTICAS CICLO VITAL INFANCIA.	82
3.2. RESPUESTA A PROBLEMÁTICAS CICLO VITAL ADOLESCENCIA.	86
3.3 RESPUESTA A PROBLEMÁTICAS CICLO VITAL JUVENTUD.....	88
3.4. RESPUESTA A PROBLEMÁTICAS CICLO VITAL ADULTEZ.....	91
3.5. RESPUESTA A PROBLEMÁTICAS CICLO VITAL VEJEZ.....	95

CAPÍTULO 4. PROPUESTA DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES 99

4.1 CICLO VITAL INFANCIA.....	99
4.2 CICLO VITAL ADOLESCENCIA.....	102
4.3. CICLO VITAL JUVENTUD.	104
4.4. CICLO VITAL ADULTEZ.....	106
4.5. CICLO VITAL VEJEZ	108
REFERENCIAS.....	110

LISTADO DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Mapa conceptual que sintetiza el enfoque analítico para la elaboración del Diagnóstico Local 2012.....	13
Gráfica 2. Proyecciones de población por Unidades de Planeación Zonal 2008-2012.	25
Gráfica 3. Pirámide poblacional de la Localidad de Ciudad Bolívar año 2012.....	26
Gráfica 4. Distribución porcentual por sexo y etapa de ciclo de eventos notificados al SIVIGILA año 2012.....	41
Gráfica 5. Tendencia de razón de mortalidad materna en el Distrito y Ciudad Bolívar 2000-2012.	¡Error! Marcador no definido.
Gráfica 6. Tendencia de razón de mortalidad perinatal en el distrito y ciudad bolívar 2000-2012.	¡Error! Marcador no definido.
Gráfica 7. Tendencia de tasa de mortalidad infantil en el distrito y ciudad bolívar 2000- 2012.	43
Gráfica 8. Tendencia de tasa de mortalidad en menor de 5 años en el distrito y ciudad bolívar 2000-2012.	44
Gráfica 9. Tendencia de tasa de mortalidad por neumonía en menor de 5 años en el distrito y ciudad bolívar 2000- 2012.....	45
Gráfica 10. Tendencia de tasa de mortalidad por Desnutrición en menor de 5 años en el distrito y ciudad bolívar 2000- 2012.	46
Gráfica 11. Tendencia de tasa de mortalidad por EDA en menor de 5 años en el distrito y ciudad bolívar 2000- 2012.....	47
Gráfica 12. Tasa de suicidios consumados en el distrito y Ciudad Bolívar 2006-2012.	54
Gráfica 13. Comportamiento del promedio anual de PM10 – Diciembre de 2011 a Diciembre de 2012 - Localidad de Ciudad Bolívar. RMCAB.....	58

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de las Unidades de Planeación zonal de la Localidad de Ciudad Bolívar.	24
Tabla 2. Tasa de fecundidad por grupo quinquenal de las mujeres que habitan en la localidad de Ciudad Bolívar por 1000 nacidos vivos 2012.	27
Tabla 3. Esperanza de vida al nacer 2011.	28
Tabla 4. Primeras causas de Consulta externa, Hospitalización y Urgencias de los centros de atención del Hospital Vista Hermosa por sexo y ciclo vital año 2012.	39
Tabla 6. Signos y síntomas de consulta por actividad laboral informal. Ciudad Bolívar. 2012. .	51
Tabla 7. Conducta Suicida en Ciudad Bolívar por etapa de ciclo vital y sexo en el año 2012.	53
Tabla 8. Tipología de violencias por ciclo vital y sexo en Ciudad Bolívar año 2012.	55
Tabla 9. Meta, dosis aplicadas y coberturas de Terceras dosis de Polio y Triple viral en Ciudad Bolívar del 2008 a 2012.	56
Tabla 10. Diagnósticos de los Pacientes que Ingresaron a Salas ERA Hospital Vista Hermosa Localidad de Ciudad Bolívar .2012.	59
Tabla 11. Descripción de la población intervenida por SISVESO.	62

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Ubicación de la localidad de Ciudad Bolívar con respecto al Distrito Capital y UPZ.	21
Mapa 2. Mapa de caracterización ambiental de la Localidad de Ciudad Bolívar año 2012.	23
Mapa 3. Necesidades básicas insatisfechas y línea de pobreza para Bogotá comparada entre localidades 2013.	29
Mapa 4. Colegios Distritales, UPGDs e instituciones en la localidad de ciudad Bolívar	37
Mapa 5. Mortalidades evitables en la localidad de Ciudad Bolívar 2012.	49

Introducción

El diagnóstico local debe ser un documento de síntesis de información pública producto de un proceso de investigación y análisis de situación en salud en disposición a instituciones públicas, privadas, organizaciones y población en general, en el que se emplea fuente primaria, secundaria para lograr el proceso de consolidación interpretación.

El presente documento contempla 4 capítulos: el primero se avanza en el marco conceptual, marco metodológico, los aspectos generales de la localidad, espacio geográfico, proceso administrativo y político; describiendo el proceso ambiental, social, cultural, nivel educativo que inciden en la salud de las personas que lo habitan, así como la identificación de los actores sociales a nivel local y por unidad de planeación zonal.

El segundo capítulo se enfoca a las problemáticas y necesidades de las poblaciones que afectan la calidad de vida a escala de unidad de planeación zonal por etapa de ciclo.

El tercer capítulo tiene como objeto interpretar la respuesta de los diferentes sectores y actores sociales desde la problemática planteada.

El cuarto capítulo tiende a generar propuestas y recomendaciones con el objeto de impactar a los determinantes que afectan la salud; es de aclarar que esta actividad al igual que con los anteriores se espera que aporte a sectores que toman decisiones en el ámbito local.

Justificación

El documento de diagnóstico debe ser un medio para el análisis de situaciones y expresiones particulares del territorio de Ciudad Bolívar, de manera que se contextualice cuándo, dónde y cómo suceden las situaciones del proceso salud – enfermedad, así como las manifestaciones y evidencias de inequidad y desigualdad, que determinan estados de salud de las personas. Este planteamiento permite proponer que la salud no solo se reduce a la presencia y comportamiento de determinada enfermedad, sus riesgos y factores clínicos, sino que aborda el amplio rango de los factores determinantes de la salud como: alimentación, salario, vivienda, educación, ambiente, trabajo, estrés, violencia, pobreza, adicciones, incluso el alcance e implementación de las políticas y normativas en el territorio; sin abandonar la atención médica, las estrategias de promoción y educación para la salud.

Para el diagnóstico local 2012 es indispensable estudiar el proceso salud – enfermedad del territorio, desde la óptica de desigualdad e inequidad pues éstas, también involucran la realidad socio-histórica, cultural y política del mismo, pero enfocadas a entender la construcción y producción de las condiciones desiguales al acceso de recursos de todo tipo, de servicios, y de categorías como el estrato, género, etnia, etc. Respondiendo preguntas como: ¿Qué factores sociales contribuyen a la situación de salud del territorio y su población?, ¿cómo se manifiestan las tasas de morbilidad y mortalidad entre las personas?, ¿cómo influyen las condiciones socioeconómicas, políticas, y el entorno ambiental en la salud individual y colectiva?, ¿por qué las diferencias en la situación de salud y la expectativa de vida en personas pertenecientes a un mismo grupo social? (1). Este enfoque de preguntas nos permiten abarcar las diferencias en el estado de salud de las personas y sus expectativas de vida que van desde lo material (ingreso acceso a servicios), los estilos de vida, las diferencias psicosociales, las etapas de la vida, y las decisiones políticas.

Marco conceptual

El interés por el perfeccionamiento del “análisis de la situación de salud” (en adelante ASIS) de la población ha mantenido su vigencia durante los últimos años, esto se justifica si se tiene en cuenta que este proceso constituye uno de los instrumentos imprescindibles para los sistemas y servicios de salud en todos sus niveles y especialmente en la atención primaria de salud (En adelante APS).

El análisis y la vigilancia de la situación de salud en cualquier territorio-población permiten establecer sus tendencias, con especial énfasis en la identificación de desigualdades, en los riesgos, en los daños y sus determinantes sociales en salud así como evaluar los efectos de las estrategias elaboradas para la solución de los problemas de salud.

La salud no es algo estático, al igual que la enfermedad, fluctúa de un nivel a otro, podría entenderse el proceso de la vivencia como una línea en la que se ubican dos extremos, uno positivo que estaría relacionado con lo que se entiende como salud y uno negativo que sería la enfermedad. El trasegar de las personas por el mundo siempre se movería en esos puntos y dependiendo de la cercanía hacia alguno de ellos se podría decir que una persona es enferma o es sana.

Ante esta perspectiva valdría preguntarse ¿Qué se entiende por salud? ¿Qué se entiende por enfermedad? ¿Por qué algunas personas se enferman más que otras?

¿Qué factores inciden en el hecho que una persona se encuentre en un extremo o en el otro del proceso salud enfermedad? ¿Cómo analizar los contextos en salud? Para comprender mejor el esquema de trabajo que se desarrolló en la localidad respecto al ASIS se dio respuesta a estas preguntas a lo largo del documento pero especialmente en este apartado en el que se recopilaron como carta de navegación los pilares conceptuales que ayudan a comprender el proceso salud enfermedad de la localidad.

Un acercamiento a los conceptos de salud y enfermedad.

La noción de salud ha ido transformándose con el paso del tiempo pasando de una explicación mágico-religiosa a complejas y elaboradas teorías que ponen a la salud como resultado de un proceso socio histórico que se transforma a partir de los grupos poblacionales sirviendo como medio para lograr llegar a niveles adecuados de calidad de vida y bienestar.

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 causas (2).

Resik 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 negativos (3).

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 hombre (4).

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 cultural.

Los determinantes sociales de la salud y enfermedad

El paradigma social plantea que para entender las causas de salud- enfermedad, se las incorpora como parte de las políticas sociales, por lo que tiene que desarrollarse conjuntamente, con una perspectiva biológica, médica, psicosocial y ecológica; este enfoque genera una visión sistémica de la salud que ya no es solo asistencial, sin desconocer la importancia que dicho aspecto tiene para la vida de los sujetos; es así como se determinan tres niveles de análisis que interactúan entre ellos y posibilitan entender el proceso de salud- enfermedad desde lo que se ha denominado como determinantes sociales en salud y que a continuación se describen:

General-estructural: Este componente se refiere a la situación socio económico, situación geopolítica, situación demográfica e histórica.

Particular-intermedio: Se refiere a la relación entre lo individual, familiar con sus condiciones de producción y consumo, no estructurales tales como el consumo básico y ampliado, condiciones de trabajo, entorno ambiental, condiciones grupales y familiares.

Singular-proximal: Fenómenos relacionados con bienestar, salud, enfermedad y limitación permanente de los individuos.

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

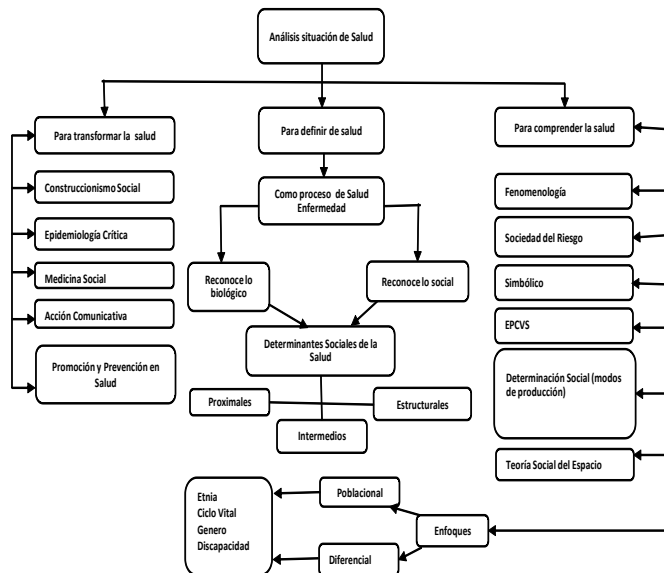
Las alternativas en un enfoque de determinantes sociales

Los determinantes sociales son condiciones que inclinan el equilibrio de la relación salud- enfermedad de un lado o del otro, para saber cómo se intervendrá dichos determinantes, es necesario contar con un marco interdisciplinario y transdisciplinario en el que pueda dirigir o unir por lo menos los siguientes elementos:

- Un enfoque fenomenológico que permita analizar de manera crítica situaciones como las relaciones de poder y la forma en las que se construye y valida las realidades desde una noción del conocimiento válido (5).
- Partir de la comprensión de las subjetividades para entender los niveles de interrelación con el sistema, donde se dan estos y cómo influyen en la cotidianidad, esto implica reconocer la subjetividad como un resultado dialógico de las interacciones y del contexto sociocultural que las permea.
- Un análisis de doble vía que implique un análisis estructural de las acciones de los sujetos y uno del interior de las mismas subjetividades (conducta esperada y conducta deseada).
- Una comprensión desde la misma interacción entre la enfermedad, la experiencia subjetiva del enfermo y el conocimiento del sistema de salud representado en sus actores sociales (médicos, enfermeros, etc.).

A continuación se relaciona los principales aspectos conceptuales que fueron consultados para la elaboración del análisis de situación en salud. Ver gráfica 1.

Gráfica 1. Mapa conceptual que sintetiza el enfoque analítico para la elaboración del Diagnóstico Local 2012.



Fuente: Grupo de análisis de situación en salud Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. 2012.

Entendiendo las dinámicas sociales para comprender las dinámicas en salud

Frente al actual modelo económico en el que se privilegia la competencia y la individualidad; el incremento de la pobreza y la profundización de las desigualdades son una constante, para que suban unos deben descender unos cuantos; pareciera ser la premisa del mundo contemporáneo, pero para lograr un acercamiento a estas dinámicas es necesario enmarcarlas dentro de ese contexto en el que se desarrollan y para ello se hará uso de los siguientes conceptos:

Globalización: Puede entenderse como proceso económico, tecnológico, social y cultural a gran escala, que implica una incidencia que va desde un individuo hasta toda la sociedad, basada en el aumento de la comunicación e interdependencia entre las distintas regiones y países del mundo; unificando mercados, sociedades y culturas, a través de una serie de transformaciones sociales, económicas y políticas que les dan un carácter global. La globalización es a menudo identificada como un proceso dinámico producido principalmente por las sociedades que viven bajo el capitalismo democrático o la democracia liberal y que han abierto sus puertas a la revolución informática, plegando a un nivel considerable de liberalización y democratización en su cultura política, en su ordenamiento jurídico y económico nacional, y en sus relaciones internacionales.

Territorio: Está íntima e inseparablemente ligado con el de espacio y por lo tanto la forma en que se comprenda el territorio; estrechamente relacionada en la forma como se conciba el espacio, hay varias formas de analizar esta relación a continuación se muestran algunas.

Espacio geométrico: Hace referencia a delimitaciones reales y geométricas, entendiendo una visión física de este que contiene elementos sociales, en salud se suele entender el espacio de la distribución de las enfermedades.

Espacio como naturaleza: Un territorio puede entenderse como la base natural sobre la cual la sociedad se despliega. Es decir que el territorio sería un espacio objetivo y científicamente delimitado a partir de ciertas características físicas, topográficas, climáticas, hídricas, entre otras, permitiendo con ello acercarse al entendimiento de la salud desde los espacios que enferman (zonas salubres e insalubres por ejemplo).

Espacio social: Es producto de las relaciones sociales, entre sociedad y naturaleza. En consecuencia, visto así, se considera como un producto social históricamente construido por la dinámica de los modos de producción. Hablar de territorio es decir que este es una construcción social y la materialización permanente de la reproducción social; como el proceso de salud – enfermedad.

El territorio se concibe como el escenario donde habitan y se desarrollan los individuos, las familias, las comunidades y el medio ambiente; en este sentido, se identifican dos condiciones primordiales del territorio, como:

Escenario social: Donde se puede visualizar la totalidad de la población, en la cual se identifican las condiciones diferenciadas de calidad de vida de quienes lo habitan, donde se reconocen las necesidades desde los derechos y sus respectivas inequidades.

Escenario Político: Donde se detecta la arquitectura para la acción transectorial y su articulación con la acción social, los actores estratégicos, las asimetrías de poder y las reglas de interacción entre los actores. En este escenario se determina la necesidad de fortalecer la estructura del Estado en los territorios y las sinergias entre sus actores para lograr legitimidad y gobernanza local.

Enfoque poblacional: Reconoce a los sujetos como actores vivos, 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.

Este enfoque poblacional se complementa con la mirada diferencial, que plantea el reto del reconocimiento en un discurso de Derechos Humanos que busca la igualdad desde la dignidad humana, pero sin desconocer que como sujetos se tiene una condición diversa y particular. Hacer visibles las diferencias implica reconocer las diversas formas de entender, asumir y apropiarse del mundo e incluir este respeto por el otro en la forma de hacer las cosas y de interactuar de manera colectiva. Además, coloca sobre la mesa la discusión de cómo generar respuestas integrales que busquen la igualdad de las poblaciones, entendiendo que existen situaciones diversas con grupos humanos distintos, que deben ser abordados de manera intercultural y no recaer en procesos de discriminación o absorción de los otros.

La salud pública desde la perspectiva de género y clase social

Los estudios dedicados a las desigualdades sociales en salud han proliferado en las últimas décadas, y han puesto de manifiesto que las mujeres, la población de menor nivel socioeconómico o las áreas con mayor privación material presentan unos indicadores de salud que denotan una peor situación. El concepto de «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, lo que indica la des-favorabilidad de la salud de los colectivos menos favorecidos. 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.

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).

Metodología

Para el proceso de análisis se parte de los conceptos teóricos, descritos de la consulta de fuentes primarias y secundarias que permitan contrastar los elementos que determinan la salud, y las condiciones de bienestar de las comunidades, para ello una de las herramientas es la narrativa para poder plantear el núcleo problemático y organizar los temas generadores como respuesta para cada territorio. En la construcción de los núcleos problemáticos se retoman los principios originales de esta estrategia, tales como: “Restituir derechos (universal, integral, de acuerdo a las políticas de salud pública; diseñar y organizar intervenciones que propendan por la autonomía; articular acciones para la promoción de la salud con la participación de otros sectores y adecuar la prestación de servicios de salud. Los capítulos que componen este diagnóstico se estructuraron de la siguiente forma:

Capítulo I: Se recurre a fuentes secundarias de consulta oficial de las diferentes entidades: Departamento de Planeación Nacional, DANE, Secretaria Distrital de Salud, Sistemas de Estadísticas Vitales (Nacimientos y defunciones) además de los análisis de los casos de mortalidad evitable realizados durante la vigencia del año 2012.

Capítulo II: El grupo de análisis de situación en salud y de epidemiología comunitaria consolidó la información obtenida de los monitoreos rápidos de los territorios: La redacción de las narrativas y del desarrollo de los núcleos problemáticos y temas generadores desde el contexto geográfico hacia la etapa de ciclo por cada territorio definido durante el año 2012 (cinco territorios en salud) con el apoyo de gestión de políticas y programas del Hospital.

Capítulo III y Capítulo IV: Se adapta las herramientas metodológicas de la implementación de Gestión Social Integral Distrito Capital construidas en el año 2009 suministradas por la Secretaria Distrital de Salud con el grupo de gestión de políticas y programas del Hospital

Objetivo general

- Actualizar y analizar información de los territorios en salud con enfoque diferencial, de determinación social, e inequidades en salud; a través de indicadores para las diferentes escalas del territorio, y de los hallazgos de las intervenciones y programas en el territorio de la ESE, con el fin de reflejar aspectos reales de la situación sanitaria de la localidad, y ser insumo fundamental para la toma de decisiones de instituciones y organizaciones sociales que hacen parte o influyen en la localidad de Ciudad Bolívar.

Objetivos Específicos

- Identificar y recolectar información para la construcción de indicadores de salud cualitativos y cuantitativos priorizados que apoyen el análisis de situación del territorio, de la población y de desigualdad social.
- Describir la situación de salud y calidad de vida de la localidad que dé cuenta a las problemáticas, necesidades, y potencialidades en las diferentes escalas del territorio haciendo uso de información cuantitativa, cualitativa y territorial.
- Analizar, monitorear y difundir los hallazgos de los indicadores definidos para el análisis de la situación en salud según territorio, población, y desigualdad que contextualice y facilite la toma de decisiones de instituciones públicas, sociales y población general, con impacto en la localidad de Ciudad Bolívar.
- Analizar la situación de salud y calidad de vida a través de metodologías que den cuenta de las dimensiones de persona, tiempo, espacio y ocurrencia; a partir de las perspectivas de determinantes sociales y de derechos, con los enfoques poblacional, diferencial y territorial.

Capítulo 1. Problematicación y análisis de la situación de salud y calidad de vida en la localidad desde la perspectiva de los determinantes de la salud.

En este apartado se busca identificar e interpretar los determinantes estructurales, intermedios y proximales de la salud, desde su proceso histórico dentro de un territorio definido políticamente; se describen a su vez los aspectos demográficos, el desarrollo socioeconómico de la población, cobertura de educación, desempleo, como de la calidad de prestación de servicios públicos, por último el proceso de enfermedad por etapa de ciclo y su probable relación con las condiciones de calidad de vida de sus habitantes.

1.1. Caracterización geográfica

La localidad de Ciudad Bolívar se encuentra situada a una altitud de 2.400 metros sobre el nivel del mar (msnm) en la parte más baja y 3.100 msnm en su parte más alta, lo que la clasifica como piso térmico frío. La estación climatológica Simón Bolívar estableció una temperatura mínima 9°C y máxima 19°C, con un promedio de 14°C para la localidad. Hay que tener en cuenta que, contrariamente a lo que se podría esperar de una zona con esas características geográficas de clima frío, en esta localidad el ambiente es generalmente seco y soleado la mayor parte del año (6).

Extensión

Tiene una extensión total de 12.999 hectáreas, de las cuales 3.391 se clasifican como suelo urbano y 9.608 corresponden al suelo rural, que equivale al 73,9 % del total de la superficie de la localidad. Después de Sumapaz y Usme, Ciudad Bolívar está clasificada como la localidad más extensa, es la tercera localidad con mayor superficie rural y la quinta localidad con mayor cantidad de área urbana; la zona urbana se divide en 7 Unidades de Planeación Zonal (UPZ).

Historia reciente del asentamiento

En la expansión urbanística de Bogotá, la tendencia de crecimiento hacia las cabeceras de municipios ubicados al sur de la ciudad es fuerte; Ciudad Bolívar es un claro ejemplo de ello. Según Cañón (7) "En los años cuarenta 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" El fortalecimiento de estos polos de desarrollo se produce a

partir del asentamiento de la población en espacios urbanos que dejan de tener una utilización rentable”.

Los primeros barrios marginales producto del traspaso veredal 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.

“Vendían lotes muy baratos y sin servicios públicos, comprados generalmente por personas que venían de diferentes partes del campo acosadas por la violencia que se generó en los años cincuenta; estos conservaron (necesariamente) muchas de las características veredales de sus lugares de origen.”

Para el año 1955 se creó el Distrito Especial de Bogotá y se anexaron seis municipios, entre ellos Usme y Bosa, en cuyas jurisdicciones surgió esta localidad. Además, en los años sesenta y parte del setenta, el Estado tiene acceso al crédito externo, que proporcionó recursos en grandes cantidades para desarrollar la construcción de la infraestructura básica para modernizar la ciudad.

Una vez urbanizado el valle del Tunjuelo, la frontera urbana se desplazó hacia el sur, proceso que se inicia lentamente en los años sesenta, continúa en los setenta, y toma un gran impulso en los años ochenta. Los primeros asentamientos presentan la precariedad habitacional propia de urbanizaciones no planeada; así surgen La Despensa, Meissen, San Francisco, Ismael Perdomo, Buenos Aires, Lucero Bajo, La María, Los Molinos, Cruz Roja, hoy Barranquillita y San José.

A partir de los 70, se formaron los barrios: Lucero Alto, La Estrella, El Tesoro y otros; que llegan personas provenientes de diversos lugares del país, como también pobladores de Bogotá quienes, en busca de un lote donde levantar una casa. En 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; esta es la urbanización Candelaria la Nueva, a donde llegan a habitar funcionarios del Distrito afiliados a Favidí, Fondo de Ahorro y Vivienda Distrital.

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, los barrios Sierra Morena, Arborizadora Alta y Baja, asentamientos que en menos de veinte

años generaron polos de concentración de sectores marginados tanto en el país, como en la misma ciudad”.

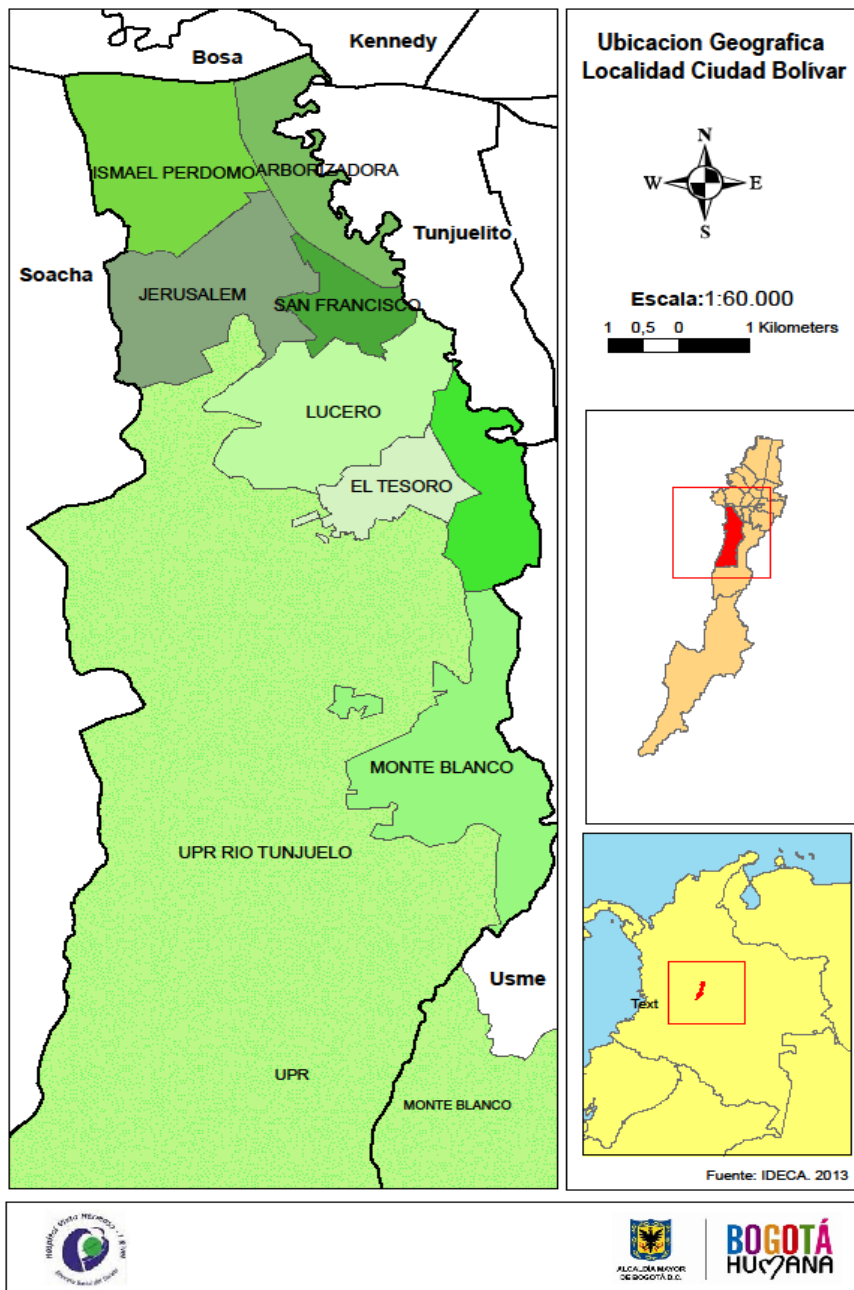
Para el año 1983, por medio del acuerdo 11 del Concejo de Bogotá, se aprobó el plan Ciudad Bolívar, para intervenir en estas urbanizaciones. El Distrito suscribe un convenio con el Banco Internacional de Desarrollo –BID- el cual otorgó un crédito de US \$115 millones que, sumados a US \$120 millones de aportes de la alcaldía, representaban los recursos necesarios para la ejecución de este programa de intervención urbana; surgen así los barrios Arborizadora Alta y Baja, Sierra Morena, donde se ofrecen lotes con servicios (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 Cazucá, quedando unido ese municipio con el distrito. Para el año 2000 se consolidan urbanizaciones de conjunto cerrado de casas y edificios en un proceso de desarrollo social y económico en especial en las unidades de Planeación Zonal de Arborizadora y Perdomo.

Ubicación y localización

Situada en el sector suroccidental de Bogotá, la localidad Ciudad Bolívar limita al norte con la localidad de Bosa, con la Avenida del Sur y la Avenida Ferrocarril del Sur de por medio; al oriente con las localidades Tunjuelito y Usme, con el Río Tunjuelo de por medio; al sur con la localidad de Usme, con el Río Chisacá de por medio; y al occidente con el municipio de Soacha (Mapa 1). La topografía de la localidad combina una parte plana ligeramente ondulada ubicada al norte de la localidad y otra parte inclinada a muy inclinada localizada en los Cerros de Ciudad Bolívar.

Mapa 1. Ubicación de la localidad de Ciudad Bolívar con respecto al Distrito Capital y UPZ.



Fuente: Equipo ASIS Hospital Vista Hermosa 2012

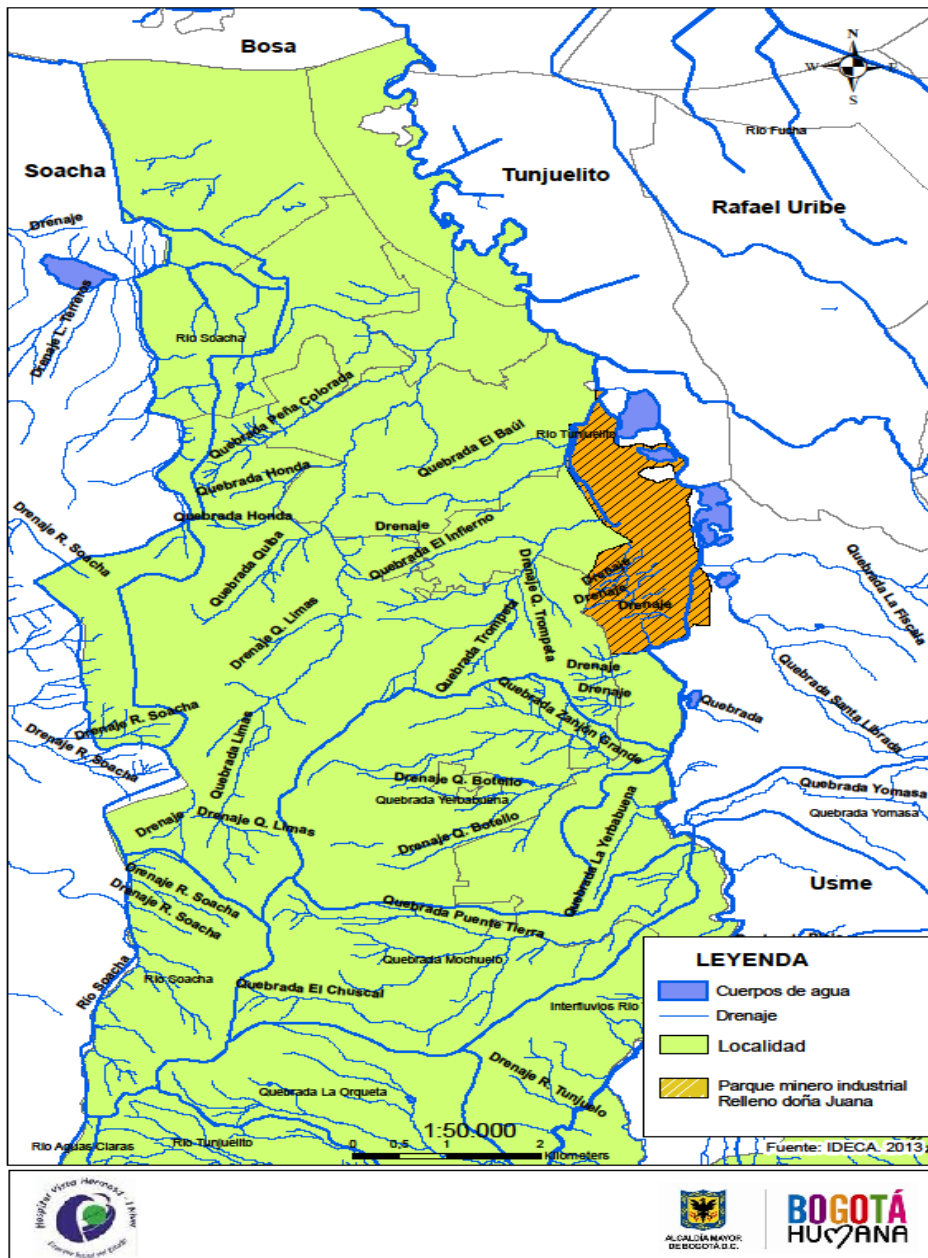
1.1.4. Características geográficas ambientales

La zona rural contiene 8 áreas protegidas ambientalmente de las 60 del Distrito, en ella se presenta asentamientos ilegales en especial en la vereda de Quiba Alta Sector el Guabal, la presencia de barrios legalizados en la vereda de Mochuelo Bajo donde la distribución del agua es por acueducto comunitarios que no cumplen con la calidad para el consumo humano debido a la dificultad del mantenimiento de la infraestructura a cargo de la comunidad; además se encuentra la explotación minera definida por el Plan de ordenamiento territorial al lado de estos barrios. De igual forma, el relleno Sanitario Doña Juana contribuye a la contaminación ambiental por la presencia de olores producto de la descomposición de basuras que recibe diariamente del Distrito Capital que son aproximadamente 6,300 toneladas. (Mapa 2

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 moscas, malos olores y además de presencia de perros por la búsqueda de alimentos. Además de esto en la zona rural se presenta riesgo de quemadas en bosques por incendio en época de verano y de quema de sembrados en época de temperaturas bajas.

Mapa 2. Mapa de caracterización ambiental de la Localidad de Ciudad Bolívar año 2012.



Fuente: Equipo ASIS Hospital Vista Hermosa.2012

1.1.5. Unidades de Planeación Zonal y estructura ecológica principal

De acuerdo con el documento técnico soporte del Decreto 619 del 2000 por el cual se adoptó el Plan de Ordenamiento Territorial, las UPZ se clasificaron, según sus características predominantes, en 7 grupos: residencial de urbanización incompleta, residencial consolidado, residencial cualificado, desarrollo, con centralidad urbana, comerciales, predominantemente industrial, de predominio dotacional. Las UPZ que componen la localidad se relacionan a continuación. (Tabla 1).

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

No. UPZ	Nombre	Extensión	Porcentaje área de la localidad	Limites
63	Mochuelo	316,7 hectareas	9,3%	Al norte con el barrio Mexico 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.
64	Monte Blanco	695,7 hectareas	20,44%	Por el norte con la UPZ EL Mochuelo y el 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.
65	Arborizadora Alta	306,3 hectareas	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
66	San Francisco	178,6 hectareas	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 Jerusalen.
67	Lucero	586,4 hectareas	17,3%	Al norte con las UPZ San Francisco y Jerusalen; 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.
68	Tesoro	210,9 hectareas	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.
69	Ismael Perdomo	559,9 hectareas	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 Jerusalen; y por el Occidente con el municipio de Soacha.
70	Jerusalem	537,5 hectareas	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.

Fuente de Datos: Diagnósticos de los aspectos físicos y económicos 2011

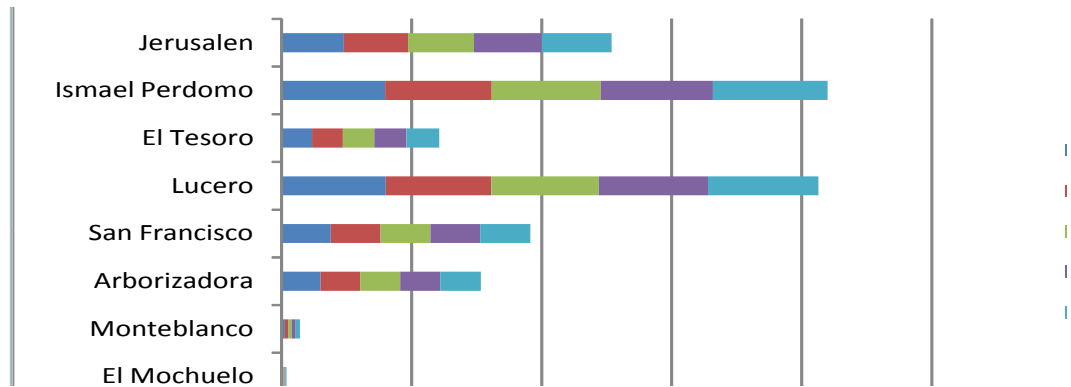
1.2. Perfil demográfico

Para el año 2012 la población para ciudad Bolívar es de 651.586 de los cuales el 49% son hombres y el 5% son mujeres. El 55.5% de la población de la ciudad se concentra en cinco localidades, siendo Ciudad Bolívar una de ellas con el 8.5% en el 2010 y esperando una proyección a 8.7% para el año 2015, porcentaje que indica una tasa positiva de crecimiento poblacional (9).

Respecto a la distribución de la población en las ocho (8) UPZs (Unidades de Planeamiento Zonal) y una UPR (unidad de planeación rural) de la Localidad de Ciudad Bolívar en el 2012, se observa que el 69.6% de la población (453.679

habitantes) se concentran en tres (3) UPZs: Lucero (67), Ismael Perdomo (69) y Jerusalén (70). (Gráfica 2).

Gráfica 2. Proyecciones de población por Unidades de Planeación Zonal 2008-2012.



Fuente: Conociendo la Localidad de Ciudad Bolívar SDP. Proyecciones de población 2005

1.2.1. Densidad de población

La densidad urbana se define como la cantidad de personas que residen en un territorio urbano específico de la ciudad, en este caso se refiere al número de habitantes por hectárea urbana. Es importante precisar que este territorio urbano incluye las manzanas y el espacio público como las vías, los andenes, las plazas, las plazoletas, los parques, áreas verdes y áreas naturales como quebradas, humedales, ríos y su ronda y canales, entre otros.

La localidad de ciudad Bolívar tiene en la zona urbana una densidad poblacional para el año 2012 de 192 habitantes por hectárea, en las UPZ San Francisco es la que mayor densidad de población presenta 430 habitantes seguido de Ismael Perdomo con 230 habitantes por hectárea y la UPZ que presenta menor densidad es Mochuelo con 6 habitantes por hectárea.

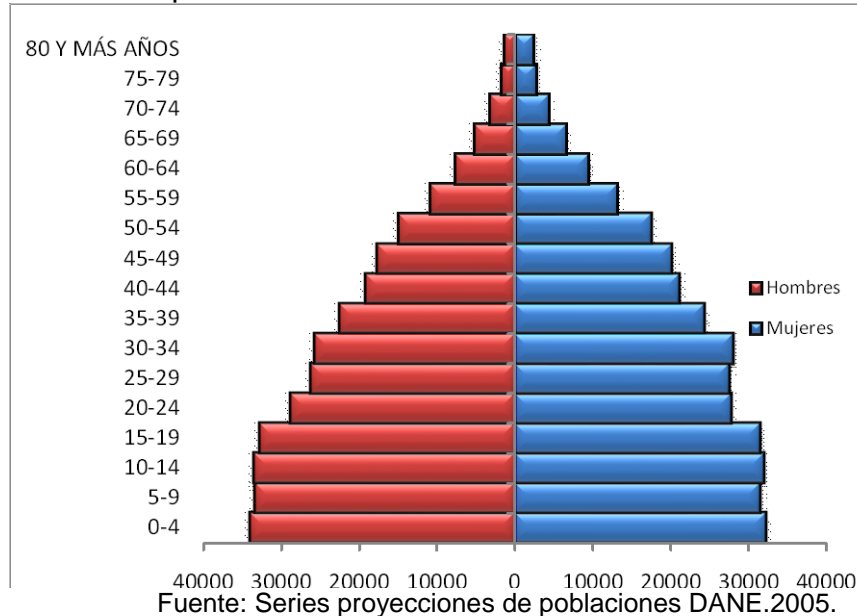
1.2.2. Estructura poblacional

Para el año 2012, según las proyecciones del Censo 2005, se calculó una población de 651.586 personas, que habitan en un área residencial de 891.07 hectáreas, con una densidad de 559.07 personas por hectárea. De igual forma el censo registró una tasa de crecimiento exponencial de 2.15%, superior a la de Bogotá (9).

La pirámide poblacional presenta una base ancha o de tipo progresiva. (Gráfica 3). El número de nacimientos de hombres es de 1.15 superior al de mujeres, manteniendo esta tendencia hasta el cuarto rango (15-19) donde desciende en comparación a las mujeres con un descenso más paulatino, podría decirse que la localidad cuenta con

una población joven. Esta estructura es característica de las poblaciones en vía de desarrollo. Hay un amplio número de nacimientos pero también hay un amplio número de muertes.

Gráfica 3. Pirámide poblacional de la Localidad de Ciudad Bolívar año 2012



1.2.3. Índice de masculinidad

Se define como el cociente entre el número de hombres y el número de mujeres, normalmente se expresa por cien; la tendencia es que nazcan más hombres respecto a las mujeres y que a medida que se incrementa la edad aumente el número de mujeres, en el caso de la localidad por las múltiples situaciones de exposición a riesgos como la violencia los hombres viven menos que las mujeres. El índice general de masculinidad se reduce progresivamente pasando de 96.34 en 2005 a 95.92 en 2012, sin embargo, al medirlo por grupos de edad se presenta una máxima de 105 hombres por cada 100 mujeres en el rango de 0 a 4 años hasta una mínima de 58 hombres por cada 100 mujeres en el rango de mayores de 80 años.

1.2.4. Razón de dependencia

Durante el año 2012 Ciudad Bolívar tuvo una razón de dependencia de 52.47% respecto a las personas que trabajan, cifra inferior comparada al año inmediatamente anterior que se ubicó en 53%; ésta se reduce gradualmente cuando se compara con el Distrito que es alta, ya que la razón para Bogotá se ubica en el 44.26%, ocho puntos porcentuales por debajo de lo local, esto se debe en parte al gran número de nacimientos que se registran en lo local.

1.2.5. Fecundidad, Natalidad y Esperanza de vida

Los nacimientos en la localidad se han mantenido sin cambios bruscos de un año a otro, se concentra el 56% de los nacimientos en mujeres entre los 15-24 años de edad (10). La tasa global de fecundidad del 2001 y 2012 presento que por cada mujer durante toda su edad fértil se espera en promedio un total de 1.93 nacimientos situándose levemente por encima del promedio distrital el cual fue de 1.5 y siendo superada por la localidad de Bosa con una tasa de 2.01.

Comparada con Bogotá, Ciudad Bolívar tiene una mayor capacidad de renovación en su población ya que durante el año 2012 en promedio en la ciudad se presentaron 12.77 nacimientos por cada 1.000 habitantes, en la localidad se presenta un promedio de 16.7 nacimientos por cada 1.000 habitantes.

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 Ciudad Bolívar la edad media de embarazo se encuentra en los 26 años con extremos entre los 10 y 54 años de edad. (Tabla 2).

Tabla 2. Tasa de fecundidad por grupo quinquenal de las mujeres que habitan en la localidad de Ciudad Bolívar por 1000 nacidos vivos 2012.

Edad de la madre	Población de mujeres	Número de nacimientos	Tasa de fecundidad por 1000 nacidos vivos
10 a 14 años	31993	87	2,7
15 a 19 años	31551	2.854	90,5
20 a 24 años	27803	3.340	120,1
25 a 29 años	27530	2.310	83,9
30 a 34 años	28052	1.444	51,5
35 a 39 años	24353	624	25,6
40 a 44 años	21211	219	10,3
45 a 49 años	20179	15	0,7
50 a 54 años	17579	7	0,4

Fuente: Estadísticas vitales Secretaria Distrital de Salud año 2012.

La tasa general de fecundidad brinda un panorama de las condiciones de reproducción de una población centrado en las mujeres en edad fértil. Para el año 2012 se presentó una tasa de 47.34 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil, siendo la segunda más alta del distrito con una leve reducción respecto al año 2011. La esperanza de vida se define como el número promedio de años que vivirían los integrantes de una cohorte hipotética de personas.

Entre el 2005-2010 se estimó para Ciudad Bolívar que en promedio las mujeres tendrían 75 años de vida y los hombres 68, desde el momento de su nacimiento. (Tabla 3). Esta relación aumentará levemente para el quinquenio 2010-2015 siempre y cuando se mantengan las tendencias de mortalidad que fueron observadas en los censos y registros de defunciones y que sirvieron de insumo para elaborar dicha proyección en 2005.

Tabla 3. Esperanza de vida al nacer 2011.

Años	Esperanza de vida al nacer (años)		
	Hombres	Mujeres	Total
2005-2010	67,28	75,25	71,17

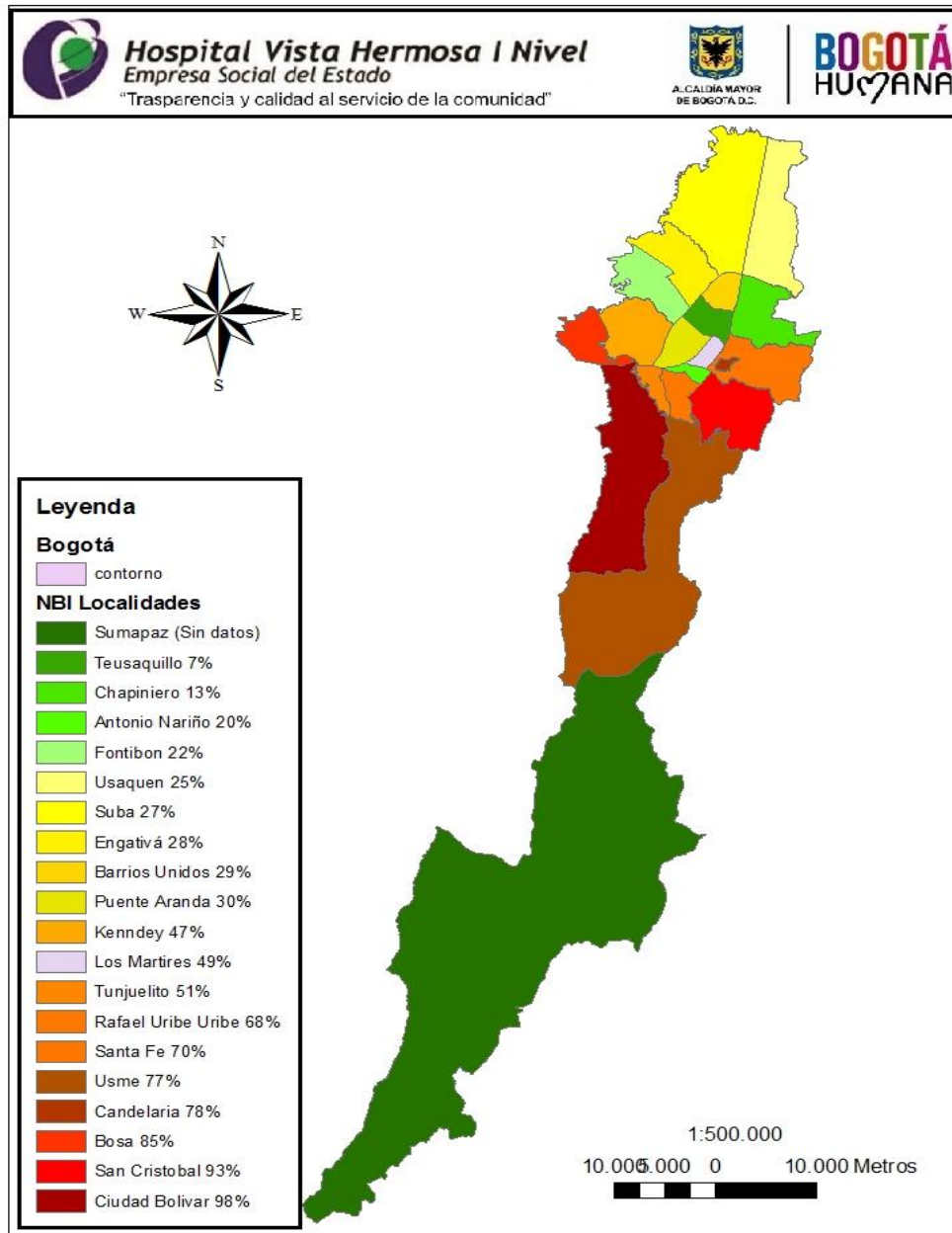
Fuente: Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011

1.3. Indicadores Sociales

Para el análisis de la pobreza y las condiciones sociales se diseñó en el Distrito 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. Datos revelados por el Distrito en el Método Integrado de Pobreza Multidimensional (MIPM) (11).

A continuación se relaciona el mapa de la ciudad en el cual se evidencian las condiciones de Necesidades Básicas insatisfechas (Mapa 3). Distribuidas en las diferentes localidades de Bogotá, cabe aclarar que dichos datos son del año 2011 porque es este el año en el que se logra consolidar la información del distrito y aún no ha tenido una actualización oficial.

Mapa 3. Necesidades básicas insatisfechas y línea de pobreza para Bogotá comparada entre localidades 2011.



Fuente: Encuesta Multipropósito para Bogotá SDP Año 2011.

El porcentaje de personas que poseen necesidades básicas insatisfechas (NBI) en Ciudad Bolívar es el más alto de la ciudad sobrepasando en 4.6 puntos porcentuales al total de Bogotá; de igual forma las personas pobres por ingresos cuentan con un alto porcentaje superado solamente por la localidad de Usme. Estos datos contrastan con la percepción que tiene la población frente a la pobreza, según la Encuesta Multipropósito de Bogotá 2011, el 33.9% de la población se considera pobre en la localidad mientras que en la ciudad es el 24.3%.⁽⁵⁾ Del 9.8% de la población que presenta un NBI en la localidad, el 51% (32.383) se debe a condiciones de hacinamiento crítico y el 36% (22.468) a la alta dependencia económica⁽¹¹⁾.

1.31. Nivel de ingreso; línea de pobreza e indigencia

La línea de pobreza (LP) permite identificar a los hogares y personas que no cuentan con los ingresos suficientes para adquirir un conjunto de bienes y servicios para satisfacer sus necesidades elementales (4). El procedimiento parte de utilizar una Canasta Básica de Alimentos (CBA) y ampliarla con la inclusión de bienes y servicios no alimentarios (vestimenta, transporte, educación, salud, etc.) con el fin de obtener el valor de la Canasta Básica Familiar.

Los resultados de la EMB 2011, muestran que el 17.3% de personas en la ciudad, se encuentra en pobreza por ingresos, y el 4% se encuentra en indigencia por ingresos, lo cual corresponde a 1.287.982 personas pobres y 300.453 personas en condiciones de indigencia por ingresos.

Las localidades que tienen más personas pobres por ingresos fueron Usme (34.1%), Ciudad Bolívar (32.2%) y San Cristóbal (30.2%). A su vez, las localidades con mayores porcentajes de población en indigencia por ingresos son: La Candelaria (8.9%), San Cristóbal (6.7%), Usme (6.5%), Los Mártires (6.4%), Santa Fe (6.2%), Ciudad Bolívar (5.9%), Rafael Uribe Uribe (4.9%) y Bosa 4.8%), las cuales presentan porcentajes superiores al promedio del área urbana de la Ciudad (4%)⁽¹¹⁾.

1.3.2. 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: acceso y calidad de servicio: 27.4% educación y capital humano: 39.4%; tamaño y composición del hogar: 20.2%; calidad de la vivienda: 12.9%.

La suma de estos valores determina el ICV ya sea de una persona o de una población. Para el caso de la localidad el ICV calculado en el año 2011 es de 86.9% siendo el más bajo del distrito junto a Usme, en contraste con localidades como Usaquén (95.4), Teusaquillo (97.0) y Chapinero (97.5).

1.3.3. Concentración del ingreso

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 0.542 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.

1.3.4. Pobreza Multidimensional

El índice de pobreza multidimensional – IPM - refleja las carencias o privaciones en las condiciones básicas que requieren los hogares de una sociedad para alcanzar el bienestar. El IPM es el producto de dos partes la primera corresponde al porcentaje de personas que son pobres llamado – Incidencia – y la segunda, la – Intensidad – corresponde a la media o promedio de las privaciones. Esta combinación, por tanto, revela el grado de privaciones que sufre un hogar o persona de forma simultánea así como la proporción en que los hogares o personas se ven privados de estas condiciones.

Según los resultados de la EMB para Bogotá 2011, la incidencia o proporción de hogares pobres multidimensionales disminuyó al pasar de 21,9% en 2007 a 12,8% en 2011. Adicionalmente, la intensidad pasó de 26.5% en 2007 a 25% en 2011, indicando que en promedio los hogares bogotanos presentaron menos privaciones. Como resultado de la combinación de estos dos factores (incidencia e intensidad) el IPM disminuyó de 5.8% en el año 2007 y aumento a 3.2% para el año 2011.

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.

1.3.5. Capacidad de pago

De acuerdo con los resultados de la EMB del 2011, en Bogotá el 18.7% de los hogares afirma que sus ingresos no alcanzan para cubrir los gastos mínimos, el 56.5% dice que solo alcanza para cubrir sus gastos mínimos y el 24.9% afirma que cubre más que los gastos mínimos (11).

La percepción sobre los ingresos para la localidad de Ciudad Bolívar de un total de 169.545 hogares, el 28.9% (48.915 hogares) afirma que sus ingresos no alcanzan para cubrir los gastos mínimos, el 58.9% (99.782 hogares) dice que sus ingresos sólo alcanzan para cubrir los gastos mínimos y el 12.3% (20.847 hogares) reporta que sus ingresos cubren más que los gastos mínimos.

Al comparar los resultados de la Encuesta Multipropósito de Bogotá 2011 con la Encuesta de Calidad de Vida 2007, se presenta una mejoría en la percepción del poder adquisitivo de los ingresos entre 2007 y 2011, pues se disminuye la tasa de crecimiento del porcentaje de la población que considera que sus ingresos son insuficientes para cubrir los gastos y aumenta la población que considera que su ingreso cubre más de los gastos mínimos.

1.3.6. Mercado Laboral

Los principales indicadores de mercado laboral que se tienen en cuenta son la Población en Edad de Trabajar (PET), definida como la población de 12 años y más en la zona urbana, que para el caso de Ciudad Bolívar es de 483.700 personas. La PET se clasifica en Población Económicamente Activa (PEA), es decir las personas que trabajan o están buscando trabajo y la Población Económicamente Inactiva (PEI). A su vez, la PEA está conformada por las personas en edad de trabajar que trabajan (ocupados) y los que desean trabajar (desocupados).

Las localidades con mayor PEA en la ciudad son Suba (14.9%), Kennedy (14.1%) y Engativá (11.6%), que también son las localidades con mayor población ocupada y La PEA en Ciudad Bolívar fue de 292.396 personas. La población ocupada en la localidad de Ciudad Bolívar fue de 258.902 personas frente a 33.494 personas desocupadas. El número de ocupados en la localidad represento el 7.4% del total de ocupados en la ciudad y los desocupados representaron el 10.2% del total en la ciudad.

1.3.7. Tasa de ocupación y de desempleo

La Tasa Global de Participación (TGP) entendida como la relación porcentual entre la PEA y la PET, alcanzó 63.4% en la ciudad, siendo más alta en Santa Fe (67.9%),

Chapinero (66.4%) y Kennedy (66%). En Ciudad Bolívar 11.5% y San Cristóbal 11.3% se presentan las mayores tasas de desocupación. La TGP fue de 60.4% en Ciudad Bolívar. En esta localidad el 53.5% de la PET trabajó al menos una hora en la semana anterior a la realización de la encuesta (Tasa de Ocupación). La tasa de desempleo fue de 11.5%, siendo la cuarta localidad con la mayor tasa de desempleo en la ciudad.

1.3.8. Situación Malla vial

Subsistema metropolitano: Avenidas Alameda del Sur, Bosa, Ciudad de Villavicencio y Jorge Gaitán y Avenida del Ferrocarril del Sur. Subsistema vial de integración ciudad – región: Las Avenidas Boyacá, del Sur y Circunvalar del Sur. Las Avenidas Camino a Pasquilla y Autopista al Llano y la Avenida Ferrocarril conectan los municipios aledaños con la avenida Longitudinal de Occidente y con la Avenida Circunvalar del Sur. La Autopista al Llano comunica a la ciudad y a Ciudad Bolívar con la zona oriental del país.

Malla arterial complementaria es de soporte básico para el transporte privado y para las rutas alimentadoras de los sistemas de transporte masivo y son Avenida Camino de la Horqueta, Avenidas Bacatá, Mariscal Sucre, Tunjuelito y San Francisco. Malla vial intermedia, permite el acceso y la fluidez de la ciudad a escala zonal. La malla vial local permite el acceso a las viviendas. El 80% vías secundarias en mal estado, son vías de pendientes de hasta 40 grados, en época de invierno facilita las corrientes de aguas lluvias hacia la parte plana y en época de sequía gran cantidad de material participado.

1.3.9. Equipamientos de recreación, deportes y parques

Agrupada, entre otros, a los estadios, coliseos, polideportivos, clubes deportivos, clubes campestres deportivos y recreativos, hipódromos, autódromos, piscinas, clubes privados e instalaciones privadas que contemplan 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 (Mapa 4).

1.3.10. Cobertura y calidad de servicios públicos

Bogotá se ha caracterizado por ser una ciudad que posee altas tasas de cobertura en servicios públicos domiciliarios, según la EMB 2011, y a excepción del servicio de gas natural, el acceso a cada uno de los servicios supera el 99% manteniendo las tasas registradas en 2007 (6).

De los 169.545 hogares residentes en la localidad el 99.9% (169.315) tienen cubierto: el servicio público de acueducto, el 99.8% (169.163 hogares) los servicios de alcantarillado, el 100% (169.545 hogares) el servicio de recolección de basuras, el 99.0% (167.826 hogares) el servicio de energía y el 94.6% (160.371 hogares) el servicio de gas natural. El promedio de pago mensual en servicios de la ciudad es de \$127.427, equivalente al 2.5% de los ingresos. Las localidades que presentan menor pago promedio mensual en servicios públicos son Bosa (\$80.347). Usme (\$82.748) y Ciudad Bolívar (\$82.434) que está por debajo del promedio para el total Bogotá. El gasto promedio mensual en acueducto fue de \$28.936, en energía eléctrica \$38.964 y en gas natural de \$14.602.

1.3.11. Condiciones de Vivienda y habitabilidad

Durante el 2007 el 58.5% de las familias que habitaban la localidad tenían vivienda propia, bien fuera completamente pagada ó en proceso de pago, para el año 2011 esa cifra disminuyó al 51.3% lo que implica que aumentó el número de familias que viven en arriendo o en usufructo(6). Por su proceso histórico, predomina la vivienda de autoconstrucción tipo casa con el 63.5% siendo alto con respecto a Bogotá.

Para el cálculo del déficit de vivienda se toman en cuenta las carencias cuantitativas y cualitativas que éstas presentan (6). En primer lugar, se calcula las viviendas existentes suficientes para albergar a la totalidad de la población y en segundo lugar, se cuantifica el número de viviendas que no cumplen con estándares mínimos de calidad adecuada a sus habitantes.

Las localidades que presentan la mayor cantidad de hogares con déficit de vivienda son Ciudad Bolívar (23.7%), Usme (22.1%), San Cristóbal (20.3%), Bosa (17.9%) y Tunjuelito (17.5%). Respecto al déficit cuantitativo son las localidades de: Ciudad Bolívar (14.3%), San Cristóbal (10.3%) y Usme (9.3%); las localidades que presentan mayor número de viviendas que carecen de estándares mínimos de calidad son Usme (12.8%), Tunjuelito (11.1%), Bosa (10.5%) y San Cristóbal (10%).

1.3.12. Educación

Durante el año 2010 la PEE fue de 1.619.932 estudiantes de los cuales 1.605.658 se encontraban vinculados a un establecimiento educativo. Esto permitió establecer una Tasa de Cobertura Bruta de 99.1%. Las localidades con las mayores tasas de cobertura bruta son La Candelaria (250.2%), Tunjuelito (142.0%), Los Mártires (139.3%) y Teusaquillo (127.3%). Las menores tasas se presentaron en: Sumapaz (71.8%), Ciudad Bolívar (81.2%) y Barrios Unidos (83.6%); es importante recordar que es por matrícula y no por área de influencia.

En cuanto a matrículas, el dato oficial actualizado es del año 2010; la matrícula total en Bogotá ascendió a 1.605.658 estudiantes, de la cual el 63.9% corresponde a instituciones de carácter oficial, Ciudad Bolívar ocupó el tercer puesto en número de estudiantes matriculados en el sector oficial con 121.221 personas, equivalente al 11.8% del total de Bogotá.

Las localidades que presentan un mayor porcentaje de población, son: Teusaquillo con el 100%; Antonio Nariño con el 99.3%; Fontibón con el 99.2%; Puente Aranda con el 99.1% y Engativá con el 98.7%. Las localidades con menores porcentajes de población adolescente estudiando son Santa Fe con el 95%; Kennedy con el 95.8%; La Candelaria con el 96% y Ciudad Bolívar con el 96,1%.

Según los resultados de la EMB 2011 Bogotá presenta una tasa de analfabetismo del 1,6% (91.793) en personas mayores de 15 años (mujeres 1,9% y hombres 1,3% para hombres), las localidades con las tasas de analfabetismo que superan a la de Bogotá son: Usme (3,6%), Ciudad Bolívar (2,9%) y San Cristóbal (2,8%). Para Ciudad Bolívar el 2,4% correspondiente a la tasa de analfabetismo en hombres y el 3,4% en mujeres (12). El número de colegios de la localidad asciende a 77 en 2012 (Tabla 5). Estos se distribuyen en 39 colegios oficiales distritales, 35 colegios en convenio y 3 en concesión. Así mismo, la oferta educativa fue 99.934 cupos en colegios oficiales distritales, 18.129 cupos en colegios en convenio y 3.367 cupos en colegios en concesión. (Mapa 4.).

1.3.13. Consumo cultural

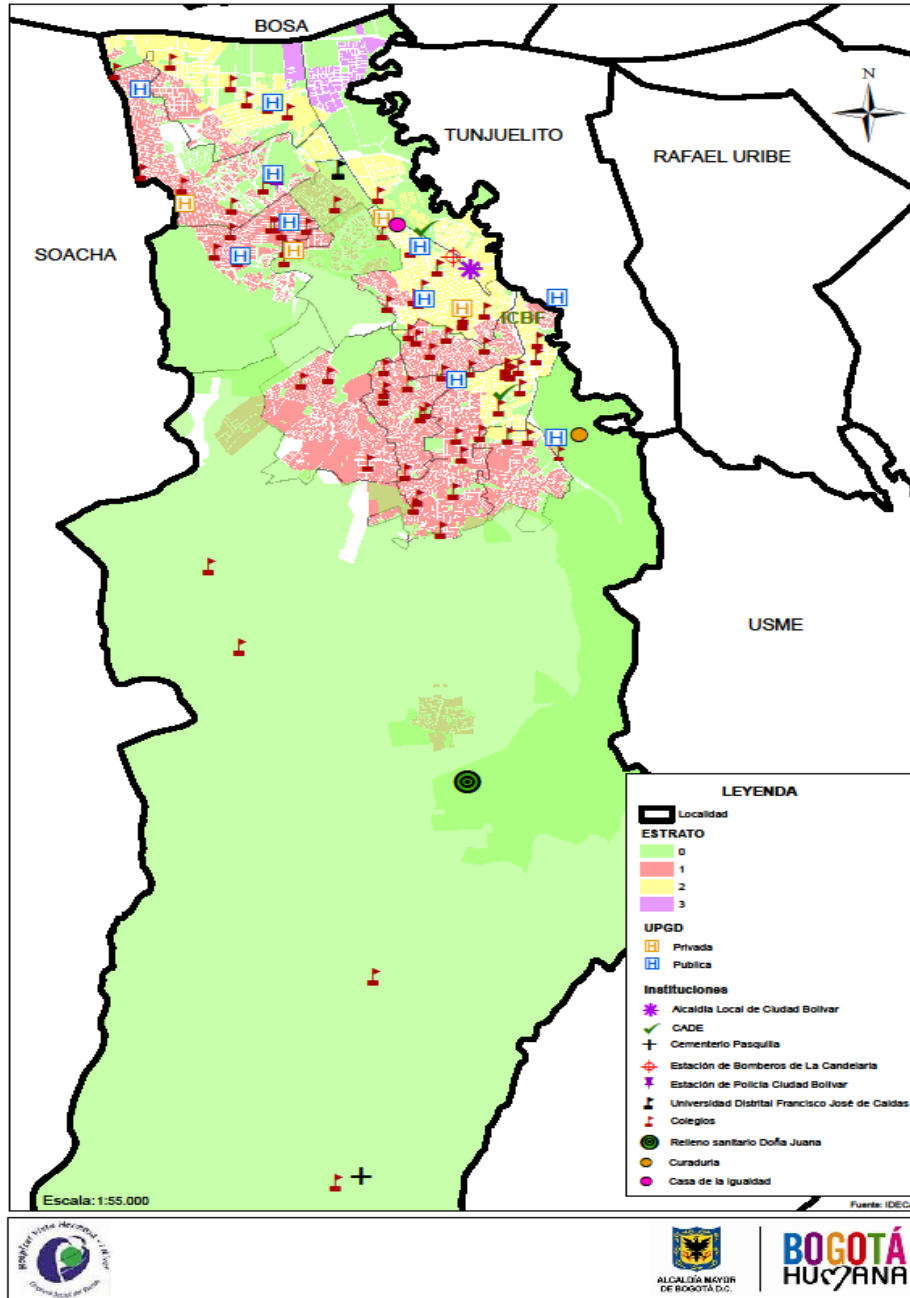
Comprender el consumo cultural como parte de la calidad de vida de las personas y está a su vez relacionada con la salud de la población, permite identificar los niveles de inequidad y de segregación que se presentan en los diferentes grupos sociales. En comparación a los países europeos, tanto Bogotá como Ciudad Bolívar se encontraron relegadas en el hábito de la lectura y en la adquisición de libros; en las lecturas de más de una vez por semana Bogotá aventaja a Ciudad Bolívar: 7.8% y



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

6.09% respectivamente. Para el 54% de la población de la localidad no es importante el acceso a la música, a la lectura o al cine, es un indicador que muestra que la lectura no es una actividad que se realice de manera periódica (7).

Mapa 4. Colegios Distritales, UPGDs e instituciones en la localidad de ciudad Bolívar 2012.



Fuente: Equipo ASIS Hospital Vista Hermosa 2012.

1.4 Perfil salud enfermedad de la localidad de Ciudad Bolívar

Si la salud y la enfermedad son construcciones históricas y sociales resultado de las interacciones sociales, biológicas, culturales, de programas políticos como es el tipo de afiliación en salud. El número de muertes evitables que se presentan, es una de las medidas con las que se identifica el nivel de avance que posee una población en materia de derechos y garantías; si se presenta menor número de muertes mejor evidencia de programas de salubridad y condiciones de calidad de vida de un territorio.

A continuación se describe la situación de mortalidad y de morbilidad para cada etapa de ciclo vital del año 2012 obtenidos de la información que arrojan los certificados de defunción, los registros de las consultas externas, hospitalización y urgencias, así como de los subsistemas de información de la vigilancia en salud pública en que los centros médicos y privados aportan con la notificación en cada uno de los subsistemas.

1.4.1 Morbilidad atendida (consulta externa, hospitalización y urgencias)

En la localidad de Ciudad Bolívar el Hospital Vista Hermosa cuenta con 14 UPGDs (unidad primaria generadora de datos) de las cuales se obtuvo la información por medio de los RIPS (registro individual de prestación de servicios) para identificar cuáles fueron los diagnósticos médicos que se presentaron con mayor frecuencia en la población atendida por sexo y ciclo vital. (Tabla 4).

Tabla 4. Primeras causas de Consulta externa, Hospitalización y Urgencias de los centros de atención del Hospital Vista Hermosa por sexo y ciclo vital año 2012.

CONSULTA EXTERNA			HOSPITALIZACION			URGENCIAS		
INFANCIA			INFANCIA			INFANCIA		
SEXO	F	M	SEXO	F	M	SEXO	F	M
	6021	5987		556	697		4545	5050
Diagnostico	n	%	Diagnostico	n	%	Diagnostico	n	%
Rinofaringitis resfriado comun	5522	14,8	Bronquiolitis Aguda No especificada	552	22,2	Rinofaringitis aguda	3713	14,4
Parasitosis intestinal sin otra especificacion	3315	8,9	Enfermedades de la traquea y de los bronquios	298	12,0	Diarrea Y Gastroenteritis de Presunto Origen Infeccioso	2520	9,8
Dermatitis Atopica No especificada	1954	5,2	Neumonia no especificada	207	8,3	Bronquiolitis aguda	1704	6,6
Dermatitis No especificada	1217	3,3	Diarrea y Gastroenteritis de Presunto Origen Infeccioso	196	7,9	Amigdalitis Aguda especificada	1658	6,4
ADOLESCENCIA			ADOLESCENCIA			ADOLESCENCIA		
SEXO	1199	773	SEXO	67	7	SEXO	491	165
Cefalea	675	6,5	Infeccion de las vias urinarias sitio no especificado	32	12,2	Infeccion de las vias urinarias sitio no especificado	245	7,2
Parasitosis intestinal sin otra especificacion	626	6,0	Parto unico espontaneo, presentacion cefalica de vertice	23	8,7	Amigdalitis Aguda especificada	173	5,1
Rinofaringitis resfriado comun	378	3,6	Amenaza de aborto	10	3,8	Otros dolores abdominales y los no especificados	133	3,9
Otros dolores abdominales y los no especificados	293	2,8	Apendicitis aguda no especificada	9	3,4	Dolor pelvico perineal	105	3,1
JUVENTUD			JUVENTUD			JUVENTUD		
SEXO	2747	202	SEXO	594	8	SEXO	1785	86
Cefalea	1169	7,5	Parto unico espontaneo, presentacion cefalica de vertice	422	32,8	Infeccion de las vias urinarias sitio no especificado	717	7,3
Vaginitis aguda	685	4,4	Infeccion de las vias urinarias sitio no especificado	120	9,3	Dolor pelvico perineal	524	5,3
Infeccion de las vias urinarias sitio no especificado	583	3,7	Parto unico espontaneo, sin otra especificacion	33	2,6	Otros dolores abdominales y los no especificados	331	3,4
Amenorrea sin otra especificacion	512	3,3	Amenaza de aborto	27	2,1	Amenaza de aborto	299	3,0
ADULTEZ			ADULTEZ			ADULTEZ		
SEXO	12997	2903	SEXO	282	58	SEXO	1673	413
Hipertension Esencial (primaria)	9589	14,858143	Infeccion de las vias urinarias sitio no especificado	126	8,092	Infeccion de las vias urinarias sitio no especificado	828	6,5
Cefalea	2727	4,2254831	Parto unico espontaneo, presentacion cefalica de vertice	98	6,294	Diarrea y Gastroenteritis de Presunto Origen Infeccioso	476	3,8
Lumbago no especificado	1808	2,8014937	Trastornos afectivos Bipolar, episodio manico presente	61	3,918	Hipertension esencial (primaria)	448	3,5
Hipotiroidismo No especificado	1776	2,7519098	Trastornos afectivos Bipolar, actualmente en remision	55	3,532	Amigdalitis Aguda especificada	334	2,6
Gastritis no especificada	1724	2,6713358	Esquizofrenia Paranoide	53	3,404	Lumbago no especificado	329	2,6
VEJEZ			VEJEZ			VEJEZ		
SEXO	17551	7881	SEXO	224	110	SEXO	914	532
Hipertension Esencial (primaria)	20368	49,894665	Enfermedad Pulmonar Obstructiva cronica con exacerbacion Aguda	128	14,11	Hipertension esencial (primaria)	615	13,3
Enfermedad Pulmonar Obstructiva cronica No especificada	3416	8,3680368	Enfermedad Pulmonar Obstructiva cronica No especificada	78	8,6	Enfermedad Pulmonar Obstructiva cronica con exacerbacion Aguda	373	8,1
Diabetes mellitus No insulinodependiente sin mención de complicacion	954	2,3369752	Hipertension esencial (primaria)	65	7,166	Enfermedad Pulmonar Obstructiva cronica No especificada	231	5,0

Fuente: Hospital Vista Hermosa, RIPS 2012.

1.4.1.1. Consulta externa

Durante el año 2012 se atendieron por el servicio de consulta externa, 168.698 personas, de los cuales el (n= 115.415) 68.4% son mujeres y el (n= 53.283) 31% son hombres. En los ciclos vitales infancia y adolescencia, se identificaron en el diagnóstico el resfriado común, como uno de los eventos que presentó mayor frecuencia, así mismo en el ciclo vital infancia se presentan dos diagnósticos de dermatitis, atópica y no especificada. En los ciclos de adultez y vejez se presentó el diagnóstico de hipertensión arterial, lo cual es preocupante ya que la frecuencia de esta enfermedad es considerable en estos dos ciclos vitales. Así mismo, se evidenció enfermedades crónicas en el ciclo vital vejez: EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y Diabetes.

1.4.1.2. Hospitalización

Para el año 2012 se atendieron, por este servicio, 6.497 personas de las cuales el (n= 4.006) 61.6% son mujeres y el (n= 2491) 38.3% son hombres. En el ciclo vital de infancia se evidencia que las enfermedades respiratorias son la mayor causa de hospitalización, ya que de los cuatro diagnósticos identificados con mayor frecuencia, tres están relacionados con estos eventos. Se identificó un diagnóstico que se presenta en los ciclos de adolescencia, juventud y adultez, que está relacionado con la gestación parto único espontaneo, en los ciclos de juventud y adolescencia se identificó amenaza de aborto. En el ciclo de vejez las causas de hospitalización más frecuentes fueron enfermedades crónicas hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

1.4.1.3 Urgencias

Durante el año 2012 se atendieron por el servicio de urgencias a 56.266 personas de las cuales el (n= 33.812) 60% son mujeres y el (n= 22.452) 40% son hombres. Para el ciclo vital infancia las enfermedades respiratorias fueron las causas que se presentaron con mayor frecuencia para este servicio. En los ciclos juventud, adolescencia, adultez y vejez se identificó como causa de urgencias la infección de las vías urinaria y en el ciclo adultez se identificó la hipertensión arterial como causa de consulta de urgencias en mayor proporción comparada con los demás diagnósticos.

1.4.2 Eventos de interés en salud Pública

Durante el año 2012, por localidad de residencia, se notificaron al sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA) del Hospital Vista Hermosa, 6.836 eventos, la distribución por sexo fue de (n= 3.390) 49.6% hombres y (n= 3.445) 50.4%, mujeres,

es decir, la distribución fue homogénea por sexo y el ciclo vital que tuvo mayor notificación fue la infancia con el (n= 3894) 56.9%. De los 10 eventos que mayor frecuencia de notificación tuvo durante el año 2012, el primero es agresiones por animales potencialmente transmisores de la rabia en este caso por caninos y felinos identificando que existe tenencia inadecuada de animales en la localidad ya que estos permanecen fuera de las viviendas (Tabla 4). En lo concerniente al régimen de salud (n= 3.671) 53% son de régimen contributivo y el (n= 3.671) 32.2% son subsidiados, en las UPZs. donde se presentó mayor notificación de eventos fue en Lucero (n= 1.789) 26%, seguido por Ismael Perdomo (n= 1.494) 21.8%.

Tabla 4. Diez primeros eventos notificados al SIVIGILA en la localidad de Ciudad Bolívar por sexo, etapa de ciclo en el año 2012.

EVENTOS	Infancia		Adolescencia		Juventud		Adulthood		Vejez		TOTAL
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	211	363	48	74	89	99	200	199	62	55	1400
BAJO PESO AL NACER	1	0	13	0	56	0	38	0	0	0	108
ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	101	122	1	1	5	3	7	5	3	3	251
INTOXICACION POR FARMACOS	11	5	22	9	22	12	26	15	1	3	126
INTOXICACION POR OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS	8	16	7	8	18	12	11	12	1	1	94
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	3	0	13	0	79	0	71	0	0	0	166
PAROTIDITIS	57	86	38	34	30	37	45	30	3	0	360
SIFILIS GESTACIONAL	1		13	0	57	0	33	0	0	0	104
TOS FERINA	158	217	0	0	20	5	10	3	0	0	413
VARICELA INDIVIDUAL	1028	1095	69	73	137	125	79	118	0	2	2726

Fuente: Bases oficiales Secretaria Distrital de Salud, SIVIGILA 2012.

1.4.3 Mortalidad general

Las 5 principales causas de mortalidad general presentadas en la localidad de Ciudad Bolívar durante los años 2006 a 2011, se puede determinar que las primeras causas durante este periodo de tiempo son constantes, entre las cuales se encuentran enfermedades isquémicas del corazón, homicidios, enfermedades cerebro vasculares y enfermedades crónicas de las vías respiratorias.

La información suministrada por la secretaria distrital de salud está con corte a 2011 y son datos oficiales. Para el año 2011 se presentaron 2017 mortalidades en la localidad de ciudad Bolívar. La tasa de mortalidad para la localidad en el año 2011 fue de 3.11 y para el año 2010 hubo 1956 mortalidades con una tasa de 3.15 por cada 1000 habitantes.

Para los menores de un año se presentaron 144 mortalidades, las tres primeras causas fueron: trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal (n=22) 15.3%, malformaciones congénitas del sistema circulatorio (n=22) 15.3% y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas (n=17) 11.8%.

Para las edades entre 1 y 4 años se presentaron 18 mortalidades entre las causas que se encontraron son neumonía (n=3) 16.7% y las demás causas tienen una frecuencia de 1 mortalidad en las que se encuentran septicemia, leucemia, meningitis, epilepsia etc. Para las edades entre 5 a 14 años se presentaron 21 mortalidades entre las causas se encuentran enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar (n=2) 9.52%, lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y secuelas (n=2) 9.52%, las demás mortalidades fueron septicemia, enfermedad por VIH (SIDA), tumor maligno, caídas, accidentes de motor etc.

Para las edades entre 15 a 44 años se presentaron 433 mortalidades entre las causas se encuentran agresiones (homicidios) y secuelas (n=170) 39.3%, accidentes de motor (n=19) 4.3% y enfermedad por VIH (SIDA) (n=17) 3.93%. Para las edades entre 45 a 59 años se presentaron 301 mortalidades entre las causas están enfermedades cerebrovasculares (n=29) 9.63%, enfermedades isquémicas del corazón (n=28) 9.63% y agresiones (homicidios) y secuelas (n=23) 7.64%. Para las edades 60 y más años se presentaron 1.100 mortalidades entre las causas están enfermedades isquémicas del corazón (n=229) 20.8%, enfermedades cerebrovasculares (n=105) 9.55% y enfermedades crónicas de las vías respiratorias (n=105) 9.55% y otras causas como Diabetes Mellitus, neumonía etc.

Ciudad Bolívar es la localidad que presenta mayor número de homicidios según medicina legal, ya que para el año 2012, en Bogotá hubo 1281 homicidios y Ciudad Bolívar aportó (n=239) 18.6%, seguido de Kennedy con (n=204) 15.9%, de los homicidios ocurridos en Ciudad Bolívar el 90% fueron hombres y el 10% fueron mujeres.

Por otra parte lo que se puede determinar es que se deben enfocar esfuerzos con el fin de disminuir estas cifras de mortalidad, ya que son las que se presentan con mayor frecuencia y lo que se ha logrado identificar es que los esfuerzos deben ser en

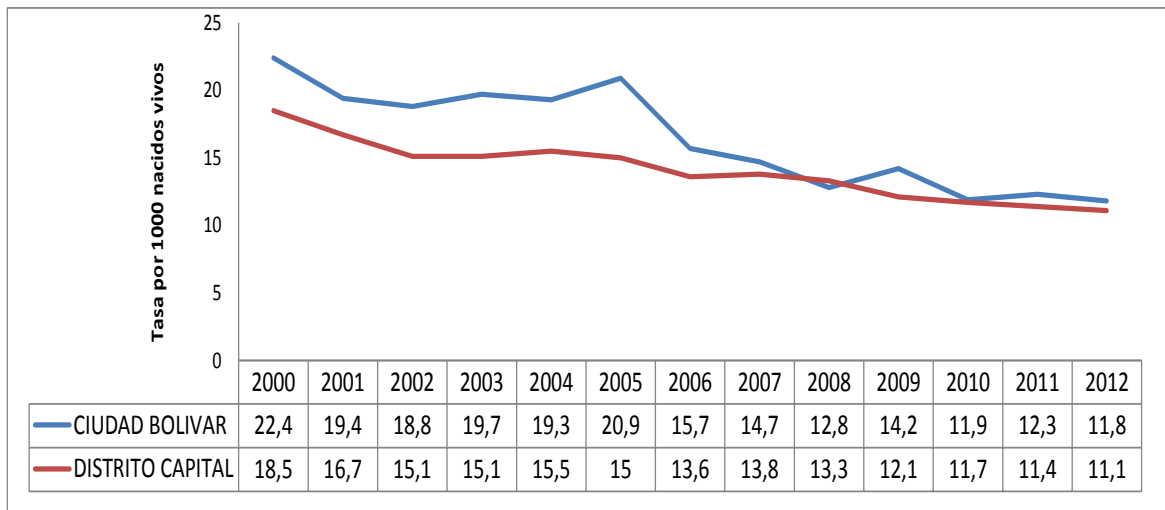
temas específicos tales como: hábitos saludables, actividad física, consumo de sustancias psicoactivas y enfermedades crónicas. Así mismo en Colombia existen dos picos respiratorios durante el año, por lo tanto durante estas épocas se deben realizar planes de contingencia con el fin de disminuir las mortalidades por enfermedades respiratorias.

1.4.6 Mortalidad infantil

Desde el año 2000 al 2012 se observa la tendencia al descenso en la tasa de la mortalidad infantil tanto en el Distrito como en Ciudad Bolívar (Gráfica 7), la meta de la administración distrital Bogotá humana a 2016 es reducir a 8 por 1000 nacidos vivos, en coordinación con los demás sectores de la administración distrital. Para el 2012 el Distrito y Ciudad Bolívar están por encima de la meta propuesta.

Para este año en la localidad se presentaron 127 mortalidades de las cuales el (n=67) 53.1% fueron hombres y el (n=60) 46.9% fueron mujeres, estas se presentaron en la UPZ Lucero (n=37) 29%, seguida de la UPZ Perdomo con el (n=23) 14%, (Mapa 5) de estas mortalidades, dos fallecieron en centros del Hospital Vista Hermosa. El régimen de afiliación a seguridad social fue (n=50) 39.7% contributivos, (n=50) 39.7% subsidiado, (n=1) 0.8% excepción, (n=1) 0.8% especial y (n=25) 19.8% no asegurados.

Gráfica 5. Tendencia de la tasa de mortalidad infantil en el Distrito y Ciudad Bolívar 2000- 2012.



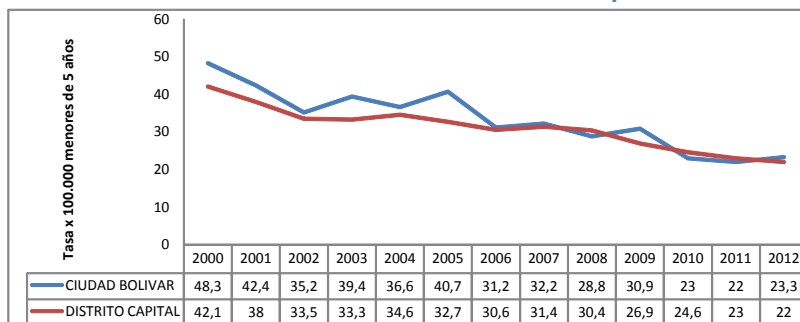
Fuente: Bases de datos SDS- DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. 2012.

1.4.7 Mortalidad en menor de 5 años

Desde el año 2000 se observa la tendencia a disminuir la tasa de mortalidad en menor de 5 años tanto en el Distrito como en la localidad de Ciudad Bolívar. La meta distrital al año 2016 es reducir a 15.7 por 100.000 menores de 5 años, en coordinación con los demás sectores institucionales. Sin embargo, para el año 2012 el Distrito y Ciudad Bolívar no están dentro de la meta propuesta (Gráfica 8).

Para este año en la localidad se presentaron 155 mortalidades en menores de cinco años, la distribución por sexo es de (n=85) 55.8% hombres y de (n=70) 45.1% mujeres, estas mortalidades se presentaron en las siguientes UPZs: Lucero (n=44) 28%, Perdomo (n=28) 18% y San Francisco (n=23) 14%. De estas mortalidades el régimen de afiliación a seguridad social fue contributivo (n=61) 48.4% subsidiados (n=59) 39.7%, excepción (n=2) 1.6%, especial (n=1) 0.8% y no asegurados. (n=32) 25.4%

Gráfica 6. Tendencia de la tasa de mortalidad en menor de 5 años en el Distrito y Ciudad Bolívar 2000-2012.



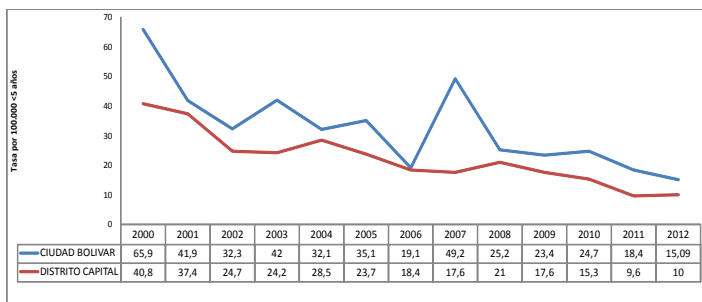
Fuente: Bases de datos SDS- DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. 2012.

Dentro de las mortalidades evitables en menores de cinco años, están incluidas las mortalidades por neumonía, desnutrición y por enfermedad diarreica aguda.

1.4.8 Mortalidad por neumonía en menor de 5 años

En la localidad de Ciudad Bolívar, en el año 2012, se presentaron 10 mortalidades por causa de neumonía, en el Distrito 60 es decir Ciudad Bolívar aportó el 16.6% de las mortalidades del Distrito, la distribución en la localidad por sexo fue hombres (n=6) 60% y mujeres (n=4) 40%, en las UPZs que se presentaron fueron: Lucero (n=5), Tesoro (n=2), Perdomo (n=2) y Monteblanco (n=1). El indicador planteado por la administración Distrital es reducir a menos de 9 la tasa de la mortalidad por neumonía en menor de 5 años; Ciudad Bolívar, para este año, hubo una tasa de 15, es decir está por encima seis puntos de la meta propuesta. (Gráfica 9). De estas mortalidades el régimen de afiliación a seguridad social fue contributivo (n= 3), subsidiado (n=5) y no asegurados (n=2).

Gráfica 7. Tendencia de tasa de mortalidad por neumonía en menor de 5 años en el Distrito y Ciudad Bolívar 2000- 2012.

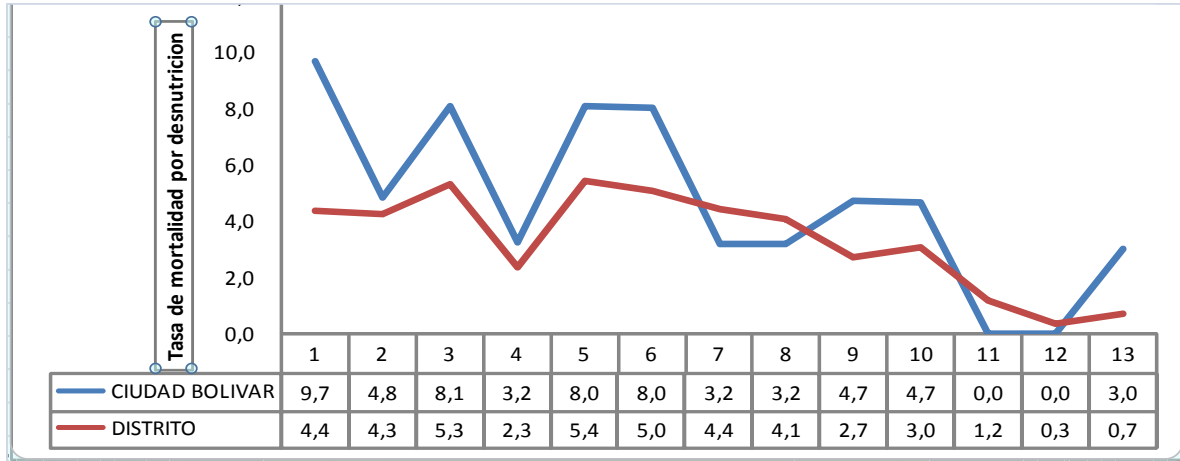


Fuente: Bases de datos SDS- DANE y RUAUF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. 2012

1.4.9 Mortalidad por desnutrición en menor de 5 años

Para el año 2012 se presentaron en el Distrito cuatro mortalidades por desnutrición de las cuales dos se presentaron en la localidad de Ciudad Bolívar es decir aportamos el 50% de estas mortalidades en el Distrito. Así mismo la meta de la administración Distrital es reducir a 1.5 la tasa de mortalidad por desnutrición en menor de 5 años y Ciudad Bolívar tuvo la tasa en 3, es decir se doblo el valor de la meta (Gráfica 10). De estas mortalidades el régimen de afiliación a seguridad social fue no asegurados.

Gráfica 8. Tendencia de tasa de mortalidad por Desnutrición en menor de 5 años en el Distrito y Ciudad Bolívar 2000-2012



Fuente: Bases de datos SDS- DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. 2012.

De las dos mortalidades por desnutrición una se presentó en la zona rural y otra en la UPZ Jerusalén, la distribución por sexo fue 50% hombres y 50% mujeres.

1.4.10 Mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menor de 5 años

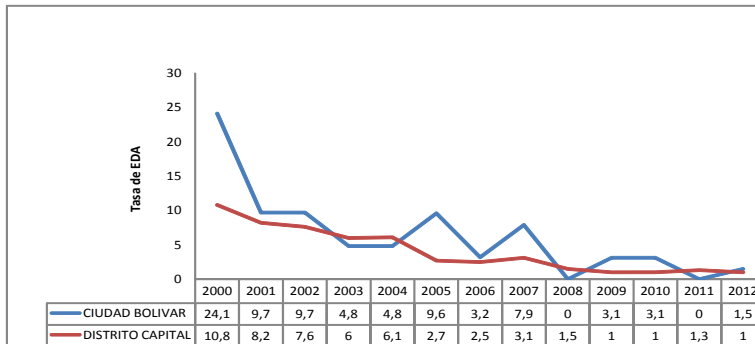
Para el año 2012 se presentaron seis mortalidades por enfermedad diarreica aguda (EDA) en el Distrito y en la localidad de Ciudad Bolívar se presentó una mortalidad es decir aportamos el 16.6% de las mortalidades en el Distrito por EDA La meta propuesta para el Distrito es Reducir a 1 por 100.000 menores de 5 años la mortalidad por enfermedad diarreica a 2016. Ciudad Bolívar presento una tasa de 1.5 es decir no se cumplió la meta propuesta, (Gráfica 11).La tendencia del Distrito como de la localidad es disminuir el número de casos anuales para este evento. El régimen de afiliación a seguridad social de la mortalidad fue no asegurado.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Hospital Vista Hermosa

Gráfica 9. Tendencia de tasa de mortalidad por EDA en menor de 5 años en el Distrito y Ciudad Bolívar 2000- 2012.



Fuente: Bases de datos SDS- DANE y RUA F Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012.

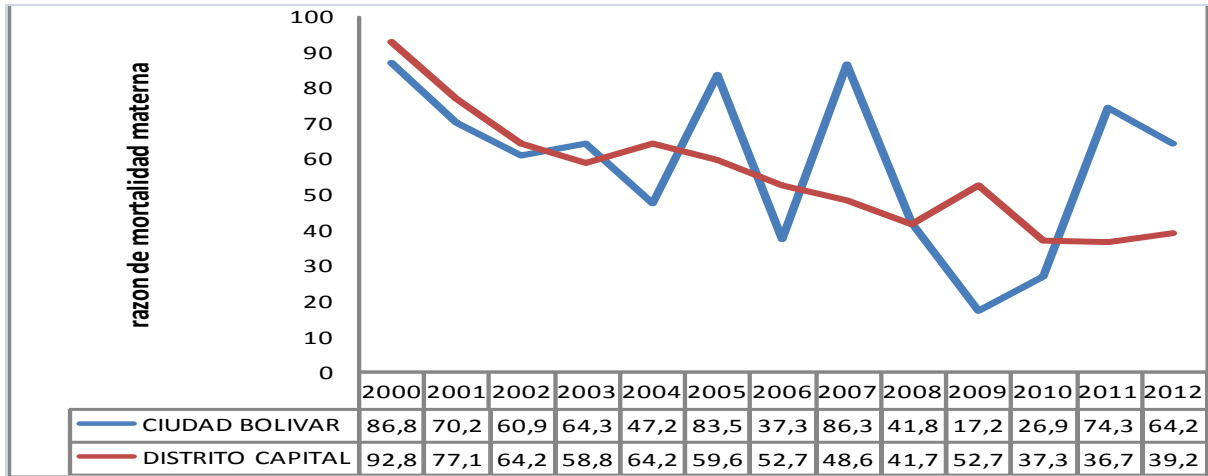
Esta mortalidad ocurrió en la UPZ Jerusalén (Mapa 5) en una mujer y la causa básica de muerte fue diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.

1.4.4 Mortalidad materna

En la localidad Se presentaron 7 mortalidades maternas en las UPZs: Lucero (n=3), San Francisco (n=1), Jerusalén (n=1), Perdomo (n=1), y (n=1) sin dato de UPZ (Mapa 5). De estas mortalidades, el régimen de afiliación a seguridad social fue (n=1) contributivo, (n=3) subsidiado y (n=3) no asegurados. La razón de mortalidad materna para el año 2012 en la localidad de Ciudad Bolívar fue de 64,2 mortalidades maternas por 100.000 nacidos vivos, la meta distrital es de 31 es decir para este año el Distrito y la localidad de Ciudad Bolívar no lograron estar dentro de la meta propuesta en el plan de desarrollo. (Gráfica 5).

Para la localidad durante este año hubo 10.900 nacidos vivos según información suministrada por el subsistema de estadísticas vitales y este es el numerador utilizado para los cálculos de este indicador.

Gráfica 10. Tendencia de razón de mortalidad Materna en el Distrito y Ciudad Bolívar 2000- 2012.

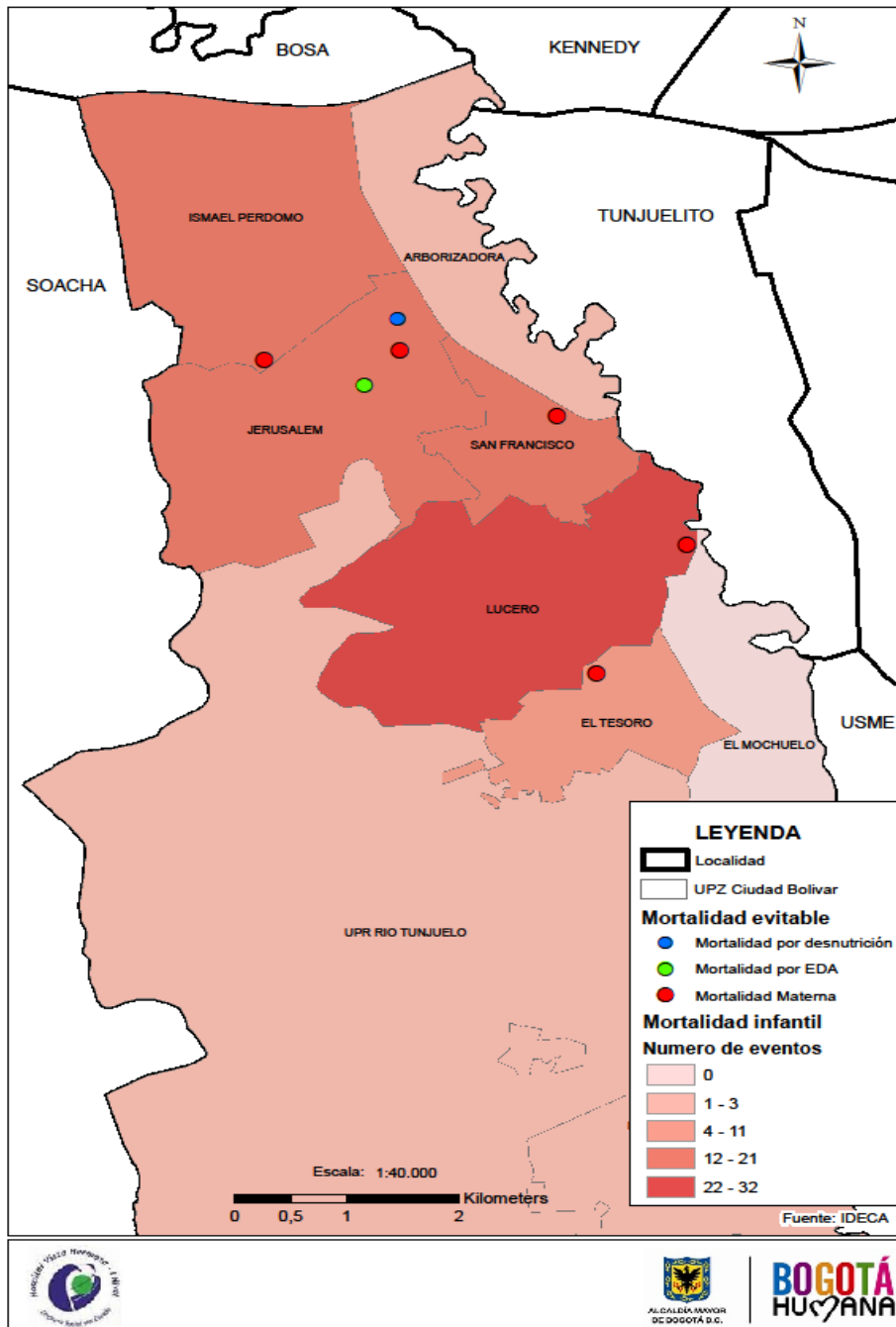


Fuente: Bases de datos SDS- DANE y RUA F -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. 2012.

Para el año 2012 la localidad de Ciudad Bolívar y la localidad de Bosa fueron las que presentaron el mayor número de mortalidades maternas y aportaron las dos el (n=13) 34,15% de las mortalidades del Distrito las cuales fueron 39.

En los comités de análisis de las mortalidades maternas que se realizaron en la Secretaria Distrital de Salud, para establecer los factores determinantes en torno a cada mortalidad tiene como objetivo generar insumos para formular correctivos. Estos comités se realizaron por medio de la metodología de las cuatro demoras: reconocimiento del problema, oportunidad de la decisión y de la acción, acceso a la atención y calidad de la atención. De las mortalidades maternas se identificó que las demoras que tienen mayor incidencia es la demora número 1 y la 4, en la número 1: se encontró desconocimiento de deberes en salud, desconocimiento en deberes y derechos sexuales, no se canalizan las gestantes al programa de planificación familiar, y en la 4 demora se encontró deficiente diligenciamiento de las historias clínicas, ineficientes programas de promoción y prevención, deficiencia en la remisión por falta de registro de diagnóstico del embarazo y la no adherencia a la guías clínicas.

Mapa 5. Mortalidades evitables en la localidad de Ciudad Bolívar 2012.



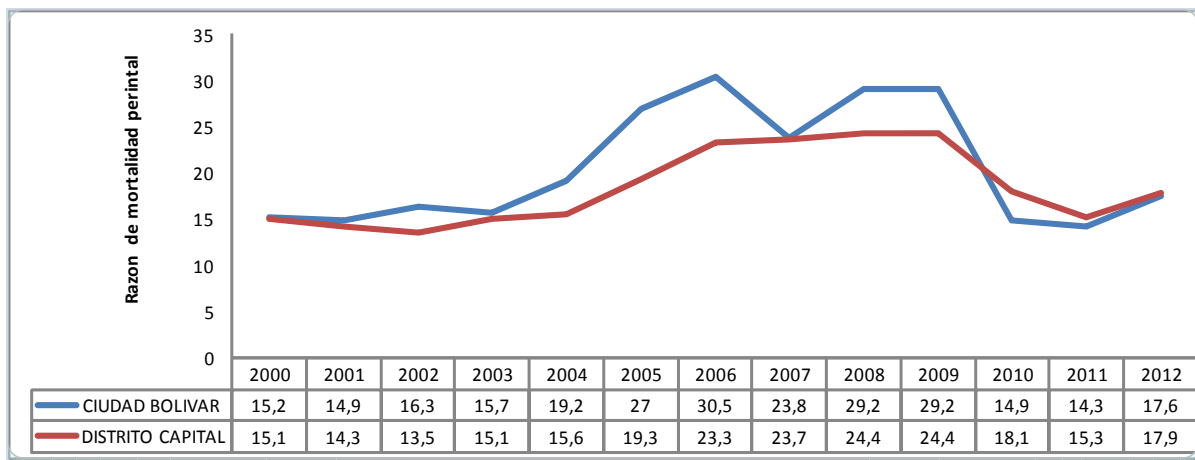
Fuente: equipo ASIS Hospital Vista Hermosa 2012.

1.4.5 Mortalidad perinatal

En la localidad hubo 192 mortalidades perinatales y fue la tercera localidad en presentar el mayor número de mortalidades, la primera fue Kennedy (n=363) seguida por Suba (n=273). En ciudad Bolívar se presentaron el mayor número de mortalidades en las UPZs Lucero (n=51) con el 23%, Perdomo (n=37) 15%, Jerusalén (n=37) 15% y San Francisco (n=27) 10%. De estas mortalidades el régimen de afiliación a seguridad social fue (n=75) contributivo, (n=84) subsidiado, (n=3) excepción y (n= 31) no asegurados y por ciclo vital según la edad de la madre (n=1) es del ciclo infancia, (n=13) son adolescentes, (n=87) juventud y (n=71) adultos.

La tasa de mortalidad perinatal para el año 2012 en la localidad de Ciudad Bolívar fue de 17.6, es decir por cada 1.000 nacidos vivos hubo 17 mortalidades perinatales, la meta distrital es reducir a 15 la mortalidad perinatal por cada 1.000 nacidos vivos. El comportamiento durante este año en la localidad como en el Distrito fue similar, es decir no se alcanzó la meta propuesta (Gráfica 6).

Gráfica 11. Tendencia de tasa de mortalidad perinatal en el Distrito y Ciudad Bolívar 2000- 2012.



Fuente: Bases de datos SDS- DANE y RUAFF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. 2012.

1.4.11 Actividad laboral

La Secretaría Distrital de Salud diseñó el Subsistema de vigilancia epidemiológica ocupacional de los y las trabajadoras en la economía informal (SIVISTRA) durante el año 2012 con el fin de proveer información para la generación de indicadores epidemiológicos que identifiquen el perfil patológico derivado de las condiciones de

trabajo de los y las trabajadoras de la economía informal. Por lo tanto en la localidad de Ciudad Bolívar se identificó la siguiente información de las UPGDs públicas y privadas así como de organizaciones informales. El equipo de tecnólogos en salud ocupacional realizó para todos los accidentes de trabajo la investigación del evento y construcción del árbol de las causas directas y básicas del accidente, estableciendo criterios de asociación entre estas y el accidente, por otro lado, los profesionales especializados atendieron las notificaciones de casos sospechoso de enfermedad profesional, con un abordaje osteomuscular y auditivo.

Este sistema de vigilancia se implementó en el nodo sur, es decir, las localidades de Tunjuelito, Usme y Ciudad Bolívar. Dentro de las unidades de trabajo informal intervenidas, se encuentran gran variedad de labores desarrolladas, como fábricas, ventas, comercialización, transformación de materias primas, manufacturas en puntos satélites entre otras. Se notificaron a 100 personas las cuales presentaron signos y síntomas por actividad laboral (Tabla 6). de las cuales el 44% son hombres y el 66% son mujeres, las horas semanales que los trabajadores informales destinan para el desarrollo la labor, ésta en un promedio de 40 a 60 horas semanales (6 a 8 de horas diarias). El régimen de afiliación en salud es de 27% contributivo, 71% subsidiado y 2% vinculado y el nivel educativo fue analfabeta 2%, primaria 33%, secundaria 36% técnico 27% y universitario 2%.

Tabla 5. Signos y síntomas de consulta por actividad laboral informal. Ciudad Bolívar.2012.

SIGNOS Y SINTOMAS	FRECUENCIA
DOLOR	48
INFLAMACION	15
PARESTESIAS	14
ESPASMO	3
SIGNOS NERVIOSOS	4
TOTAL	84

Fuente: Base de datos. SIVISTRA 2012.

De acuerdo al análisis de la variable de condiciones de trabajo, se identifican 43 trabajadores informales con exposición al factor de riesgo ergonómico, con presencia de signos y síntomas asociados en un 100% a dolor, 15 trabajadores inflamación, 14

con parestesias y 4 con presencia de signos nerviosos como “Tinel y Phalen”¹ y relacionando el segmento corporal de miembro superior para 39 trabajadores.

El 100% de la población notificada con caso sospechoso de enfermedad profesional cuenta con signos y síntomas asociados al oficio y la exposición implicada. Del total de los trabajadores con notificación de caso sospechoso de enfermedad profesional, 3 usuarios cuentan con diagnóstico médico y exámenes paraclínicos confirmatorios del síndrome de túnel del carpo. Así mismo es importante mencionar que 24 trabajadores manifestaron riesgos psicosociales que se encuentran relacionados con la monotonía de la tarea, jornada de trabajo, retribución económica, responsabilidades familiares, competencia laboral entre otras situaciones del contexto social del trabajador.

1.4.12 Salud sexual y reproductiva

En el sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA) durante el año 2012 se identificaron 73 mortalidades por el virus de inmunodeficiencia Humano (VIH) de las cuales el 23,2% son mujeres y el 76,7% son hombres, según el ciclo vital el 2.7% pertenece a adolescencia, el 39% son de juventud, el 56% son de adultez y 1,3% de vejez. De acuerdo el régimen de seguridad social el 50% son contributivos, el 32,8% son subsidiados, 1.3% excepción, 1.3% especial y 13.6% no asegurado.

Durante el año 2012 se presentaron en el Distrito 19.507 nacimientos en adolescentes y la localidad de Ciudad Bolívar es la localidad que tuvo el mayor número de nacimientos en adolescentes, 2.941, es decir la localidad aportó el 15.1% de los nacimientos de adolescentes del Distrito. La meta propuesta por la administración distrital es de reducir al 30% los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años, en coordinación y con apoyo de los demás sectores de la administración distrital, a 2016, para Ciudad Bolívar la prevalencia fue de 26.2 durante el 2012. Por otro lado, al subsistema de SIVIM fueron notificadas 32 gestantes menores de 14 años de las cuales el 6.25% fueron de 12 años, el 31.2% son de 13 años, y el 62.5% de 14 años.

Los eventos notificados de sífilis Gestacional al sistema de vigilancia fueron 104 de las cuales están ubicadas por UPZs de la siguiente manera: en la UPZ Arborizadora,

¹ **Signo de Tinel.** Se considera positivo si al realizar una percusión ligera sobre el trayecto del túnel del carpo en su región volar se producen disestesias o sensación de hormigueo, ya sea en el territorio del nervio mediano o irradiado en sentido proximal. **Signo de Phalen.** Este signo fue denominado inicialmente por Phalen como prueba de la flexión del carpo. En él los síntomas se originan mediante la flexión activa del carpo, la cual debe mantenerse por 60 segundos. Usualmente el paciente referirá hipoestesia o disestesias sobre el territorio del nervio mediano.

(n=4) 3.8%, San Francisco, (n=26) 25%, Lucero (n=38) 36.5%, en Tesoro (n=6) 5.8%, en Perdomo (n=20) 19.2% y Jerusalén (n=70) 9.6. Por ciclo vital se presentó el siguiente porcentaje de mujeres gestantes con sífilis: infancia 0,9%, adolescencia 12.5%, juventud 54.8% y adultez 31.7% y por régimen de seguridad social el 20% son contributivos, el 58% son subsidiados 17.3% no asegurados y el 3.8% son excepción y especial.

1.4.13 Salud mental

En el Hospital Vista Hermosa desde el componente de vigilancia en salud pública se monitorean los eventos de interés en salud mental, desde dos subsistemas de vigilancia, Sistema de vigilancia de violencia intrafamiliar y maltrato infantil (SIVIM) y el sistema de vigilancia epidemiológico de conducta suicida (SISVECOS). La información de estos dos subsistemas de vigilancia se obtiene de las UPGDs y Unidades informadoras institucionales y comunitarias de la localidad de Ciudad Bolívar.

1.4.13.1 Conducta Suicida

Para el año 2012 se presentaron 599 eventos de conducta suicida. (Tabla 7) de los cuales por régimen de afiliación el (n=207) 34.6% son contributivos, subsidiado el (n=351) 58.6%, excepción (n=1) 0.33%, especial (n=4) 0.83% y no asegurado el 6.18%. El (n=202) 33.8% son hombres y el (n=395) 66.1% son mujeres, según el estado civil el (n=389) 65% son solteros, el (n=121) 20.3% son de unión libre, el (n=27) 4.67% son casados, unión libre el (n=44) 7.35% separados el (n=7) 1.33% y viudo el (n=8) 1.50%.

Tabla 6. Conducta Suicida en Ciudad Bolívar por etapa de ciclo vital y sexo en el año 2012.

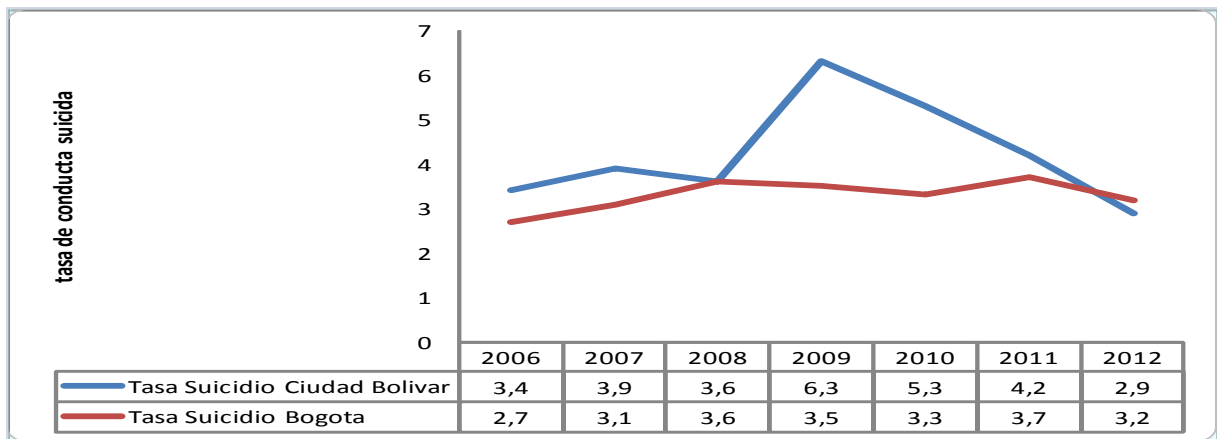
Etapas de ciclo vital 2012 SISVECOS	Ideación		Amenaza		Intento		Consumado		Total
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
Infancia	47	38	5	6	3	19	1	0	119
Adolescencia	41	46	0	9	16	66	2	1	181
Juventud	34	56	2	4	38	46	2	0	182
Adultez	12	21	1	8	21	39	3	1	106
Vejez	3	6	0	0	0	2	0	0	5
Total	137	167	8	27	78	172	8	2	599

Fuente: Base de datos SISVECOS 2012.

Para el año 2012 se identificaron 19 suicidios consumados de los cuales el 100% se presentaron en hombres según medicina legal. Sin embargo el Hospital Vista Hermosa tiene en cuenta lo notificado por las UPGDs y unidades informadoras por lo cual no existe concordancia con la información de medicina legal, pero la información oficial de los suicidios consumados es de Medicina Legal.

La meta distrital es reducir a 3.0 por cada 100.000 habitantes la tasa de suicidio, en coordinación con otros sectores del gobierno distrital, al 2016. Para el año 2012 la localidad presentó la tasa de mortalidad por conducta suicida de 2.9 por cada 100.000 habitantes y para el Distrito fue de 3.2, es decir, Ciudad Bolívar estuvo dentro de la meta propuesta por la administración distrital para el año 2012, así mismo se observa la tendencia de la localidad de Ciudad Bolívar a disminuir el número de casos de suicidios consumados desde el año 2009 al año 2012. (Gráfica 12).

Gráfica 12. Tasa de suicidios consumados en el Distrito y Ciudad Bolívar 2006-2012.



Fuente: base de datos SISVECOS Hospital Vista Hermosa 2012.

Los casos notificados al subsistema SISVECOS están relacionados con factores sociales como el desplazamiento, enfermedades crónicas, situaciones de estrés que se agudizan cuando hay familias numerosas con bajos ingresos económicos. En otros casos las madres asumen el peso económico por problemas de pareja o padres ausentes, en estos casos, mujeres en avanzado estado de gestación continúan haciendo trabajos pesados y poco saludables para su condición, como sucede con trabajadoras informales y vendedoras ambulantes.

Por otro lado existen otros factores que afectan el equilibrio emocional como los problemas de carácter social y económico relacionados con la imposibilidad de resiliencia, incapacidad que tienen las personas para enfrentar una adversidad

cotidiana, también se presentan dificultades de acceso y calidad en los servicios de salud mental establecidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que reglamenta las formas de contratación y de prestación de servicios de tal forma que van en detrimento a la recuperación de la alteración emocional que producen la crisis y como resultado se puede presentar el evento de la conducta suicida como alternativa de solución de conflictos a diversos problemas.

1.4.13.2 Violencia intrafamiliar

Durante el año 2012 se identificaron un total de 5.676 eventos de violencia intrafamiliar en la localidad de Ciudad Bolívar. Los cuales se distribuyen de la siguiente manera, el 59% corresponde a las mujeres y el 41% corresponde a los hombres. (Tabla 8). La razón Mujer – Hombre es de 3 a 2.

La tasa para el año 2012 para la localidad de Ciudad Bolívar es de 871 por cada 100.000 Habitantes, comparada la tasa de la localidad del Instituto Nacional de Ciencias Forenses (FORENSIS) la cual es de 189 por cada por cada 100.000 Habitantes, se observa que es 4.5 veces mayor que la tasa nacional. Es importante aclarar que si bien se están comparando tasas de violencia, no es factible comparar los sistemas de información dado que el SIVIM, es un sistema de vigilancia epidemiológico de la violencia intrafamiliar y el FORENSIS es un sistema de información jurídico legal que registra denuncias.

Tabla 7. Tipología de violencias por ciclo vital y sexo en Ciudad Bolívar año 2012.

CICLO VITAL	FISICA		emocional		Sexual		Economica		Negligencia		Abandono	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Infancia	78	116	625	784	99	54	17	17	425	572	30	66
Adolescencia	47	33	321	139	58	18	9	5	211	87	18	12
Juventud	100	21	366	74	31	5	16	4	194	40	25	4
Adultez	124	36	311	80	17	3	25	2	118	30	17	5
Vejez	9	1	56	36	1	1	4	3	23	18	17	18
TOTAL	358	207	1679	1113	206	81	71	31	971	747	107	105

Fuente: Hospital Vista Hermosa. Vigilancia en salud pública. Base SIVIM 2012.

En la etapa de ciclo vital adultez, la mujer es la más afectada por medio de la violencia física con un (n=124) 35%, para los hombres corresponde a la etapa de ciclo de infancia, con un (n=116) 56%. Para la violencia emocional la afectación se concentra en el ciclo vital infancia con un (n=625) 37% y para el hombre con un (n=784) 70%. Para la violencia sexual la mayor afectación se concentra en la etapa

de infancia con un (n=144) 48%. Con relación a la negligencia la mayor afectación se encuentra en la etapa de ciclo infancia con un 44%, (n=425) hombres y (n=572) mujeres.

La relación del agresor con la víctima la mayor proporción corresponde a la madre con un 36% seguido por la pareja con un 19%, y padre con un 15% los demás agresores corresponden al 30% los cuales son desconocidos, otro familiar, hijo, hermano, abuelo, padrastro etc.

1.4.14 Plan ampliado de inmunizaciones

La meta asignada para la localidad en cuanto a biológicos trazadores que corresponde a niños y niñas de un año y menores de un año, está sobre estimada en un 11.3 % (1.376) dosis, para niños de un año y en un 10.2 % (1.226) dosis para niños menores de un año, puesto que los nacimientos de la localidad para el 2011 fueron 10.774 niños y niñas y para el año 2012 fue de 10.900, lo que significa que los nacimientos por localidad de residencia disminuyeron considerablemente según datos reportados desde el área de estadísticas vitales, la sobre estimación para el año 2012 fue del 10.9 % (1.326) dosis para niños de un año y de un 13 % (1.589) dosis para niños menores de un año.

De esta manera las metas administrativas se deben tener en cuenta con los nacimientos por localidad de residencia, y no por proyección DANE, puesto que el resultado según los tableros de control no se logrará reportar las coberturas indicadas, mayores al 95 %, y según la semaforización el tablero estará de manera permanente en amarillos y rojos a pesar de los esfuerzos realizados y las estrategias implementadas. (Tabla 9).

Tabla 8. Meta, dosis aplicadas y coberturas de Terceras dosis de Polio y Triple viral en Ciudad Bolívar del 2008 a 2012.

Trazador	2008			2009			2010			2011			2012		
	Meta	Dosis aplicadas	Cobertura	Meta	Dosis aplicadas	Cobertura	Meta	Dosis aplicadas	Cobertura	Meta	Dosis aplicadas	Cobertura	Meta	Dosis aplicadas	Cobertura
Terceras dosis de Polio	11663	11941	10,30%	11956	11505	96,20%	11904	11121	93,40%	12000	10799	90%	11963	10279	86%
Triple viral	11539	12517	108,50%	11700	12139	103,70%	12199	11277	92,40%	12150	11132	92%	12100	10521	87%

Plan ampliado de inmunizaciones. Hospital Vista Hermosa. 2012.

Para el año 2012 la Secretaria de Salud inició la inclusión de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano, dentro del esquema único nacional de vacunación,

buscando la protección de las niñas que aún no han iniciado su actividad sexual, teniendo en cuenta que la literatura sobre el Virus del Papiloma Humano hace referencia a la relación que tiene este con el cáncer cérvico uterino, verrugas anogenitales, entre otros.

La estrategia propuesta desde el Ministerio de Salud, protección social y la Secretaria Distrital de Salud, consistió en captar el mayor número de niñas de 9 años de edad, en el menor tiempo posible, planteando la intervención de las instituciones educativas tanto públicas como privadas. Para el desarrollo de esta estrategia, la localidad Ciudad Bolívar convocó al sector educación, para acordar las actividades a realizar y sensibilizar sobre la importancia de la estrategia, se realizó el censo de las estudiantes que pertenecían a los grados 4 de primaria que tuvieran cumplidos los 9 años de edad, posteriormente se programó la sensibilización con los padres de familia y educadores y se finalizó con la vacunación y sistematización de la información.

El esquema propuesto consistía en aplicar la primer dosis de VPH en la fecha programada, la segunda dosis dos meses después de la primera y la tercera dosis a los seis meses de la primera, sin embargo las primeras dosis se aplicaron sin mayores dificultades dando cumplimiento al 100 % de la meta propuesta (4818), esta etapa es denominada: primera fase, la cual empezó a finales del mes de Agosto de 2012 y requiere que las primeras dosis sean aplicadas en el mes de Agosto, la segundas dosis en el mes de Octubre y la tercera dosis en el mes de Febrero de 2013, para la segunda dosis el cumplimiento se dio en un 98 %, logrando aplicar (4722) dosis, para la aplicación de la tercera dosis se presentaron dificultades puesto que algunas estudiantes cambiaron de colegio, localidad de residencia y hubo deserción escolar, entre otras causas, de esta forma se logró un cumplimiento del 90 % aplicando (4250) dosis, para el tiempo estimado, sin embargo la localidad continuó con la búsqueda de estas menores logrando para el mes de julio de 2013 el 98 % de cumplimiento, teniendo en cuenta que se lograron captar las niñas que aún no habían sido vacunadas con sus segundas dosis, de esta manera el Hospital vista Hermosa dio cumplimiento a la meta propuesta según el censo local de las niñas de 9 años de edad escolarizadas, cerrando esta fase con un 100 % (4818) niñas vacunadas con tres dosis de HPV en un esquema de 0-2-6.

1.4.15 Salud ambiental

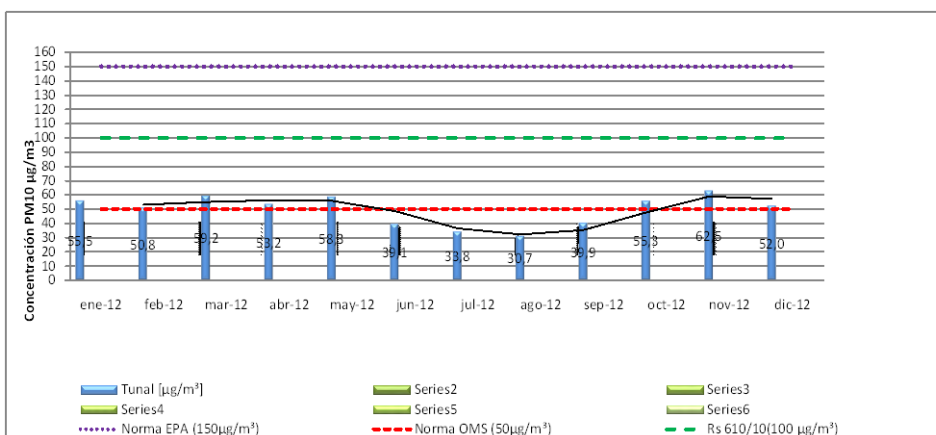
A continuación se presentan los resultados de los promedios mensuales registradas en el año 2012 (Medias Móviles) la cual permite apreciar el comportamiento anual de material particulado PM10², en este se observa que el comportamiento promedio fue

² PM10 son todas las partículas suspendidas en el aire (por ejemplo polvo, ceniza, hollín, humo de tabaco, etc.). Las partículas tienen un tamaño y una composición que varían considerablemente,

de $46.5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ inferior a la norma nacional ($100 \mu\text{g}/\text{m}^3$) y por debajo del norma más restrictiva (OMS $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$), de la misma manera de los 12 meses reportados el 66.6% superaron la norma OMS; siendo los meses de marzo, mayo y noviembre los más representativos en su orden $59.2 \mu\text{g}/\text{m}^3$, $58.3 \mu\text{g}/\text{m}^3$, $62.5 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

Uno de los contaminantes que resulta de interés por sus afecciones al sistema respiratorio es el material particulado en sus diferentes tamaños aerodinámicos principalmente Partículas Suspendidas Totales TSP, PM10 y PM2.5, para los cuales existen normas de calidad del aire tanto en la legislación nacional como internacional, por su gran generación en procesos de combustión en fuentes fijas y móviles (13).

Gráfica 13. Comportamiento del promedio anual de PM10 – Diciembre de 2011 a Diciembre de 2012 - Localidad de Ciudad Bolívar. RMCAB.



Fuente: Hospital Vista Hermosa; datos suministrados por la RMCAB de la SDA 2012.

La enfermedad respiratoria aguda (ERA) es un conjunto de patologías que afectan el sistema respiratorio, siendo causa muy frecuente de morbilidad y mortalidad en los niños y niñas menores de 5 años. El Hospital Vista Hermosa cuenta con 5 salas ERA de las cuales 4 son institucionales (Cami Vista Hermosa, Cami Jerusalén, Cami Manuela Beltrán y UPA Candelaria) y 1 es funcional que está ubicada en la zona rural (UPA Mochuelo).

hecho que influye en la manera en que afectan a la salud humana. Las partículas finas y ultrafinas suelen ser especialmente perjudiciales.

Para el año 2012 ingresaron a salas ERA del Hospital Vista Hermosa 4696 pacientes de los cuales el 46.7% ingreso con diagnóstico de Síndrome Bronco Obstructivo (SBO), seguido por el diagnóstico de Bronquiolitis con el 37.3%, con relación al centro de atención se evidencia que el 44.2% fue remitido por el Cami Vista Hermosa, ubicado en la UPZ 67 Lucero, seguido por el 29.2% que fue remitido por la UPA Candelaria, ubicado en la UPZ 66 San Francisco la atención se requirió más para el género masculino con el 56.0% frente al 43.9% para el género femenino; el mayor grupo de aseguramiento que fue atendido por Salas ERA del Hospital Vista Hermosa en el año 2012 Fue el Subsidiado con el 66.7% seguido por el Vinculado con el 25.1%; esto se explica por la naturaleza de la ESE. (Tabla10).

Tabla 9. Diagnósticos de los Pacientes que Ingresaron a Salas ERA Hospital Vista Hermosa Localidad de Ciudad Bolívar .2012.

DIAGNOSTICOS	1 a 5 años		Menor de 1 año	
	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO
SBO	660	863	262	402
BRONQUIOLITIS	282	274	548	644
LARINGOTRAQUEITIS	149	258	125	157
NEUMONIA	25	15	5	11
OTROS	0	0	1	0

Fuente: Base de datos Salas ERA Hospital Vista Hermosa. Año 2012.

1.4.16 Salud nutricional

El estado nutricional refleja la calidad de vida en la población, relacionada con el estado de salud, factores alimentarios, socioeconómicos, ambientales y culturales.

Las investigaciones epidemiológicas de campo, de alto impacto, del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), tienen como objetivo contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de los menores de 5 años, gestantes y recién nacidos con bajo peso a través de la intervención, articulación y gestión con los sectores que impactan los determinantes de la seguridad alimentaria y nutricional (SAN) en la localidad.

El Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN realiza en el 2012, 1.229 Investigaciones Epidemiológicas de Campo (IEC), distribuidas en (n=230) 19%, IEC de Recién nacidos con bajo peso, (n=569) 46%, IEC de niños menores de 5 años y (n=430) 35%, IEC de gestantes con bajo peso. Esta intervención incluye, visita domiciliaria entrevista con la gestante, madres de los menores, cuidadores y familia, se realiza la identificación de signos de alarma, consejería en alimentación saludable, adherencia al esquema de suplementación en la gestante, lactancia materna y

canalización efectiva a programas de promoción y prevención y de apoyo alimentario si lo requiere. En los niños se prioriza en asistencia a la consulta de crecimiento y desarrollo, vacunación y alimentación infantil. Se evalúa el estado nutricional de esta población, teniendo en cuenta determinantes sociales y seguridad alimentaria.

Para el año 2012 se ingresaron 28.441 registros de menor de 10 años que residen en la localidad, atendidos en la consulta de crecimiento y desarrollo en las UPGDs públicas y privadas, que notifican al SISVAN, las cuales son 13.

La desnutrición global, indicador peso/edad, que muestra las condiciones económicas de las familias, en la localidad para este año la prevalencia fue de en 4.8 (n=1355). Por lo tanto la localidad de Ciudad Bolívar no logró mostrar un prevalencia menor a 4 y se ubicó por fuera de la meta propuesta por la administración distrital la cual es reducir a 3% la prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años. Las UPZ con mayor proporción de casos son Lucero y Perdomo, esto también debido al mayor volumen de notificación que se genera en los centros como el CAMI Vista Hermosa, UBA Paraíso y UPA Perdomo, por la concentración alta de población en estas UPZ.

En los hallazgos identificados, el 33% de la población infantil presentan desnutrición global y crónica, las familias tienen ingreso menor a 1 salario Mínimo Legal Mensual vigente (SMLMV 566.700 equivalente a 298 dólares), 66% entre 1 y <2 SMLMV y el 0,9% tiene ingresos de entre 2 y <3 SMLMV. El (n=94) 87% de hogares están conformados por 2 a 5 personas y el (n=14) 13% hogares de 6 a 11 personas. El (n=23) 21% de los hogares vive en condición de hacinamiento.

Durante el año 2012 hubo 10.900 nacidos vivos de los cuales 1.275 son de bajo peso al nacer (BPN) (<2500 g). Aumentando a 11.70 la prevalencia para este año, en comparación con 10.79 en el año anterior, es decir Ciudad Bolívar no estuvo dentro de la meta propuesta por la administración distrital la cual es reducir a 10% la prevalencia del bajo peso al nacer en los niños y niñas. Las UPGDS que más reportan este evento son Hospital Meissen y Clínica Candelaria; y donde más casos de BPN es en la UPZ Lucero, (n=351) 27.5, seguido de san Francisco con (n=267) 20%.

En este periodo se registran 7.767 gestantes en la base de notificación de SISVAN, de la cuales 1.577 (20%) presentan bajo peso y 1.728 (22%) con exceso (1.462 sobrepeso y 266 obesidad). Las UPZ Lucero y San Francisco, concentran el mayor número de gestantes con diagnóstico de bajo peso y exceso.

1.4.16 Salud Oral

Se realizó un análisis descriptivo con el objetivo de analizar la información generada de las Intervenciones Epidemiológicas de Campo (IEC) de control de la estrategia de Vigilancia Centinela del Subsistema de Vigilancia de la Salud Oral (SISVESO) del Hospital Vista Hermosa, con revisión de los meses de febrero 2012 a febrero 2013; encontrando que 303 personas asistieron a consulta de control en el periodo evaluado, de estos, 7 entraron a reevaluación en salud oral. La información es de 13 unidades primarias generadoras de datos de las cuales 12 son del Hospital Vista Hermosa y una es clínica Candelaria. (Tabla 9).

El 88% de los pacientes son del régimen subsidiado, 2.9% son del régimen contributivo y el 7.2% son vinculados. Dos pacientes de los 303 mostraron mejores prácticas en higiene oral. El 70% (n= 212) son del sexo femenino y el 30% (n= 91) masculino. Realizando comparación de la alerta epidemiológica Gingivitis, 243 a la consulta de control continuaron presentando el mismo diagnóstico, correspondiendo al 80.1% del total (n=303). Entre los hallazgos, 5 pacientes presentaron periodontitis los cuales no usan enjuague bucal, ni ceda dental y la frecuencia de cepillado de dientes no supera las dos veces por día.

De acuerdo al estado dentario el 93.7% (n=16) de usuarios atendidos con fluorosis se encuentra afiliados en el régimen subsidiado de estos el 81.2% pertenecen al ciclo vital adolescencia y el 18.7% al de infancia. La Unidad Primaria Generadora de Datos con mayor consulta por control es la de zona rural UPA Mochuelo.

Tabla 10. Descripción de la población intervenida por SISVESO.

Variable		Personas	%
Sexo	Masculino	91	30
	femenino	212	70
Ciclo vital	Primera infancia	38	12,5
	Infancia	77	25,4
	Adolescencia	34	11,2
	Juventud	49	16,2
	Adulthood	93	30,7
	Vejez	12	4
Regimen de salud	Contributivo	9	3
	Subsidiado	269	88,8
	especial	2	0,7
	vinculado	1	0,3
	No asegurado	22	7,3
Alerta epidemiológica	Gingivitis	243	98
	Periodontitis	5	2
Higiene Oral	Regular	64	21
	Bueno	12	4
	Deficiente	227	79
Gestantes	Adolescencia	19	15
	Juventud	37	30
	Adulthood	66	55
Estado dentario	Lesion mancha blanca	9	6,3
	Lesion Mancha Café	119	82,6
	Lesion Fluorosis	16	11,1

Fuente: Hospital Vista Hermosa base de datos de SISVESO 2012.

Se concluye que la estrategia de intervenciones epidemiológicas de campo control es necesaria para el seguimiento y vigilancia de la salud oral en la población captada en los servicios odontológicos centinelas de la localidad Ciudad Bolívar.

1.4.17 Discapacidad

En la localidad de Ciudad Bolívar se han registrado 12.095 personas con discapacidad del 2005 al 2012. En el año 2011 se realizaron 828 personas el registro y para el año 2012 se realizaron 598 registros nuevos.

Es importante resaltar que dentro de los usos de la información del Registro Para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, está el aporte en la identificación de la población para el cumplimiento de los programas y proyectos de Gratuidad en Salud (decreto 345 de 2008) y subsidio de transporte para las Personas con Discapacidad (Decreto 429 de 2012).

La mayoría de las personas registradas de la localidad de Ciudad Bolívar corresponden a la población de mujeres 52.44% (n=6.343) seguido de la población hombres 47.55% (n=5.752). La mayor proporción de personas con discapacidad son residentes de la UPZ 67 con el 29.92% (n=3.619) seguido de la UPZ 69 con el 22.22% (n=2.687). Importante evidenciar que la etapa de ciclo vital que se presenta una mayor proporción en el grupo de Vejez con el 43.22% (n=5.227), seguido del grupo de adultez con el 39.34% (n=4758).

Con relación al origen de discapacidad, se evidencia por sexo que en las mujeres como en los hombres se registra que la mayor discapacidad es consecuencia de enfermedad general, para mujeres con el 32.84% (n=6.343) y los hombres con el 27.26% (n=5752); la segunda causa es accidente para hombres con el 18.52% y mujeres con el 11.11%.

CAPÍTULO 2. PROFUNDIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA. NÚCLEOS PROBLEMÁTICOS Y TEMAS GENERADORES.

2.1 Núcleos problemáticos etapa de ciclo vital Infancia.

2.1.1 Núcleo problemático 1. Presencia de enfermedades prevalentes de la infancia que exponen la vida de los menores.

El 30.1% de los habitantes de la localidad (n=196.569) se encuentran en la etapa de ciclo de infancia, donde la situación en salud y calidad de vida está determinada por numerosos factores ambientales, familiares, sociales, económicos y culturales que condicionan el desarrollo en lo intelectual, corporal, psicosocial y emocional.

Además, la infancia ha sido una de las etapas vitales que históricamente ha concentrado la carga de enfermedad y mortalidad en la localidad de Ciudad Bolívar. Ha sido el grupo poblacional que ha recibido directamente las consecuencias del conflicto armado interno colombiano, por lo tanto es el grupo más vulnerable en este sentido. Al mismo tiempo, la niñez presenta condiciones especiales de vulnerabilidad en cuanto a que no se le han garantizado de forma integral sus derechos fundamentales.

Las principales problemáticas reflejadas en esta población son: presencia de enfermedades virales, enfermedad respiratoria aguda (ERA) y diarreas, predomina la desnutrición crónica y global y el bajo peso al nacer, existen barreras de acceso a los servicios de salud, sumado a la poca capacidad instalada. Además existe hacinamiento en las viviendas lo que dificulta el desarrollo integral de niños y niñas. Se presentan casos de embarazo en menores de edad. En mayor proporción se reportan casos de violencia intrafamiliar: física, abuso, económica, sexual y abandono, así como casos de “matoneo” y trabajo infantil relacionado con el acompañamiento a sus padres.

Según datos del SIVIM, con relación a las etapas de ciclo que más presentaron notificación corresponde a la de 0 a 13 años de edad con un 51% de casos, (n = 1463), en donde la mayor afectación se concentra en el hombre con un 62% y en la mujer con un 38%. La violencia emocional es la que presenta mayor número de notificaciones a este subsistema y en la infancia presentó 1409 casos. El maltrato emocional comprende todas aquellas actitudes, acciones y palabras que se utilizan para denigrar a otro ser humano, comprenden: las humillaciones, insultos, gestos de desaprobación, etc.; se entiende como negligencia el aislamiento y descalificación

personal, ambos deterioran la autoestima e imagen personal tanto de niñas como de niños.

Parte de las causas por las que se generan este tipo de maltratos en los niños y niñas están relacionados con los bajos ingresos económicos de las familias, a los trabajos informales de los padres en los cuales solicitan apoyo a sus hijos. En muchas ocasiones, los niños que sufren de maltrato emocional o de violencia por negligencia y que además viven en hogares con recursos económicos bajos, también cuentan con algún tipo de desnutrición. Los niños desnutridos por la pobreza son quienes presentan con mayor frecuencia algún tipo de enfermedades en especial las infecciosas (29).

Estas enfermedades de tipo infeccioso como las, infecciones respiratorias agudas (IRA), neumonías, tosferinas etc., tienen también origen en condiciones ambientales, la calidad del agua, corrientes y calidad del aire (13).

Las IRA son también la principal causa de hospitalización y de muerte fundamentalmente en los meses fríos o más lluviosos, motivo por el cual el ambiente climático frío permanente en la localidad y el impacto que tiene el cambio climático al agudizar las etapas de tiempo frío y lluvioso es factor determinante y de riesgo para contraer la enfermedad.

Se observa, con regularidad, desconocimiento de los factores de riesgo durante la gestación, parto y postparto. Se evidencian prácticas intradomiciliarias inadecuadas que pueden ser modificadas por la familia. (Humo de cigarrillo, higiene personal y hogar, disposición de residuos y agua). Otro problema recurrente, a nivel familiar, en el tratamiento de un caso de IRA, es la administración de antibióticos y otros medicamentos en especial a los niños menores de 5 años, la mayor parte de las veces innecesarias e inadecuadas ya que con ellos no mejoran los síntomas ni se logra una recuperación de la enfermedad, sin mencionar los efectos secundarios de estos antibióticos que son tóxicos y generadores de la aparición de resistencia bacteriana.

Tema generador: Fortalecer las estrategias para el cuidado de los menores tanto en los hogares como en otros espacios del desarrollo del niño, procurando reducir los factores de riesgo que provocan las enfermedades prevalentes de la infancia.

2.1.2 Núcleo problemático 2. Déficit de herramientas para la crianza y cuidado de los menores, así como de espacios y programas adecuados que induzcan en el desarrollo de habilidades para la vida de las niñas y los niños de la localidad.

De acuerdo a la ruta integral de atención a la primera infancia del ministerio de salud (14), la crianza y cuidado; salud, alimentación y nutrición; educación inicial, apropiación cultural; y, recreación, son el conjunto de atenciones que reciben niñas y niños en la primera infancia para alcanzar un desarrollo integral. Sin embargo, es notorio que los niños y niñas de la localidad no cuentan con el anterior conjunto de atenciones, por el contrario, evidencian falencia en una o más, de las atenciones necesarias para su desarrollo integral.

En cuanto a las pautas de crianza y cuidados de las y los menores se identifican problemáticas, a nivel general, como: violencia emocional, por negligencia, física y sexual en los hogares; falta de acompañamiento familiar a menores de 14 años; pobres e inadecuadas pautas y prácticas de crianza con relación directa a las largas jornadas laborales de los padres, fomentando que el cuidado del menor recaiga sobre abuelos, tíos, terceros o por otros menores.

Tanto en hogares, colegios, como en espacios de esparcimiento, existe deficiencia en el fomento de habilidades para la vida en los menores; estas habilidades tienen que ver con: desarrollo del pensamiento creativo, pensamiento crítico, manejo de emociones y sentimientos, manejo del estrés, manejo de problemas y conflictos, empatía, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, toma de decisiones y el autoconocimiento; habilidades que están estrechamente ligadas con la calidad de atención y dedicación de tiempo de los cuidadores al menor, situación económica favorable en el hogar, calidad del sistema educativo, oferta cultural y recreativa, elementos a los cuales no toda la población infantil tiene fácil acceso.

Siguiendo con el conjunto de atenciones necesarias para el desarrollo integral de niños y niñas, la salud es factor fundamental, sin embargo, aún se evidencia que algunos niños y niñas no cuentan con soportes que sustenten controles de Crecimiento y Desarrollo, valoración de odontología y carnet actualizado de vacunas de los niños y niñas.

En el tema de la nutrición, llama la atención que según datos del SISVAN el 33% de la población infantil presenta desnutrición global y crónica, teniendo en cuenta que el 31% de las familias tienen ingreso menor a 1 salario Mínimo Legal Mensual vigente (566.700 pesos), 66% entre 1 y <2 SMLMV y el 0,9% tiene ingresos de entre 2 y <3 SMLMV.

Con relación a la seguridad alimentaria y nutricional de las familias, existe un total de 22,3% que redujeron la ración de alimentos que consumían, asociado a factores económicos. En los escolares el diagnóstico nutricional para los menores de 10 años contó con 33.202 registros captados en los servicios de atención de las IPS del Hospital, donde se registró desnutrición aguda en menores de diez años en el 1,3% en la población en riesgo por bajo peso el 2,3 %, es decir susceptible a deteriorar fácilmente su estado nutricional actual; en cuanto al estado nutricional normal es del 42% y los niveles de sobrepeso del 1,6%. En este indicador prevalece en la UPZ Tesoro debido a que presenta los mayores porcentajes de población con bajo peso y riesgo a desnutrición aguda (21).

Otro factor o atención necesaria en el desarrollo integral de niñas y niños es la educación. En la localidad de Ciudad Bolívar, el número de colegios asciende a 77 en 2012. Estos se distribuyen en 39 colegios oficiales distritales, 35 colegios en convenio y 3 en concesión. Así mismo, la oferta educativa fue 99.934 cupos en colegios oficiales distritales, 18.129 cupos en colegios en convenio y 3.367 cupos en colegios en concesión; que tienen una oferta estimada 121.430 cupos en la localidad, así mismo demandaron 123.422 cupos, dado que la oferta de cupos disponibles es menor que la demanda se presenta un déficit de 1.992 cupos (15) es decir, 1.992 menores a quienes se les ha vulnerado el derecho a la educación y por tanto.

En cuanto a los equipamientos colectivos de cultura corresponden a los espacios, edificaciones y dotaciones destinados a las actividades culturales, custodia, transmisión y conservación del conocimiento, fomento y difusión de la cultura y fortalecimiento y desarrollo de las relaciones y las creencias y los fundamentos de la vida en sociedad. Que agrupa entre otros, los teatros, auditorios, centros cívicos, bibliotecas, archivos, centros culturales y museos, a los cuales pueden acceder los niños y niñas de la localidad. La localidad Ciudad Bolívar posee un total de 85 equipamientos culturales, dentro los cuales 67 pertenecen al grupo de encuentro y cohesión social, 7 corresponden a espacios de expresión y 11 son de la categoría de memoria y avance cultural.

La UPZ Lucero figura con el mayor número de equipamientos culturales, (n =35), seguida de las UPZ El Tesoro e Ismael Perdomo, con (n=15) y (n=13), respectivamente. La UPZ Arborizadora es la que menos equipamientos culturales tiene. Además, la localidad cuenta con (n = 2) coliseos deportivos y una piscina (16). Lo anterior demuestra, que en términos generales existe un déficit de herramientas para la crianza y cuidado de los menores así como de espacios y programas adecuados que induzcan en el desarrollo de habilidades para la vida de los niños y niñas de la localidad.

Tema generador: Fortalecer las estrategias que faciliten brindar herramientas a cuidadores para la crianza y apoyo a los menores. Así como propiciar espacios y programas que garanticen los derechos fundamentales de las y los niños para su desarrollo integral.

2.2 Núcleos problemáticos etapa de ciclo vital Adolescencia.

2.2.1 Núcleo problemático 1. Desaprovechamiento del uso de espacios de encuentro cultural, recreativo y deportivo que contribuya a la formación integral de los adolescentes.

En la localidad de Ciudad Bolívar los espacios físicos para desarrollar actividades recreativas, deportivas y culturales son escasos y los que existen no dan respuesta a las expectativas de los adolescentes frente a las necesidades propias de la edad. Si se tiene en cuenta la población que se encuentra entre los 14 y 18 años de edad, complementa el desarrollo de su plan de vida a través del enriquecimiento que, como individuos, conlleva la interacción con otros adolescentes y otros miembros de la sociedad, es necesario que existan espacios físicos que promuevan estos intercambios sociales, recreativos o afectivos.

La falta de programas de carácter intersectorial que promuevan un buen aprovechamiento de estos lugares, por parte de los adolescentes, genera que algunos de estos espacios se usen para el expendio y consumo de sustancias psicoactivas, se desarrollen diferentes tipos de actividades delictivas o sean espacios de confrontación violenta (riñas, peleas entre estudiantes de colegios, disputas entre barras bravas, peleas de perros, etc.).

El mal uso de estos espacios genera estigmatizaciones por parte de otros miembros de la comunidad, construyendo y acentuando el imaginario de que los adolescentes son violentos, desperdician su tiempo y no cuentan con planes o proyectos de vida. Estas estigmatizaciones o falsas acusaciones pueden agravarse y conllevar a fenómenos como la llamada “limpieza social”.

Factores como: el hacinamiento en los hogares, la violencia intrafamiliar, la deserción y “matoneo” escolar, genera que el adolescente busquen otros espacios, diferentes al hogar y al colegio, para desarrollar sus habilidades, potencialidades y capacidades; al no encontrar una oferta, tanto en infraestructura como en programas, él y la adolescente, ven vulnerados su derecho al buen desarrollo del tiempo libre.

En la UPZ Perdomo existen otras manifestaciones de la actividad física en jóvenes organizados alrededor de propuestas artísticas y culturales del territorio, tales como

el break dance, el hip hop o los malabares, entre otras. También hay jóvenes que muestran interés por la práctica de deportes extremos como los “skaters”. En esta UPZ se concentran gran parte de las organizaciones juveniles de la localidad; en su mayoría muestran expresiones artísticas, culturales, entre las cuales resaltan escuelas en el polideportivo la Estancia.

En contraste en la UPZ Lucero, Se evidencia que existen espacios recreativos y deportivos pero no se adaptan a las necesidades de participación de estos espacios, por ejemplo, no son prestados por las JAC o se usan para el desarrollo de programas o actividades que no son atractivos para esta población.

De otra parte no sobra mencionar los beneficios que causa la actividad física en la salud física y mental de los jóvenes. Considerando la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica (17) OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.

LA OMS recomienda que niños y adolescentes de 5 a 17 años inviertan como mínimo 60 minutos diarios en actividades físicas de intensidad moderada a vigorosa. La actividad física por un tiempo superior a 60 minutos diarios reportará un beneficio aún mayor para la salud. La actividad física diaria debería ser, en su mayor parte, aeróbica. Convendría incorporar, como mínimo tres veces por semana, actividades vigorosas que refuercen, en particular, los músculos y huesos.

Tema generador: Promover el uso de espacios de participación social, para el desarrollo integral de los adolescentes en cuanto a la recreación, el deporte y la cultura, promoviendo y fortaleciendo las organizaciones de adolescentes, con el fin de que estas multipliquen e incentiven el buen uso del tiempo libre, así como la resignificación y mejor aprovechamiento de estos espacios.

2.2.2 Núcleo problemático 2. Carencia de herramientas para la resolución de conflictos situación que desencadenan aspectos como violencia, matoneo e imposibilidad de plantear contextos para la convivencia y el respeto por la diferencia.

En la localidad de Ciudad Bolívar se evidencian carencia de herramientas para la resolución de conflictos en los adolescentes, situación que desencadena aspectos como violencia, matoneo e imposibilidad de plantear contextos para la convivencia y el respeto por la diferencia. Lo anterior se explica por los diferentes contextos culturales, sociales, económicos y políticos que afectan el desarrollo integral de los adolescentes y sus relaciones con el entorno que tienen que ver con: la ausencia de oportunidades y baja calidad de la educación escolar, la escasa participación en espacios de encuentro cultural, recreativo y deportivo, la falta de habilidades para la vida desarrolladas en los ámbito escolar y familiar.

En esta etapa las interacciones del adolescente se complejizan, se pasa más tiempo en el colegio y en la escuela, el reconocimiento se gana por medio de las competencias que el adolescente desarrolle en estos espacios y frente al desempeño con sus pares. Igualmente la familia continua siendo influencia en el adolescente para el caso de Ciudad Bolívar, esta influencia, esta permeada por las habilidades sociales desarrolladas en la familia y el contexto familiar, barrial, social y comunitario. Aquí se pueden reflejar claramente las pautas e crianza de los padres y hasta donde los padres permiten al adolescente desarrollarse y adaptarse al medio, que para esta localidad es hostil.

De otra parte existen diferentes modalidades de violencia intrafamiliar contra los y las adolescentes, manifestaciones de descontento frente a situaciones que se presentan en la localidad y que afectan directamente tanto a las familias como a cada uno de sus miembros y que no promueven una sana condición mental.

A su vez los adultos, en sus imaginarios, identifican a los y las jóvenes como generadores de delincuencia y consumidores de sustancias psicoactivas, esta estigmatización no reconoce que son las: relaciones familiares las que han generado estas situaciones, aunadas a condiciones como la escasez de recursos económicos, la mala calidad de la educación, el desplazamiento forzado, el embarazo adolescente, déficit de herramientas para la resolución de conflictos, aquellas condiciones que generan la violencia.

En este aspecto llama la atención el caso de la UPR (zonal rural), donde se presentan estilos de crianza que influyen en la des escolarización, algunos adolescentes, mientras estudian, acompañan a los padres en las labores propias del

sector rural, de acuerdo con el sexo (hogar o agricultura). Los problemas más comunes en esta zona son el aumento e inicio de consumo de sustancias psicoactivas (SPA) a corta edad, lo cual se reporta a causa del choque cultural que conlleva la unión y la convivencia escolar de lo urbano y lo rural; a su vez al interior de la institución educativa también se presentan este tipo de problemáticas.

Tema generador: Desarrollar estrategias que brinden, a los y las adolescentes de la localidad, herramientas para la resolución de conflictos que logren disminuir los índices de violencia que afectan la situación de salud física y mental de esta población.

2.3. Núcleos problemáticos etapa de ciclo vital Juventud.

2.3.1 Núcleo problemático 1. Ausencia de oportunidades en educación, producción económica que garantice el desarrollo integral de los jóvenes y que se ven reflejados por las diferentes expresiones de violencia.

En cuanto a la oferta educativa de la población joven de la localidad se encuentra una amplia oferta institucional para jóvenes de la parte baja de localidad, incluyendo la Universidad Distrital y la Universidad Minuto de Dios, que cuenta con un convenio administrativo con el colegio Rodrigo Lara Bonilla ubicado en la UPZ de San Francisco. Sin embargo, en estas universidades estudian, en su mayoría, jóvenes de otras localidades de Bogotá. Según cifras de Secretaria Distrital de Planeación el 12 % de los jóvenes de la localidad tuvo acceso a la educación superior en 2009, con una proyección para el año 2015 de 13,1% (16). Observando el aumento de 1 punto en 6 años, mostrando que en términos generales, los jóvenes de la localidad tienen escasas posibilidades de acceso a la educación superior. Relegando la posibilidad a la educación técnica.

Existe la discusión sobre la influencia de la baja calidad de la educación secundaria en los bajos índices de ingreso a la universidad, aunque se ha mejorado en cobertura educativa, no se garantizan las herramientas para competir por el acceso a los escasos cupos que brinda la educación superior pública, ya que la privada se hace inalcanzable económicamente hablando. Así como se identifican situaciones difíciles, también hay jóvenes dedicados a estudiar, ya sea terminando su secundaria o vinculados a alguna institución de educación superior; generalmente deben combinar las actividades educativas con las laborales, pero el apoyo de la red familiar puede explicar menores niveles de deserción del medio educativo.

Las condiciones de deterioro social y económico antes mencionadas y las pocas posibilidades de formación profesional, llevan a la vinculación laboral de este grupo de edad en áreas como: la construcción, el reciclaje, mensajería, la ayuda en labores domésticas, y el cuidado de niños y niñas, así como en labores de trabajo ambulante

y mendicidad. Estos oficios no cuentan con la protección de seguridad ocupacional, ya que la mayoría se ejecutan en la informalidad y por tanto no garantizan la debida seguridad social, condición que deteriora la calidad de vida de las y los jóvenes del territorio.

En ocasiones las dificultades económicas propician que los y las jóvenes busquen en actividades como: el micro tráfico de estupefacientes, la prostitución o la delincuencia vías de escape para solucionar su condición económica; teniendo en cuenta que la pobreza no es necesariamente factor de delincuencia.

En cuanto a la situación económica, no se evidencia claramente ni formación ni apoyo económico para crear empresas. Secretaría de Desarrollo Económico desarrollan algunos proyectos económicos, pero este tipo de programas no llegan a la población juvenil, los trámites administrativos impiden que los jóvenes o grupos de jóvenes se vinculen a este tipo de proyectos.

Tema generador: Desarrollar estrategias que constituyan una alternativa para el desarrollo en los niveles educativos y laborales de los y las jóvenes de la localidad que promuevan proyectos de vida que sean acordes con el desarrollo integral de esta población.

2.3.2 Núcleo problemático 2. Contexto social, económico y cultural inadecuado que impiden garantizar los derechos en salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes.

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social, cultural y económico. Por lo tanto el contexto en el que se desenvuelven, en este caso, los y las jóvenes, determina que se garanticen o no los derechos sexuales y reproductivos de esta población.

Los indicadores de SSR están relacionados con las posibilidades de acceso y la calidad de los servicios de salud, con el nivel de educación, el acceso a información y con los índices de pobreza, en general, con condiciones socioculturales desfavorables y con circunstancias que generan necesidades y vulnerabilidades específicas tales como la pertenencia a grupos étnicos discriminados, las inequidades de género, la situación de desplazamiento, la residencia en zonas rurales o de conflicto armado, o las particularidades de cada etapa del ciclo vital.

En Ciudad Bolívar, las necesidades y vulnerabilidades antes mencionadas están presentes en la población joven de la localidad. Lo anterior se observa de forma generalizada, teniendo en cuenta que la educación sexual y reproductiva que reciben

o recibieron los jóvenes, no cumple con las expectativas o requisitos mínimos para la comprensión del tema. Las cátedras de este tema, son eso, discursos más no prácticas a ser tenidas en cuenta en la vida cotidiana. La información que reciben los jóvenes acerca de prácticas sexuales y reproductivas, es aquella que se brinda de manera distorsionada por medios de comunicación como la radio y la televisión, que generan mitos e imaginarios sobre el tema. En el hogar tampoco se evidencian canales de comunicación efectivos entre padre e hijos que nutran a los jóvenes de herramientas básicas para el goce y disfrute de una sexualidad sana.

En consecuencia al desconocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos, le sumamos que los jóvenes en particular, sufren las mayores limitaciones y desafíos debido a las condiciones socio-culturales y tabúes existentes sobre la sexualidad y a la plena identidad de género (18), El tema se agrava en el momento que no existen recursos suficientes a la hora de implementar métodos de control de natalidad o de prevención de enfermedades de transmisión sexual. Además la SSR está afectada por factores de inequidad asociados a la mayor carga que enfrentan las mujeres en los eventos reproductivos debido a la baja participación de los hombres y a la falta de control social derivada de la poca participación y la ausencia de empoderamiento de las y las usuarios de los servicios.

Según la política pública de salud sexual y reproductiva las áreas de la SSR más preocupantes desde el punto de vista de la salud pública y, por lo tanto, las áreas que deben ser prioritariamente atendidas son: la alta tasa de muertes maternas, el aumento de la incidencia de ITS y VIH/SIDA, la falta de servicios de atención integral para adolescentes y el aumento de las tasas de embarazo a edades cada vez más tempranas, el alto porcentaje de embarazos no planeados, la alta mortalidad de mujeres por cáncer de cuello uterino y los altos índices de violencia doméstica y sexual que afectan no sólo las condiciones de salud de las víctimas, sino el ejercicio de los derechos humanos fundamentales, limitando las posibilidades de convivencia social.

Teniendo en cuenta las áreas que deben ser atendidas prioritariamente, en Ciudad Bolívar el 52.8 % de los nacidos vivos de 2012 fueron de madres de la etapa de ciclo de juventud (11). Siendo la razón de mortalidad materna para el año 2012 de 64.2 por 100.000 nacidos vivos, duplicando la meta distrital que es de 31. De 192 casos el 45.2% de las muertes perinatales se presentaron en el ciclo vital de juventud $n= 87$. A su vez, el 54.8% de las gestantes con sífilis se encuentran en la etapa de juventud. Además durante el año 2012 se identificaron 73 mortalidades por el virus de inmunodeficiencia Humano (VIH). El 39% de los casos se presentaron en jóvenes.

Lo anterior indica que, en términos generales, en los y las jóvenes de la localidad no existe la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, tampoco la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia.

Tema generador: Fortalecer la respuesta en salud e institucional para mejorar la Salud Sexual y Reproductiva de la población joven de la localidad que permita lograr transformaciones importantes en términos de bienestar y calidad de vida de los individuos y de la colectividad.

2.4 Núcleos problemáticos etapa de ciclo vital Adulthood.

2.4.1 Núcleo problemático 1. La resolución de conflictos al interior de las familias se caracteriza por hacer uso de la violencia en sus diferentes tipologías, lo cual afecta a los diferentes miembros de la familia y en mayor proporción a la mujer.

La violencia es un fenómeno dinámico, difuso y complejo de delimitar, debido a que este se produce en diversos contextos y existe una multiplicidad de factores que lo determinan, entre los cuales se destacan los biológicos, sociales, políticos y culturales, entre otros; y a su vez la comprensión de la violencia, varía según la población en la que se manifiesta, según el momento histórico en el que se presenta y la cultura en la que se interpreta. Razón por la cual existe multiplicidad de formas de definirla la violencia que van desde lo biológico, lo psicológico lo antropológico y lo sociológico entre otras, pero para efectos prácticos del presente documento se adoptara la definición dada por la Organización Panamericana de la Salud.

Según la OPS la violencia se entiende como: “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (19). Y clasifica la violencia según dos categorías, la primera es según el autor del acto violento en: La violencia auto infligida, la violencia interpersonal, la violencia colectiva y la segunda categoría es según la naturaleza del acto en: física, psicología, sexual, privaciones y desatención (20).

La violencia contra la pareja se produce en todos los países, en todas las culturas y en todos los niveles sociales sin excepción, aunque algunas poblaciones (por ejemplo, los grupos de bajos ingresos) corren mayor riesgo que otras. Además de las agresiones físicas, como los golpes o las patadas, este tipo de violencia comprende

las relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual, los malos tratos psíquicos, como la intimidación y la humillación, y los comportamientos controladores, como aislar a una persona de su familia y amigos o restringir su acceso a la información y la asistencia. Aunque las mujeres pueden agredir a sus parejas masculinas y también se dan actos violentos en parejas del mismo sexo, la violencia de pareja es soportada en proporción abrumadora por las mujeres e infligida por los hombres.

Son muchos los factores que se han relacionado con el riesgo de que un hombre agrede físicamente a su pareja. Entre los factores individuales destacan en muchos estudios los antecedentes de violencia en la familia del varón (sobre todo el hecho de haber visto golpear a su propia madre) y el abuso del alcohol por parte de éste. A nivel interpersonal, los indicadores más constantes de la violencia de pareja son los conflictos o la discordia en la relación y un bajo nivel de ingresos. Hasta el momento, no se sabe con certeza por qué los bajos ingresos elevan el riesgo de violencia. Puede deberse a que los bajos ingresos proporcionan un motivo fácil de discordia conyugal o dificultan a la mujer el abandono de relaciones violentas o insatisfactorias por otras razones. Puede ser también consecuencia de otros factores que acompañan a la pobreza, como el hacinamiento o la desesperanza.

Las mujeres son particularmente vulnerables al maltrato infligido por la pareja en las sociedades en las que existen importantes desigualdades entre hombres y mujeres, rigidez en los roles de los géneros, normas culturales que respaldan el derecho del hombre a mantener relaciones sexuales con independencia de los sentimientos de la mujer y sanciones blandas para estos comportamientos. Estos factores pueden determinar que para una mujer sea difícil o peligroso abandonar una relación en la que se producen malos tratos. Y ni siquiera cuando lo hace queda garantizada su seguridad, ya que la violencia puede a veces continuar, e incluso agravarse, después de que una mujer ha abandonado a su pareja. Este tipo de situación se observa en todos los países (20).

De acuerdo a los datos anteriormente expuestos se observa que la violencia interpersonal, específicamente la violencia de pareja, se concentra en su gran mayoría en la mujer y esta es perpetrada en muchas de las ocasiones por sus parejas hombres y con relación a la naturaleza de la violencia esta es muy variada e incluso es combinada con otros tipos de violencia y se presenta por largos periodos de tiempo. A su vez la violencia de pareja se presenta en las diferentes escalas sociales, desde los países industrializados hasta los que están en vías de desarrollo, siendo estos últimos más susceptibles, debido a que las condiciones de pobreza y de desigualdad, acentúa los diversos factores de riesgo de la violencia; entre los cuales se destaca los bajos ingresos económicos, la desesperanza, las experiencias previas de maltrato, el consumo de sustancias psicoactivas y las desigualdades entre los

sexos, entre otros.

En Colombia, durante el año 2012, se registraron 83.898 casos de violencia intrafamiliar, con una reducción de 3.4 % 5.909 casos menos en relación con el año 2011. Dentro de este tipo de violencia, la de pareja es la que más participación tuvo (64.8 %), seguida de la violencia entre otros familiares (18.9 %), la violencia contra niños, niñas y adolescentes (14.5 %) y, por último, la violencia contra personas mayores, (1.8 %). El 88 % (47.620) de los casos las víctimas fueron mujeres, mientras que en el 12 % (6.779) fueron hombres.

Con relación a la violencia intrafamiliar en la localidad de Ciudad Bolívar, específicamente en la etapa de adultez 27 a 59 años este aporta un 14% que corresponde a (n = 396) casos en donde la mayor afectación en la mujer con un 18% que corresponde a (n = 315) casos y para los hombres con 7% que corresponde (n= 81) casos. En esta etapa de ciclo la violencia física, es la que predomina y la mujer es afectada con un 35%, que corresponde a (n = 124) casos, y para los hombres la etapa de ciclo más afectada corresponde a (n = 116). Por otra parte la violencia económica la mayor concentración según la etapa de ciclo corresponde de 27 a 59 años, con un 35% que corresponde a (n = 25) casos, y para el hombre la etapa de ciclo es de 0 a 13 años con un 55% que corresponde a (n = 17) casos.

Tema generadores: Brindar herramientas en resolución de conflictos y proyecto de vida que permita construir alternativas a la violencia a nivel personal, familiar y comunitario en las personas consideradas en mayor riesgo de padecer o cometer actos violentos.

2.4.2 Núcleo problemático 2. Se visibiliza al adulto en una etapa productiva que requiere de la identificación y ampliación de oportunidades y ofertas locales para la generación y/o acceso a un trabajo saludable y decente.

Desde la UPR y la UPZ Monte Blanco la parte productiva de las veredas de Pasquilla, Mochuelo y Santa Rosa se tratan como sectores de producción agropecuaria; la producción está representado por cultivos de carácter transitorio como son: papa, arveja, haba, cebolla cabezona, cebolla junca, maíz, algunas hortalizas y frutales. Este es un territorio de gran riqueza para la producción agropecuaria, donde al campesino no se le ha brindado las herramientas necesarias para la formación técnica y producciones continuas, por lo tanto el trabajo en el campo se da desde una formación empírica que deteriora en gran medida las condiciones de salud de la población trabajadora del territorio.

La actividad pecuaria ocupa cerca de la cuarta parte del área rural, se centra en producción animal: bovinos, cerdos, gallinas, conejos, los que se emplean para consumo familiar y de la zona. Sobresale la explotación Bovina de doble propósito, la leche es comercializada a empresas de lácteos de la zona para la producción de quesos, yogurt y empresas de lácteos que la recogen para su comercialización en la zona urbana. Por otro lado la carne es para el consumo de la zona en la cual sacrifican animales en mataderos ilegales ya identificados, generando un riesgo para la población que la consume y la otra parte es transportada de mataderos autorizados por el INVIMA (Instituto Nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos) en Bogotá.

Existen predios con actividad extractiva minera y trabajo en ladrilleras (Parque minero), algunos campesinos debido al desplazamiento y a condiciones económicas propias, poseen el título minero expedido por el Ministerio de Minas y Energía dentro de la Secretaría Distrital de Ambiente de la localidad; de acuerdo con el material extraído se clasifican en 3 grupos: arcilla concentrada en el sector de Bella Vista y Mochuelo Bajo, explotadores de grava en el valle del río Tunjuelo, y explotadores de arena, recebo y bloque en las canteras del sector de Jerusalén, quebradas Limas y Quiba. Adicional a esto algunos grupos trabajadores de carbón vegetal se han asentado en esta zona debido al desplazamiento forzado por diferentes instituciones de carácter gubernamental en otras localidades por causa de la contaminación ambiental generada por esta actividad y trasladando tal problemática a esta zona.

En las UPZs Lucero, Tesoro y Jerusalén las principales problemáticas sociales que afecta, son el fenómeno del “Pandillismo”, asociado este a un alto consumo de sustancias psicoactivas, violencia intrafamiliar, negligencia de los padres y delitos sexuales dada una débil respuesta institucional frente a la existencia de proyectos y programas que fomenten el adecuado uso del tiempo libre, e iniciativas que posibiliten la formación y capacitación para ingresar de manera adecuada y digna al mercado o a las dinámicas laborales.

Las características y dinámicas económicas propias de estas UPZs posibilitan la existencia de una diversidad de actividades productivas de tipo informal donde la gran mayoría se desarrollan de manera empírica o por descubrimiento, encontrándose, relacionadas con: restaurantes, panaderías, reparación de automotores, y salas de belleza; donde los trabajadores están expuestos a diversos riesgos especialmente de tipo biológico, ergonómico y físico, generando efectos nocivos en la salud de los trabajadores y en ocasiones a la comunidad aledaña por la contaminación generada al interior de algunas unidades productivas. En la UPZ Tesoro se encuentra ubicado uno de los dos centro de formación para el trabajo, el cual cuenta con criterios de inclusión específicos dentro de estos la escolaridad

completa (primaria y bachillerato) y muchos de los trabajadores no cuentan con este criterio por tanto no puede acceder a estos servicios.

Una parte de la población trabajadora de la localidad recibe una remuneración por debajo de un salario mínimo. La mayor concentración de trabajadores se encuentra en la etapa de ciclo adultez con igual proporción para hombres y mujeres. Las mujeres tienen mayor ingreso que los hombres, relacionado con el tipo de actividad económica, dado que las mujeres se concentran en restaurantes y los hombres en panadería, mecánicas y madera; es una actividad que funciona a demanda, lo cual no favorece posibilidades de fácil ingreso para los hombres.

Respecto a la garantía y favorecimiento del derecho a la educación, se destaca para la UPZ Perdomo más del 50% de los colegios son privados; es la UPZ de mayor concentración de colegios es decir la mayor cantidad de oferta educativa, así mismo se cuenta con la sede Tecnológica de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas, reconociendo que su mayor población académica está compuesta por jóvenes de otras localidades del Distrito; lo que da cuenta de la baja formación de los jóvenes de la localidad para el trabajo, que inciden en las condiciones precarias del mismo que se evidencian a lo largo del territorio.

Por otro lado desde las intervenciones realizadas por entornos de trabajo del año 2012 se identificaron 640 individuos de los cuales el 55% fueron mujeres y el 45% fueron hombres, de estas su nivel educativo fue el 26% primaria completa, 40% bachiller completo e incompleto, técnicos 11% y universitario 2%. A través de la información recolectada se observa que personas sin escolaridad presentan un mercado laboral más reducido este se reduce a solo cuatro actividades económicas como lo son el expendio de carnes, expendio de comida, manufactura textil y depósitos de materiales.

A medida que el nivel educativo aumenta el número de actividades económicas donde trabaja la población también se diversifica, generando así mayores oportunidades de empleo, sin embargo el tipo de contrato laboral que presenta mayor prevalencia es sin contrato e decir informal.

La forma de pago al interior de las unidades de trabajo informal que mayor representación tiene es el pago remunerado con 488 trabajadores del total de la población. En segundo lugar se encuentra la forma a destajo con 197 trabajadores y personas no reciben ningún tipo de pago, las cuales informan que apoyan la actividad productiva de la familia sin esperar nada a cambio.

La población trabajadora de la localidad pertenece en mayor proporción al régimen de salud subsidiado, esto concuerda con los diagnósticos distritales de la población a nivel local donde corresponde a personas pertenecientes a estratos uno y dos, esta situación refleja la desprotección que existe a nivel ocupacional en caso de eventos en salud como enfermedad o muerte. Las condiciones de trabajo de las unidades de trabajo informal las cuales refieren las garantías mínimas para el control de factores de riesgo al interior de los establecimientos se caracterizan por ser inadecuadas y ponen en riesgo constante a los trabajadores presentes en ellas; no siendo estas condiciones aquellas que requieren inversión económica importante las que no se cumplen al interior de las UTIS.

Dada la gran cantidad de horas y días a la semana trabajados en las actividades económicas descritas, las actividades extra laborales y de aprovechamiento del tiempo libre por parte del trabajador es mínima, esto sumado a condiciones individuales, extra laborales factores de riesgo pueden generar en la población de la localidad de Ciudad Bolívar un incremento en consecuencias a la salud por factores de riesgo psicosocial. Se ha identificado que en unidades de trabajo informal de trabajadores de comunidades étnicas, realizan sus actividades basados en prácticas y cultura tratando de mantener sus raíces, teniendo en cuenta que es lo que saben hacer desde niños y que para otras culturas es de alta influencia dentro de las localidades en las que habitan en el distrito capital.

Tema generador: Fortalecimiento de la red institucional para promover iniciativas productivas, a través de procesos de formación y capacitación para el trabajo con el fin de incentivar el desarrollo de un entorno de trabajo saludable que contribuya a mejorar la calidad de vida de las y los trabajadores.

2.5 Núcleos problemáticos etapa de ciclo vital Vejez.

2.5.1 Núcleo problemático 1. Deterioro físico y mental por la no presencia de un estilo de vida adecuado durante las diferentes etapas de la vida.

Las problemáticas priorizadas para las personas mayores en la localidad están relacionadas con estilos de vida inadecuados que afectan la calidad de vida. De igual forma las actividades de promoción y prevención generadas desde los diferentes sectores no contemplan las condiciones reales de la población lo cual da como resultado la respuesta inoportuna para esta etapa de ciclo, así mismo se identifica débil construcción social y familiar frente a los roles de la persona mayor, desconociéndose las potencialidades y experiencias acumuladas de los mismos, originada por la diversidad poblacional y cultural presente a nivel local.

Por otro lado se ha identificado que el diagnóstico médico de las personas mayores que asisten a las IPS del Hospital Vista Hermosa, a servicio de Urgencias, Hospitalización y Consulta externa la mayor proporción está en enfermedades crónicas tales como Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, de acuerdo al perfil de salud enfermedad del año 2012, lo que indica que esta población presentó hábitos no saludables, como consumo de cigarrillo, alimentación no balanceada, no actividad física en el transcurso de su vida y además el control de estas enfermedades no está siendo efectivo.

La etapa de ciclo vejez es en la que presenta en mayor proporción personas en condición de discapacidad con 43.22% (n=5.227) dentro de la Base de datos del Hospital Vista Hermosa entre los años 2005 a 2012, y se encuentran en las UPZs Lucero e Ismael Perdomo. Por lo cual esta población por su condición es una población vulnerable para las diversas actividades que deben desarrollar diariamente, sin embargo en las actividades comunitarias esta población es la que participa constantemente y con un mayor porcentaje comparado con otros ciclos vitales.

En relación a salud mental se evidencia que las notificaciones realizadas al subsistema de vigilancia SIVIM en esta etapa de ciclo están relacionadas a violencia emocional, negligencia y abandono. Así mismo se ha identificado pérdida del reconocimiento de la persona mayor originada por unas pautas culturales que subvalora la vejez, generando invisibilización familiar, dependencia económica, barreras para el acceso a la oferta institucional del territorio.

Tema generador: Realizar actividades con el fin de minimizar el daño frente a la enfermedad crónica y fortalecer la rehabilitación física por medio del apoyo terapéutico emocional para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida.

2.5.2 Núcleo problemático 2. Necesidades básicas insatisfechas generadas de la no implementación y cumplimiento de la política pública de vejez.

Teniendo en cuenta los cambios en la estructura social y demográfica del distrito y específicamente en la Localidad, se evidencia un crecimiento en la población de más de 60 años, dando así como resultado el deterioro de las condiciones de vida de la población, la no adecuada y real implementación de la política pública de vejez y envejecimiento, la cual tiene como objetivo “Garantizar la promoción, protección, restablecimiento y ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas mayores sin distinción alguna, que permita el desarrollo humano, social, económico, político, cultural y recreativo, promoviendo el envejecimiento activo para que las personas mayores de hoy y del futuro en el Distrito Capital vivan una vejez con dignidad”.

Para el año 2012 se notificaron al subsistema de SIVIM 35 individuos del ciclo vital de vejez de los cuales 48% mujeres y 52% hombres. A partir de lo anterior es necesario referir la importancia de diseñar y establecer acciones acordes a las necesidades reales y de largo plazo y no acciones inmediatistas como respuesta a programas políticos del momento, lo cual no permite generar intervenciones reales requeridas por la comunidad sino se convierten en cumplimiento de simples acciones las cuales son sumadas a un dato y no revelan la verdadera intervención de los programas orientados a la población mayor.

La no implementación de la política pública se convierte en un documento más que reposa en las diferentes entidades y sectores públicos, convirtiéndola así en una política no real la cual muchas veces no se conoce por los funcionarios o la misma comunidad dando como resultado la no exigencia de los derechos vulnerados y la restitución de los mismos.

De esta forma se puede evidenciar que los derechos más vulnerados son derecho al acceso a la salud, derecho a una alimentación y vivienda adecuada, teniendo en cuenta las condiciones que presentan las personas mayores de la localidad y las cuales en muchas ocasiones está relacionada con la deficiencia económica y la falta de redes de apoyo familiar y social.

Tema generador: Fortalecer la implementación de la política pública de vejez y envejecimiento por parte de todos los actores sociales de la administración distrital, para generar respuesta efectiva frente a las necesidades de la población en etapa de ciclo de vejez.

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS DE SALUD EN LA LOCALIDAD.

3. 1. Respuesta a problemáticas Ciclo vital Infancia.

3.1.1. Respuestas interinstitucional a la problemática de presencia de enfermedades prevalentes de la infancia que exponen la vida de los menores.

Este eje temático tiene que ver con la afectación en salud por presencia de enfermedades prevalentes de la infancia relacionadas con enfermedades de tipo infeccioso, bajos índices nutricionales y la violencia intra familiar en los niños y niñas de la localidad. Para afectar las condiciones sociales que determinan las enfermedades prevalentes en las niñas y niños de la localidad en el año 2012, el sector salud apuntó a la intervención de las familias que mostraron presencia de enfermedades prevalentes o factores de riesgo a través de los equipos de los territorios saludables.

A su vez, desde el componente de gestión de políticas e intersectorialidades de la salud pública del Hospital Vista Hermosa, se continuaron las sensibilizaciones, educación y abordaje con las Estrategias Materno Infantiles, las cuales comprenden la Estrategia de Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI), Instituciones Amigas de la Familia Gestante (IAFI) y la línea Enfermedades Respiratorias (ERA), esto con el fin de procurar afectar los determinantes intermedios que producen las enfermedades prevalentes. Es decir, transformar las pautas de crianza, estilos de vida y hábitos de las familias y cuidadores de las niñas y niños.

Sin embargo, es necesario fortalecer estos programas en salud, para el 2012, solo un profesional de la salud estaba a cargo de todos estos programas, por lo que la aplicación y cobertura de los programas se ve radicalmente afectada. Si tenemos en cuenta que las enfermedades prevalentes en la infancia son absolutamente prevenibles y que dependen, en gran medida, del grado de adherencia a la educación que se ofrece a los cuidadores de las niñas y niños, programas que pretenden brindar esa capacitación deben ser fortalecidos.

De otra parte, para el abordaje de enfermedades respiratorias agudas (ERA) se realizó un proceso de control de seguimiento y efectividad de las canalizaciones que ingresan de las salas ERA del hospital. Además se realizó el fortalecimiento de hábitos saludables, cuidado de la salud oral, acompañamiento de padres y

cuidadores a través de asesorías individuales y canalización al servicio desde la política de salud oral.

Frente al Programa Ampliado de Inmunización (PAI) el aporte por parte de los equipos de respuesta inicial y complementaria de territorios saludables se dio a través de la participación en las jornadas locales, territoriales, y semanales. Lo anterior, teniendo en cuenta que se realizaron capacitaciones al 100% de los técnicos en salud frente a este tema.

Teniendo en cuenta que las enfermedades prevalentes de la infancia, entre ellas, los bajos índices nutricionales, son determinadas por la carencia de una canasta familiar balanceada en los hogares, esto, generalmente, porque los hogares cuentan con recursos económicos mínimos para invertir en alimentación adecuada, y que además, en ocasiones, las familias no cuentan y no implementan la información de cómo realizar una dieta balanceada y nutritiva; sin embargo, para solventar las necesidades económicas de algunas familias algunas instituciones ejecutan una serie de intervenciones como las siguientes:

Desde las instituciones en la localidad se identificó que la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) realizó la priorización y acceso a servicios de comedor comunitario, canasta complementaria, intervino jardines infantiles, implementó auxilios funerarios e intervino familias en emergencia social.

Por otro lado el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) asistió a las declaraciones de niños, niñas y adolescentes afectados por todo tipo de vulnerabilidad; realizó inscripciones en la oferta social de la entidad y atención a través de sus unidades móviles. Valoró el desarrollo psicomotor en cada uno de los niños y niñas de los jardines de ICBF, logrando de esta forma observar oportunamente los factores de riesgo y alertar a las madres comunitarias y padres de familia sobre los hallazgos evidenciados para realizar acciones correspondientes para evitar casos de violencia y desnutrición en la niñas y niños de la localidad. También realizó capacitaciones a los encargados de estos hogares y procuró la mejora de las instalaciones que reciben a los niños y niñas de la localidad.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que estos programas son limitados en cuanto a recursos y oferta, sus intervenciones solo logran cubrir un porcentaje mínimo a la población, y la realidad económica de la mayoría de la población de Ciudad Bolívar no se logra mejorar con intervenciones de tipo subsidiado o asistencial; se requiere entonces una transformación del modelo de desarrollo económico nacional para reducir las inequidades económicas y así se logre brindar a los niños y niñas de alimentación balanceada y accesos dignos a las salud.

3.1.2. Respuesta interinstitucional al déficit de herramientas para la crianza y cuidado de los menores, así como brindar espacios y programas adecuados que induzcan en el desarrollo de habilidades para la vida de las niñas y los niños de la localidad.

En cuanto a fortalecer las pautas de crianza y el desarrollo de habilidades para la vida en los niños y las niñas, los territorios saludables realizaron intervenciones en colegios, Famis y Hobis y en hogares, a través del trabajo con padres, docentes y cuidadores. El perfil de trabajo social realizó intervención a través de grupos gestores, organizados por ciclo vital donde se trabajan problemáticas puntuales identificados por los actores comunitarios o sociales. A través de dinámicas, actividades lúdico-pedagógicas, relatos etc., se trataban temas como: pautas de crianza, como ser madres y padres, y restitución de derechos del niño y de la salud.

Además, el componente de salud pública del Hospital Vista Hermosa, ofrece, a través de la gestión de políticas de infancia las Estrategias Materno Infantiles. Uno de los programas principales de estas estrategias es capacitar a cuidadores, madres gestantes y madres comunitarias en el fortalecimiento de las pautas de crianza al interior de los hogares y fomentar las habilidades para la vida en los niños y niñas de la localidad.

Sin embargo, el fortalecimiento de las pautas de crianza en los hogares es una tarea titánica que depende de la labor interinstitucional, por lo cual en el año 2012, la política de infancia trabajó desde los Servicios de Salud Colectiva (SSC), intervenciones individuales, a través del fomento de 18 prácticas claves y el “Programa ser feliz, creciendo feliz” con el aporte de las cuatro secretarías distritales, Secretaría Distrital de Salud (SDS), Secretaría Distrital de Educación (SDE) Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), Secretaría de Cultura (SCULT) de acuerdo a las necesidades identificadas en la población dando respuesta al plan local el cual busca una atención integral desde los diferentes sectores.

De otra parte se entendió que el deterioro familiar parte del desconocimiento frente al manejo adecuado de la discapacidad al contar con redes de apoyo frágiles e insuficientes, así mismo la asignación de roles de cuidado para la persona con discapacidad desdibuja los proyectos de vida e influye en las pautas de crianza frente a la carencia de herramientas para la resolución de conflictos y calidad de vida de las familias.

Para estas problemáticas, la política de discapacidad trabaja de manera articulada con el equipo de respuesta complementaria (terapeutas) y el equipo de respuesta inicial través de proceso de formación y abordaje a: familias, colegios, jardines, y comunidad, servicio de salud colectiva en la UPA Limonar, con el fin de orientar a cuidadores y personas con discapacidad, así como con instituciones para proceso de gestión transectorial dando respuesta a las necesidades evidenciadas por los equipos territoriales.

A su vez la política de actividad física y espacio público promocionó prácticas saludables incentivando al núcleo familiar a realizar actividades recreativas y de actividad física, promoviendo estilos de vida saludable, fortalecimiento de vínculos afectivos y de autoridad entre los miembros de la familia. Además promocionó la actividad física, con el aprovechamiento de parques mobiliarios, programas dirigidos en la etapa de ciclo vital de infancia para atenuar las consecuencias por la contaminación ambiental.

Finalmente Se desarrollaron acciones en los espacios de servicios colectivos de infancia implementando acciones de comunicación, autoestima y canalización a través de la política de salud oral, incentivando a niñas y niños y a sus cuidadores a mejor la prácticas de higiene y salud oral.

Desde los sectores institucionales que trabajan por la niñez de ciudad Bolívar la Dirección Local de Educación Ciudad Bolívar (DILE) mantuvo y mejoró los canales y medios de información entre el Nivel Central de la Secretaría de Educación del Distrito, la localidad y las instituciones educativas. Coordinó el desarrollo de los procesos de solicitudes de cupos escolares, legalización y atención a peticiones ciudadanas. Consolidó y organizó las necesidades del personal docente y administrativo de los establecimientos educativos oficiales o de convenio de cada localidad. Además, la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS): Realizó la priorización y acceso a servicios de comedor comunitario, canasta complementaria, jardines infantiles, auxilio funerario y familias en emergencia social. Efectuó procesos pedagógicos con niños y niñas entorno a la primera infancia.

A su vez el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) asistió a las declaraciones de niños, niñas y adolescentes afectados por todo tipo de vulnerabilidad. Hizo inscripciones en la oferta social de la entidad y realizó atención a través de sus unidades móviles. De otra parte la Agencia Colombiana para la Integración Social establece que el marco problemático tienen que ver con el Reclutamiento de NNA por parte de GAI (Grupos armados ilegales) que operan en la localidad. Para ello promueve la implementación de la estrategia “Mambrú no va a la guerra eso es otro cuento”. Para ello busca Instituciones presentes en el territorio

priorizado para trabajar con la Comunidad del territorio, NNA y 1 organización juvenil fortalecida. La intervención solo está dirigida a un grupo de 45 NNA, 15 instituciones y 40 integrantes de la comunidad en la que se adelantó la intervención.

Para fortalecer las habilidades para la vida en los niños y niñas es necesario el trabajo de toda la sociedad civil y el estado nacional en cuanto a garantizar los derechos fundamentales de esta población. De otra parte se requiere contribuir, por medio del diseño e implementación de políticas públicas, a la transformación social y cultural, que en verdad entiendan a la infancia como el futuro de una ciudadanía libre y pacífica.

3.2. Respuesta a problemáticas Ciclo vital Adolescencia.

3.2.1. Respuesta interinstitucional a la problemática desaprovechamiento del uso de espacios de encuentro cultural, recreativo y deportivo que contribuya a la formación integral de los adolescentes.

Para el año 2012 se procuró contribuir a generar condiciones ambientales y socioculturales que favorezcan un modo de vida activo, lúdico, deportivo y recreativo en la población bogotana, en el marco de la política distrital de actividad física, recreación y deporte: “Bogotá más activa 2009-2019”.

A nivel local, desde la política pública de actividad física / espacio público se logró la planeación de acciones por zonas específicas, para responder según las particularidades de las condiciones que limitan la práctica de la actividad física en dichas zonas. Este proceso de planeación por zonas específicas implica la identificación de las condiciones globales del contexto a nivel de ese territorio para definir las metodologías específicas que permitan caracterizar a profundidad la situación del contexto ambiental, la organización comunitaria, las prácticas poblacionales de actividad física y la pertinencia de las ofertas institucionales para favorecer un modo de vida activo en la población.

Se aplicaron las estrategias de “artistas por la salud”, donde se sensibilizó por medio de obras de teatro en temas como proyecto de vida, prevención de consumo de SPA, prevención de embarazo no deseado y buen trato.

En el ámbito comunitario se formaron grupos organizados en un programa denominado “tú vales”, el cual incluye acciones orientadas a promover prácticas saludables relacionadas con alimentación saludable (énfasis en el incremento del consumo de frutas y verduras), actividad física, acuerdos por espacios libres de humo del cigarrillo, y liderazgo por cambios en el contexto para favorecer las

prácticas promovidas, así como a lograr la vinculación de las personas a escenarios de gestión en su territorio.

También a nivel de los grupos comunitarios el programa “Muévete Comunidad”, se procuró favorecer el desarrollo de competencias de gestión para generar proyectos orientados a mejorar condiciones ambientales para la práctica de actividad física. En el ámbito laboral se desarrolló el programa “Ser Feliz”.

En el ámbito laboral informal se intervinieron actividades económicas informales priorizadas en cada localidad tales como de metalmecánica, reciclaje, vendedores estacionarios y ambulantes, curtiembres, entre otras. Las acciones estaban orientadas a promover prácticas saludables relacionadas con alimentación saludable (énfasis en el incremento del consumo de frutas y verduras), actividad física, la salud mental de los trabajadores, el desarrollo de acuerdos al interior de las unidades de trabajo por espacios libres de humo del cigarrillo, por condiciones que favorezcan la adopción de estas prácticas cotidianas y la vinculación de las personas a escenarios de gestión en su quehacer diario.

En el ámbito escolar se procuró que el protagonista fuera el educador a través del apoyo principal del IDR (Instituto Distrital de Recreación y Deporte) en el marco de los convenios que se tienen con esas instituciones. El aporte del sector salud se gestó sobre la base de los acuerdos a que se llegue con la IED haciendo énfasis que el papel del sector salud sería de tercer orden en este proceso.

3.2.2 Respuesta interinstitucional a la problemática Carencia de herramientas para la resolución de conflictos situación que desencadenan aspectos como violencia, matoneo e imposibilidad de plantear contextos para la convivencia y el respeto por la diferencia.

Desde la política de juventud y adolescencia, se han abordado los temas generadores, mecanismos de estabilidad y participación social de la población adolescente. Además este sector estableció presencia intersectorial continua y permanente en la zona, especialmente en la prevención y atención al consumo SPA y conductas delictivas. Se procuró además que en las organizaciones de adolescentes y jóvenes con participación social, las intervenciones con instituciones y articulación en acciones con adolescentes sean fortalecidas y que contribuyan al cumplimiento de los derechos y principios de la política.

Desde la política de salud mental se expuso que se ha perdido el enfoque sobre el quehacer de las acciones, pues deben estar enfocadas a promover la salud mental a través de la identificación y desarrollo de potencialidades en las áreas social,

emocional, afectiva y de formación. Por esta razón se procura afectar el entorno familiar ya que este no siempre brinda las habilidades requerida para afrontar determinadas situaciones, así desde la misma caracterización de una familia se identifican factores de riesgo que puedan afectar la salud mental de los adolescentes y los casos son notificados a la Salud Pública por medio de los subsistemas de SIVIM y SISVECOS. En el 2012 funcionaron diferentes espacios locales como el comité de infancia y adolescencia, el consejo local de víctimas y el comité de juventud, dónde se buscó la posibilidad que los adolescentes de la localidad puedan adquirir las habilidades y capacidades requeridas para realizar esta transición a la juventud y adultez, cuestión que depende en gran parte de las oportunidades que su medio ambiente les pueda ofertar.

3.3 Respuesta a problemáticas Ciclo vital Juventud.

3.3.1. Respuestas interinstitucionales a la problemática ausencia de oportunidades en educación, producción económica que garantice el desarrollo integral de los jóvenes y que se ven reflejados por las diferentes expresiones de violencia.

Este núcleo problemático debe ser abordado desde un conjunto de instituciones que logren ampliar coberturas escolares y de educación superior, así como ampliar la oferta laboral a jóvenes de la localidad. Además de propiciar una cultura por el trabajo digno que se oponga a la cultura del trabajo fácil y la delincuencia.

Sin embargo, desde el sector salud se realizaron caracterizaciones y seguimientos a las unidades de trabajo informal, se brindaron capacitaciones en cuanto al impacto que algunas actividades pueden causar en la salud de los jóvenes. Además se han ofrecido campañas educativas en cuanto al manejo de agroquímicos en la zona rural y al manejo de algunos químicos, aceites o productos industriales en diferentes fábricas o industrias de la localidad, así como inspecciones ambientales a estos establecimientos.

El Centro Forjar, en el año 2012, se dedicó a identificar los espacios estratégicos en los que se podrían articular instituciones y organizaciones para realizar acuerdos frente a las problemáticas encontradas. Trabajó con los jóvenes que asisten al Centro Forjar que pertenecen a procesos de libertad asistida. Con estos jóvenes se realizó un proceso para capacitar en temas de participación social y buen manejo del tiempo así como procurar que el joven cumpla con las penas impuestas según los delitos cometidos.

De otra parte, la Asociación Colombiana de Empresarios de la Ciudad de Bogotá (ACEB) manifestó que el tipo de actividad económica de la localidad va en

destrucción del desarrollo del individuo, en la mayoría de los casos se evidencian acciones de acompañamiento para identificar alternativas de remuneración y respuesta en bienes y/o servicios que suplan sus necesidades básicas insatisfechas.

La ACEPCB, se creó como una entidad sin ánimo de lucro que generó nuevas y mejores oportunidades corporativas para mejorar la productividad y la competitividad de sus asociados. Desarrolló diferentes acciones orientadas a la población en etapa productiva. Apoyó personas mayores, adultos y jóvenes en edad productiva que estén generando bienes y servicios dentro de los sectores formal e informal de las diferentes actividades económicas como: elaboración de alimentos, construcción y artes gráficas, mantenimiento y reparación, confección, cuero calzado, elaboración de muebles, metalmecánica y productos artesanales.

A su vez, El Instituto para la Economía Social en el año 2012 apoyó a las organizaciones sociales de los diferentes grupos poblacionales, los emprendedores de ventas populares, los recicladores de residuos sólidos, las víctimas del conflicto armado y la población desplazada, la población en condición de discapacidad, los comerciantes de las plazas de mercado, las famiempresas, micro, pequeñas y medianas empresas, en el otorgamiento de microcréditos; la formación, la capacitación y el acompañamiento de sus unidades productivas y de negocios comerciales y de servicios; el favorecimiento del emprendimiento y el fortalecimiento empresarial; la asociatividad, el desarrollo de la economía social y solidaria, y el aprovechamiento económico regulado del espacio público, entre otras formas que generen ingresos, empleo, y formas de trabajo digno y que fortalezcan los circuitos económicos populares de la ciudad.

Sin embargo, las acciones mencionadas anteriormente son aisladas, pocas veces se articulan con otras instituciones o directamente con el sector salud; además, tienen una oferta limitada, sus cupos son reducidos si se tienen en cuenta que la problemática es generalizada. Por tal motivo, se requiere que estas organizaciones sean fortalecidas económicamente, además es menester que el Estado realice reformas educativas que garanticen el acceso universal a la educación superior, así como reformas laborales, como leyes del primer empleo que beneficien a la población joven.

3.3.2. Respuestas interinstitucionales a la problemática de un contexto social, económico y cultural inadecuado que impiden garantizar los derechos en salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes.

En el año 2012 el Hospital Vista Hermosa, a través del equipo de gestión de políticas, lideró y recupero el espacio del Comité Local de Salud Sexual y Reproductiva. En este espacio participaron: la referente de la Secretaria Local de Integración Social, La referente de educación local, la orientadora de la red del buen trato y un representante de la casa de justicia; por parte del equipo de Gestión local de la E.S.E, participaron las referentes de población LGBTI, mujer y salud mental.

Este ejercicio presentó la gran dificultad de que no contaba con una política de Salud Sexual y Reproductiva vigente. La política existente se creó en el año 2003 y se venció en el año 2006. Por tal motivo el único lineamiento que uso el Comité Local, fue un lineamiento de información para consolidar la política. Sin embargo, este lineamiento no era de obligatorio cumplimiento lo que generó que las diferentes instituciones vinculadas al comité fueran abandonando su participación y compromiso con el tema.

A pesar de las dificultades, el comité local de salud sexual y reproductiva realizó un plan de acción y el desarrollo de una unidad de análisis con actores comunitarios. Esta unidad de análisis evidenció los diferentes mitos, o informaciones distorsionadas que posee la población en cuanto a la salud sexual y reproductiva. En conclusión el comité se reactivó, pero su impacto no fue evidente.

La suspensión del comité evitó que se pudiera evidenciar los programas que, frente a este tema, ofertan otras instituciones. Desde los centros de atención de la ESE, teniendo en cuenta la resolución 412 de prevención y promoción de la SSR se ofertó el programa de regulación de la fecundidad. Por otro lado se contó con la consulta al joven que busca identificar esos factores de riesgo que pueden conllevar a que se genere un embarazo adolescente. Desde el programa territorios saludables, se realizaron intervenciones en los diferentes ámbitos de vida cotidiana, frente al tema de prevención del embarazo adolescente, las acciones se concentran en los ámbitos escolar y familiar. Por otro lado se abren los SSC para la mujer.

En los diferentes centros de atención se atendieron por consulta de planificación familiar a 2750 jóvenes de este grupo de edad. Desde los territorios saludables se realizó 10.520 caracterizaciones a familias en las cuales se realizan acciones de educación en planificación familiar. Aproximadamente 2.595 jóvenes del territorio no accedieron a los servicios de regulación de la fecundidad y consulta del joven, como

tal el problema no radica específicamente en la no cobertura si no en el desconocimiento de los servicios ofertados.

Finalmente como se mencionó en el capítulo anterior la suspensión del comité evitó que se pudiera evidenciar los programas que frente a este tema ofertan otras instituciones.

3.4. Respuesta a problemáticas Ciclo vital Adultez.

3.4.1 Respuesta interinstitucional para la problemática resolución de conflictos al interior de las familias se caracteriza por hacer uso de la violencia en sus diferentes tipologías, lo cual afecta a los diferentes miembros de la familia y en mayor proporción a la mujer.

Desde el Hospital Vista Hermosa a través de la vigilancia en salud pública se cuenta con el subsistema de vigilancia epidemiológica SIVIM, está definido como el conjunto de procesos dinámicos e integrales interrelacionados entre sí para la recopilación, análisis, interpretación, divulgación y evaluación oportuna de información sobre la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual en el Distrito Capital. Cuyo propósito es realizar la vigilancia en salud pública de la violencia física, sexual, económica, emocional, así como de la negligencia y el abandono, identificando el evento de manera oportuna y generando información de manera sistemática para caracterizar el evento con el fin de orientar las acciones de prevención y control en salud pública.

Las notificaciones que alimentaron al sistema de vigilancia SIVIM, durante el 2012 corresponden a las UPGDs las cuales eran 27, publicas 14 entre (CAMIs, UPAs y UBAs) y 13 privadas de las cuales 2 son de segundo nivel de atención Hospital de Meissen y Clínica candelaria. Por otro lado se cuenta con las unidades informadores a través de los ámbitos de vida cotidiana (Escolar, familiar, laboral, comunitario e institucional) de los cuales a través de la estrategia extramural se notifican eventos de violencia intrafamiliar.

Con el fin de fortalecer la red de la vigilancia en salud pública se realiza de manera periódica asistencias técnicas tanto a las UPGDs como a las unidades informadoras, socializando fichas de notificación y rutas de atención en violencias. Es muy importante aclarar que si bien se cuenta con un equipo de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar (psicólogos), este está supeditado a las negociaciones con la Secretaria Distrital de Salud, y la lógica de la violencia no corresponde con una lógica administrativa, lo que dificulta que se brinde la atención oportuna del 100% de la notificación de los casos, ya que se prioriza la atención de violencia sexual y las otras violencias se atienden en orden de llegada.

Durante el año 2012 se llevó a cabo el comité de salud mental PDA (Proyecto de desarrollo y autonomía) en salud pública, en el cual se avanzó a través del año con los psicólogos de extramural en la ruta de atención a víctimas de violencias, en el protocolo de atención a víctimas de presuntos abusos sexuales, fortalecimiento por medio del Ámbito IPS de las UPGDs públicas y privadas en torno al proceso de notificación y canalización, se realizó la articulación con la UPA estrella este es un centro especializado en salud mental el cual presta atención de psicología y psiquiatría y cuenta con el servicio de hospitalización.

De otra parte, la “red del buen trato”, es un mecanismo de cooperación y complementación institucional con una historia de cerca de 15 años en la localidad. Debido a la complejidad de la problemática de las distintas formas de violencia “la estrategia de red permite que tanto instituciones como comunidad se sientan parte tanto del problema como de la solución y asuman la corresponsabilidad transformando la sensibilidad social en acciones institucionales y comunitarias orientadas a la transformación de las relaciones establecidas al interior de la familia y de otros grupos”. De esta manera, en la Red del Buen Trato, propuso que sus políticas, programas o acciones se orienten a la “democratización de los vínculos sociales, contribuyendo a la construcción de la convivencia y el respeto de los derechos sociales como fundamentos éticos para el desarrollo humano” y han estado coordinadas por La Secretaría Distrital de Salud.

A su vez, el concejo local de víctimas que fue establecido por el acuerdo 152 de 2005 y esta constituido por: comisaría de familia, el centro de administración educativo local – CADEL, hospitales públicos, empresas sociales del Estado y entidades prestadoras de salud, Asojuntas, estación de policía local, personería local, la Junta Administrativa Local, organizaciones no gubernamentales que trabajan las problemáticas, consejo Tutelar Local para la Defensa y Promoción de Derechos de Niños y Niñas, organizaciones religiosas, comunidad, la casa de justicia o centro de convivencia e IDIPRON (El Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud). De acuerdo con los objetivos del Consejo Local de Víctimas, las propuestas deben estar encaminadas al planteamiento de acciones de promoción del Buen Trato, prevención, atención y protección que contribuyan a la erradicación de la violencia intrafamiliar y sexual en la localidad.

Por otro lado la movilización social y articulación transectorial cuya finalidad corresponde al posicionamiento de las acciones preventivas, así como también articular acciones que permitan el óptimo desarrollo de los procesos. Desde la Subdirección Local de Integración Social se realizó el Comité de Infancia y Adolescencia, Comité de Seguimiento a Casos de Violencia y mesas territoriales.

Con la Comisaría de Familia de Meissen se obtuvieron rutas de atención, servicios, horarios y procesos de remisión, se gestionó procesos para que se dicten charlas a las familias, acerca de los servicios y atención en violencias. Desde la Personería Local se obtuvo asesoría específica en casos de restablecimiento de derechos de las familias de los niños y niñas víctimas y con la Casa de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres se realizaron jornadas de sensibilización y visibilización de los derechos humanos, dirigidas a las mujeres y hombres participantes en cada uno de los grupos conformados.

3.4.2 Respuesta interinstitucional a la problemática se visibiliza al adulto en una etapa productiva que requiere de la identificación y ampliación de oportunidades y ofertas locales para la generación y/o acceso a un trabajo saludable y decente.

En las tres líneas de intervención de la política para la salud y calidad de vida de las y los trabajadores se realizaron acciones individuales y colectivas de orientadas a la promoción de la salud a través de la implementación de la estrategia de entornos de trabajo saludable, sensibilización para la prevención y erradicación del trabajo infantil, promoción del trabajo adolescente protegido y formación a grupos de trabajadores y trabajadoras en la estrategia ser feliz, con el fin de promover condiciones de trabajo adecuadas, mitigar la presencia de eventos ATEL (accidente de trabajo y enfermedad laboral) en los trabajadores y acciones de notificación a través del fortalecimiento institucional.

Durante la intervención a las unidades de trabajo informal, se enfatizó a los empleadores y trabajadores sobre la importancia de reportar eventos de accidentes de trabajo a la intervención de entornos de trabajo saludable. Estos casos fueron reportados por los técnicos y especialistas en salud ocupacional a SIVISTRA para continuar con el proceso definido por esta línea. En la UPZs Lucero y Tesoro se reportan 13 casos entre los que se notificó cortaduras, quemaduras y caídas.

Desde la Política de adultez se propuso generar y/o fortalecer el reconocimiento de cada individuo como sujeto de derechos y deberes con capacidades y habilidades que se deben potenciar para viabilizar proyectos de vida dignos, en ese sentido para materializarlo se plantea acompañamiento y dinamización de procesos de reconocimiento y movilización a través de la promoción y/o formación en ejes temáticos: enfoque de derechos (sujetos de derechos y deberes), habilidades relacionales (inteligencia emocional, comunicación asertiva), capacidades individuales y colectivas (recursos individuales y colectivos, proyectos productivos),

orientación vocacional y de emprendimiento (articulación con el Instituto para la economía Social IPES para acceder a formación técnica y/o capacitaciones ocupacionales).

Dichos ejes temáticos fueron abordados y posicionados tanto en las acciones individuales, como en las acciones colectivas por los perfiles de trabajo social y Psicología que hacen parte de los territorios saludables. De igual manera se identificó a nivel transectorial las instituciones que presten servicios relacionados para canalizar a personas adultas que lo requieran; con la información recogida de las instituciones se intentó construir un portafolio de servicios sociales que esté al alcance de las y los funcionarios públicos que tienen la responsabilidad de socializarlo en los distintos escenarios locales facilitando el reconocimiento y vinculación de población adulta a dichos servicios.

Con el propósito de visibilizar la situación de los adultos de la localidad se debe posicionar la necesidad de acciones afirmativas en los distintos espacios de participación local y distrital para sensibilizar y procurar que estos temas sean inmersos en sus agendas y accionar, en esa misma vía promover el reconocimiento de la política pública de adultez. Sin embargo, identificar y ampliar ofertas laborales, es un tema que corresponde a otros sectores institucionales diferentes al sector salud. Para esto se requiere una intervención fuerte del Estado y de la empresa privada que opte por brindar esta oferta en la población adulta de la localidad. Sin embargo, para el año 2012 se identificó la oferta de algunas instituciones frente a este tema.

Por ejemplo, se realizó socialización a los trabajadores informales acerca de los programas de educación que brinda el Centro Juan Bosco Obrero ubicado en la UPZ Tesoro de la localidad y acerca de las ofertas laborales que se reciben por parte de la Subdirección local. Así mismo, se generaron acciones de articulación con las instituciones para responder a necesidades básicas de los trabajadores como acceso a procesos de formación y capacitación, articulado con el Instituto para participación económica IPES, secretaria de Integración social y SINDEVENDEDORES.

Desde el Instituto para la Economía Social se apoyó a las organizaciones sociales, los emprendedores de ventas populares, recicladores, víctimas del conflicto armado y la población en condición de desplazamiento, la población con discapacidad, los comerciantes de las plazas de mercado, las famiempresas, micro, pequeñas y medianas empresas, en el otorgamiento de procesos de formación y capacitación y acceso al trabajo promoviendo el derecho al trabajo digno y decente de la población general, mujeres, jóvenes, los grupos étnicos (afro descendientes, palenqueros, raizales, indígenas y ROM) y las personas LGBTI. Favoreció el emprendimiento y el

fortalecimiento empresarial; la asociatividad, el desarrollo de la economía social y solidaria, y el aprovechamiento económico regulado del espacio público, entre otras formas que generen ingresos, empleo, y formas de trabajo digno fortaleciendo los circuitos económicos populares de la ciudad.

Los determinantes intermedios que afectan las condiciones de vida de las personas adultas, son para esta institución la falta de acceso a la educación y necesidades básicas insatisfechas que obligan a la población a tomar alternativas como medio de adquisición de bienes y servicios.

3.5. Respuesta a problemáticas Ciclo vital vejez.

3.5.1 Respuesta interinstitucional a la problemática deterioro físico y mental por la no presencia de un estilo de vida adecuado durante las diferentes etapas de la vida.

En este aparte nos centramos en la respuesta institucional que atañe directamente al ciclo vital de la vejez teniendo en cuenta que la problemática se centra en la prevención de enfermedades y cambios de estilos de vida en los ciclos vitales anteriores, que desencadenan en deterioros físicos y mentales de esta población.

El Hospital Vista Hermosa cuenta con un programa de “crónicos” desde el área asistencial, con el fin que las personas que presentan esta condición realicen por medio de capacitaciones y sensibilizaciones cambios en sus hábitos de vida para controlar las enfermedades que presentan. Por otro lado al asistir a estas capacitaciones en temas relacionados con sus enfermedades como importancia del tratamiento y adherencia al tratamiento y capacitaciones en espacios abiertos para realizar actividad física.

A estas personas que asisten periódicamente les gestionan las citas médicas para sus controles mensuales y así mismo pueden acceder a la ruta de la salud para que los transporte desde sus viviendas hasta las IPS donde tienen sus citas programadas. Sin embargo, este programa presenta dificultades en cuanto a que existe gran cantidad de pacientes crónicos los cuales para el control de su enfermedad solamente asisten a sus citas médicas y algunos no asisten generando complicaciones con sus enfermedades y asistiendo por medio de urgencias como se ha identificado en los RIPS del año 2012 ya que las tres primeras causas de urgencias de este ciclo vital son enfermedades crónicas como Hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Desde vigilancia epidemiológica de salud pública existe el subsistema de discapacidad en el cual se registran todas las personas que presenten alguna

discapacidad por diversas causas, el registro tiene como objetivo que esta sea una fuente de información a nivel nacional, ya que se diligencia en una aplicativo del DANE y busca identificar las personas con esta condición con el fin de toma de decisiones en torno a esta población.

El Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria-COVECOM, es un espacio que se lleva a cabo de manera bimensual en la localidad de Ciudad Bolívar; estos espacios analizan y reflexionan sobre la salud y la calidad de vida de la comunidad, para la construcción conjunta de alternativas de solución entre la comunidad y las instituciones, que permitan contribuir a los procesos de empoderamiento social, desde una perspectiva de la salud comunitaria orientada hacia la construcción de Capital Humano, durante el año 2012 uno de los temas que se vinculó dentro de este comité fue el de proyecto de vida.

Por otro lado se ha identificado que las personas pertenecientes al ciclo vital de vejez, que están en situación de abandono por sus redes familiares y sociales, tienen serias dificultades en cuanto al restablecimiento de sus derechos, debido a que las instituciones como el instituto colombiano de bienestar familiar, comisaria de familia y la secretaría de integración social, no tiene la cobertura suficiente para la dar respuesta a esta situación de violencia. Así mismo las personas no incluyen dentro de su proyecto de vida esta etapa de ciclo por lo tanto se ha observado que centran todas sus actividades en función del campo laboral.

3.5.2. Respuestas interinstitucionales a la problemática necesidades básicas insatisfechas generadas de la no implementación y cumplimiento de la política pública de vejez.

Desde el Hospital Vista Hermosa se cuenta con el programa de atención a población con enfermedades Crónicas en el cual participa la población de los diferentes territorios saludables de la localidad y quienes presentan condiciones de salud crónicas como Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Las problemáticas identificadas en el grupo de pacientes crónicos de la ESE son: la baja adherencia a los tratamientos y programas; barreras de acceso en cuanto a la accesibilidad a los servicios; falta de hábitos de vida saludable; baja corresponsabilidad en cuanto a la asistencia a las diferentes acciones orientadas a la población como son los talleres en los centros de salud.

Desde los territorios saludables durante el año 2012 se realizó diferentes intervenciones orientadas a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud,

dichas acciones fueron ejecutadas por los diferentes profesionales quienes abordaron temas como hábitos de vida saludable, manejo de enfermedades crónicas, salud oral, importancia de la actividad física, salud mental con fortalecimiento de redes sociales, autoestima, manejo del estrés entre otros.

Por otro lado desde el subsistema de SIVIM se realiza la intervención al momento de la notificación de violencia de abandono, con el fin de articularse con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, integración social y fiscalía para la atención oportuna de estos individuos en situación de abandono. Además se contó con la ruta de la salud para el transporte de población del ciclo vital vejez, para el traslado desde sus viviendas a las IPS del Hospital Vista Hermosa para las consultas programadas para medicina.

Desde la secretaría de integración Social se desarrolló el proyecto “Atención integral para personas mayores: disminuyendo la discriminación y la segregación socioeconómica”, realizó la atención y vinculación a las personas con la entrega del subsidios económicos, otorgados por el Estado y de acuerdo al incremento anual del costo de vida, donde se reconoció un valor diferencial de acuerdo a las particularidades de las personas mayores de la localidad.

En relación al subsidio se asigna un monto económico de 120.000 pesos mensuales, algunos de los requisitos para acceder a este programa son: mujeres mayores de 53 años, los hombres mayores de 57 años de acuerdo a la ley pensional del país, no recibir pensión, no poseer ningún bien inmueble, no recibir alguna ayuda económica del gobierno.

Igualmente el bono económico está relacionado con la asistencia a los encuentros de desarrollo humanos en los diferentes puntos de la localidad, donde se abordan temas relacionados con las necesidades sentidas por la comunidad.

Por medio de proyecto “Alimentando capacidades: desarrollo de habilidades y apoyo alimentario para superar condiciones de vulnerabilidad” se realizó: apoyo y vinculación al programa; atención integral a personas en situación de inseguridad alimentaria y nutricional en comedores comunitarios en los cuales se brinda alimentación balanceada a la población de personas mayores de la localidad.

Además, bajo el programa “Atención integral a familias en inseguridad alimentaria y nutricional a través de canastas complementarias de alimentos” les entregó subsidios para satisfacer sus necesidades básicas, especialmente a aquellos que se encontraban en situación de pobreza extrema y no estaban vinculados a los comedores comunitarios. Los criterios de ingreso a dichos programas son: personas o familias que presenten vulnerabilidad o inseguridad alimentaria y nutricional;

familias pertenecientes a Cabildos Indígenas certificadas por la autoridad tradicional y familias con personas con discapacidad.

Es necesario referir la atención para la población mayor por parte de las diferentes organizaciones de personas mayores ubicadas en los diferentes territorios de la localidad y quienes desarrollan acciones de prevención, acompañamiento y asesoría a la población. Entre las 72 organizaciones identificadas se tiene: Asociación de adultos mayores Mi Querido Viejo, Asociación de adultos mayores Fondes Vida Nueva, Asociación del mayor La Nueva Vida, Canitas Sabias, Asociación de adultos mayores El Edén, entre otras.

CAPÍTULO 4. PROPUESTA DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES

4.1 Ciclo vital Infancia

4.1.1. Propuestas para la problemática de la presencia de enfermedades prevalentes de la infancia que exponen la vida de los menores.

Se hace necesaria una articulación eficiente entre el Hospital de Vista Hermosa y Bienestar Familiar para brindar a madres comunitarias y padres de familia, capacitaciones frecuentes en temas de promoción y prevención de enfermedades presentadas en los Niños y Niñas de la Localidad. Para ello son necesarias las intervenciones en: instituciones educativas distritales, HCB, FAMIS y Jardines para que faciliten el trabajo transectorial en pro de generar bienestar en la primera infancia.

Estas acciones permitirían desarrollar estrategias o propuestas como: El fortalecimiento de los procesos de atención dirigidos a la primera infancia por parte del equipo territorial desarrollando habilidades y competencias de los cuidadores y las familias de los HCB intervenidos en el territorio impactando de manera significativa las condiciones de vida y salud de los niños y niñas abordados.

Para tal es necesario que: madres comunitarias, auxiliares y ayudante de cocina, se involucren positivamente el proceso para potencializar factores protectores en salud y bienestar que fomentan la calidad de vida de los menores haciendo extensa este proceso a sus familias.

Además, es necesario el desarrollo de canalizaciones de los niños y niñas según el caso a los diferentes servicios ofertados por el Hospital de Vista Hermosa o EPS del menor según corresponda, para apoyar o direccionar a las familias frente a las acciones o intervenciones a realizar con el niño o niña. Lo anterior con trabajo transectorial para dar respuesta integral a las necesidades de la primera infancia. Estas intervenciones buscarán afectar los determinantes que afectan la salud de los habitantes de la localidad, sobre todo en niñas y niños, para ello es necesario el diseño y la implementación de políticas, programas y proyectos nacionales y distritales para la primera infancia, cuyo punto de partida es la garantía y bienestar de los niños y niñas de la localidad.

Además de ejecutar programas desde las diferentes instancias e instituciones encargadas de la atención a la primera infancia, que afecten las condiciones familiares sociales e individuales de vida y circunstancias psicosociales, entre otras.

realizando capacitaciones a las madres comunitarias frente a los temas de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia según la Estrategia AIEPI y la prevención, manejo y cuidados de la Enfermedad Respiratoria Aguda y la Enfermedad Diarreica Aguda en niños y niñas menores de 5 años.

Finalmente es necesario que: el control prenatal, el control de crecimiento y desarrollo, vacunación, lactancia materna y, la prevención y reducción de la anemia a niñas y niños entre 6 y 23 meses de edad con la fortificación casera de alimentos con micronutrientes en polvo, que son algunos de los programas y servicios que oferta el Estado en el marco de la ruta integral de atenciones, sean fortalecidos y aplicados con eficacia y oportunidad y tenga mayor cobertura

De otra parte la Dirección local de educación Ciudad Bolívar (DILE) propone mejorar los canales y medios de información entre el Nivel Central de la Secretaría de Educación del Distrito, así como los canales con el sector salud para que las campañas de prevención y promoción de salud se multipliquen en los diferentes espacios escolares, promoviendo un ambiente escolar sano que contribuya a la disminución de enfermedades prevalentes en la infancia

4.1.2. Propuestas para la problemática del déficit de herramientas para la crianza y cuidado de los menores, así como de espacios y programas adecuados que induzcan en el desarrollo de habilidades para la vida de las niñas y los niños de la localidad.

Las Estrategias materno infantiles, AIEPI, IAMI, IAFI proponen fortalecer el componente de “comunicarnos con la familia y comunicación asertiva con enfoque desde lo rural en población materno infantil con niñas, niños, gestantes, lactantes y sus familias”. Así mismo las actividades que impactarían directamente con la población infantil se realizarían con jóvenes y adultos y adulto mayor quienes son los cuidadores naturales de los niños y niñas. La política de discapacidad propone fomentar las asesorías a la comunidad educativa para potenciar el desarrollo infantil en la población con discapacidad. Además de las asesorías en casa para familias en situación de discapacidad en todos los ciclos vitales. Además se propone que se apoye con talento humano las diferentes estrategias, ya que para el 2012 todas recaen sobre un solo profesional.

La política de salud y calidad de vida de las y los trabajadores se propone concluir el posicionamiento de la política en promoción del trabajo digno y decente, además buscar la erradicación y prevención del trabajo infantil, así mismo fortalecer el posicionamiento de la política, por lo tanto se espera reactivar la mesa de trabajo infantil, para generar acciones de articulación con redes de apoyo a las y los NNA.

La Secretaría de integración social distrital por medio del Comité local de infancia y adolescencia (COLIA) reconoce la importancia de adelantar acciones específicas en torno a estas problemáticas identificadas: Promoción de acciones para establecer proyectos de vida; fomento de manejo adecuado del tiempo libre en la primera infancia y juventud; acciones de educación en torno a reciclaje y manejo adecuado de residuos sólidos e intervención interinstitucional frente al control de situaciones de inseguridad. Para esta institución es necesario reconocer la importancia de planear intervenciones en torno a la construcción de proyecto de vida en infancia y juventud, ya que se reconoce el inicio temprano de consumo de Sustancias Psicoactivas o conductas delictivas.

En esta medida también se promueven actividades relacionadas con el manejo adecuado del tiempo libre; con lo cual se puede implementar nuevas formas de producción económica, así como otras alternativas para mejorar la calidad de vida de los habitantes del sector con actividades físicas y recreativas. También se debe reconocer la importancia de generar acciones educativas interinstitucionales y transectoriales para el manejo de situaciones de inseguridad en el sector, para implementar acciones concretas, de empoderamiento y control social permanente entre los habitantes de los diferentes territorios.

En la Secretaria de Educación se avanza en lograr una “educación con calidad”, que forme mejores seres humanos, ciudadanos con valores éticos, competentes, respetuosos de lo público, que ejerzan los derechos humanos, cumplan con sus deberes y convivan en paz. Una educación que genere oportunidades legítimas de progreso y prosperidad para ellos y para el país. Lograr una educación competitiva, pertinente, que contribuya a cerrar brechas de inequidad y en la que participa toda la sociedad teniendo como punto de referencia la misión del ministerio de educación.

Para ello propone que El Ministerio de Educación Nacional se compromete a establecer, implementar y mejorar continuamente el Sistema Integrado de Gestión (SIG), articulando en sus procesos y servicios de manera armónica y complementaria, el cumplimiento de los requisitos legales y los componentes de gestión de calidad, gestión ambiental, control interno y desarrollo administrativo. La secretaria de Integración Distrital propone que la Secretaria de Educación Distrital promueva de forma eficaz la oferta educativa en la ciudad para garantizar el acceso y la permanencia de los niños, niñas y jóvenes en el sistema educativo, en sus distintas formas, niveles y modalidades; además que priorice en la calidad y pertinencia de la educación, con el propósito de formar individuos capaces de vivir productiva, creativa y responsablemente en comunidad.

Finalmente la Agencia Colombiana para la Reintegración Social de NNA espera contribuir al fortalecimiento e incremento de la capacidad protectora de las instituciones locales, de las comunidades y las familias de los niños, adolescentes y jóvenes, a través de procesos de capacitación en prevención del reclutamiento de niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

4.2 Ciclo vital Adolescencia

4.2.1. Propuestas para la problemática del desaprovechamiento del uso de espacios de encuentro cultural, recreativo y deportivo que contribuya a la formación integral de los adolescentes.

El sector salud, a través del programa de espacio público y actividad física se propone contribuir a la implementación, evaluación de la política “Bogotá más activa” a través de la aplicación de planes, programas y acciones de promoción del juego, la actividad física para los habitantes de la localidad de Ciudad Bolívar, para ello es necesario que se opte por favorecer la movilización social para generar en los contextos urbanos condiciones ambientales para el juego y las prácticas activas de la población tanto a nivel local y en ámbitos cotidianos de vida.

Además es necesario promover prácticas activas en grupos poblacionales en contextos territoriales priorizados a través del desarrollo de programas de promoción de actividad física en ámbitos de vida cotidiana para lograr este cometido es necesario fortalecer las relaciones que debe mantener la Secretaria de Salud con el Ministerio de Cultura, y su organismo adscrito Coldeportes, para el reconocimiento de los lineamientos nacionales de política.

Coldeportes definió el Plan Nacional del Deporte con metas a 2019 en el que están incluidas las perspectivas que en educación física, recreación y actividad física las cuales se consideran relevantes para el deporte. Lo anterior limitará los programas y las acciones a las metas en deporte y se continuará con acciones separadas por intereses sectoriales, por ello, se requiere insistir en perspectivas más amplias y complejas en las que tenga cabida acciones transectoriales para metas relacionadas con calidad de vida. Es de vital relevancia que se tengan en cuenta las motivaciones de los adolescentes que se enmarcan en el contexto de los colegios y universidades que no necesariamente se relacionan con efectos específicos solo en salud, sino que, el deporte es entendido como una parte de la calidad de la vida y a veces logra ser entendido como un estilo de vida o una profesión.

De otra parte se debe fortalecer la política de actividad física y participación adolescentes en la zona rural. En esta UPZ no hubo participación de adolescentes en los cabildos juveniles. Llama la atención que en esta zona no hay espacios de

encuentro y no hay organizaciones juveniles que promuevan el desarrollo del arte, la recreación, música o cultura campesina.

Finalmente el comité de juventud y adolescencia de la localidad también propone la posibilidad que estos parques sean más vigilados por entes policiales y de control, para que se acerquen al objetivo común de ser utilizados por los adolescentes.

4.2.2. Propuestas para la problemática de carencia de herramientas para la resolución de conflictos situación que desencadenan aspectos como violencia, matoneo e imposibilidad de plantear contextos para la convivencia y el respeto por la diferencia.

Desde el comité de juventud a nivel local, se han propuesto un sin número de actividades para que los jóvenes hagan uso de espacios recreativos y deportivos sin que se estigmaticen. Para ello proponen un conjunto de actividades en articulación con las diferentes instituciones que trabajan el tema de juventud, en donde se fortalezcan o se replanteen las actividades físico- recreativas que los adolescentes requieren, para la ocupación del tiempo libre de los adolescentes, propiciando estilos de vida saludables, donde se fomenten herramientas para la resolución de conflictos, que les permitan a estos mejorar sus condiciones de vida, cambiando de hábitos atendiendo sus gustos y preferencias, y no como espacios de violencia.

La vigilancia en salud pública, desde subcomponentes como la vigilancia comunitaria, SIVIM, SISVECOS y ASIS, propone la necesidad de crear espacios de análisis, en donde se logre profundizar acerca del entendimiento de las condiciones que generan contextos de violencia en los adolescentes de la localidad. Para ello es necesario crear grupos de trabajo con adolescentes que sirvan de unidades de análisis y vincular a estos grupos como unidades informadores de eventos de interés en salud pública, para que sean los adolescentes y jóvenes quienes estén pendientes de la situación de salud. De otra parte el Centro Forjar propone la intervención a través de un trabajo en Redes; articulación institucional; generación de ambientes protectores, encuentros comunitario, encuentros con jóvenes y comunidad.

Esto a través del trabajo con el componente socio-comunitario, Centro Forjar y comunidad de jóvenes, a través de la participación en los encuentros con la comunidad, asistencia a un proceso terapéutico, inserción en actividades sociales, culturales y recreativas, el cual se llevara a cabo con un equipo interdisciplinario, que involucre a la familia a través de un enfoque sistémico que abarca todos los sistemas familiares, las redes de protección y un trabajo individual con los adolescentes y jóvenes. El centro entiende que este fenómeno, el de la violencia, es el resultado de

la convergencia de diversos factores en donde también priman circunstancias externas y en el contexto en que se desarrolla la cotidianidad de las niñas y niños, no tanto a su propia voluntad.

4.3. Ciclo vital Juventud.

4.3.1. Propuestas para la problemática de ausencia de oportunidades en educación, producción económica que garantice el desarrollo integral de los jóvenes y que se ven reflejados por las diferentes expresiones de violencia.

Las propuestas del sector salud se fundamentan en propiciar la articulación con sectores institucionales dedicados a brindar oportunidades educativas y laborales en los jóvenes de la localidad. Así como mantener y reforzar el trabajo de capacitación y saneamiento ambiental en Unidades de Trabajo Informal, fábricas, empresas etc., en las cuales desempeñan actividades de riesgo en salud los jóvenes.

La organización social telefónica se propone continuar y profundizar en el proceso de articulación intersectorial, divulgación de cada uno de los programas orientados a la población para el desarrollo de acciones que permitan la transformación y mejoramiento de las condiciones de vida de la población por medio de la participación activa de las actividades planteadas a nivel local. Para el cumplimiento de sus acciones la corporación generará acompañamiento en las instituciones educativas.

Además, la Asociación Colombiana de Empresarios de la Ciudad de Bogotá (ACEB) plantea las siguientes estrategias para el cumplimiento de las acciones como: fomentar procesos de articulación intersectorial, divulgación de cada uno de los programas orientados a la población que permitan la transformación y mejoramiento de las condiciones de vida de la población por medio de la participación activa de las actividades planteadas a nivel local. Los responsables de las acciones son específicamente los líderes de la asociación quienes se encargan de generar los procesos de acercamiento y vinculación de los trabajadores para orientarlos y capacitarlos de acuerdo a su necesidad específica dentro de la asociación.

Las acciones del ACEPCB se divulgarán en el comité de productividad, la idea es vincular al mayor número de trabajadores de acuerdo a sus cadenas productivas con el fin de responder a las acciones de productividad y competitividad en el mercado laboral y afectar el determinante intermedio. El Instituto de Economía Social (IPES) propone: la articulación intersectorial; divulgación de cada uno de los programas orientados a la población para el desarrollo de acciones que permitan la transformación y mejoramiento de las condiciones de vida por medio de la

participación activa en las actividades planteadas a nivel local y el apoyo a poblaciones en condiciones especiales.

Así como la construcción de acuerdos y pactos con las entidades para el desarrollo de las actividades laborales de los beneficiarios. El IPES cuenta con gestores formados y capacitados para el desarrollo de las actividades de formación, apoyo y acompañamiento a la población de la economía informal de la localidad.

4.3.2 Propuestas para la problemática de un contexto social, económico y cultural inadecuado que impiden garantizar los derechos en salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes.

Desde el sector salud es necesario que a nivel territorial, se fortalezca la formación del recurso humano y los mecanismos de asistencia técnica para apoyar los procesos y programas que buscan afectar la SSR de los jóvenes de la localidad.

A su vez, se observa la necesidad de consolidar espacios de coordinación entre las entidades aseguradoras y el Hospital de primer nivel de atención para ampliar programas de prevención de embarazo, disminuir los periodos intergenesicos de las madres, brindar de forma segura, efectiva y económica mecanismos para la regulación de la fecundidad y la prevención y atención de casos de enfermedades de transmisión sexual, sobre todo las que tienen que ver con: VIH/SIDA, cáncer de cuello uterino, sífilis y síndrome de papiloma humano, .De la misma manera, las IPS deben fortalecer los mecanismos de formación del recurso humano en la normatividad vigente y ampliar su espectro de cobertura.

Sin embargo, aspectos como la planificación familiar, incrementar el uso correcto de métodos anticonceptivos en la población en edad fértil, con especial énfasis en la población masculina, y reducir la demanda insatisfecha de planificación familiar en la población de mujeres unidas debe contar con la participación de otros sectores como el de educación e integración social. Finalmente es necesario que el diseño, evaluación e implementación de políticas públicas que propendan garantizar los derechos sexuales y reproductivos vinculen a la comunidad de forma activa y deliberativa. Y que sus resultados sean difundidos de forma clara y concisa que logren que las conclusiones desarrolladas sean apropiadas por la comunidad en general.

Política pública de condiciones crónicas cáncer de cuello uterino se propone fortalecer el programa que está puesto en promover la atención precoz y control de cáncer de cuello uterino en todas las mujeres y adicionalmente fomentar la participación social para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y salud.

4.4. Ciclo vital Adultez

4.4.1 Propuestas para la problemática de resolución de conflictos al interior de las familias que se caracteriza por hacer uso de la violencia en sus diferentes tipologías, lo cual afecta a los diferentes miembros de la familia y en mayor proporción a la mujer.

De acuerdo a la organización Panamericana de la salud en su informe mundial sobre violencia y salud hace una serie de recomendaciones las cuales se presentan a continuación.

A nivel individual, la prevención de la violencia se centra fundamentalmente en dos objetivos: en primer lugar, fomentar las actitudes y los comportamientos saludables en los niños y los jóvenes, para protegerlos durante el desarrollo; en segundo lugar, modificar las actitudes y los comportamientos en los individuos que ya se han hecho violentos o corren el riesgo de atentar contra sí mismos. Sobre todo, se busca garantizar que las personas puedan resolver sus diferencias y conflictos sin recurrir a la violencia. La siguiente es una relación de estrategias centradas en las creencias y los comportamientos individuales

Programas de educación, como los que ofrecen incentivos para que los alumnos terminen la enseñanza secundaria, formación vocacional para jóvenes y adultos jóvenes desfavorecidos, y programas de información sobre el abuso de las drogas.

Programas de desarrollo social, como los orientados a prevenir la intimidación, así como los programas preescolares de enriquecimiento. Los programas de desarrollo social, en particular, tienen como objetivo mejorar el éxito escolar y las relaciones sociales, y están concebidos para ayudar a los niños y adolescentes a adquirir aptitudes sociales, controlar la ira, resolver los conflictos y desarrollar una perspectiva moral.

Programas terapéuticos, como el asesoramiento a las víctimas de la violencia o a las personas que corren el riesgo de atentar contra sí mismas, los grupos de apoyo y la terapia comportamental para la depresión y otros trastornos psiquiátricos relacionados con el suicidio.

Programas de tratamiento para las personas que corren el riesgo de atentar contra sí mismas, incluido el tratamiento médico de los trastornos psiquiátricos. Existen también programas para los autores de delitos sexuales y las personas que maltratan a sus parejas o a sus hijos. En estos programas suele utilizarse un formato grupal

para discutir las cuestiones de género y enseñar aptitudes tales como el control de la ira y la asunción de responsabilidades por las propias acciones.

Otro tipo de propuestas tienen que ver con generar procesos nivel investigativo e interdisciplinario en múltiples niveles, que permitan la comprensión de los contextos en los que emerge, se mantiene la violencia, y analizar la actitud de la población frente a este fenómeno; para que este conocimiento sea empleado en la generación de nuevas estrategias para afrontar esta problemática, los cuales deben ser enfocadas en su gran mayoría en los países con mayores factores de riesgo. Realizar un protocolo de atención a víctimas de abuso sexual por parte del Hospital Vista Hermosa, con el fin de realizar intervención de estos eventos de acuerdo a la normatividad legal vigente ley 1146 de 2007 y de acuerdo a los alcances desde un Hospital de primer nivel de atención, así mismo utilizar estrategias para su socialización en las IPS del Hospital Vista Hermosa para conocer la cadena de custodia, profilaxis, primeros auxilios psicológicos etc.

Desde la secretaria distrital de salud se debe generar la articulación constante con Aseguradoras con el fin de generar estrategias conjuntas para la atención sicoterapéutica de las personas que han sido violentadas y que requieren atención, Además debe realizarse un seguimiento periódico a estas aseguradoras con el objetivo de identificar si están prestando la atención oportuna en salud mental.

Finalmente se sugiere Fortalecer la articulación entre la ESE y las EAPBS para la intervención psicoterapéuticas de personas víctimas de la violencia intrafamiliar, orientada a la restitución de derechos de las víctimas y la mitigación de los efectos en la salud.

4.4.2. Propuestas para la problemática que visibiliza al adulto en una etapa productiva que requiere de la identificación y ampliación de oportunidades y ofertas locales para la generación y/o acceso a un trabajo saludable y decente.

Las estrategias implementadas para el cumplimiento de las acciones son: proceso de articulación intersectorial; divulgación de cada uno de los programas orientados a la población para el desarrollo de acciones que permitan la transformación y mejoramiento de las condiciones de vida por medio de la participación activa en las actividades planteadas a nivel local y apoyo a poblaciones en condiciones especiales. Construcción de acuerdos y pactos con las entidades para el desarrollo de las actividades laborales promoviendo entornos de trabajo saludable y generación de iniciativas productivas que mejoren la calidad de vida de las familias.

El IPES cuenta con gestores formados y capacitados para el desarrollo de las actividades de formación, apoyo y acompañamiento a la población de la economía informal de la localidad, que puede aprovecharse para promover actividades económicas y prácticas laborales sanas.

Las acciones planteadas por el IPES son presentadas en los diferentes espacios locales en donde se desarrollan acciones de articulación de cada uno de los sectores participantes en lo local. Proceso de convocatoria a la comunidad y divulgación de las acciones orientadas a la población. por otro lado se deben desarrollar acciones intersectoriales que promueva el fortalecimiento de la red de todos los actores locales para la formulación de acuerdos orientados a la formación de los trabajadores en prácticas sanas, a la generación de iniciativas productivas y la puesta de una bolsa de empleo para poblaciones que cuenten con un estigma social el cuál a través del tiempo ha negado el acceso a un trabajo digno, decente y saludable, lo anterior en articulación con el IPES, Secretaria de Desarrollo Económico, Secretaria de Integración social y la ESE.

4.5. Ciclo vital Vejez

4.5.1. Propuestas a la problemática del deterioro físico y mental por la no presencia de un estilo de vida adecuado durante las diferentes etapas de la vida.

Igualmente es necesario establecer procesos de educación y sensibilización en relación a la promoción de estilos y hábitos de vida saludables para las personas mayores, los cuales deben ser orientados por personal cualificado, comprometidos y quienes deben ser sensibilizados frente a la política, los diferentes cambios físicos, mentales, sociales que afectan a la población para así recibir una atención respetuosa, amable, diferencial, con calidad y calidez.

Además de ello es necesario e importante fortalecer el trabajo interinstitucional y sectorial el cual permitan minimizar barreras de acceso, la atención oportuna y eficaz que de respuesta a las necesidades de la población. Por otro lado se deben fortalecer las estrategias para la adherencia a los programas de crónicos ya que existe deserción y así mismo

Finalmente es necesario fortalecer el programa de territorios saludables, para que su intervenciones en todas las etapas de ciclo vital logren evitar enfermedades, físicas, mentales y emocionales en la población mayor de 60 años. Además es necesario que la política pública de vejez cuente con mejores recursos económicos, así como

un compromiso real para el cumplimiento de ella por medio de las diferentes instituciones que la implementan.

4.5.2. Propuestas a la problemática de las necesidades básicas insatisfechas generadas de la no implementación y cumplimiento de la política pública de vejez prioritaria en la etapa de ciclo vital Vejez.

La transformación de las condiciones de vida y salud de las Personas Mayores de la localidad tiene como fin desarrollar en proceso de apropiación de la política pública en los diferentes espacios de participación no solo de la comunidad, sino en los equipos de profesionales de los territorios de salud de la ESE, para así generar análisis de las condiciones y la exigibilidad de los derechos sociales vulnerados por los diferentes entes de la localidad.

La política pública de vejez es conocida e implementada por las diferentes entidades locales, pero se identifica la débil articulación institucional, por lo tanto se plantea fortalecer los ejercicios de creación de vínculos de redes institucionales que den una respuesta oportuna eficaz y eficiente frente a las necesidades de esta población. Generando la no replicación de acciones por parte de las entidades.

Por otro lado la información local suministrada por las diferentes entidades frente a las diferentes acciones realizadas en personas mayores en ocasiones no es clara precisa y real, por lo tanto se propone la identificación conjunta de las necesidades para de esta manera generar acciones de intervención integrales.

De otro lado se propone que se frene la rotación de los profesionales y funcionarios públicos que desarrollan labores alrededor de la política pública de vejez, ya que esto genera que se dejen de lado procesos efectivos o que el reinicio de procesos afecte la aplicabilidad de la política.

REFERENCIAS

- 1.Santos H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. Abril - Junio [Internet]. 2011 [cited 2013; 37.
- 2.Martín. S. Salud, sociedad y enfermedad. Ciencia. 1986.;3.
- 3.Resik A P. La causalidad en epidemiología. Técnica- C, editor. La habana. Cuba2003.
- 4.Jaime B. Epidemiología Crítica- Ciencia emancipadora e interculturalidad. Colectiva CS, editor. Buenos Aires2003.
- 5.Abadia CE. Intersubjetividades estructurales. La salud en Colombia como dilema epistemológico y político para las ciencias sociales. Universitas Humanística. 2008:57 - 88.
- 6.Distrital SdP. Método de pobreza. Bogotá D.C: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2012.
7. EBC 2011 - SCRD - Observatorio de Culturas.
- 8.Cañon. Lider Comunitario Ciudad Bolívar. Entrevista ed1993.
- 9.PROFAMILA. Encuesta distrital de demografía y salud de la localidad de ciudad Bolívar. Bogotá2011.
- 10.DANE. Proyecciones de población. Bogotá D.C2005.
- 11.RUAF. Base de datos de nacimientos. In: social Rúdaalp, editor.: Ministerio de protección social; 2012.
- 11.MIPM. Método Integrado de Pobreza Multidimensional Encuesta multipropósito para Bogotá [Internet]. 2012; Cartilla 32(Series estadísticas).
13. Evaluación De La Concentración De Material Particulado Suspendido Pm10 Y Su Relación Con La Morbilidad Asociados A Era`S En Niños Menores A Catorce Años Por Enfermedad Respiratoria Aguda En El Municipio De Toluviejo (Sucre). Universidad De La Salle. 2010. Karen Aneth Miranda Romero. Luz Adriana Ortiz Florez.
14. Ruta integral de atención a la primera infancia del ministerio de salud.
15. Secretaría de Educación Distrital. Caracterización del sector educativo. Ciudad Bolívar. Año 2012. Grupo de análisis sectorial).
16. Secretaría Distrital de Planeación. 21 Monografías de las localidades. Bogotá. 2011.
17. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/es/.
18. (Arévalo Catalina. Políticas de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes: experiencias en Brasil, Chile y Colombia. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de medicina. Especialización en Administración en Salud Pública Bogotá, 2012).
19. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002.
20. Los datos que se presentan a continuación son extractados del informe sobre violencia y salud realizado por la Organización Panamericana de la Salud, que realizo para la Organización Mundial de la Salud en el año 2002.