

ANÁLISIS DE CONDICIONES, CALIDAD DE VIDA, SALUD Y ENFERMEDAD - 2018

Localidad de Fontibón

9



Alcalde Mayor de Bogotá
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaria de Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

Coordinación General del Documento
Diana Carolina Fajardo Niño

Autores Subred Sur Occidente

Claudia Patricia Beltrán
Claudia Bermúdez
Adriana Lizzette Colorado Arangure
Mónica Andrea Rodríguez Aranda
Johana Alexandra Mateus
José Osney Velandia
Francisco Alejandro Forero Yaquén
Javier Camilo Aguillón Pérez
Freddy Andrés Chitiva Zamudio

Fotografía portada

Oficina Asesora de Comunicaciones. Subred Sur Occidente. Año 2018

Secretaría Distrital de Salud

Carrera 32 # 12-81

Conmutador: 364 9090 Bogotá, D. C. - 2017

www.saludcapital.gov.co

TABLA DE CONTENIDO

ABREVIATURAS.....	15
INTRODUCCIÓN.....	19
OBJETIVOS.....	21
Objetivo General.....	21
Objetivos Específicos.....	21
1. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO.....	22
1.1. Contexto Territorial.....	23
1.2. Estructura demográfica de la localidad.....	29
1.3. Conclusiones.....	42
2. ANÁLISIS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (DETERMINANTES).....	45
2.1. Dimensión Poblacional.....	48
2.2. Dimensión Ambiental.....	58
2.3. Dimensión Ambiente Construido.....	65
2.4. Dimensión Social.....	77
2.5. Dimensión Económica.....	86
2.6. Dimensión Político Administrativa.....	93
3. MORTALIDAD Y MORBILIDAD.....	95
3.1. Mortalidad.....	96
3.2. Morbilidad.....	130
3.3. Análisis General de la Mortalidad y Morbilidad e Identificación de Prioridades.....	178
4. ANÁLISIS DE POBLACIONES DIFERENCIALES.....	183
4.1. Apropriación Conceptual y Revisión de Antecedentes.....	184
4.2. Metodología.....	187
4.3. Contexto Demográfico de las Poblaciones Diferenciales y de Inclusión.....	198
4.4. Relación de las Poblaciones Diferenciales con el Territorio.....	213
4.5. Condiciones de Vida y Determinantes.....	225
4.6. Necesidades en Salud.....	230
4.7. Acciones en Salud Pública y Experiencias Exitosas.....	248

5. ACCIONES EN SALUD PÚBLICA.....	254
5.1. Espacios de Vida Cotidiana.....	256
5.2. Procesos Transversales.....	287
6. ANÁLISIS Y SÍNTESIS.....	318
6.1. Metodología.....	320
6.2. Configuración del Territorio, Identificación y Priorización de Tensiones y construcción de Nodos.....	324
6.3. Validación de Contenidos.....	342
6.4. Recomendaciones.....	344
BIBLIOGRAFÍA.....	350

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación, extensión, cantidad y superficie de manzanas y tipo de suelo según UPZ, localidad de Fontibón.....	24
Tabla 2. Población por grupos quinquenales de edad, localidad de Fontibón, año 2016	30
Tabla 3. Distribución por momento de curso de vida, localidad de Fontibón, año 2016	31
Tabla 4. Distribución personas, hogares y vivienda, localidad de Fontibón- Subred Sur Occidente, años 2011-2014.....	32
Tabla 5. Distribución población diferencial, localidad de Fontibón - Subred Sur Occidente, año 2015.....	32
Tabla 6. Distribución población por aseguramiento, localidad de Fontibón Subred Sur Occidente y Distrito, año 2016.....	33
Tabla 7. Dinámica demográfica, localidad de Fontibón, años 2012- 2014-2016	34
Tabla 8. Resumen indicadores demográficos, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014 - 2016	35
Tabla 9. Tasa específica de fecundidad por quinquenios, localidad de Fontibón - Subred Sur Occidente - Bogotá, años 2012 - 2014 - 2016	36
Tabla 10. Razón de masculinidad, localidad de Fontibón - Subred Sur Occidente- Bogotá, años 2012 - 2014 - 2016.....	37
Tabla 11. Caracterización nacimientos adolescentes, localidad de Fontibón, años 2011 - 2016.....	41
Tabla 12. Dimensión Poblacional Categorías y Condiciones de Vida, localidad de Fontibón	48
Tabla 13. Dimensión Ambiental Categorías y Condiciones de Vida, localidad de Fontibón ...	58
Tabla 14. Dimensión Ambiente Construido Categorías y Condiciones de Vida, localidad de Fontibón.....	65
Tabla 15. Dimensión Social Categorías y Condiciones de Vida, localidad de Fontibón	77
Tabla 16. Dimensión Económica Categorías y Condiciones de Vida, localidad de Fontibón	86
Tabla 17. Dimensión Política Administrativa – Categorías y Condiciones de Vida, localidad de Fontibón.....	93

Tabla 18. Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles, localidad de Fontibón - Subred Sur Occidente, año 2014.....	100
Tabla 19. Tasas ajustadas de mortalidad por neoplasias, localidad de Fontibón - Subred Sur Occidente, año 2014.....	104
Tabla 20. Tasas ajustadas mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, localidad de Fontibón - Subred Sur Occidente, año 2014.....	108
Tabla 21. Tasas ajustadas de mortalidad por afecciones del Periodo Perinatal, localidad de Fontibón - Subred Sur Occidente, año 2014.....	112
Tabla 22. Tasas ajustadas de mortalidad por causas externas, localidad de Fontibón - Subred Sur Occidente, año 2014	116
Tabla 23. Tasas ajustadas de mortalidad por las demás causas, localidad de Fontibón - Subred Sur Occidente, año 2014.....	120
Tabla 24. Proporción muertes infantiles por subgrupo de causas, localidad de Fontibón, años 2012 – 2014.....	124
Tabla 25. Proporción muertes en niños y niñas de 1 a 4 años por grandes grupos de causas, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014.....	126
Tabla 26. Proporción muertes menores de 5 años por grandes grupos de causa, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014.....	128
Tabla 27. Resultado indicadores salud materno infantil semaforización, localidad de Fontibón, año 2014.....	129
Tabla 28. Distribución absoluta y relativa atenciones por grandes causas y servicio, localidad Fontibón, año 2016.....	132
Tabla 29. Distribución absoluta y relativa atenciones por sexo por grandes causas, localidad de Fontibón, año 2016.....	133
Tabla 30. Distribución absoluta y relativa morbilidad atendida por grandes causas, primera infancia, localidad de Fontibón – Bogotá – Subred Sur Occidente, año 2016	135
Tabla 31. Distribución absoluta y relativa de la morbilidad atendida por grandes causas, infancia, localidad de Fontibón – Bogotá – Subred Sur Occidente, año 2016	137
Tabla 32. Distribución absoluta y relativa de la morbilidad atendida por grandes causas, adolescencia, localidad de Fontibón – Bogotá – Subred Sur Occidente, año 2016.....	139

Tabla 33. Distribución absoluta y relativa de la morbilidad atendida por grandes causas, juventud, localidad de Fontibón - Bogotá - Subred Sur Occidente, año 2016.....	141
Tabla 34. Distribución absoluta y relativa de la morbilidad atendida por grandes causas, adultez, localidad de Fontibón – Bogotá – Subred Sur Occidente, año 2016.....	143
Tabla 35. Distribución absoluta y relativa de la morbilidad atendida por grandes causas, vejez, localidad de Fontibón - Bogotá - Subred Sur Occidente, año 2016.....	145
Tabla 36. Primeras 20 causas de atención por sexo, localidad de Fontibón, año 2016	147
Tabla 37. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Red Adscrita, localidad de Fontibón - Distrito - Subred Sur Occidente, año 2016	149
Tabla 38. Prestadores de servicios de salud, Distrito - Subred Sur Occidente - localidad de Fontibón, diciembre 2015	151
Tabla 39. Distribución de servicios ofertados en los puntos de atención, red Distrital de prestadores de servicios de salud públicos, localidad de Fontibón - Subred Sur Occidente - Bogotá, D.C	152
Tabla 40. Capacidad instalada, red de servicios de salud pública, localidad de Fontibón....	152
Tabla 41. Proporción notificación al Sivigila Nacional por dimensión prioritaria del Plan Decenal de Salud Pública, localidad de Fontibón, año 2016.....	156
Tabla 42. Proporción notificación Sivigila Distrital, localidad de Fontibón, año 2016.....	161
Tabla 43. Proporción notificación de eventos dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles, localidad de Fontibón, año 2016.....	163
Tabla 44. Proporción notificación de eventos dimensión convivencia social y salud mental, localidad de Fontibón, año 2016.....	166
Tabla 45. Proporción notificación de eventos al Sisvan, localidad de Fontibón, año 2016...	172
Tabla 46. Eventos precursores, localidad de Fontibón, año 2016	177
Tabla 47. Poblaciones diferenciales, localidad de Fontibón, año 2014	190
Tabla 48. Población diferencial caracterizada según sexo y peso porcentual dentro de la Población Caracterizada y Local, localidad de Fontibón, año 2016.....	200
Tabla 49. Población diferencial caracterizada según sexo y curso de vida, localidad de Fontibón, año 2016.....	203

Tabla 50. Resultados de Nacidos Vivos para poblaciones diferenciales, localidad de Fontibón, año 2016.....	204
Tabla 51. Mortalidad en población étnica por momento del curso de vida y sexo, localidad de Fontibón, año 2016.....	205
Tabla 52. Población en condición de discapacidad identificada, localidad de Fontibón, año 2016.....	205
Tabla 53. Indicadores demográficos personas en condición de discapacidad, localidad de Fontibón, Registradas ente 2004 - 2016.....	207
Tabla 54. Distribución personas en condición de discapacidad por estrato, localidad de Fontibón, Registradas entre 2004 – 2016.....	208
Tabla 55. Morbilidad en Salud Pública para población diferencial, localidad de Fontibón, años 2015 – 2016	208
Tabla 56. Morbilidad en Salud Pública para población diferencial, localidad de Fontibón, año 2015 – 2016.....	209
Tabla 57. Distribución demográfica según caracterización y registro en Salud de la población diferencial, localidad de Fontibón, años 2016 – 2017.....	212
Tabla 58. Cobertura Espacio Educativo por UPZ, localidad de Fontibón, abril – diciembre 2017.....	270
Tabla 59. Cobertura Espacio Educativo en Colegios Oficiales, localidad de Fontibón, abril – diciembre de 2017	271
Tabla 60. Eventos valorados en verde de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones, localidad de Fontibón, año 2017.....	324
Tabla 61. Eventos valorados en amarillo de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones, localidad de Fontibón, año 2017.....	324
Tabla 62. Eventos valorados en rojo de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones, localidad de Fontibón, año 2017.....	325
Tabla 63. Eventos valorados en rojo y amarillo de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones, localidad de Fontibón, año 2017.....	326

LISTADO DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Pirámide de Población, localidad de Fontibón, años 2005, 2016 y 2020	29
Gráfica 2. Nacidos vivos, localidad de Fontibón - Subred Sur Occidente, años 2011 - 2016 .	38
Gráfica 3. Nacimientos por edad de la madre, localidad de Fontibón - Subred Sur Occidente, años 2011 - 2016	39
Gráfica 4. Tasa específica fecundidad 10 a 14 años, localidad de Fontibón- Subred Sur Occidente - Bogotá, años 2011 - 2016	40
Gráfica 5. Tasa específica fecundidad 15 a 19 años, localidad de Fontibón- Subred Sur Occidente – Bogotá, años 2011 – 2016.....	40
Gráfica 6. Mortalidad, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014.....	96
Gráfica 7. Tasas ajustadas de mortalidad por grandes causas, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014.....	97
Gráfica 8. Tasas ajustadas mortalidad por grandes causas en hombres y mujeres, localidad de Fontibón años 2012 - 2014	98
Gráfica 9. Mortalidad subgrupo enfermedades transmisibles, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014.....	99
Gráfica 10. Tasa de mortalidad enfermedades transmisibles en hombres y mujeres, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014	101
Gráfica 11. Tendencia tasa mortalidad por quinquenios enfermedades transmisibles, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014.....	102
Gráfica 12. Mortalidad subgrupo neoplasias, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014.....	103
Gráfica 13. Tasa de mortalidad neoplasias en hombres y mujeres, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014.....	105
Gráfica 14. Tasa de mortalidad por quinquenios etarios neoplasias, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014.....	106
Gráfica 15. Mortalidad subgrupo enfermedades del sistema circulatorio, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014.....	107
Gráfica 16. Tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres y mujeres, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014	109

Gráfica 17. Tendencia tasa mortalidad por quinquenios por enfermedades del sistema circulatorio, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014.....	110
Gráfica 18. Mortalidad subgrupo afecciones en el periodo perinatal, localidad de Fontibón, años 2012 – 2014	111
Gráfica 19. Tasa de mortalidad por afecciones en el periodo perinatal en hombres y mujeres, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014.....	113
Gráfica 20. Tendencia tasa mortalidad por quinquenios por afecciones en el periodo perinatal, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014	114
Gráfica 21. Mortalidad subgrupo causas externas, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014.....	115
Gráfica 22. Tasa de mortalidad por causas externas en hombres y mujeres, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014.....	117
Gráfica 23. Tendencia tasa mortalidad por quinquenios por lesiones de causa externa, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014.....	118
Gráfica 24. Mortalidad subgrupo demás causas, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014..	119
Gráfica 25. Tasa de mortalidad por las demás causas en hombres y mujeres, localidad de Fontibón, años 2012 – 2014	121
Gráfica 26. Tendencia tasa mortalidad por quinquenios por las demás causas, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014.....	122
Gráfica 27. Mortalidad infantil por subgrupo de causas, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014.....	123
Gráfica 28. Mortalidad niños y niñas de 1 a 4 años por grandes grupos de causas, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014	125
Gráfica 29. Mortalidad niños y niñas menores de 5 años por grandes grupos de causas, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014	127
Gráfica 30. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67, localidad de Fontibón, años 2012 - 2016.....	131
Gráfica 31. Morbilidad por grandes causas, primera infancia, localidad de Fontibón, años 2012 - 2016.....	136

Gráfica 32. Morbilidad por grandes causas, infancia, localidad de Fontibón, años 2012 - 2016	138
Gráfica 33. Morbilidad por grandes causas, adolescencia, localidad de Fontibón, años 2012 - 2016.....	140
Gráfica 34. Morbilidad por grandes causas, juventud, localidad de Fontibón, años 2012 - 2016.....	142
Gráfica 35. Morbilidad por grandes causas, adultez, localidad de Fontibón, años 2012 - 2016.....	144
Gráfica 36. Morbilidad por grandes causas, vejez, localidad de Fontibón, años 2012 - 2016	146
Gráfica 37. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Red Adscrita, localidad de Fontibón, años 2012 -2016.....	150
Gráfica 38. Distribución de la notificación al Sivigila por dimensión prioritaria y momento del curso de vida, localidad de Fontibón, año 2016.....	156
Gráfica 39. Distribución de la notificación al Sivigila Distrital por dimensión prioritaria y momento del curso de vida, localidad de Fontibón, año 2016.....	162
Gráfica 40. Prevalencia desnutrición aguda, global, crónica y exceso de peso, localidad de Fontibón - Subred Sur Occidente - Bogotá, año 2016.....	173
Gráfica 41. Prevalencia de diabetes mellitus en servicios de salud por sexo, localidad de Fontibón, años 2012-2016.....	177
Gráfica 42. Pirámides Poblacionales caracterizado APS por tipo de Población diferencial, localidad de Fontibón, año 2016.....	201
Gráfica 43. Pirámide poblacional personas en condición de discapacidad, localidad de Fontibón, registradas entre 2004 – 2016.....	206
Gráfica 44. Víctimas del conflicto armado por momento de curso Vital, localidad de Fontibón, año 2017.....	211
Gráfica 45. Proporción de las poblaciones diferenciales según volumen demográfico, localidad de Fontibón, año 2016.....	214
Gráfica 46. Distribución de Población Víctima de Conflicto Armado, localidad de Fontibón, por UPZ, año 2017.....	217

Gráfica 47. Proporción de las poblaciones Étnicas según su Clasificación, localidad de Fontibón, año 2016.....218

Gráfica 48. Proporción asistencia por programa luego de activación de ruta, espacio vivienda, abril - diciembre 2017277

LISTADO DE MAPAS

Mapa 1. Contexto Territorial, localidad de Fontibón, año 2016.....	28
Mapa 2. Calidad de vida y salud, dimensión poblacional, localidad de Fontibón, año 2016...54	
Mapa 3. Calidad de vida y salud, dimensión ambiente natural, localidad de Fontibón, año 2016.....	63
Mapa 4. Dimensión ambiente construido, localidad de Fontibón, año 2016	71
Mapa 5. Educación Salud, dimensión ambiente construido, localidad de Fontibón, año 2016	74
Mapa 6. Salud, dimensión ambiente construido, localidad de Fontibón, año 2016	75
Mapa 7. Seguridad, dimensión ambiente construido, localidad de Fontibón, año 2016	76
Mapa 8. Calidad de vida y salud, dimensión social, localidad de Fontibón, año 2016.....	83
Mapa 9. Calidad de vida y salud, dimensión económica, localidad de Fontibón, año 2016 ...	90
Mapa 10. Oferta de servicios de salud, localidad de Fontibón, año 2016.....	154
Mapa 11. Distribución espacial de las poblaciones diferenciales priorizadas, localidad de Fontibón, año 2016.....	220
Mapa 12. Cartografía Social población Lgbti, localidad de Fontibón, año 2017	222
Mapa 13. Cartografía Social población PEP, localidad de Fontibón, año 2017	224
Mapa 14. Espacialización acciones integradoras, Espacio Público, localidad Fontibón, abril – diciembre 2017	259
Mapa 15. Cobertura acciones Espacio Educativo, localidad de Fontibón, abril – diciembre 2017.....	269
Mapa 16. Cobertura acciones integradoras, espacio vivienda, localidad de Fontibón, abril – diciembre 2017.....	275
Mapa 17. Cobertura acciones integradoras, Espacio Trabajo, localidad de Fontibón, abril – diciembre 2017	285
Mapa 18. Cobertura de intervenciones epidemiológicas de campo, VSP, localidad de Fontibón, abril - octubre 2017.....	289
Mapa 19. Cobertura de visitas de Inspección, vigilancia y Control Sanitario, Subsistema Sisvea, localidad de Fontibón, abril – diciembre 2017.....	298

Mapa 20. Cobertura acciones integradoras, programas, localidad de Fontibón, abril – diciembre 2017	304
Mapa 21. Gestión e intervención de las políticas públicas, localidad de Fontibón, abril - diciembre 2017	308
Mapa 22. Nodos identificados, localidad de Fontibón, año 2017	328
Mapa 23. Respuestas en Salud Pública y Recomendaciones de la Acción, localidad de Fontibón.....	342

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Convenciones para identificar los elementos de las tensiones en el mapa	327
Figura 2. Primer nodo de relaciones y tensiones, localidad de Fontibón, año 2017	329
Figura 3. Segundo nodo de relaciones y tensiones, localidad de Fontibón, año 2017	334
Figura 4. Tercer nodo de relaciones y tensiones, localidad de Fontibón, año 2017	339

ABREVIATURAS

ACCVSYE: Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad
AIEPI: Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AIS: Acción Integrada en Salud
APS: Atención Primaria en Salud
ARL: Aseguradora de Riesgos Laborales
ASIS: Análisis de la Situación en Salud
BDUA: Base de Datos Única de Afiliación
CHC: Ciudadano Habitante de Calle
CLAV: Centros Locales de Atención a Víctimas
CO2: Dióxido de carbono
COLIA: Comité Local de Infancia y Adolescencia
COVE: Comité de Vigilancia Epidemiológica
COVECOM: Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DIJIN: Dirección de Investigación Criminal e Interpol
EAPB: Empresas Administradoras de Planes de Beneficios
EBC: Encuesta Bienal de Cultura
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda
EEVV: Estadísticas Vitales
EMB: Encuesta Multipropósito Bogotá
EPS: Entidad Promotora de Salud
EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ERA: Enfermedad Respiratoria Aguda
ERI: Equipo de Respuesta Inmediata
E.S.E: Empresa Social del Estado
ETV: Enfermedades Transmitidas por Vectores
FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía
GPAISP: Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública

HCB: Hogares Comunitarios de Bienestar
Ha: Hectárea
ICV: Índice de Condiciones de Vida
IDPAC: Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal
IEC: Investigación Epidemiológica de Campo
IVC: Inspección Vigilancia y Control
IED: Institución Educativa Distrital
IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud
LGBTI: Lesbianas Gais Bisexuales Transexuales Intersexuales
MEBOG: Policía Metropolitana de Bogotá
Mm: Milímetros
ND: Nacimientos y Defunciones
OMS: organización Mundial de la Salud
PAI: Programa Ampliado de Inmunización
PAPSIVI: Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas
PCD: Personas con Discapacidad
PDSP: Plan Decenal de Salud Pública
PEP: Persona en Ejercicio de la Prostitución
PETI: Mesa de Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil
PIC: Plan de Intervenciones Colectivas
PISA: Prevención Integral en Salud Ambiental
PP: Puntos Porcentuales
PSPIC: Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas
RCPB: Recicladores, Carreteros y Pequeños Bodegueros
RIAPI: Mesa Técnica de la Ruta Integral de Atención a la Primera Infancia
RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud
RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud
RUAF: Registro Único de Afiliados
RURO: Registro Único de Recicladores de Oficio
RUV: Registro Único de Víctimas

SAN: Seguridad Alimentaria Nutricional
SDE: Secretaría Distrital de Educación
SDI: Secretaría Distrital de Integración Social
SDP: Secretaría Distrital de Planeación
SDS: Secretaría Distrital de Salud
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIJIN: Seccional de Investigación Criminal
SISBEN: Sistema de Selección de Beneficiarios Para Programas Sociales.
SISVAN: Subsistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional
SISVEA: Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ambiental
SISVECOS: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida
SISVESO: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral
SITP: Sistema Integrado de Transporte Público
SIVELCE: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Lesiones de Causa Externa
SIVIC: Sistema de Información para Víctimas
SIVIGILA: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
SIVIM: Subsistema de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar el Maltrato Infantil y el Abuso Sexual
SIVISTRA: Subsistema de Vigilancia ocupacional de las y los trabajadores del sector informal
SLIS: Subdirección Local de Integración Social
SOJU: Servicios de Orientación para Jóvenes con Consumo Inicial de Sustancias Psicoactivas
SPA: Sustancias Psicoactivas
SSR: Salud Sexual y Reproductiva
TBC: Tuberculosis
TGF: Tasa Global de Fecundidad
UAESP: Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos
UI: Unidades Informadoras
UPGD: Unidad Primaria Generadora de Datos
UPZ: Unidad de planeamiento zonal

UTI: Unidad de Trabajo Informal

UV: Ultra Violeta

VCA: Víctimas del Conflicto Armado

VESPA: Vigilancia Epidemiológica Consumo de Sustancias Psicoactivas

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

VSP: Vigilancia en Salud Pública

VSPC: Vigilancia en Salud Pública Comunitaria

INTRODUCCIÓN

El presente documento responde a la necesidad de analizar las condiciones de la población residente en la localidad de Fontibón, desde una perspectiva de atención en salud basada en la salud urbana y en el fortalecimiento del trabajo en red para la integralidad de los servicios. El análisis presentado buscará integrar la información disponible, respecto a la localidad, desde la perspectiva cuantitativa, cualitativa y espacial, para el seguimiento y monitoreo de la calidad de vida.

El documento consta de seis capítulos a saber: 1. Caracterización del contexto territorial y demográfico, 2. Análisis de calidad de vida, salud (Determinantes) 3. Mortalidad y morbilidad, 4. Análisis diferencial de poblaciones 5. Acciones en salud pública y 6. Análisis y síntesis.

El primer capítulo representa la relación territorio población, destacando los aspectos y características geográficas más relevantes, describiendo los factores que determinan las condiciones de vida de la población, así como su descripción demográfica. El segundo capítulo presenta el análisis de condiciones y calidad de vida, desde un enfoque de determinantes sociales de la salud, ofreciendo un contexto estructural e intermedio sobre el escenario donde confluye la población.

El tercer capítulo contiene un análisis de la mortalidad general de acuerdo a la agrupación de causas 6/67 incluyendo la materna, infantil y niñez; en cuanto a morbilidad se presenta la información y el análisis de la prestación de servicios siendo los RIPS y los Eventos de Vigilancia en Salud Pública las fuentes de información. El capítulo cuarto pretende actualizar las características del componente poblacional diferencial para la localidad, incluyendo sus condiciones y situaciones particulares con el fin de generar un diagnóstico de las condiciones en salud para cada población, realizando apropiación conceptual, estado del arte y priorización, con el respectivo análisis de información que incluye la caracterización demográfica, de morbi-mortalidad y oferta de salud.

El capítulo cinco acciones en salud Pública incluye la caracterización, metodología y resultados de las intervenciones tanto de los espacios como de los componentes del PIC y finalmente el capítulo seis hace un análisis y síntesis de los hallazgos presentados durante el documento a través de la configuración del territorio, de tal forma que se pueda dar respuesta a las situaciones no deseables priorizadas en la localidad.

De esta manera, el documento se transforma en insumo para la toma de decisiones en materia de mejoramiento de calidad de vida como fundamento de la protección social y la evaluación de políticas públicas en salud. A su vez, recoge el aprendizaje sobre los diagnósticos locales en salud realizados por la Secretaría Distrital de Salud en la red pública Distrital.

OBJETIVOS

Objetivo General

Generar información sobre las condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad de la población de la localidad de Fontibón, para orientar la toma de decisiones, la planeación distrital, local, institucional, en un marco de articulación intersectorial e intrasectorial y con la comunidad.

Objetivos Específicos

- Caracterizar el contexto territorial y demográfico para identificar las condiciones que afectan la calidad de vida de la población.
- Identificar las condiciones de vida, a través de un enfoque de determinantes sociales, que permita dar cuenta de la disponibilidad de servicios en el territorio.
- Registrar e interpretar la mortalidad y morbilidad, como insumo en la toma de decisiones para la transformación e incidencia de la calidad de vida y salud de la población.
- Actualizar las características del componente poblacional diferencial que incluya sus condiciones y situaciones particulares con el fin de generar un diagnóstico de las condiciones en salud para cada una de estas poblaciones.
- Analizar las intervenciones realizadas en salud pública, con el fin de orientar el accionar de la Subred, de tal forma que la respuesta incida en las condiciones y calidad de vida de la población.
- Configurar el territorio a través de la comprensión del mismo, identificación de desigualdades y priorización de las acciones a realizar, desde los diferentes sectores de tal forma que se puedan orientar las agendas locales, políticas, programas y prácticas de reducción de la inequidad en salud.

1. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

1.1. CONTEXTO TERRITORIAL

Fontibón es la localidad número 9 dentro de la división administrativa y se ubica en el sector noroccidental de Bogotá. Es considerada el principal eje articulador del desarrollo dada la presencia de una importante zona industrial, la zona franca y su ubicación estratégica regional al ser la conexión del Distrito con los municipios de Mosquera, Funza, Madrid y Facatativá. Fontibón también se caracteriza por contar con las 2 principales terminales de transporte para la ciudad y el resto del país; 1 terminal aérea (Aeropuerto Internacional el Dorado) y 1 terrestre (El Salitre), convirtiéndola en una plataforma para la conexión regional y global del país.

Limita al norte con la localidad de Engativa, y con las avenidas José Celestino Mutis y Jorge Eliécer Gaitán; al oriente con las localidades de Puente Aranda y Teusaquillo, a través de la avenida del Congreso Eucarístico o avenida carrera 68; al sur con la localidad de Kennedy a través del eje del río Fucha; y al occidente con el río Bogotá y los Municipios de Funza y Mosquera. Tiene una extensión en suelo urbano de 3.327,2 Ha y representa el 3,9% del área total del Distrito, de las cuales 329 Ha están clasificadas como suelo protegido, que corresponden al 9,9% sobre el total del suelo local. Fontibón, no tiene suelo rural(1).

La localidad tiene un clima frío, con una temperatura promedio de 14,6°C y una humedad relativa de 75%, típica de la zona media de la ciudad de Bogotá. Los períodos secos corresponden a diciembre-enero y julio-agosto, mientras que los períodos lluviosos a los meses abril-junio y octubre-noviembre. El promedio anual de precipitaciones es de 794 mm(2).

El relieve se caracteriza por ser plano, lo que convierte a Fontibón en una zona de alto riesgo de inundación ya que dentro de su hidrografía se encuentran las corrientes de los ríos Fucha y Bogotá, que bordean el límite occidental y sur de la localidad. Adicionalmente cuenta con dos humedales; Capellanía y Meandro del Say y 3 canales; San Francisco, Fontibón Oriental y Aguas Lluvias Boyacá(3). Dentro de las zonas de riesgo de inundación; especialmente por

aguas negras, está la ronda de los ríos Bogotá y Fucha debido al fenómeno de refluo cuando se presentan las crecientes de los ríos, ya que son terrenos situados por debajo de la cota del río Bogotá. Así mismo, estos ríos sufren contaminación por descargas industriales(4).

Fontibón se encuentra subdividida en 8 UPZ, cuatro son predominantemente industriales¹, una predominantemente dotacional², una con centralidad urbana³ y dos de tipo residencial cualificado⁴(3). La UPZ Aeropuerto el Dorado es la de mayor participación en suelo con un 22,3%(1).

Tabla 1. Clasificación, extensión, cantidad y superficie de manzanas y tipo de suelo según UPZ, localidad de Fontibón

No UPZ	Nombre UPZ	Clasificación	Estrato	Superficie Ha	Superficie %	Cantidad manzanas	Número barrios	Zonas protegidas Ha
75	Fontibón	Con centralidad urbana	2 y 3	496,5	14,9%	640	142	3
76	Fontibón San Pablo	Predominantemente industrial	1, 2 y 3	360,0	10,8%	267	51	61
77	Zona Franca	Predominantemente industrial	2 y 3	491,6	14,8%	119	38	194
110	Ciudad Salitre Occidental	Residencial cualificado	3,4 y 5	225,7	6,8%	89	10	11
112	Granjas de Techo	Predominantemente industrial	Varios	477,6	14,4%	126	39	24
114	Modelia	Residencial cualificado	3,4 y 5	261,6	7,9%	292	22	12
115	Capellania	Predominantemente industrial	Varios	272,1	8,2%	125	40	24
117	Aeropuerto el Dorado	Predominantemente dotacional	2	743,1	22,3%	13	20	-
TOTAL			-	3.328,2	100,0%	1.671	362	329

Fuente: tomado de Secretaria de Planeación. Conociendo la localidad de Fontibón: Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos. Año 2009

¹ UPZ predominantemente industrial: Sectores con actividad principal industrial, con comercio y lugares productores de dotación urbana.

² UPZ predominantemente dotacional: Grandes áreas destinadas a la producción de equipamientos urbanos y metropolitanos que por su magnitud dentro de la estructura urbana se deben manejar bajo condiciones especiales.

³ UPZ con centralidad urbana: Sectores consolidados que cuentan con centros urbanos y donde el uso residencial dominante ha sido desplazado por usos que fomentan la actividad económica.

⁴ UPZ residencial cualificado: sectores consolidados de estratos medios y altos con uso básicamente residencial, que cuentan con infraestructura de espacio público, equipamientos colectivos y condiciones de hábitat y ambiente adecuadas.

En zonas protegidas, la UPZ Zona Franca tiene la mayor área con 194 Ha, por la ubicación del humedal Meandro del Say, una parte del río Fucha y su ronda y, una gran zona del río Bogotá y su ronda, dentro del cual se ubica el parque Zona Franca. En la UPZ Fontibón San Pablo comprende un sector del río Bogotá y su ronda. En la UPZ Capellanía se localiza el humedal que le da su nombre. En la UPZ Granjas de Techo se ubica gran parte del río Fucha y en las UPZ Modelia y Ciudad Salitre Occidental se localiza un gran sector del canal San Francisco(3).

UPZ 75. Fontibón: Se ubica en la zona centro oriental de la localidad, con sectores donde se concentran actividades complementarias a la vivienda, la actividad residencial ha sido desplazada por la económica. Esta UPZ cuenta con una importante red vial conformada entre otras por las Avenidas: Luis Carlos Galán, Ferrocarril Occidente, Centenario, Versalles, Carrera 100 y Carrera 99(4).

Debido a la alta concentración de vehículos, se presenta contaminación por CO₂; otro determinante es la proximidad con el aeropuerto, lo que genera exposición a diferentes residuos tóxicos y contaminación auditiva. Entre las carreras 99 y 100 hay contaminación sonora y visual por publicidad exterior de los locales (4).

Concentra la mayor cantidad de equipamientos, y bienes de interés cultural, allí se ubica el núcleo fundacional de Fontibón con importantes valores históricos, urbanísticos y arquitectónicos. Cuenta con 50 parques: 14 de bolsillo, 34 vecinales y 2 zonales(4).

UPZ 76. Fontibón San Pablo: Se ubica en la zona nororiental de la localidad, sus barrios se caracterizan por tener una sola calle principal y varias secundarias. Tiene buen flujo de transporte, por la cercanía a importantes vías arterias. Es una de las UPZ con mayores niveles de contaminación como consecuencia del alto flujo vehicular que transita por las avenidas Versalles, Ferrocarril de Occidente y la variante que comunica a Bogotá con el norte del país. En épocas de invierno, el sector que queda al margen del río Bogotá, se inunda. Por otro, lado la UPZ cuenta con 12 parques, la mayoría de bolsillo(4).

UPZ 77. Zona Franca: Está ubicada en la zona suroccidental de Fontibón. El porcentaje de participación de la UPZ según sus establecimientos por actividad económica es el más elevado frente a las demás UPZ de la localidad. En esta UPZ se encuentra ubicado el Humedal Meandro del Say(4).

El aumento de industrias y bodegas ha generado un importante impacto ambiental. El factor de riesgo predominante es el biológico por la cercanía al río Bogotá contaminado. Hay contaminación atmosférica y auditiva generadas por la gran cantidad de vehículos que circulan(4).

UPZ 110. Ciudad Salitre Occidental: Se ubica en el nororiente de la localidad; sector de uso residencial casi exclusivo. Cuenta con infraestructura, espacio público, equipamientos, condiciones ambientales y de habitabilidad adecuada. Desde el punto de vista residencial, Ciudad Salitre encabeza la lista de zonas con mayor demanda, así como también está entre las de más alta valorización(4).El estado físico de la malla vial es aceptable, sus principales avenidas son a la vez corredores verdes primarios como lo son el Canal de San Francisco, las avenidas Luis Carlos Galán, El dorado, la Carrera 68 y las avenidas Constitución y Boyacá.

UPZ. 112. Granjas de Techo: Se localiza al suroriente de la localidad; su actividad económica y estructura espacial, se conforma a partir de la organización de las actividades residenciales predominantes en el costado occidental e industriales y comerciales en la parte oriental(4). Se presenta deterioro ambiental por inadecuada disposición de residuos sólidos en grandes superficies (centros comerciales) y/o bodegas de depósitos de alimentos. En esta UPZ se encuentra el Rio Fucha y el Canal San Francisco los cuales son usados como vertimientos de aguas residuales y de tipo industrial(4).

UPZ 114. Modelia: Es de clasificación residencial cualificado, cuenta con algunos canales como lo son: San Francisco, Fontibón oriental, Boyacá los cuales son usados como descarga de vertimientos de tipo industrial, aguas residuales y vertimiento de residuos sólidos

provenientes de otras localidades aguas arriba, las cuales desembocan en el río Fucha. Adicionalmente hay presencia de vectores(4).

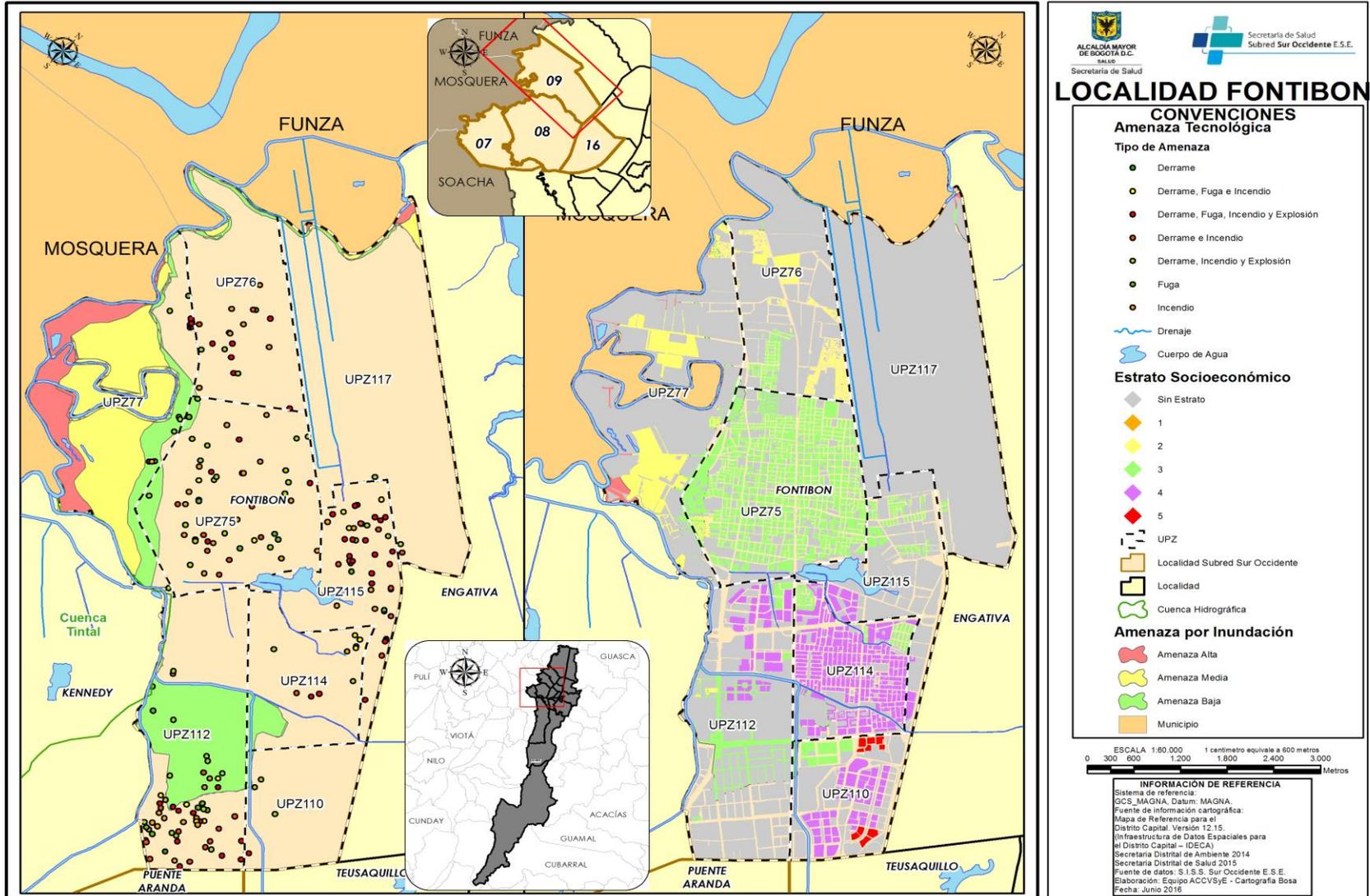
Modelia es privilegiada por los equipamientos destinados para la actividad recreativa y deportiva. También tiene una ubicación favorecida por la cercanía de la calle 26, la Boyacá, la Avenida Ciudad de Cali, la Avenida del Ferrocarril y la Avenida Luis Carlos Galán, que permiten rutas de acceso y traslado para distintos puntos de la localidad y la ciudad(4).

UPZ 115. Capellanía: Es de clasificación predominantemente industrial, se encuentra ubicado el Humedal Capellanía, afectado gravemente por invasión de industrias vecinas y grandes conjuntos residenciales, vertimientos ilegales, deforestación, depósito de residuos sólidos, presencia de habitante de calle, perros callejeros, vectores, roedores, entre otros. La fauna asociada desapareció casi en su totalidad debido a la alta intervención industrial y residencial. Por otro lado, el Aeropuerto el Dorado, genera grandes problemas de contaminación por ruido y emisión de material particulado.

Gracias a la cercanía de la calle 26, la carrera 100, la Avenida Ciudad de Cali y la Avenida Luis Carlos Galán, esta UPZ cuenta con varias rutas de acceso y traslado para distintos puntos de la localidad y la ciudad. Es una de las UPZ de mejor ubicación de toda la localidad(4).

UPZ 117. Aeropuerto El Dorado: Es de clasificación predominantemente dotacional. Es la fuente de las operaciones estratégicas del Aeropuerto El Dorado. El principal impacto socioeconómico y ambiental generado por el funcionamiento del Aeropuerto El dorado, corresponde a la contaminación por ruido(4).

Mapa 1. Contexto Territorial, localidad de Fontibón, año 2016

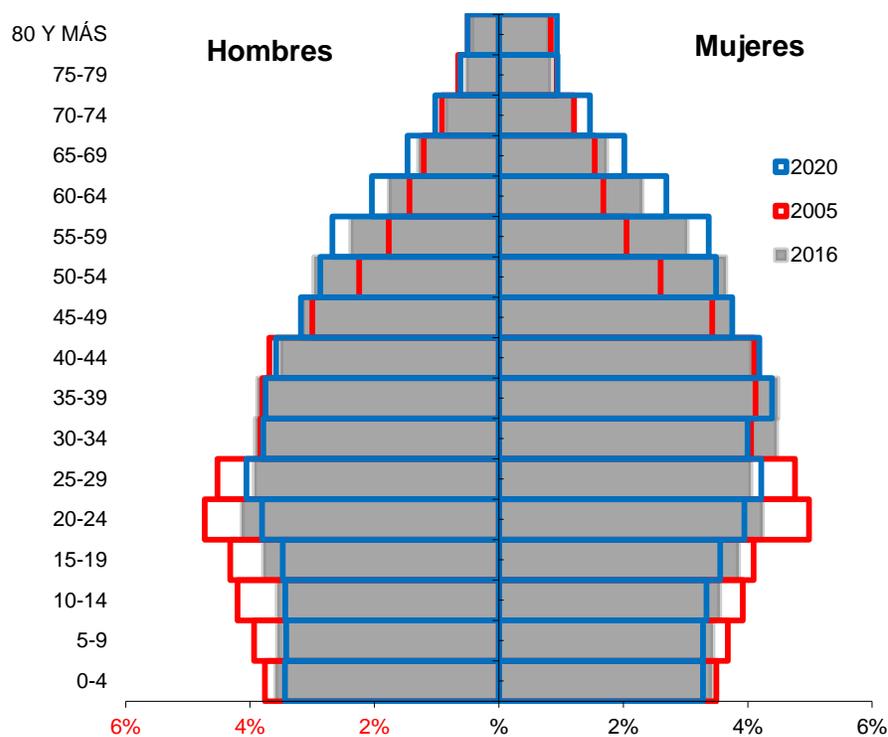


1.2. ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA DE LA LOCALIDAD

1.2.1. Aspectos Cuantitativos

De acuerdo a las proyecciones DANE 2005, para el año 2016 Fontibón tuvo una población de 403.519 personas, lo que representa el 5,1% del total de población proyectada para el Distrito en el mismo año (7.980.001), y el 16% del total de población que reside en la Subred Sur Occidente⁵ (2.525.093); por sexo se observa que predominan las mujeres alcanzando el 52,8% de la población total de la localidad. La densidad poblacional es de 121,3 habitantes por hectárea, siendo la décimo segunda localidad más densa en Bogotá.

Gráfica 1. Pirámide de Población, localidad de Fontibón, años 2005, 2016 y 2020



Fuente: DANE - SDP, Proyecciones poblacionales, 2005 – 2020

⁵ La Subred Sur Occidente se encuentra conformada por las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda.

La transición demográfica ha incidido en el cambio de la estructura por edad de la población, ésta situación se caracteriza por la reducción de la población infantil y juvenil lo cual favorece el mayor peso relativo de las personas mayores y adultas. Consecuentemente, para la localidad el índice de infancia bajó 4,5 puntos entre el año 2005 y 2016, por el contrario, el índice de vejez aumento 2,4 puntos, para el 2020 se estima que el índice de infancia continúe con tendencia al descenso con 0,9 puntos menos que en el 2016 y el índice de vejez aumente 1,3 puntos. Por su parte, la población potencialmente activa disminuyó, reflejándose en la reducción de 4,3 puntos del índice demográfico de dependencia, para el año 2020 se estima que este índice tenga un leve aumento de 0,8 puntos. Por otro lado, la edad media aproximada en el año 2016 fue de 33 años situación que aumentó frente al año 2005 que era de 29 años, para el 2020 se espera que esta sea 34 años.

Tabla 2. Población por grupos quinquenales de edad, localidad de Fontibón, año 2016

Edad	Hombres		Mujeres		Total
	No	%	No	%	
0-4	14.453	3,6	13.768	3,4	28.221
5-9	14.358	3,6	13.868	3,4	28.226
10-14	14.372	3,6	14.305	3,5	28.677
15-19	15.261	3,8	15.533	3,8	30.794
20-24	16.638	4,1	17.072	4,2	33.710
25-29	15.858	3,9	16.342	4,0	32.200
30-34	15.801	3,9	18.011	4,5	33.812
35-39	15.638	3,9	18.085	4,5	33.723
40-44	14.144	3,5	16.376	4,1	30.520
45-49	12.752	3,2	15.144	3,8	27.896
50-54	12.008	3,0	14.702	3,6	26.710
55-59	9.606	2,4	12.196	3,0	21.802
60-64	7.094	1,8	9.281	2,3	16.375
65-69	5.195	1,3	6.982	1,7	12.177
70-74	3.446	0,9	4.803	1,2	8.249
75-79	2.098	0,5	3.352	0,8	5.450
80 y más	1.762	0,4	3.215	0,8	4.977
Total	190.484	47,2	213.035	52,8	403.519

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Proyecciones DANE. 2016-2020

Por grupos quinquenales se observa que entre los 0 y los 14 años la proporción de hombres es más alta que en mujeres, comportamiento que es casi imperceptible. A partir de los 15 años esta proporción se invierte y las mujeres son las predominantes.

Tabla 3. Distribución por momento de curso de vida, localidad de Fontibón, año 2016

Momento curso de vida	Hombres		Mujeres		Total
	No	%	No	%	
Primera Infancia (0-5 años)	17.326	4,3	16.529	4,1	33.855
Infancia (6-11 años)	17.221	4,3	16.764	4,2	33.985
Adolescencia (12-17 años)	17.642	4,4	17.777	4,4	35.419
Juventud (18 -28 años)	35.653	8,8	36.556	9,1	72.209
Adulthood (29-59 años)	83.047	20,6	97.776	24,2	180.823
Vejez (>=60 años)	19.595	4,9	27.633	6,8	47.228
TOTAL	190.484	47,2	213.035	52,79	403.519

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Proyecciones DANE. 2016-2020

Por momento de curso de vida las diferencias entre sexos no son tan marcadas para primera infancia, infancia, adolescencia y juventud; reconociendo que para primera infancia e infancia el porcentaje de hombres es levemente mayor. Las diferencias son más notorias en adultez y vejez, siendo la proporción de mujeres más alta que hombres. Por otro lado, la proporción de personas adulta mayores es más alta con respecto a primera infancia e infancia.

1.2.2. Distribución Espacial

Dadas las características del suelo, Fontibón no cuenta con población rural. Por otro lado, y de acuerdo a la encuesta multipropósito 2014, la localidad cuenta con 119.432 hogares y 118.280 viviendas, lo que se traduce en una relación de 1,01 hogares por vivienda, con respecto al año 2011 esta relación disminuyó levente (1,03). Al compararla con la subred, no se encuentran grandes diferencias (1,02).

Tabla 4. Distribución personas, hogares y vivienda, localidad de Fontibón-Subred Sur Occidente, años 2011-2014

Localidad	2011						2014					
	Personas		Hogares		Viviendas		Personas		Hogares		Viviendas	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Fontibón	435.909	19,0	104.048	16,5	100.451	16,6	370.912	15,9	119.432	17,0	118.280	17,3
Total Subred	2.297.335	100	630.673	100	603.667	100	2.319.492	100	700.777	100	684.877	100

Fuente: DANE - SDP, Encuesta Multipropósito 2011 - 2014. Cálculos: Dirección de Estudios Macro, SDP

El 6,8% de la población local se considera con algún tipo de pertenencia étnica (6.823 personas), siendo la afrodescendiente la que representa el mayor porcentaje (89,6%) del total étnico de Fontibón, seguido de la indígena (8,3%); las comunidades afrodescendientes se han venido organizando en el territorio a partir de su condición de víctimas del conflicto armado, reivindicando sus procesos de medicina ancestral y el rol de las parteras dentro de la tradición afro (5).

Tabla 5. Distribución población diferencial, localidad de Fontibón - Subred Sur Occidente, año 2015

Localidad	Etnias								Población habitante de calle		LGBTI		Discapacidad	
	Indígenas		Afrodescendientes		Raizales		ROM Gitano							
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	Homosexuales	Bisexual	No.	%
Fontibón	565	1,4	6.111	16,2	147	7	0	0	48	6,5	Sin dato	Sin dato	9.224	14,5
Total Subred	41.799	100	37.717	100	2.107	100	1.501	100	728	100	24.949	1.873	63.520	100

Fuente: SDP, EMB 2014. SDS, ASIS Diferencial, preliminar 2015

Para el año 2015, Fontibón registró 48 personas habitantes de calle, el 6,5% del total de población habitante de calle de la Subred. Respecto a la población con Discapacidad, la caracterización sociodemográfica realizada por el subsistema de vigilancia de la Discapacidad da cuenta de 9.224 personas con esta condición, el 15% del total de la población de la Subred.

En relación con el SGSSS, el 85,1% de la población local pertenece al régimen contributivo, siendo su participación mayor que a nivel de Subred y Distrital.

Tabla 6. Distribución población por aseguramiento, localidad de Fontibón Subred Sur Occidente y Distrito, año 2016

Localización	Contributivo		Subsidiado		Excepción		No Afiliados	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Fontibón	343.382	85,1	25.137	6,2	13.720	3,4	1.533	0,4
Subred Sur Occidente	1.914.679	75,8	319.635	12,7	66.540	2,6	16.632	0,7
Bogotá D.C	6.181.534	77,5	1.166.823	4,6	207.739	2,6	49.409	0,6

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

1.2.3. Dinámica Demográfica

De acuerdo a las proyecciones del CENSO 2005, entre el año 2012 y el 2016 la población local aumento un 14% pasando de 353.859 habitantes a 403.519, por sexos el crecimiento no tuvo grandes diferencias para las mujeres fue del 14,3% y para los hombres del 13,7%. Como efecto de la transición demográfica, el crecimiento poblacional está ligado al aumento de la población adulta y adulta mayor y disminución de la población infantil y joven; es de esta manera que el índice de infancia⁶ ha tenido un descenso del 5,7% entre el año 2012 y 2016, y el de juventud⁷ de 3,8%, contrario a esto, el índice de vejez⁸ ha aumentado un 15,8% y el de envejecimiento⁹ un 22,9%, este último indicador revela como el crecimiento poblacional se cimienta en el aumento de la población adulta mayor y adulta a expensas del detrimento de la población infantil y joven.

⁶ Índice de infancia: Relación entre los menores de 15 años y la población total.

⁷ Índice de juventud. Relación entre las personas entre 15 y 29 años y la población total.

⁸ Índice de vejez: Relación entre la población mayor de 65 años y la población total.

⁹ Índice de envejecimiento: Relación entre las personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes.

Tabla 7. Dinámica demográfica, localidad de Fontibón, años 2012- 2014-2016

Índice demográfico	Año		
	2012	2014	2016
Población Total	353.859	370.976	403.519
Población Femenina	186.326	195.308	213.035
Población Masculina	167.533	175.668	190.484
Relación hombres: mujer	89,9	89,9	89,4
Razón niños: mujer	25	24	24
Índice de Infancia	22	22	21
Índice de Juventud	25	24	24
Índice de Vejez	7	7	8
Índice de Envejecimiento	30	33	36
Índice Demográfico de dependencia	40,8	40,4	40,3
Índice de dependencia infantil	31,5	30,4	30,3
Índice de dependencia de mayores	9,3	10,0	10,7
Índice de Friz	95,3	92,1	92,0

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Proyecciones DANE. 2016-2020

Con respecto a la población potencialmente activa (personas entre los 15 y 65 años), el indicador de dependencia revela para el año 2016 una disminución del 9,6% en el índice de dependencia¹⁰. Al ahondar en este, se evidencia una disminución del 79,9% en la dependencia infantil pero un aumento del 41,7% en la de mayores. Para el año 2020 la situación continuará profundizándose ya que la población infantil y joven continuará disminuyendo un 4,3% y un 3,8% respectivamente y la población mayor de 60 años aumentará un 18%.

En relación a la Tasa de Crecimiento, Fontibón presenta una disminución, situación similar a la que presenta Bogotá. Se identifica una reducción de la Tasa Bruta de Natalidad, encontrando que Fontibón muestra una menor capacidad de renovación con una tasa de 10,4 en el 2016, frente a la subred y Bogotá. Así mismo, se evidencia un detrimento de la

¹⁰ Índice de dependencia: Relación entre la población menor de 15 y mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años.

misma entre el año 2012 y 2016 revelando una reducción paulatina en el número de nacimientos locales, este mismo comportamiento se presenta en la subred y en el Distrito.

Tabla 8. Resumen indicadores demográficos, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014 - 2016

Indicador	Nivel territorial	Año		
		2012	2014	2016*
Tasa de crecimiento natural	Fontibón	1	0,9	0,8
	Bogotá	1,1	1,0	0,9
Tasa bruta de natalidad	Fontibón	12,5	11,8	10,4
	Subred Sur Occidente	14,9	14,1	12,3
	Bogotá	13,9	13,4	12,3
Tasa global de fecundidad	Fontibón	1,4	1,4	1,3
	Subred Sur Occidente	1,7	1,7	1,5
	Bogotá	1,6	1,6	1,5
Tasa general de fecundidad	Fontibón	33,9	32,5	30,7
	Subred Sur Occidente	41,9	39,8	35,2
	Bogotá	39,1	38,0	35,6

*Año 2015. Fuente: Población: Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades DANE y SDP 2000-2015 de junio 13 del 2008. NV 2010-2016.-bases de datos DANE y RUAF ND.-Sistema de estadísticas Vitales SDS (2015-2016 preliminares). Mortalidad 2010-2015.-bases de datos DANE y RUAF ND.-Sistema de estadísticas Vitales SDS (2015 preliminar)

Para el mismo año, la Tasa General de Fecundidad de la localidad es de 30,7 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en edad fértil (15 a 49 años), siendo esta más baja que en la Subred y Bogotá. Este indicador presenta un comportamiento similar a la Tasa Bruta de Natalidad y Tasa de Crecimiento Natural, descrita anteriormente, las cuales reflejan una disminución paulatina del número de nacidos vivos, siguiendo la tendencia de la transición demográfica.

La tasa específica de fecundidad muestra, una disminución entre el año 2012 y 2016 en la mayoría de los grupos quinquenales, excepto para el de 45 a 49 años el cual tuvo un aumento del 19,1%, el descenso más marcado se registró de los 10 a 14 años (66,5%) y 15 y 19 años (36,1%). Este comportamiento se explica con la disminución de nacimientos en adolescentes y el cambio en el ritmo de vida, en donde las mujeres actuales prefieren

esperar una vida estable y más madura para tener hijos. Al comparar el comportamiento local con el Distrital y el de Subred se evidencia que las tasas específicas de fecundidad son menores en Fontibón, igualmente tanto en la Subred como en el Distrito las proporciones de disminución en la tasa de fecundidad son mayores en las adolescentes. Para el Distrito, el aumento de la fecundidad se presentó en los quinquenios de 25 a 29 años con un 2,1% y 35 a 39 años con un 1,9%.

Tabla 9. Tasa específica de fecundidad por quinquenios, localidad de Fontibón - Subred Sur Occidente - Bogotá, años 2012 - 2014 - 2016

Edad	Fontibón			Subred Sur Occidente			Bogotá D.C		
	2012	2014	2016	2012	2014	2016	2012	2014	2016
10 - 14	1,3	0,7	0,4	1,6	1,3	0,9	1,6	1,4	1,1
15 - 19	40,5	35,6	25,9	63,3	54,5	42,7	59,2	52,3	43,5
20 - 24	71,3	66,0	56,7	100,0	95,3	80,1	90,4	86,5	79,2
25 - 29	69,4	67,1	65,6	81,8	81,4	77,2	74,8	76,1	76,3
30 - 34	58,3	58,8	54,0	59,2	58,9	56,6	59,2	59,2	57,9
35 - 39	33,4	35,9	32,8	33,2	33,1	30,8	33,1	34,1	33,7
40 - 44	10,1	8,1	9,5	9,5	8,1	8,2	9,2	8,6	8,6
45 - 49	0,7	1,0	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
50 - 54	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1

Fuente: Proyecciones de población Bogotá, localidades DANE y SDP 2000-2015 junio 13 del 2008. NV 2008 2013: Bases de datos DANE- RUAF ND. Finales Sistema estadísticas Vitales SDS-ADE. Año 2012 ajustado año 2014. Publicado preliminar marzo 30 de 2015

La razón de masculinidad muestra para la Subred y Bogotá una tendencia casi imperceptible al aumento, situación contraria se presenta en Fontibón con tendencia a la baja. Para las 3 subdivisiones de territorio de los 0 a los 14 años el número de hombres es mayor al de mujeres. A partir del quinquenio de 15 a 19 años la razón de masculinidad empieza a invertirse encontrando mayor número de mujeres, a medida que pasan los quinquenios la diferencia es más evidente, es de esta manera que para el grupo de 15 a 19 años la razón es de 98,2 (por cada 100 mujeres hay 98,2 hombres) mientras que para el de 80 y más la razón es de 54,8.

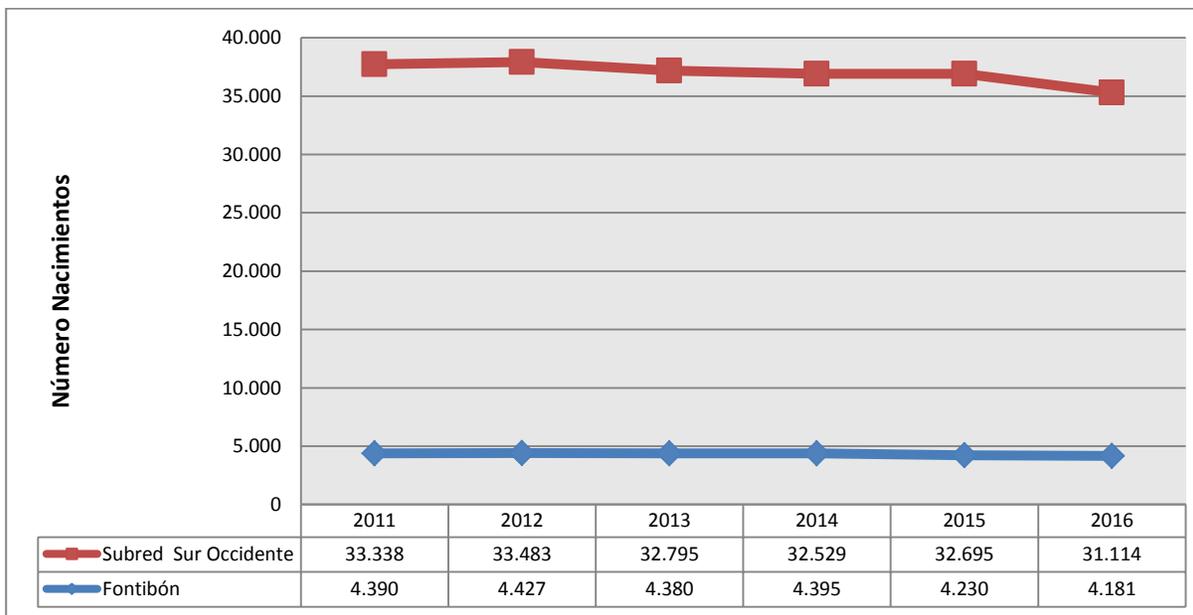
Tabla 10. Razón de masculinidad, localidad de Fontibón - Subred Sur Occidente- Bogotá, años 2012 - 2014 - 2016

Edad	Fontibón			Subred Sur Occidente			Bogotá D.C		
	2012	2014	2016	2012	2014	2016	2012	2014	2016
Total	89,9	89,9	89,4	94,4	94,6	94,5	93,3	93,5	93,8
0-4	101,3	101,3	105,0	105,5	105,7	105,4	104,9	105,1	105,5
5-9	101,7	101,4	103,5	105,8	105,6	104,8	105,2	105,1	105,2
10-14	100,5	101,0	100,5	104,6	105,2	105,1	104,0	104,7	104,9
15-19	99,6	99,2	98,2	103,7	103,4	103,4	103,0	102,8	103,0
20-24	99,6	99,0	97,5	103,7	103,2	102,6	102,9	102,5	102,2
25-29	91,3	95,6	97,0	95,3	99,9	102,2	94,5	99,1	101,9
30-34	87,8	87,2	87,7	91,5	91,1	92,7	90,7	90,4	92,3
35-39	88,3	88,1	86,5	92,1	92,0	91,3	91,3	91,3	90,9
40-44	86,5	87,1	86,4	90,3	91,0	91,2	89,5	90,3	90,8
45-49	84,1	84,6	84,2	87,8	88,5	89,0	87,0	87,7	88,6
50-54	81,6	82,2	81,7	85,3	86,0	86,4	84,4	85,3	86,0
55-59	79,6	79,5	78,8	83,3	83,3	83,5	82,4	82,6	83,1
60-64	78,4	77,9	76,4	82,1	81,7	81,2	81,2	80,9	80,8
65-69	77,2	76,3	74,4	80,8	80,1	79,1	79,9	79,3	78,8
70-74	71,7	73,1	71,7	75,1	76,7	76,3	74,1	75,9	76,1
75-79	64,2	63,2	62,6	64,6	65,5	67,0	65,0	65,3	66,5
80 y más	56,0	55,9	54,8	59,1	59,1	59,0	58,4	58,4	58,4

Fuente: Proyecciones población 2005-2015, según grupos de edad y sexo. DANE-Secretaría Distrital de Planeación: Convenio de cooperación técnica No 096-2007. Año 2016 cálculo de población de las veinte (20) localidades de Bogotá para el periodo 2016-2020, realizado por la Secretaría Distrital de Planeación en el año 2014

El número de nacimientos es consistente con el detrimento de la tasa global y general de fecundidad en los últimos años, Fontibón muestra una disminución del 4,8% entre el año 2011 y el 2016, este mismo comportamiento pero más marcado se presenta en la subred con un 6,7% y en Bogotá con un 7,6%. Entre el año 2014 y 2015 se evidencia el descenso más grande con un 3,8%.

Gráfica 2. Nacidos vivos, localidad de Fontibón - Subred Sur Occidente, años 2011 - 2016

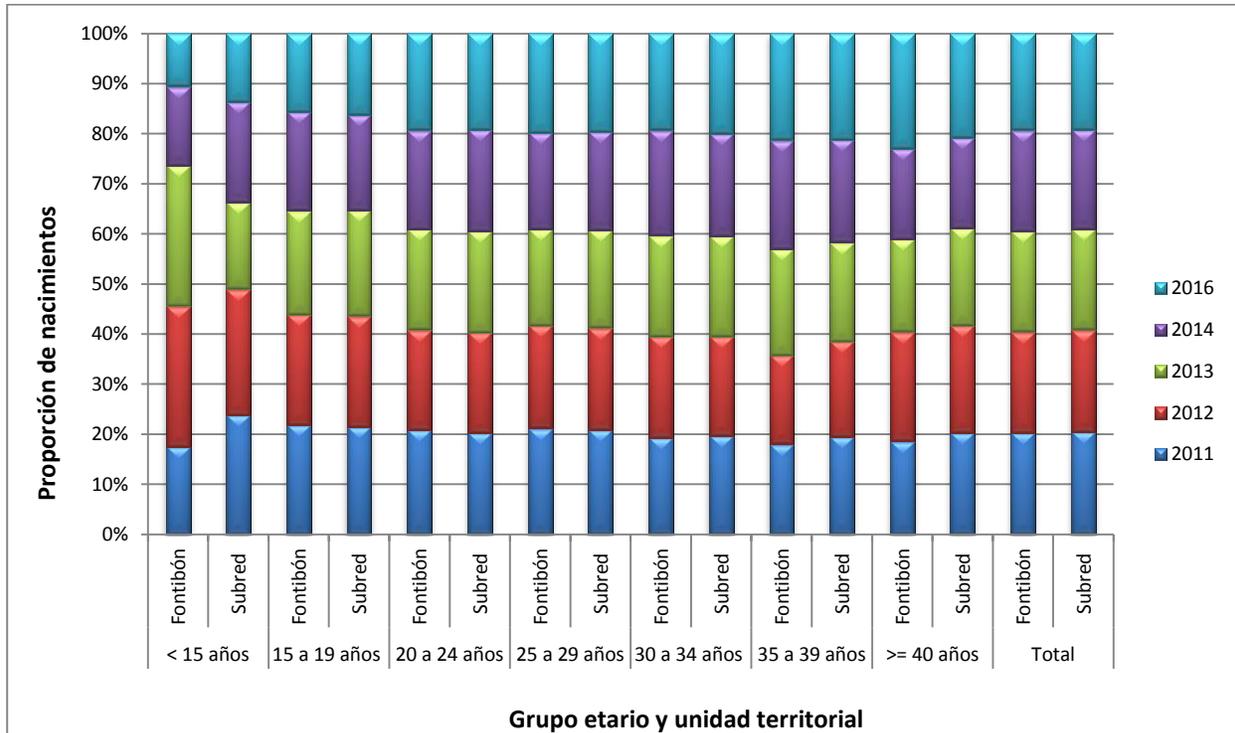


Fuente: Bases de datos DANE-RUAF-ND, actualizado 2014 el 14 de junio del 2015. Preliminar 2015-2016

Los nacimientos muestran, que para mujeres entre los 10 y 19 años disminuyó casi un 30% (adolescentes) pasando de 577 en 2011 a 408 en 2016 en Fontibón, para la subred la reducción fue del 25,3%. Entre los 20 y 34 años aunque los nacimientos disminuyeron 5,1% la diferencia no es tan marcada como en las adolescentes en Fontibón, en la Subred la reducción fue del 4,2%. También hay un aumento en nacimientos en mujeres mayores de 34 años, con un incremento del 19,3% entre el año 2011 y el 2016, para la Subred el aumento fue del 7,1%.

La tasa específica de fecundidad en niñas de 10 a 14 años en Fontibón muestra un comportamiento oscilante con tendencia a la disminución, situación que se refleja en el comportamiento por Subred y Distrital.

Gráfica 3. Nacimientos por edad de la madre, localidad de Fontibón - Subred Sur Occidente, años 2011 - 2016

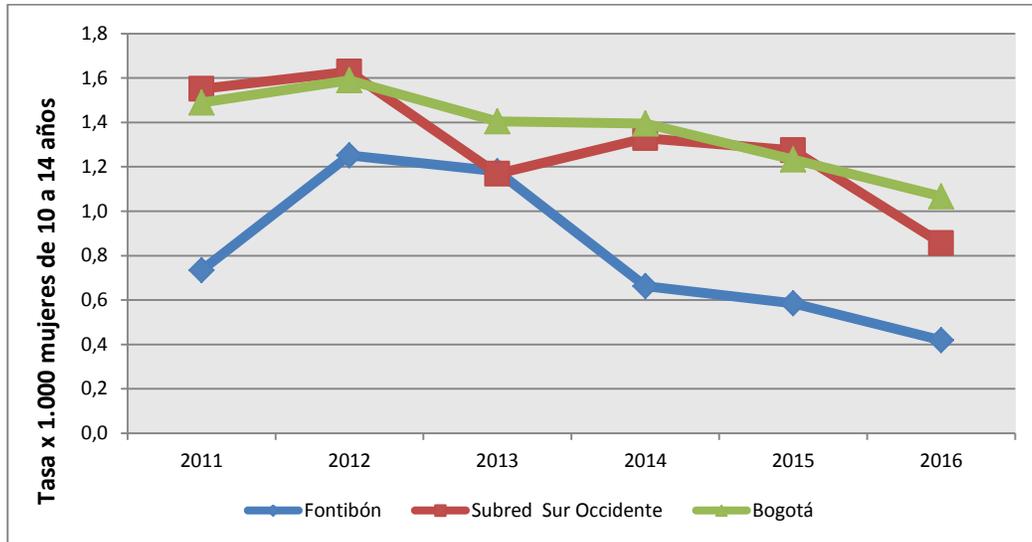


Fuente: Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Año 2016 Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017). Año 2014 actualizado 14-06-2015. Año 2013 actualizado 13-01-2014. Año 2012 fecha de actualización 21-01-2013. Año 2011 ajustado 25-01-2011

La tasa específica de fecundidad en niñas de 10 a 14 años muestra un comportamiento oscilante con tendencia a la disminución, situación similar a la Subred y al Distrito.

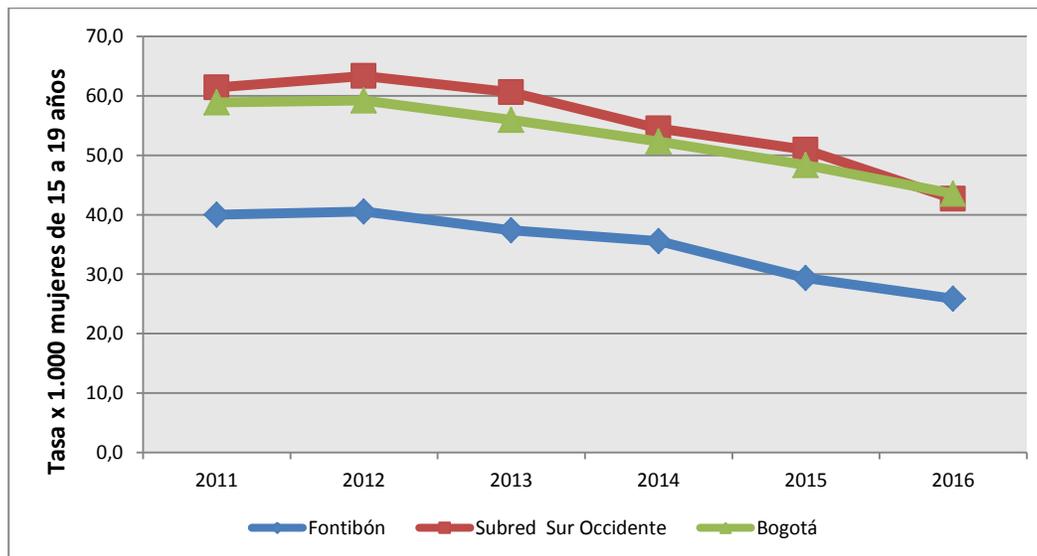
Con respecto a las adolescentes de 15 a 19 años se visibiliza un comportamiento al descenso el cual se muestra paulatino entre los años 2011 y 2016.

Gráfica 4. Tasa específica fecundidad 10 a 14 años, localidad de Fontibón-Subred Sur Occidente - Bogotá, años 2011 - 2016



Fuente: Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades DANE y SDP 2000-2015 de junio 13 del 2008. NV 2010-2016.-bases de datos DANE y RUAF ND.-Sistema de estadísticas Vitales SDS (2015-2016 preliminares). Mortalidad 2010-2015.-bases de datos DANE y RUAF ND.-Sistema de estadísticas Vitales SDS (2015 preliminar)

Gráfica 5. Tasa específica fecundidad 15 a 19 años, localidad de Fontibón-Subred Sur Occidente – Bogotá, años 2011 – 2016



Fuente: Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades DANE y SDP 2000-2015 de junio 13 del 2008. NV 2010-2016 -bases de datos DANE y RUAF ND.-Sistema de estadísticas Vitales SDS (2015-2016 preliminares). Mortalidad 2010-2015.-bases de datos DANE y RUAF ND.-Sistema de estadísticas Vitales SDS (2015 preliminar)

Entre el año 2012 y 2016 la disminución en el número de nacimientos en adolescentes ha sido del 31,8%, siendo este más marcado en el grupo de 10 a 14 años con un 64,7%, para el grupo de 15 a 19 años este descenso fue del 30,8%. Para el año 2016 y con respecto a la etnia el 99,5% se identifica como en ninguna, el 0,5% restante se identifica como indígena. El 66,7% de los nacimientos fueron en adolescentes pertenecientes al régimen contributivo. Frente a la escolaridad de la madre la mayor proporción tienen media académica o bachiller. Por otro lado, el 54,2% de las adolescentes viven en unión libre con su pareja.

Para el 2016, los nacimientos en adolescentes se atendieron en su mayoría por el régimen contributivo, con una tendencia al descenso después del alto incremento en el 2014. El subsidiado se presenta de la misma manera con un leve descenso después de su pico en el 2015. De igual forma, cada vez el no asegurado tiende a reducirse lo cual podría llegar a garantizar los servicios de salud a toda la población.

En relación al nivel educativo de la madre, cada año aumenta la proporción de adolescentes que tienen sus hijos antes de terminar la educación básica secundaria, las mayores proporciones se ubican a mitad del proceso educativo lo cual conlleva al fracaso escolar. Para el año 2016, tan sólo el 2% de las adolescentes con hijos se encontraba realizando una carrera profesional. En cuanto al estado conyugal, se muestra como el fenómeno del madresolterismo alcanza el 43,9% del total de las adolescentes.

Tabla 11. Caracterización nacimientos adolescentes, localidad de Fontibón, años 2011 - 2016

VARIABLES	2012		2013		2014		2015		2016	
	No	%								
Etnia										
Indígenas	2	0,3	0	0,0	1	0,2	0	0,0	2	0,5
Afrodescendientes	2	0,3	1	0,2	2	0,4	1	0,2	0	0,0
Palenquero	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ninguno	594	99,3	554	99,6	521	99,4	433	99,8	406	99,5
Régimen de Afiliación										
Contributivo	364	60,9	355	63,8	351	67,0	267	61,5	272	66,7

VARIABLES	2012		2013		2014		2015		2016	
	No	%								
Subsidiado	141	23,6	128	23,0	130	24,8	139	32,0	114	27,9
Excepción	20	3,3	8	1,4	12	2,3	8	1,8	6	1,5
No Asegurado	73	12,2	65	11,7	31	5,9	20	4,6	16	3,9
Nivel Educativo										
Preescolar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Básica Primaria	30	5,0	39	7,0	38	7,3	25	5,8	41	10,0
Básica Secundaria	203	33,9	167	30,0	161	30,7	141	32,5	126	30,9
Media Académica	308	51,5	301	54,1	278	53,1	219	50,5	201	49,3
Media Técnica	10	1,7	4	0,7	5	1,0	6	1,4	5	1,2
Técnica Profesional	17	2,8	20	3,6	8	1,5	15	3,5	19	4,7
Tecnológica	13	2,2	16	2,9	12	2,3	11	2,5	7	1,7
Profesional	10	1,7	8	1,4	13	2,5	15	3,5	8	2,0
Estado Conyugal										
Unión Libre	325	54,3	336	60,4	329	62,8	260	59,9	221	54,2
Casada	11	1,8	9	1,6	8	1,5	7	1,6	5	1,2
Soltera	256	42,8	209	37,6	182	34,7	167	38,5	179	43,9
Divorciada/ Separada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5
Viuda	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fuente: Base de datos DANE-RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS. Año 2012 Datos finales publicados octubre 31 del 2014 Ajustado 02-06-2015. Año 2013 Ajustado 22-12-2015- publicación definitiva DANE del 30 de julio del 2015. Año 2014 Ajustado 20 -08-2016 (Publicación DANE 30 de junio 2016). Año 2015 Ajustado 19-01-2016 (Corte 18-01-2016). Año 2016 Ajustado 18-01-2017 (Corte 13-01-2017)

1.3. CONCLUSIONES

La dinámica poblacional, ambiental y territorial de la localidad permite evidenciar factores protectores tales como estar en una superficie plana y contar con una hidrografía importante (2 humedales, 2 ríos y 3 canales), al igual que es catalogada como el primer eje articulador del desarrollo industrial. Sin embargo, obedeciendo a esa misma dinámica se encuentran factores de riesgo ambientales como la contaminación atmosférica dada por la infraestructura vial y la actividad industrial. La amenaza de inundación se concentra en las UPZ 76 y 77 las cuales colindan con los ríos Bogotá y Fucha. Fontibón cuenta con las principales entradas a

la ciudad, así como las terminales aérea y terrestre, esto la sumerge en una dinámica orientada a la constante vigilancia de eventos de interés en salud, que puedan proceder nacional o internacionalmente y sean de riesgo para la misma.

El 40% del territorio de Fontibón se clasifica como predominantemente industrial, característica que hace de Fontibón una localidad con particularidades, desde el análisis de riesgos y la definición de intervenciones en salud en estos territorios. No obstante, los lotes residenciales llegan hasta el estrato 5 en la UPZ 110, y estrato 4 en la UPZ 114. De acuerdo a la espacialización de los riesgos tecnológicos, estos se ubican con mayor aglomeración en UPZ de estratos 3 y 2.

Respecto a la dinámica demográfica, Fontibón aporta el 5,1% al total proyectado como población del Distrito, siendo la séptima localidad con mayor población. La transición demográfica a nivel nacional y distrital ha incidido en el cambio de la estructura por edad de la población, esta situación se caracteriza por una reducción de las poblaciones infantil y joven aumentando la población de personas mayores y adultos. Frente a la natalidad y la fecundidad existe una disminución paulatina en los últimos 10 años, acentuada en adolescentes de 10 a 19 años, por el contrario en mujeres mayores de 34 años se ha incrementado la tasa de fecundidad en los últimos 5 años, dejando ver de esta manera, el cambio y la adopción del ritmo de vida en donde se prefiere tener hijos en edades maduras.

De acuerdo con las proyecciones de población año 2015, la UPZ Fontibón es la que mayor proporción de habitantes con un 38,9% con respecto al total de la localidad, seguida por las UPZ Zona Franca, Ciudad Salitre Occidental y Modelia que albergan al 14,2%, 13,3 y 10,8% de los residentes respectivamente. Aeropuerto el Dorado con 0,3% y Capellanía con 4,8% son las que menos residentes concentran. El crecimiento poblacional entre los años 2011 y 2015 es más acentuado en Granjas de techo (22,5%) y Zona Franca (22,5%). Por otro lado se evidencia, que mientras Zona Franca presenta el índice de infancia más alto (26,6) entre las UPZ, Modelia ostenta los índices de vejez y envejecimiento más altos 11,6 y 74,4 respectivamente. Frente al índice de dependencia Zona Franca es la UPZ con el valor más

alto (42,9) el cual tiene su mayor peso con la dependencia infantil (38,4), por el contrario Modelia tiene un índice de dependencia de 37,6 con mayor peso con la dependencia en mayores con 16,0.

Fontibón representa un reto en la medida en que se entiende el funcionamiento de bienes y servicios de alto impacto como el aeropuerto con vuelos nacionales e internacionales en permanente exposición a enfermedades trasmisibles e incluso hipoacusia por contaminación auditiva. De igual forma cuenta con la terminal terrestre que conecta la región con el país. Por otro lado, entre su estructura ecológica principal se encuentra el Corredor Ecológico Quebrada Fucha en la UPZ 112. Se evidencia una falencia en el dato, respecto a la cuantificación de la población diferencial, a pesar de que el Distrito ha hecho un esfuerzo para poder cuantificar de forma confiable a la población, la información es insuficiente, impidiendo la toma de decisiones frente a las cifras reales, esta situación está ligada al hecho migratorio que se acentúa en algunas de estas poblaciones.

2. ANÁLISIS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (DETERMINANTES)

La buena salud de los habitantes de la localidad no solo depende de las intervenciones médicas a los eventos de enfermedad que estos presenten, también está determinada por las circunstancias en que desarrollan su vida cotidiana, es decir, por sus condiciones de vida. La ley 1751 de 2015 define los determinantes sociales de la salud como “aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos”, y establece como deber del Estado “adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud.” (Ley 1751 de 2015 Estatutaria de la Salud, Artículo 9 y Parágrafo).

En este capítulo se analizan los determinantes en salud que condicionan la calidad de vida y salud de los habitantes en la localidad de Fontibón. Este análisis requirió consolidar la información disponible en diversas fuentes:

- Documento Accvsye de la localidad 2016
- Informe recorrido de apropiación territorial Fontibón 2017
- Encuesta Multipropósito 2011-2014
- Encuesta Bienal de Culturas 2015
- Atlas de Salud Pública 2014
- Informes de Diagnóstico Rápido a nivel barrial de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria 2016 de la Subred Integrada de Servicios en Salud Sur Occidente.
- Proyecciones de población DANE
- Boletines Informativos “Bogotá, Ciudad de Estadísticas” de Secretaría Distrital de Planeación
- Monografías de las localidades, de Secretaría de Distrital de Planeación
- Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá

- Datos del Observatorio de Salud Ambiental de Bogotá
- Fichas locales de Secretaría de Cultura Recreación y Deportes.
- Datos de Observatorio de Desarrollo Económico 2015, de Secretaría de Desarrollo Económico
- Red de Monitoreo de Calidad del Aire, de Secretaría Distrital de Ambiente
- Bases de notificación SIVIGILA
- Inventario de Secretaría de Integración Social MAPOTECA

La información conseguida se organizó en una matriz, usando como categorías ordenadoras las dimensiones del desarrollo propuestas en la metodología “PASE a la Equidad en Salud”: i) Población, ii) Ambiente (dividido en Ambiente Natural y Ambiente Construido), iii) Sociedad, iv) Economía, y v) Organización Político Administrativa. Cada condición de vida se intentó enmarcar en una de las dimensiones del Plan Decenal de Salud y en el ciclo de vida donde dicha condición tuviera mayor incidencia; sin embargo, algunas de las condiciones encontradas eran demasiado amplias para asignarles una sola dimensión del Plan Decenal y/o un solo ciclo de vida. Como parámetros de comparación de la información local se usan los datos de la Subred Suroccidente y del Distrito Capital; no siempre se logró hacer tales comparaciones, pues la naturaleza de los datos es muy heterogénea en razón de la diversidad de fuentes utilizadas.

De acuerdo a la relación condiciones de vida – Determinantes en la localidad de Fontibón se evidencian los siguientes aspectos más relevantes que permiten entender el escenario en el que acontece la calidad de vida y salud de los habitantes de este territorio. Como ya se ha dicho, el análisis de este capítulo se ordenará según las dimensiones del desarrollo propuestas por la metodología PASE a la equidad. De esta manera, se observan los siguientes resultados:

2.1. DIMENSIÓN POBLACIONAL

Tabla 12. Dimensión Poblacional – Categorías y Condiciones de Vida, localidad de Fontibón

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
<p>TAMAÑO Y DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN</p>	<p>Según el documento Accvsye, para el año 2016 Fontibón tuvo una población de 403.519 personas que representan el 5,1% de la población proyectada para el Distrito en el mismo año (7.980.001) y el 16% de la población de la Subred Sur Occidente (2.525.093). Por sexo las mujeres representan el 52,8% de la población local. La densidad poblacional es de 121,3 habitantes por hectárea, siendo la décimo segunda localidad más densa en Bogotá.</p> <p>De acuerdo a proyecciones de población 2015, la distribución porcentual de la población entre las distintas UPZ es: UPZ 75 Fontibón 38,9%, UPZ 77 Zona Franca 14,2%, UPZ 110 Ciudad Salitre Occidental 13,3%, UPZ 114 Modelia 10,8%, UPZ 76 Fontibón San Pablo 9,4%, UPZ 112 Granjas de Techo 8,3%, UPZ 115 Capellanía 4,8%, UPZ 117 Aeropuerto el Dorado 0,3%. Fontibón es la UPZ más densa (298,4 hab/ha), seguida por Ciudad Salitre Occidental (223 hab/ha) y Modelia (157,3 hab/ha).</p>
<p>ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN</p>	<p>Según proyecciones DANE para el año 2016 la distribución porcentual de la población de Fontibón por curso de vida es: (con fines de comparación, entre corchetes cuadrados se pondrá primero el porcentaje para la subred y luego para el Distrito): Primera Infancia (0-5 años) 8,4%, [9,5% - 9,1%], Infancia (6-11 años) 8,4%, [9,3% - 9,0%], Adolescencia (12-17 años) 8,8%, [9,5% - 9,3%], Juventud (18-28 años) 17,9%, [18,5% - 18,1%], Adulthood (29-59 años) 44,8%, [42,5% - 42,6%], Vejez (>60 años) 11,7%. [10,6% - 11,9%]. Por densidad poblacional La UPZ Fontibón es la más densa (298,4 hab/ha), seguida por Ciudad Salitre (223,6 hab/ha) y Modelia (157,3 hab/ha).</p>
<p>FECUNDIDAD</p>	<p>De acuerdo a cálculos basados en proyecciones de población DANE 2016 y a las EEVV del mismo año (documento Accvsye 2016), la Tasa General de Fecundidad local en el año 2016 fue de 30,7 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en edad fértil (15 a 49 años), siendo esta más baja que en la Subred y Bogotá (En la Subred el indicador es 35,2, y en el Distrito 35,6).</p>

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
FECUNDIDAD	<p>La Tasa Global de Fecundidad mide el número de hijos que tendría una mujer al final de su vida fértil; en la localidad el indicador en el año 2016 arroja un valor de 1,3, inferior al de la Subred de 1,5 y el Distrito 1,5. La tendencia en la localidad es levemente decreciente, pues en el año 2011 la TGF fue 1,4 y en 2013 1,4.</p> <p>De acuerdo a los indicadores demográficos de la SDS para el año 2016 la tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años es de 0,4 situación que ha tenido un descenso paulatino entre el año 2012 y 2016 del 69,2%, para el grupo de 15 a 19 años la tasa de fecundidad fue del 25,9 para el año 2016, situación que muestra una disminución entre 2012 y 2016 del 36,1%.</p> <p>De acuerdo a la matriz de indicadores año 2016 elaborada por la Subred, en las UPZ 75 Fontibón y 77 Zona Franca se reportaron nacimientos en el grupo de edad de 10 a 14 años, con tasas de 0,6 y 0,4 respectivamente. En adolescentes de 15 a 19 años las tasas de fecundidad son más altas en UPZ 76 Fontibón San Pablo (45,6) y UPZ 75 Fontibón (30,1).</p>
CONFORMACIÓN FAMILIAR	<p>Según la Encuesta Multipropósito 2014, el promedio local de personas por hogar es 3,11 (Subred 3,3, Distrito 3,20). El 64,1% de las familias de la localidad son nucleares estando por encima del Distrito en 2,9 pp y ocupando el quinto lugar entre las localidades (en la Subred 63,9%, en el Distrito 61,2%). El 12,8% son unipersonales, proporción inferior a la de Bogotá en 1,7 pp y ocupando el décimo segundo lugar entre las localidades del Distrito (en la Subred 11,4%, en el Distrito 14,5%). En el 37,5% de los hogares de Fontibón la jefatura la asumen mujeres, situación que se encuentra ligeramente por debajo de Bogotá en 0,6pp y ocupa el décimo cuarto lugar entre las localidades (en la Subred 37,1%, en el Distrito 38,1%).</p> <p>De acuerdo al documento Accvsye 2016, el madre-solterismo alcanza el 43,9% del total de los casos de madres adolescentes en la localidad.</p>

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
<p>MORTALIDAD (Tasa Bruta de Mortalidad de la localidad - primeras causas de muerte en la localidad, según años anteriores)</p>	<p>De acuerdo a la tabla de mortalidad general (agrupación 6/67) enviada por la SDS, Fontibón tiene una tasa de mortalidad general de 3,4 por 1.000 habitantes, la cual ha tenido un comportamiento estacionario con respecto al año 2012. La tasa de mortalidad local es inferior a la Distrital (3,8) y la de la Subred (3,4) para el año 2014.</p> <p>De acuerdo al documento Accvsye, entre el año 2012 y 2014 la principal causa de muerte en la población local fueron las enfermedades del sistema circulatorio, con una tendencia al aumento durante el período, para el año 2014, representa el 30,6% del total de muertes. La segunda causa de muerte está relacionada con las neoplasias la cual muestra un comportamiento oscilante entre el año 2012 y 2014, para el 2014 representa el 28,4% de las muertes locales. La tercera causa está relacionada con todas las demás enfermedades la cual ha tenido una tendencia al aumento en el periodo analizado y representa el 26,9% del total de las muertes en el 2014.</p> <p>La proporción de muertes por enfermedades del sistema circulatorio de Fontibón (30,6%) para el año 2014 se encuentra por debajo del de la Subred (32,2%), por el contrario la proporción de muertes por neoplasias para Fontibón (28,4%) se encuentra por encima de la Subred (25,6%) al igual que en el grupo de todas las demás causas; Fontibón (26,9%) Subred (25,1%).</p>
<p>INMIGRACIÓN Y EMIGRACIÓN</p>	<p>Según la Encuesta Bienal de Culturas 2015, el 43,6% de la población de la localidad de Fontibón mayor de 13 años nació en un municipio fuera de Bogotá (por encima del mismo indicador para Bogotá, que está en 38,6%), y el 49,4% es hijo(a) de madre nacida en un municipio fuera de Bogotá (prácticamente igual al indicador para Bogotá que está en 49,1%).</p> <p>De acuerdo a la encuesta multipropósito 2014, en Fontibón durante los últimos tres años el 45,5% de los hogares había cambiado de barrio para mejorar vivienda o localización, este porcentaje se redujo un poco frente al año 2011 (50,1%) pero sigue siendo muy alto. Fontibón es la séptima localidad en donde más movilización interbarrrial se presenta, situación que se encuentra por encima del comportamiento Distrital (en Subred 36,4% y en el Distrito 41,3%).</p> <p>Por otro parte, de acuerdo al informe Atención, Asistencia y Reparación Integral a las</p>

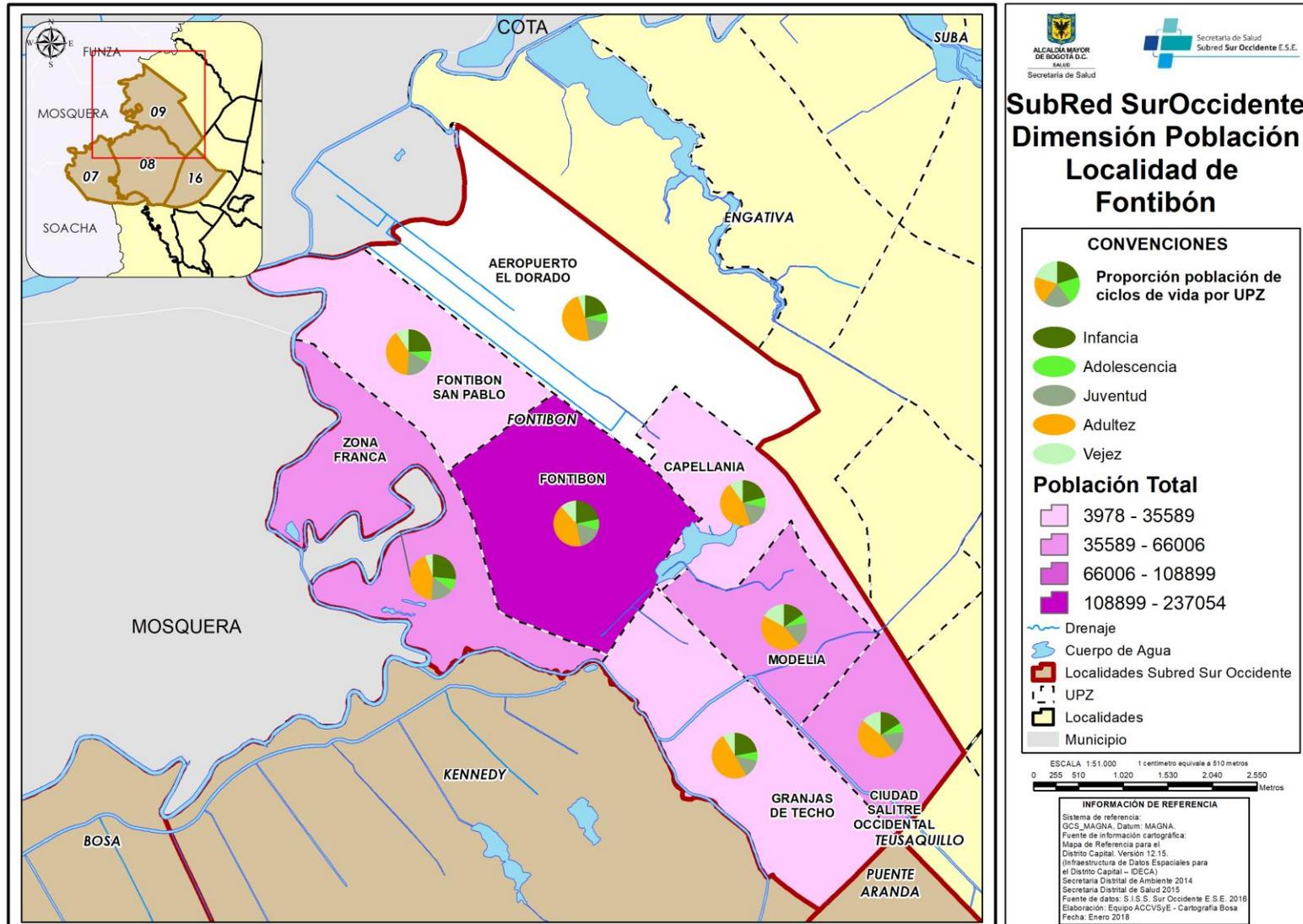
Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
<p>INMIGRACIÓN Y EMIGRACIÓN</p>	<p>Víctimas del Conflicto Armado Interno año 2013, para el año 2012 Bogotá recibió 366.087 personas de 4.662.567 (7,9%), siendo el principal municipio receptor de personas en condición de víctima; de acuerdo a su ubicación por localidad, en Fontibón se estima que hay aproximadamente 5.000 personas víctimas, siendo la décimo primera localidad receptora en Bogotá.</p> <p>De acuerdo a la cartilla conociendo las localidades, la tasa neta de migración para la localidad de Fontibón en el quinquenio 2010-2015 fue de 11,9 por cada 1.000 habitantes situación que se encuentra por encima de la distrital que esta en 2,1 y es la segunda localidad después de Usme con la tasa más alta, al compararla con el quinquenio 2005-2010 la tasa disminuyo un 13,2%.</p>
<p>PATRONES DE MOVILIDAD</p>	<p>Según Encuesta Bienal de Culturas 2015, la población mayor de 13 años de Fontibón se moviliza principalmente por los siguientes medios (entre paréntesis se coloca el indicador de Bogotá para comparar): Bus buseta y colectivo 32,4% (18%), Carro particular 16,8% (11,6%), A Pie 15,5% (15,4%), Transmilenio 13,5% (29,2%), SITP 5,6% (11,4%), Bicicleta 5,5% (5,9%) (la localidad de Fontibón tiene 15 Km de ciclo rutas, siendo la 8 localidad con mayor extensión), Taxi 4,9% (2,3%), Moto 3,6% (4,0%). El 29,5% de los encuestados calificaron como insatisfactorio y muy insatisfactorio su principal medio de transporte (el indicador Bogotá es 34%). Desde la elaboración de la encuesta, se estima que el uso del SITP y de las motos se ha incrementado.</p> <p>De acuerdo al boletín 55 Bogotá ciudad de estadísticas, el parque automotor particular entre el año 2002 y 2012 aumento un 274%. Teniendo en cuenta los resultados arrojados por el estudio de movilidad, Fontibón es una de las localidades del Distrito Capital que mejor índice de movilidad tiene, después de Suba, Usaquén y Teusaquillo. Desagregando por UPZ, la 114 Modelia y la 110 Ciudad Salitre Occidental son las que mejor índice tienen (movilidad muy alta); estas UPZ se caracterizan por tener mayor capacidad adquisitiva, tasas altas de motorización, tiempos de viaje menores respecto a la media y números de viaje en transporte público por debajo del promedio, seguidas por las UPZ 75 Fontibón, 115 Capellanía y 112 Granjas de Techo que también tienen un buen índice (movilidad alta), pero usan más el transporte público. Las UPZ 76 San Pablo y 77 Zona Franca en su orden son</p>

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
<p>PATRONES DE MOVILIDAD</p>	<p>las UPZ que peor índice de movilidad tienen (movilidad bajo y muy baja respectivamente), en estas los ingresos se encuentran muy por debajo del promedio, presentan tasas de motorización en autos bajas, los tiempos de viaje son muy altos, y las distancias a zonas centrales de la ciudad es mayor; en ellas el transporte público se convierte en medio más usado.</p> <p>Durante el recorrido territorial del 2017, se evidencia que la AC 13, Avenida Centenario, la cual atraviesa en su totalidad la localidad de Fontibón y comunica a Bogotá con el occidente y norte del país y la sabana de Bogotá al tener un alto volumen de vehículos que transitan por esta vía, presenta alto riesgo de accidentalidad sumado a que no cuenta con suficientes pasos peatonales para los habitantes del sector. Además de esta avenida también la atraviesa de sur a norte la AC 72 o Avenida Boyacá con alto volumen vehicular, tanto de carga como buses intermunicipales ya que es el punto de salida de los buses del Terminal de Transporte, por lo que se presenta alta congestión y trancones, igualmente se evidencia a lo largo de la AC 24 o avenida La Esperanza desde la AV 86 o Avenida Ciudad de Cali hasta la KR 103, donde se origina un cuello de botella ya que en este punto convergen varias vías.</p>
<p>PRESENCIA DE POBLACIÓN DIFERENCIAL (Indígena, Afrodescendiente, ROM, LGTBI, con discapacidad, Víctimas del Conflicto, habitante de calle, persona en ejercicio de prostitución, reciclador)</p>	<p>De acuerdo a cálculos basados en datos de la EMB 2014 (Estudio "Igualdad para un buen y mejor vivir"), en la localidad habitan aproximadamente 3.165 afrodescendientes, lo que representa el 0,91% de la población de la localidad (en la Subred 1,58%, en el Distrito 1,52%). Según la misma fuente, en la localidad habitan aproximadamente 1.522 indígenas, lo que representa el 0,34% de la población local (en la Subred 0,98% y en el Distrito 0,97%).</p> <p>Según el documento Accvsye en el 2016, El 6,8% de la población de la localidad de Fontibón se auto reconoce con pertenencia étnica (6.823 personas); la población afrodescendiente representa el mayor porcentaje (89,6%) seguido de la población indígena (8,3%); las comunidades afrodescendientes se han venido organizando en el territorio a partir de su condición de víctimas del conflicto armado, reivindicando sus prácticas medicinales ancestrales el rol de las parteras. En cuanto a la población indígena, la localidad concentra a la mayoría de población Misak Misak (guámbianos) del Distrito, ellos proveniente de Silvia-Cauca y migraron a la ciudad por efecto del</p>

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
	<p>conflicto armado y por las dificultades económicas en sus territorios.</p> <p>Para el 2015, la localidad de Fontibón registró 48 personas habitantes de calle, el 6,5% del total de población habitante de calle de la Subred Sur Occidente. Respecto a la población con Discapacidad se han identificado 9.224 personas con discapacidad en la localidad de Fontibón, representando el 15% del total de la población con discapacidad residente en la Subred, de acuerdo a la caracterización sociodemográfica realizada por el subsistema de vigilancia de la Discapacidad.</p>

Fuente: Subred Sur Occidente, Matriz de Determinantes, Documento Accvsye 2016 – 2017

Mapa 2. Calidad de vida y salud, dimensión poblacional, localidad de Fontibón, año 2016



Si bien la localidad no se encuentra entre las más densamente pobladas de Bogotá, si hay UPZs como Fontibón y Ciudad Salitre que concentran una gran cantidad de población. La UPZ Fontibón alberga la mayor proporción de población vulnerable y de bajos recursos. Se debe tener en cuenta que un territorio densamente poblado es más susceptible a presentar enfermedades infecciosas, enfermedades ocasionadas por vectores, problemas de saneamiento e higiene; la densidad poblacional también aumenta la carga ambiental ocasionada por desechos y residuos sólidos que si no son manejados adecuadamente pueden constituirse en generadores de enfermedades. De igual manera, una población concentrada y creciente sin una adecuada planeación puede generar barreras de acceso a servicios de salud, ya sea por insuficiencia de oferta ante la demanda existente, o por exceso en los trayectos y por tanto en los costos de transporte, influyendo directamente en la morbi-mortalidad de la población.

En el caso de Fontibón, todos los ciclos de vida se encuentran fuertemente representados en valores absolutos, sin embargo la tendencia es creciente en las poblaciones adultas y vejez, lo cual representará una carga de morbi-mortalidad adicional asociada a estos ciclos de vida, como lo son las enfermedades crónicas y enfermedades laborales.

Aunque el embarazo en adolescentes en la localidad de Fontibón tiene una tendencia al descenso, este aún está determinado por las proyecciones de vida de las personas, que dependen de su nivel educativo y de patrones culturales; estas a su vez se encuentran condicionadas por el desarrollo social y económico de los territorios, es de esta manera que UPZ como Fontibón, Fontibón San Pablo y Zona Franca que son las que albergan la mayor proporción de personas vulnerables, registran las tasas de fecundidad en adolescentes más altas. Cuando se producen eventos de embarazo adolescente, estos se convierten en reforzadores de las condiciones de vulnerabilidad que los hicieron posible, ya que genera deserción escolar, reduce las oportunidades laborales y las posibilidades de ascenso económico, y condiciona al niño(a) a crecer en condiciones de vulnerabilidad similares a las de la madre.

En cuanto a los efectos en salud, la posibilidad de morir de una adolescente gestante es el doble de la de una mujer en edad óptima para gestar. Los hijos de las adolescentes presentan alto riesgo de nacer con bajo peso, pretérmino, y son más susceptibles de presentar enfermedades infecciosas, y/o desnutrición; específicamente para la localidad de Fontibón la prevalencia de bajo peso al nacer para el año 2016 es de 12,7%, siendo la séptima localidad con la prevalencia más alta, estando por encima del promedio Distrital (12,6%), por estas razones, y con respecto al nacimiento pretérmino ocupa el sexto puesto entre las localidades Distritales, es de esta manera que el riesgo de morir de un recién nacido cuya madre es adolescente en el primer año de vida es 1,5 veces mayor que en los nacidos de mujeres de 20-29 años (OMS).

Aunque Fontibón de acuerdo a la encuesta multipropósito, es una de las localidades con más baja proporción de jefatura “madre cabeza de familia”, UPZ como Fontibón, Fontibón San Pablo y Zona Franca podrían tener una proporción por encima de la Distrital, se reconoce que los hogares con jefatura madre cabeza de familia presentan mayor vulnerabilidad familiar por debilidad en redes de apoyo. La mujer está asumiendo los roles de ama de casa, trabajadora y madre, lo que redundo en dificultades económicas y escasez de tiempo para la crianza y cuidado oportuno del hijo(a). Este último aspecto aumenta el riesgo de enfermedad en los niños(as). La situación puede verse atenuado por el apoyo de la familia de la mujer, sin embargo no es un factor constante en los casos de madresolterismo. De acuerdo al Subsistema SIVIM, el mayor porcentaje de maltrato infantil es aplicado por la mamá, situación que puede ir ligada al desentendimiento de los hombres en las labores de crianza, cuya manifestación extrema es justamente el madresolterismo.

La carga más alta de la mortalidad Local está en las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias (el 30% y 28%), lo cual coincide con los resultados de Ciudad. Este resultado está asociado a la reducción de la mortalidad en momentos de vida tempranos, y al aumento de la esperanza de vida de la población que en edades más avanzadas presenta mayor riesgo de sufrir estas patologías. El comportamiento local de la mortalidad sugiere encaminar las acciones de salud Pública hacia la prevención mediante estilos de vida saludables como:

el ejercicio regular, una alimentación sana, espacios libres de humo, entre otras. Por otro lado, el tamizaje temprano para la prevención en la aparición del cáncer es importante, pues la patología tiene una alta probabilidad de no avanzar cuando el tratamiento se realiza en estadios tempranos. En estas patologías es fundamental disminuir las barreras de acceso a los tratamientos con el fin de prevenir una gran proporción de las muertes por esta causa, pues el no inicio temprano del tratamiento aumenta significativamente el riesgo de muerte. La detección temprana y el tratamiento oportuno dependen directamente de un sistema de salud eficiente.

Aunque los motivos de la mayoría de personas que han migrado hacia Fontibón ha sido el mejoramiento de la vivienda y las condiciones de vida, muchas de estas migraciones ocurren en condiciones de precariedad socioeconómica. El alto porcentaje de cambio de vivienda en los últimos tres años antes del 2014 demuestra una alta inestabilidad en la situación de vivienda de los habitantes de Fontibón. La migración forzada trae consigo problemas socioeconómicos que repercuten directamente en la salud de las personas generando inseguridad alimentaria (desnutrición en niños, personas mayores y mujeres en embarazo), problemas respiratorios asociado a cambios de clima, hacinamiento e inadecuada alimentación, problemas de saneamiento básico que pueden ocasionar enfermedades infecciosas como las diarreas. Adicionalmente, puede darse el aumento del consumo de alcohol, consumo de SPA, entre otros, asociados al stress por dejar de su lugar de origen. Los factores psicosociales también pueden desempeñar un papel en el deterioro de la salud después de la migración.

Los servicios de salud deben ser incluyentes y responder a las necesidades de los migrantes. Aunque en la actualidad la portabilidad de los servicios de salud está contemplada en la ley, aún existen inconvenientes que pueden generar barreras de acceso y con ello desatender eventos de morbilidad en migrantes. La falta de conocimiento de este derecho por los usuarios, o la inoperancia de sus mecanismos, se convierten en barreras efectivas para los migrantes en la fase temprana de su migración.

La movilidad es un determinante importante en la salud, y más aún cuando se estima que el tiempo de viaje en transporte público en Bogotá es aproximadamente de 1 hora, sin realizar transbordos, específicamente el 32% de los residentes de la localidad de Fontibón se moviliza en transporte público. Cuando los tiempos de desplazamiento diarios son muy largos, estos empiezan a copar las horas de descanso de las personas que normalmente deberían dedicarse al esparcimiento, la vida familiar y social. Este déficit de tiempo genera tensiones tanto en los espacios familiares (relaciones padres-hijos, relaciones conyugales) como a nivel individual (estrés, cansancio). Los tiempos de desplazamiento son cruciales al presentarse una urgencia o una cita médica, máximo cuando el sistema de salud tiene serios déficit de puntos de atención cercanos al lugar de residencia, especialmente en régimen contributivo. Las distancias aumentan cuando son consultas especializadas.

2.2. DIMENSIÓN AMBIENTAL

Tabla 13. Dimensión Ambiental – Categorías y Condiciones de Vida, localidad de Fontibón

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
<p>MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES (características físicas del medio natural con incidencia en la salud)</p>	<p>Dentro de la hidrografía de la localidad de Fontibón se encuentran las corrientes de los ríos Fucha y Bogotá, que bordean el límite occidental y sur de la localidad, contaminados por descargas industriales. También cuenta con dos humedales; Capellanía y Meandro del Say, y 3 canales: San Francisco, Fontibón Oriental y Aguas Lluvias Boyacá.</p> <p>Por UPZ, en Zona Franca se sitúa el humedal Meandro del Say una parte del río Fucha y su ronda y, una gran zona del río Bogotá y su ronda, el factor de riesgo predominante es el biológico por la cercanía al río Bogotá contaminado, lo que además se evidenció durante el recorrido territorial de la localidad, especialmente en el barrio Puente Grande en la UPZ 76 y Kasandra en la UPZ 77 que se encuentran sobre la ronda del río. Fontibón San Pablo comprende un sector del río Bogotá y su ronda, por lo que en épocas de invierno, el sector que queda al margen del río Bogotá se ve afectado por devolución de aguas servidas por los sifones. En Capellanía se localiza el humedal Capellanía y en Granjas de Techo gran parte del</p>

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
<p>MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES (características físicas del medio natural con incidencia en la salud)</p>	<p>río Fucha y Canal San Francisco, usados como vertimientos de aguas residuales y de tipo industrial. La UPZ Fontibón por ser una zona de comercio presenta contaminación auditiva y visual debido a la publicidad exterior, amplificadores de sonido, música y exceso de avisos publicitarios. Finalmente la UPZ Aeropuerto el Dorado tiene como principal impacto ambiental la contaminación por ruido causados por el despegue y aterrizaje de aeronaves.</p> <p>La problemática de inadecuada disposición final de residuos sólidos se evidenció en el recorrido territorial a lo largo del trayecto de la vía férrea, especialmente desde la AK 86 Ciudad de Cali hasta la ronda del río Bogotá en la parte más occidental de la localidad. En este trayecto se evidenció una gran cantidad de diferentes tipos de escombros, además de la quema de algunos desechos para la obtención de material para reciclaje. Esto se debe a la presencia de puntos de reciclaje ubicados sobre la vía Férrea que coincide con la AC 22. También se evidenció depósitos inadecuados de escombros y residuos producto de la actividad de los talleres de mecánica ubicados sobre la Avenida Centenario o DG 16 entre la CL 98 y la CL 137 donde se ubican diferentes tipos de talleres especialmente para transporte de carga y buses.</p> <p>Otro aspecto está relacionado con el humedal Capellanía ubicado en la UPZ con el mismo nombre. Este humedal aunque cuenta con un área protegida, presenta construcciones en su antiguo cuerpo de agua, además de estar atravesado por la avenida AC 24 o La Esperanza. Al mismo tiempo es usado también para arrojar escombros, consumo de SPA y se ha evidenciado la presencia de perros y actividad ganadera, situación que se observó durante el recorrido territorial.</p> <p>De acuerdo al informe de calidad de vida 2015, la Secretaría de Ambiente ha venido desarrollando un indicador de calidad de los ríos Torca, Salitre, Fucha y Tunjuelo hasta su desembocadura en el río Bogotá, evidenciándose condiciones precarias en la mayoría de los tramos del río Fucha. En el tramo final (Zona Franca) es notoria la influencia que tienen los determinantes de Coliformes fecales, Tenso activos y Oxígeno disuelto siendo su principal causa las descargas de aguas residuales domésticas provenientes de las estructuras de alivio del sistema de alcantarillado combinado.</p>

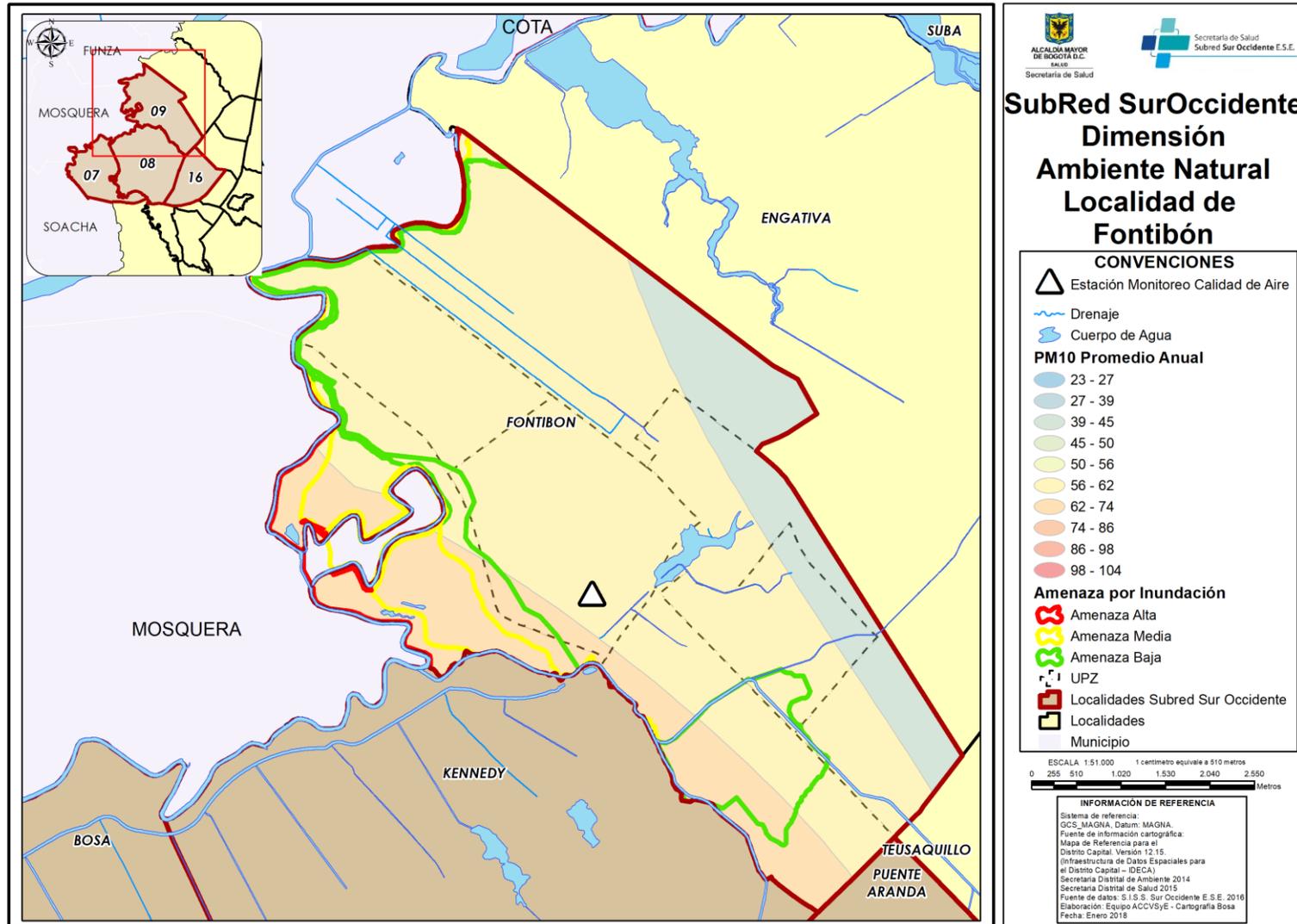
Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
<p>CONDICIONES DEL AIRE (focos de emisión contaminante, niveles de contaminación del aire)</p>	<p>De acuerdo al Informe anual de Calidad del Aire de Bogotá año 2015, La Capital cuenta con 12 estaciones para el monitoreo de la calidad del aire que permiten medir el nivel de concentración de partículas de polvo en 10 micras (PM10), las estaciones de monitoreo del suroccidente presentan los mayores niveles de contaminación por material particulado en términos de (PM10). La localidad de Fontibón tuvo una concentración de PM10 entre 22 y 27 siendo el máximo nivel permitido 50Ug/m3, los bajos niveles son explicados por las bajas concentraciones presentadas durante 2015 y además, la falta de la estación de monitoreo.</p> <p>El diagnóstico 2014 de la localidad de Fontibón, refiere que las fuentes móviles y fijas de emisión de gases son las principales causas de la emergencia ambiental. Hay un alto tráfico vehicular en vías internas y externas, esto aunado al mal estado de las vías contribuye a la congestión vehicular que a la vez genera calentamiento del aire y mayor emisión de gases por arrancar y parar constantemente. Además, de la contaminación generada por el tráfico aéreo en el Aeropuerto Internacional El Dorado, en la UPZ del mismo nombre, que además genera contaminación auditiva especialmente en los barrios San José y Puerta de Teja.</p> <p>Por otra parte, dentro de la localidad se encuentra una gran cantidad de industrias que constituyen una fuente importante de emisión de gases contaminantes dependiendo del proceso productivo, especialmente en las UPZ Zona Franca, Fontibón San Pablo, Granjas de Techo y Capellanía por su uso industrial.</p> <p>De acuerdo al documento Accvsye año 2015 la UPZ Fontibón debido a la alta concentración de vehículos presenta contaminación por CO2; otro determinante es la proximidad con el aeropuerto, lo cual hace que los aviones emitan diferentes residuos tóxicos. En la UPZ Zona Franca, el aumento de industrias y bodegas ha generado un importante impacto ambiental</p>
<p>RIESGO DE ZONOSIS (por presencia de vectores)</p>	<p>Según el Diagnóstico Rápido de VSPC 2016, en barrios como, Desarrollo El Pedregal, Laredo Torcorama, Urbanización el Jordán II, Versalles y Triunfo (UPZ 75 Fontibón Centro) se hallan acumulaciones de basura y escombros, y lotes baldíos que atraen roedores. En los casos de los barrios Versalles y Urbanización Maracaibo, y en Desarrollo El Pedregal, se observan muchos perros callejeros y</p>

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
<p>RIESGO DE ZONOSIS</p>	<p>excrementos de perro en vías y andenes. Se identificaron también los barrios Urbanización Brisas, Prados de Alameda y Villa Andrea (UPZ 76 San Pablo) como los que presentan mayor riesgo de origen zoonótico por alta presencia de perros callejeros que deambulan y dejan sus heces en espacio público, por la inadecuada tenencia de mascotas, y por la presencia de roedores q salen de las alcantarillas. Sin embargo, en el recorrido territorial se evidencia la problemática de excretas a lo largo de la localidad.</p> <p>De acuerdo a datos básicos de la base SIVIGILA 2015 se notificaron 570.000 agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia en residentes de Bogotá, de estos 26.400 (4,6%) viven en Fontibón. Igualmente se notificaron 30.940 leptospirosis de las cuales 455 (1,5%) residían en la localidad. En cuanto a agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia desagregadas por UPZ, se tienen: en Capellanía 300, Ciudad Salitre Occidental 900, Fontibón 16.500, Fontibón San Pablo 3.300, Granjas de Techo 600, Modelia 3.000, Zona Franca 1.800. Casos de Leptospirosis se notificaron en residentes de Zona Franca 455.</p>
<p>AREAS DE RIESGO Y AMENAZAS (Inundaciones, incendios deslizamientos, otros)</p>	<p>Según el diagnóstico local 2014, se presenta riesgo medioambiental por contaminación hídrica y tecnológica como parte de las condiciones que afectan la salud de la población. De acuerdo al documento Accvsye, entre las zonas con riesgo de inundación, especialmente por aguas negras, está la ronda de los ríos Bogotá y Fucha debido al fenómeno de reflujos cuando se presentan las crecientes de los ríos, ya que son terrenos situados por debajo de la cota del río Bogotá.</p> <p>Por UPZ en Zona Franca se sitúa el humedal Meandro del Say una parte del río Fucha y su ronda y, una gran zona del río Bogotá y su ronda, el factor de riesgo predominante es el biológico por la cercanía al río Bogotá contaminado, los barrios Kassandra y Chircal presentan riesgo de inundación.</p> <p>Fontibón San Pablo comprende un sector del río Bogotá y su ronda, por lo que en épocas de invierno, el sector que queda al margen del río Bogotá, se inunda. En Capellanía se localiza el humedal Capellanía, el cual cuenta con una extensión de 26 ha de las cuales 6 son inundables.</p>

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
<p>AREAS DE RIESGO Y AMENAZAS</p>	<p>Por otro lado, se identifica el riesgo de incendios, los cuales se han presentado en años anteriores haciendo énfasis en el que ocurrió en la bodega de llantas ubicado en el Sector el Recodo y que afectó no solo a la localidad sino al distrito debido a la magnitud del mismo. Otro incendio que se presentó en años anteriores fue el de un lote con presencia de pastos y que afectó a la población ubicada en el sector de Zona Franca. Sin embargo, el riesgo es latente debido a la gran cantidad de industrias que se localizan en Fontibón.</p>
<p>USO DEL SUELO (situaciones sobre el uso del suelo con afectación en la salud.)</p>	<p>De acuerdo al documento Accvsye 2016, Fontibón se encuentra subdividida en 8 UPZ, cuatro son predominantemente industriales, una predominantemente dotacional, una con centralidad urbana y dos de tipo residencial cualificado. UPZ 75 Fontibón: Con centralidad urbana; UPZ 76 Fontibón San Pablo: Predominantemente industrial; UPZ 77 Zona Franca: Predominantemente industrial; UPZ 110 Ciudad Salitre Occidental: Residencial cualificado; UPZ 112 Granjas de Techo: Predominantemente industrial; UPZ 114 Modelia: Residencial cualificado; UPZ 115 Capellanía: Predominantemente industrial; UPZ Aeropuerto el Dorado: Predominantemente dotacional.</p>

Fuente: Subred Sur Occidente, Matriz de Determinantes, Documento Accvsye 2016 – 2017

Mapa 3. Calidad de vida y salud, dimensión ambiente natural, localidad de Fontibón, año 2016



Aunque Fontibón es una localidad privilegiada en hidrografía, la intervención humana ha convertido sus fuentes hídricas en riesgo biológico por efecto de la contaminación, en especial del río Bogotá. Su estado provoca problemas respiratorios e infecciosos como diarrea y enfermedades parasitarias, ello puede llegar a provocar anemia y desnutrición en niños y niñas. Adicionalmente, sus aguas contaminadas pueden generar problemas de piel en las personas que estén en contacto con ella, y favorecer la proliferación de plagas y vectores que ocasionen problemas en la sanidad y generar enfermedades en humanos y animales. Por su parte, el mal uso de los humedales y los canales por el vertimiento de residuos sólidos y escombros generan proliferación de vectores.

De acuerdo al Informe anual de Calidad del Aire de Bogotá año 2015, la localidad de Fontibón tuvo una concentración de PM10 entre 22 y 27, los bajos niveles son explicados por este informe por la falta de la estación de monitoreo en esta localidad, aún así se reconoce que por su condición industrial, al igual que por tener vías de alto flujo vehicular y adicionalmente en mal estado es una localidad con bastante afectación ambiental por contaminación del aire. La contaminación del aire puede generar reacciones alérgicas en la población, aumentar el riesgo de padecer enfermedades respiratorias agudas como neumonía y enfermedades crónicas, como el cáncer de pulmón y cardiovasculares. Las personas que padecen de asma afrontan un riesgo mayor de sufrir una crisis asmática. Los niños y niñas, los adultos mayores y las familias de pocos ingresos y con un acceso limitado a la asistencia médica son más susceptibles a los efectos nocivos de dicho fenómeno.

Teniendo en cuenta que la dinámica de uso del suelo ha traslapado zonas industriales con zonas de uso residencial; como es el caso de las UPZ Fontibón, Fontibón San Pablo y Capellanía. Esta condición puede generar problemas en la salud como enfermedades relacionadas con el sistema respiratorio, enfermedades cardíacas, además de estrés, irritabilidad, perturbación del sueño, cansancio y tensión, entre otras. Aunado a esto, la misma tipología del suelo, puede llegar a restringir la habilitación de infraestructura para los servicios de salud por lo que la IPS primaria estará lejos del lugar de residencia, generando barreras de acceso a los servicios de salud.

En cuanto al tema de saneamiento básico, este es uno de los principales factores a analizar en la salud pública, un suministro de agua no potable, deficiencia de alcantarillado y no recolección de basuras, repercute directamente en el estado de salud de la población generando diarrea, parasitosis, anemia, desnutrición, hepatitis A, problemas de piel y alergias; siendo los niños menores de 5 años los más afectados. Fontibón cuenta en general con buenos servicios de acueducto y alcantarillado, exceptuando algunos barrios cercanos a la ronda del río Bogotá donde las aguas servidas se devuelven por la red de alcantarillado en épocas de lluvias. También cuenta con un servicio regular de recolección de residuos sólidos, lo cual no evita que en algunos barrios se presente acumulaciones de basuras por prácticas inadecuadas de la población como: dejar basuras en lotes abandonados, sacar la basura a horas no acordes con el servicio de recolección, botar basura en el espacio público y no en canecas.

2.3. DIMENSIÓN AMBIENTE CONSTRUIDO

Tabla 14. Dimensión Ambiente Construido – Categorías y Condiciones de Vida, localidad de Fontibón

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
<p>SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS</p>	<p>Según EMB 2014, la cobertura de servicios públicos en hogares de la localidad fue la siguiente (entre paréntesis la cobertura en la Subred y en el Distrito).</p> <ul style="list-style-type: none"> – Acueducto 99,9% (Subred 99,9% y Distrito 99,8%) – Alcantarillado 99,9% (Subred 99,9% y Distrito 99,5%) – Recolección de basuras 100% (Subred 99,9% y Distrito 99,8%). – Energía eléctrica 99,9% (Subred 99,9% y Distrito 99,9%), y hogares con energía eléctrica donde se han presentado cortes o suspensión del servicio 9,7% (Subred 12,9%, Distrito 14,0%) – Gas Natural 89,7% (en la Subred 94,4% y en el Distrito 89,8%) – Telefonía fija 63,6% (en la Subred 58,5% y en el Distrito 61,3%). – Internet 65,9% (en la Subred 56,5% y en el Distrito 57,9%) <p>El gasto promedio de los hogares en servicios públicos pasó de \$183.100 a \$178.300</p>

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
	entre 2011 y 2014 (Subred pasó de \$118.800 a \$145.600 y Distrito de \$127.400 a \$158.700).
SANEAMIENTO BÁSICO	De acuerdo al informe de Calidad de Vida Bogotá cómo vamos 2015, Bogotá cuenta con cuatro operadores de aseo, distribuidos en seis zonas de la ciudad para una cobertura en las 19 localidades urbanas. En Fontibón se recolectan 130.236 toneladas de residuos de los 2,206.190 de Bogotá, el promedio anual per capital para Fontibón es de 342 Kilogramos siendo la octava localidad que más residuos sólidos produce.
EQUIPAMIENTO EN EDUCACIÓN (colegios primaria, secundaria, universidades, institutos)	De acuerdo al informe de Caracterización del Sector Educativo Año 2015, la localidad dispone de 110 instituciones educativas; 100 (90,9%) privadas y 10 públicas (9,1%), del total de instituciones públicas 8 se encuentran en la UPZ 75 Fontibón, 1 en la UPZ 76 Fontibón San Pablo y 1 en la UPZ 77 Zona Franca. Las 10 IED con sus sedes ofrecen preescolar, básica primaria, básica secundaria y media vocacional.
ESPACIO PÚBLICO	<p>Según el documento Accvsye 2016, en Fontibón funcionan bienes y servicios de alto impacto como el Aeropuerto y el Terminal Terrestre del norte. Ambas son puertas de entrada a la ciudad expuestas permanentemente a enfermedades. Por otra parte, la actividad de los aviones que despegan y aterrizan en el aeropuerto genera riesgo de hipoacusia por contaminación auditiva sobre la población circundante.</p> <p>De acuerdo al informe de calidad de Bogotá 2015, en promedio, cada ciudadano en la localidad de Fontibón cuenta con 3,54 m² de espacio público efectivo, encontrándose ligeramente por debajo del promedio de Bogotá (3,69), y muy por debajo del estándar propuesto por la OMS de 6m²/Habitante. Entre las localidades de la Subred está por encima de Bosa (1,8) y Kennedy (3,3), pero por debajo de Puente Aranda (4,1). Al desagregarlo por tipo de espacio público, el de parques es de 3,3m²/habitante, el de zonas verdes es de 0,2 y el de plazas y plazoletas es de 0,05.</p> <p>Con respecto al espacio público verde por habitante el total para la localidad es de 6,1 m²/ hab, se encuentra por encima de Bogotá (6 m²/hab). Frente a las localidades de la Subred está por encima de Bosa (3,7), Kennedy (4,5) y Puente Aranda (5,4). Al desagregarlo por habitante, parques es de 3,3, zonas verdes de 0,2 y estructura ecológica principal de 2,6.</p>

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
EQUIPAMIENTO EN SALUD	<p>De acuerdo al portafolio de servicios de la Subred Sur Occidente, la localidad de Fontibón cuenta con 9 unidades de servicios de salud (Fontibón, San Pablo, Internacional, Puerta de Teja, Centro Día, Zona Franca, Salud, terminal aéreo, salud terminal terrestre y salud Boston), con el siguiente número de servicios habilitados: consulta externa (40), apoyo diagnóstico y complementación terapéutica (24), protección específica y detección temprana (55), urgencias (1), internación (5), quirúrgicos (7), procesos de esterilización (6), transporte asistencial básico (1), transporte asistencial medicalizado (1), para un total de 140 servicios habilitados.</p> <p>En la localidad se ubican aproximadamente 558 instituciones privadas prestadoras de servicios de salud –IPS-, que corresponden a laboratorios, consultorios médicos y odontológicos, y centros de salud, entre otros. Las UPZ Fontibón y Ciudad Salitre Occidental concentran la mayor cantidad de IPS, con aproximadamente 235 y 221 respectivamente. En la UPZ 114 Modelia también se concentran gran parte de los servicios de salud.</p>
EQUIPAMIENTO EN ATENCIÓN A URGENCIAS (Bomberos, Defensa Civil, Cruz Roja)	<p>Según Diagnóstico Rápido de VSPC 2016, en el Sector Empresarial Brisas-Aldea (UPZ 76 San Pablo) existen antecedentes de incendios industriales. La localidad de Fontibón cuenta con una estación de bomberos en la UPZ Fontibón.</p>
EQUIPAMIENTO EN RECREACIÓN Y DEPORTES	<p>De acuerdo a la ficha local de Fontibón, la localidad cuenta con 267 parques distribuidos por UPZ así: Aeropuerto el Dorado 1, Capellanía 26, Ciudad Salitre Occidental 27, Fontibón 71, Fontibón San Pablo 36, Granjas de Techo 25, Modelia 57, Zona Franca 24. También cuenta con 3 gimnasios biosaludables; 1 en Ciudad Salitre Occidental, 1 Fontibón y 1 en Granjas de Techo. En la localidad hay 69 equipamientos recreo deportivos por 100 mil habitantes, cifra que se encuentra por encima del promedio Distrital (64), ocupando el puesto 7 entre las localidades de Bogotá.</p> <p>De acuerdo con el informe de calidad de vida 2015, Fontibón cuenta con 261 parques de los cuales 4 son Zonales, 52 son de Bolsillo, 204 son vecinales y 1 metropolitano. En el documento "Conociendo la localidad de Fontibón" año 2009, la UPZ Zona Franca presenta el mayor indicador con 9,1 m²/hab, le siguen Granjas de Techo con 8,0 m²/hab,</p>

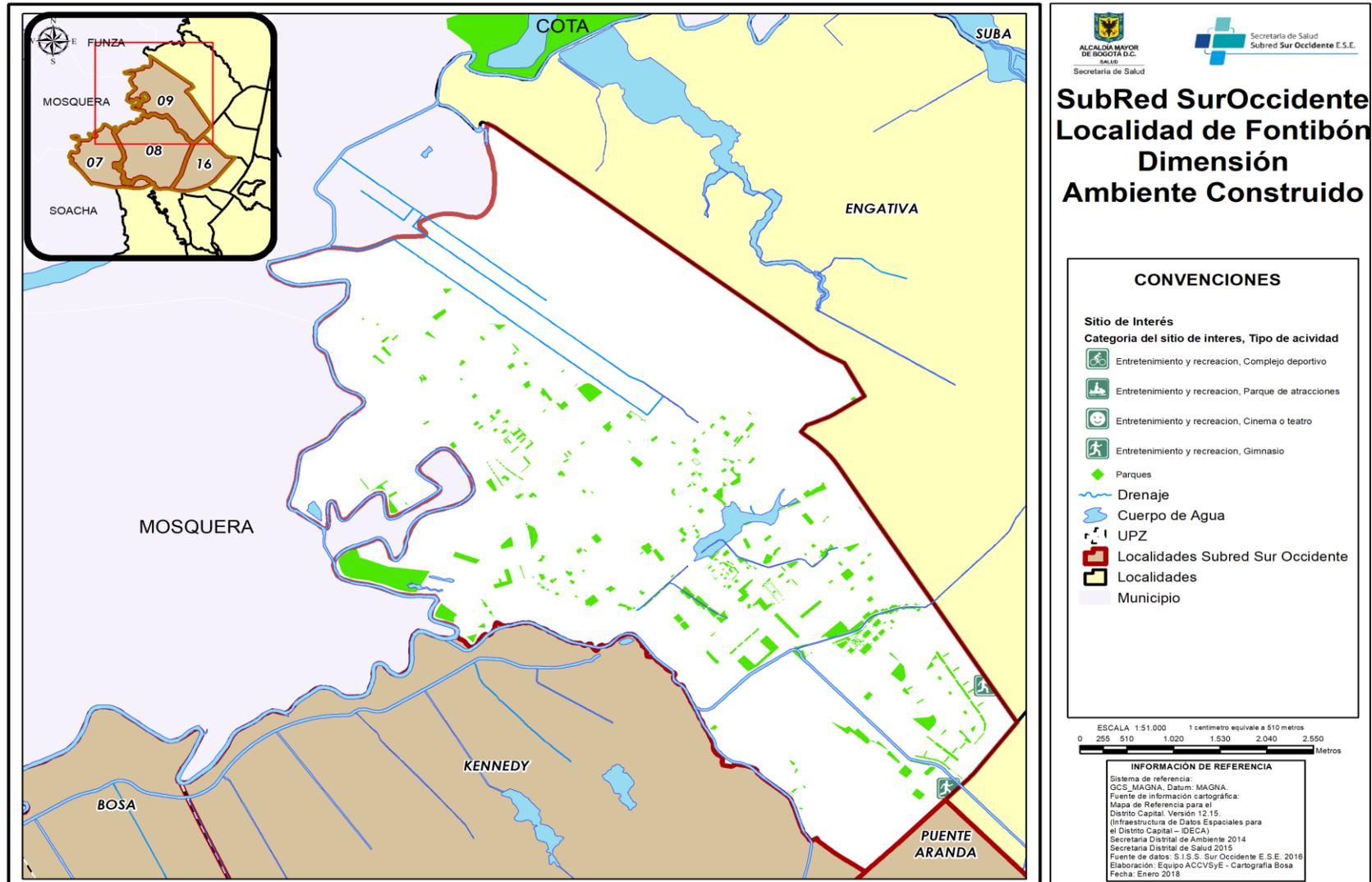
Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
EQUIPAMIENTO EN RECREACIÓN Y DEPORTES	<p>Modelia con 6,5 m²/hab y Capellanía con 6,3 m²/hab., cifras superiores al promedio distrital que registra 4,3 m²/hab. Por su parte, Ciudad Salitre Occidental registra 3,4 m²/hab., Aeropuerto El Dorado figura con 3,3 m²/hab., Fontibón San Pablo registra 2,4 m²/hab y la UPZ Fontibón, que tiene la más alta concentración demográfica, presenta un indicador de parques de 1,7 m²/hab., indicadores que son considerablemente inferiores al promedio local y distrital.</p> <p>Adicionalmente la localidad cuenta con 1 Club, 1 coliseo, 1 estadio.</p>
EQUIPAMIENTO EN SEGURIDAD (CAI, Casetas, etc.)	<p>De acuerdo a la página web Cívico en Fontibón hay 7 CAI (Sabana grande zona franca, Jaboque, Macarena, Santander, Hayuelos, Versalles y Modelia) y 1 estación de policía (UPZ Fontibón).</p> <p>Según la encuesta multipropósito 2014, el 59,2% de las viviendas tiene problemas de inseguridad con una reducción frente al 2011 de 6,4pp.</p>
EQUIPAMIENTOS CULTURALES	<p>Según Ficha local de Fontibón 2016 de la Secretaría de Cultura, Recreación y Deportes, en la localidad hay 21 equipamientos culturales: Bibliotecas 4, Casas de la Cultura 1, Centro Científico 1, Centros Culturales 4, Galería 1, Museo 1, Salas de cine 3, Teatro/Auditorio 2, CLAN 2, PPP 2. La UPZ Fontibón es la que tiene mayor concentración de equipamientos con 8 (38%). Comparado con el promedio Distrital, (6,5) Fontibón tiene 7,9 equipamientos culturales por 100 mil habitantes, ocupa el puesto 11 de las 19 localidades con mayor número de equipamientos culturales por habitante, sin incluir Sumapaz.</p> <p>De acuerdo a la Secretaría de Gobierno, las UPZ Ciudad Salitre Occidental, Capellanía, Zona Franca y Granjas de Techo presentan la menor cantidad de equipamientos con respecto a su población; cuentan con menos de 9 equipamientos por cada 10.000 habitantes. La UPZ Aeropuerto El Dorado presenta la mayor cantidad de equipamientos con respecto a su población con 144 equipamientos por cada 10.000 habitantes, debido a que es eminentemente dotacional y tiene una reducida población residente. La mayor cantidad de equipamientos corresponde al sector educativo que representa el 34,9%, le sigue el de bienestar social que alcanza una participación de 34,1% y el sector de culto que representa el 12,1%.</p>

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
EQUIPAMIENTOS CULTURALES	De acuerdo al Informe de Calidad de Vida año 2015, Fontibón cuenta con 36 equipamientos culturales de los cuales el 47,4% son privados y el 52,6% son públicos, representando el 7% del total de Bogotá. Las localidades con más equipamientos en su orden son Teusaquillo, Chapinero y Santa Fe.
EQUIPAMIENTOS EN VIVIENDA (Condiciones de infraestructura de las viviendas)	<p>De acuerdo al documento Accvsye 2015, la localidad presenta indicadores favorables en el estado de las viviendas en la mayoría de los aspectos analizados. Aunque aparecen alertas como presencia de grietas en los pisos y materiales no óptimos, comparado con la Subred, Fontibón tiene indicadores favorables siendo la segunda menos vulnerable.</p> <p>Según el Diagnóstico Rápido VSPC 2016, buena parte de las viviendas de las UPZ Fontibón y San Pablo han crecido verticalmente sin cumplir condiciones de seguridad estructural; fenómeno asociado al crecimiento de las familias o conformación de nuevos núcleos familiares dentro del mismo hogar.</p> <p>De acuerdo a la encuesta multipropósito de Bogotá el problema más frecuente que tienen las viviendas es la humedad en paredes pisos y techos; la proporción de viviendas de Fontibón con estos problemas fue del 23,6% siendo una de las localidades con porcentajes más bajos (décimo tercera) situación que se encuentra por debajo del promedio distrital (25%). con respecto al año 2011 los problemas de humedad han disminuido un 41,6%.</p> <p>De acuerdo al informe de índice de la calidad de la vivienda las UPZ Modelia, Ciudad Salitre Sur Occidental y Fontibón tienen las mejores condiciones de vida teniendo en cuenta tres variables: materiales de la construcción, acceso a estaciones de transporte público y acceso a zonas de recreación, por el contrario las UPZ en su orden Aeropuerto el Dorado, Fontibón San Pablo, Zona Franca y Capellanía presentan las peores condiciones. Específicamente para la dimensión de construcción las UPZ Modelia, Ciudad Salitre y Capellanía son las que tienen las mejores condiciones por el contrario las UPZ en su orden Aeropuerto el Dorado, Fontibón San Pablo, Zona Franca y Fontibón son las que tienen las peores condiciones.</p>
PRESENCIA DE CADES	1 Cade: Cade Fontibón, en UPZ 77 Zona Franca.

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
MALLA VIAL	<p>De acuerdo al documento Accvsye 2015, Fontibón es la segunda localidad de la subred con más viajes fuera de la localidad, viajes en transporte público, y la primera en viajes en vehículos privado por motivo de viaje trabajo. Ocupa el tercer lugar de la Subred en dotación de ciclo rutas y bici carriles y en viajes a pie. La Malla Vial intermedia en Fontibón está en un 36% deteriorada, las demás mallas viales se encuentran semaforizadas en verde. Es la localidad con menor cobertura en ciclo vías con problemas en la malla vial intermedia.</p> <p>Según Diagnóstico Rápido de VSPC, el deterioro de la malla vial intermedia es más grave en barrios vulnerables como: de la UPZ 76: Villa Liliana, Villa Andrea, Zelfita, Triángulo, El Refugio; de la UPZ 75: Palestina, El Paraíso, Bohíos de Hunza II; de la UPZ 77: Cassandra</p>
BARRERAS DE MOVILIDAD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	<p>De acuerdo a la base de Vigilancia en Salud Pública de Discapacidad 2015, el 70,7% de las personas con discapacidad caracterizadas que residen en la localidad de Fontibón presenta barreras en las calles, 63,1% en las aceras, 63,5% en los parques, 79,8% en vehículos y el 17,7% no reporta ninguna barrera.</p>
OTRAS SITUACIONES (Si hubieren situaciones no relacionadas con las categorías anteriores, colocarlas acá)	<p>Según Diagnóstico Rápido VSPC 2016, en gran parte de los barrios de las UPZ 75 Fontibón Centro y 76 San Pablo, se observa que las redes eléctricas están tendidas muy cerca de las viviendas. Además de que las calles son estrechas, las familias han construido segundos y terceros pisos que han acercado las fachadas a los cables y postes de electricidad.</p>

Fuentes: Subred Sur Occidente, Matriz de Determinantes, Documento Accvsye 2016 – 2017

Mapa 4. Dimensión ambiente construido, localidad de Fontibón, año 2016



La disponibilidad de espacios públicos es un potencial de los territorios para mejorar la calidad de vida de sus habitantes. Se constituyen en la infraestructura necesaria para realizar actividades deportivas y recreativas que favorecen la salud física de las personas, y sirven además como puntos de encuentros comunitarios y referentes de la vida social de las localidades. De acuerdo a la OMS, la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial, pues agrava la carga de enfermedades no transmisibles y afecta el estado general de salud de la población. Según las cifras de equipamientos para el deporte y la recreación ubican a Fontibón en un buen puesto respecto al total de habitantes en la localidad; no obstante, persiste una alta carga de mortalidad en relación a enfermedades cardiovasculares, lo que hace pensar que el ejercicio y el deporte no hace parte de la cotidianidad y el estilo de vida de la población general. En muchas ocasiones, la presencia de parques y zonas verdes en los barrios, más allá de significar el acceso a escenarios para la actividad física, se convierten en focos de inseguridad donde predomina el consumo de sustancias psicoactivas y la delincuencia común, aspectos que se abordarán en la exploración de la dimensión social.

La oferta educativa según la infraestructura de la localidad se concentra en su gran mayoría en el sector privado, al cual pueden acceder estudiantes de los estratos medios de la localidad (el estrato 3 es el más numeroso). La presencia de algunas instituciones educativas del sector público corresponde con la caracterización socioeconómica que ubica a un porcentaje importante de los hogares en los estratos bajos. La educación tiene un efecto positivo en la salud de la población por muchos motivos: difunde modelos de ciudadanía y buena convivencia, concientiza a la población infantil y adolescente de sus derechos y deberes dentro de la sociedad, y sirve también de difusor de conocimientos sobre temas de salud. Por otra parte, la educación brinda herramientas de supervivencia en el contexto actual, y mejora las posibilidades de ascenso económico y de bienestar de las personas.

En cuanto a equipamientos en Salud, la localidad cuenta con una red numerosa de IPS, con una concentración sustancial en la UPZ 75 Fontibón. Sin embargo, las barreras de acceso a los servicios de salud persisten, muchas veces por los prestadores que no se ajustan los

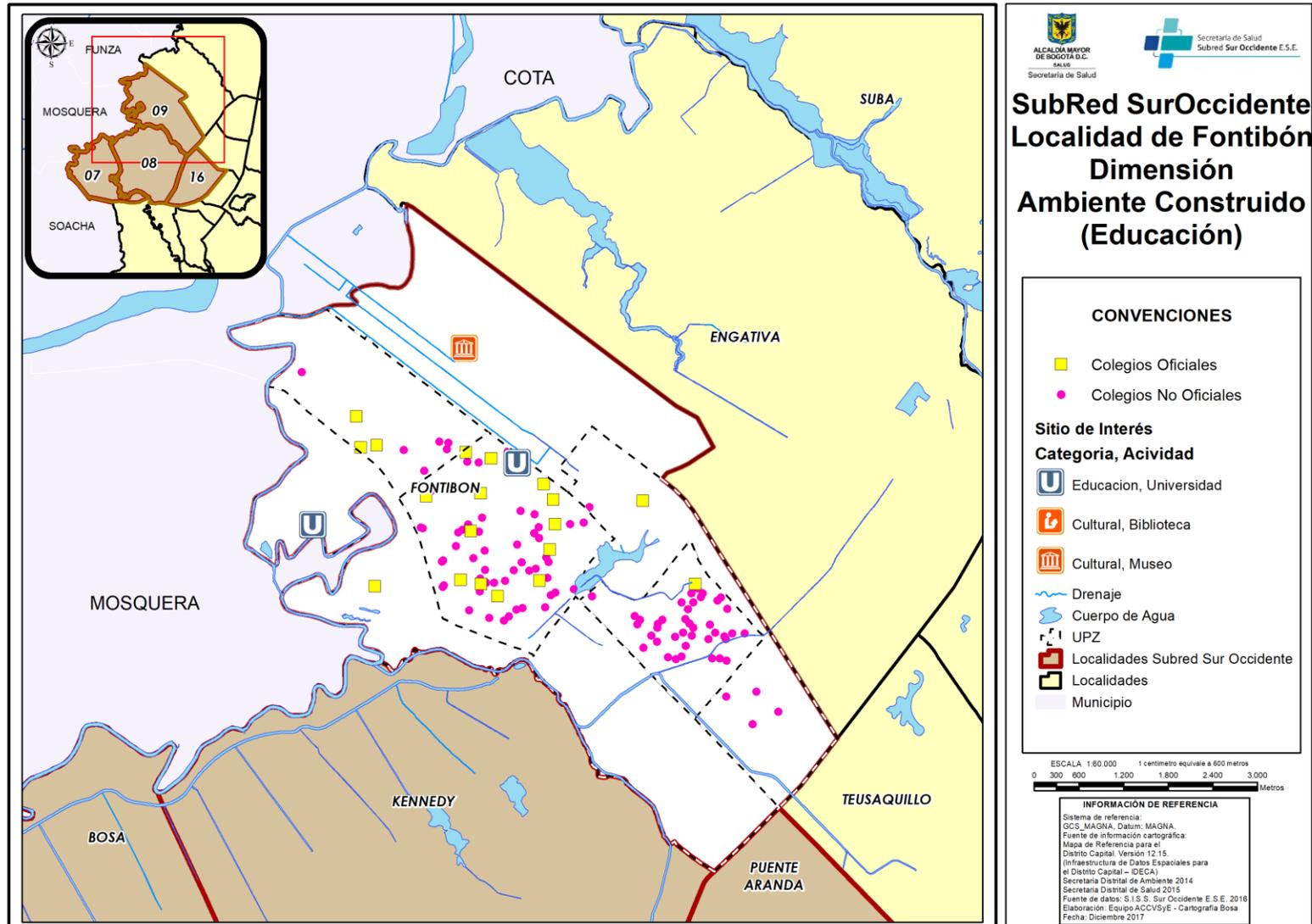
portafolios a las necesidades y las posibilidades reales de accesibilidad de las personas, ni toman en cuenta sus condiciones diferenciales de vida y de trabajo que determinan el acceso y el goce efectivo al derecho a la salud. Los territorios con mayor población cuentan con una disponibilidad mucho menor de servicios de salud y con mayor énfasis en la consulta especializada, lo que implica una necesidad de desplazamiento para obtener los servicios - concentrados en otras localidades que tienen un excedente de estos servicios para su población-, lo que en resumen constituye una doble barrera, geográfica y económica para el acceso a los servicios.

La localidad se caracteriza por tener un aumento progresivo de las mortalidades por causas externas encontrándose, homicidios, suicidios, lesiones por arma de fuego entre otras, pasando de una tasa de 23,8 en 2012 a 27,0 en 2014, la tasa específica de homicidios fue de 5,2. Los problemas de inseguridad pueden traer irritabilidad, estrés, trastornos del sueño y enfermedades mentales que pueden llegar a poner en riesgo la salud mental de la población.

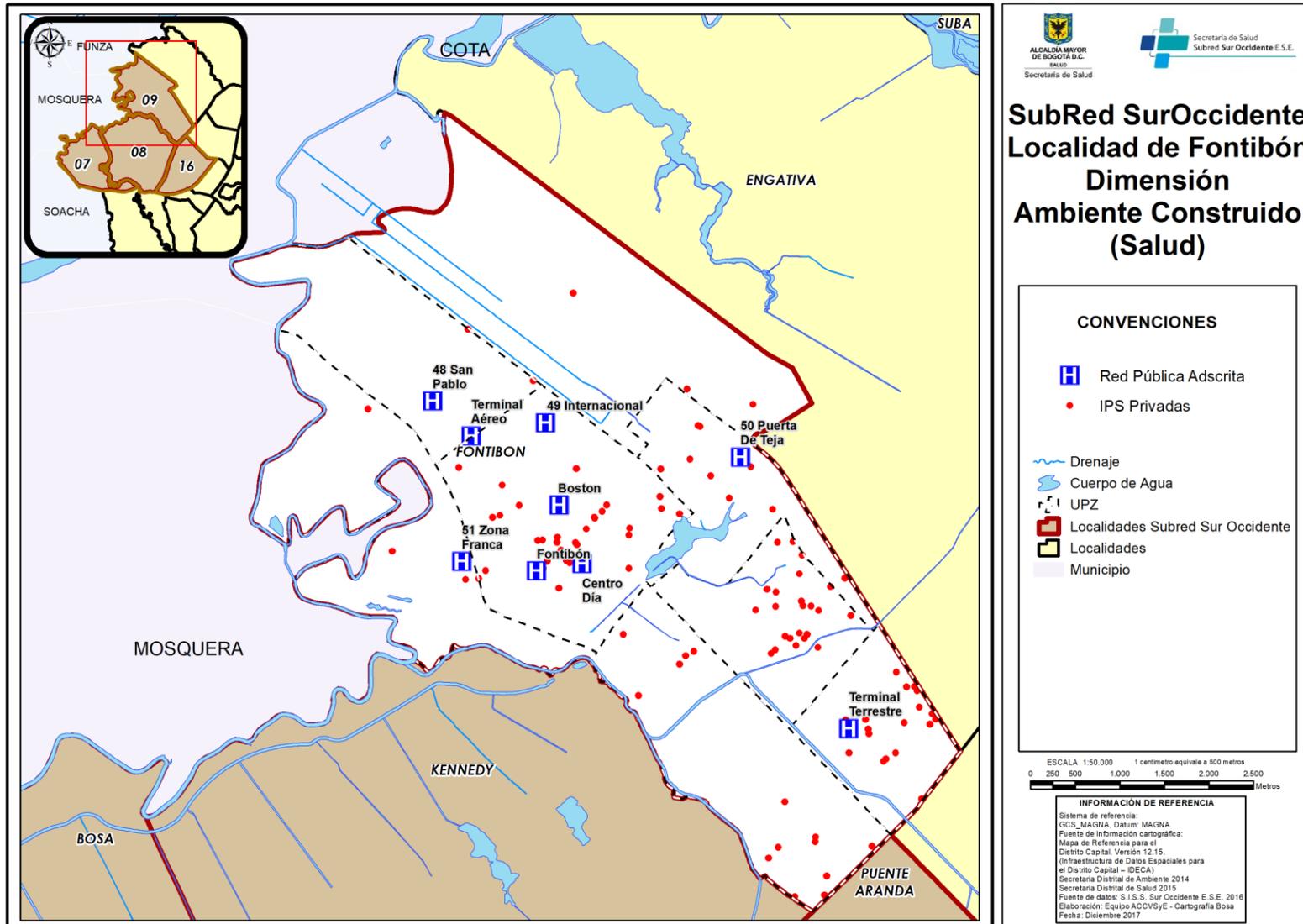
Las condiciones de la vivienda y la salud biopsicosocial tienen una estrecha relación, mientras una vivienda con poca luz, ventilación y bastante humedad puede provocar enfermedades respiratorias, una vivienda adecuada ayuda al desarrollo social y psicológico de las personas y minimiza las tensiones psicológicas y sociales relacionadas con el ambiente. Los materiales recomendados para conformar una vivienda digna deben garantizar lugares saludables, secos, seguros y confortables protegiendo sus habitantes de vectores, temperaturas extremas y peligros de la naturaleza como inundaciones.

Así mismo, una vivienda construida adecuadamente puede minimizar la exposición a ruidos provenientes de la calle. De acuerdo a los datos recabados, las condiciones de vivienda en la localidad están determinadas por la posición socioeconómica de la población presente. Las viviendas con problemas de humedad o fallas estructurales se concentran en las UPZ San Pablo y Zona Franca, identificadas como las de mayor concentración de estratos bajos, mientras las condiciones habitacionales de las viviendas en las UPZ aventajadas (Modelia, Ciudad Salitre Occidental) son mucho mejores.

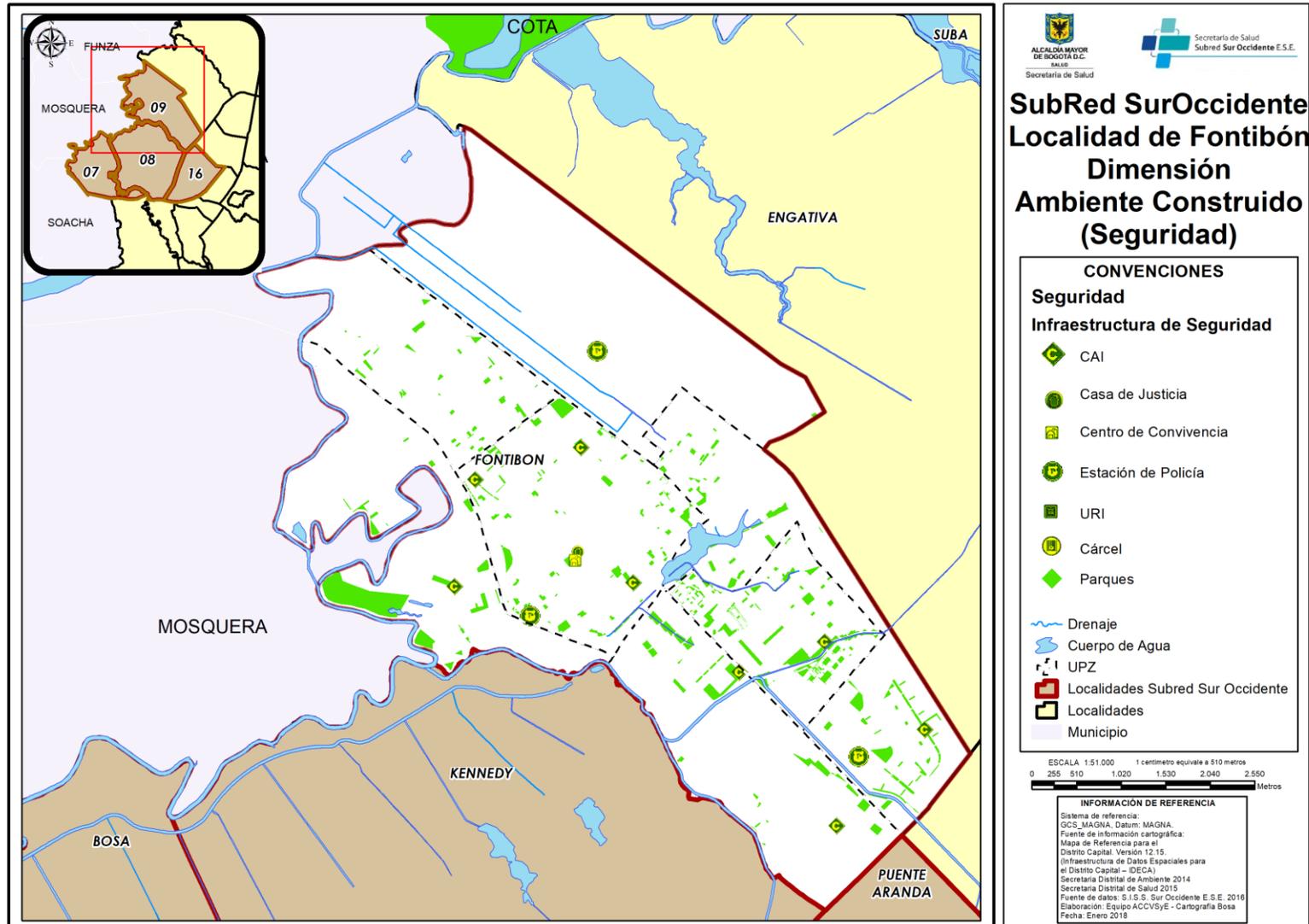
Mapa 5. Educación Salud, dimensión ambiente construido, localidad de Fontibón, año 2016



Mapa 6. Salud, dimensión ambiente construido, localidad de Fontibón, año 2016



Mapa 7. Seguridad, dimensión ambiente construido, localidad de Fontibón, año 2016



Aunque la localidad de Fontibón en comparación con la subred tiene la malla vial en buen estado, el 36% de la malla vial intermedia se encuentra deteriorada. El mal estado de las vías puede generar problemas de salud en especial en la primera infancia y en adultos mayores, el polvo que se produce en ellas puede generar en la población alergias, enfermedades respiratorias, enfermedades de piel, entre otras. Adicional a ello, las vías en mal estado son un potencial causante de accidentes de tránsito que pueden ocasionar lesiones y/o muertes.

Finalmente, la gran mayoría de personas con discapacidad de la localidad manifiestan presentar barreras de movilidad en el espacio público. Estas barreras limitan su participación y goce efectivos de sus derechos, el cual puede poner en riesgo su salud o empeorar su discapacidad. Las barreras empeoran en los barrios con calles estrechas, andenes angostos y lugares de concentración de venta ambulante, características de buena parte de las calles de la localidad.

2.4. DIMENSIÓN SOCIAL

Tabla 15. Dimensión Social – Categorías y Condiciones de Vida, localidad de Fontibón

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
SEGURIDAD (focos de inseguridad, violencia urbana por presencia de pandillas, microtráfico de drogas, presencia de policía no relativa a la infraestructura que ya está incluida en Medio Ambiente Construido)	<p>De acuerdo a datos preliminares del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses consultados en el Informe de Calidad de Vida de Bogotá 2016, la tasa de homicidios por 100.000 habitantes en la localidad en el año 2015 fue de 4,5 (Subred 13,7 y Distrito 17,4). La tendencia histórica ha sido variable: en 2012 tasa 7,9, en 2013 tasa 5,8, en 2014 tasa 7,5.</p> <p>Según cálculos basados en datos de la SIJIN-DIJIN- MEBOG y Policía Nacional consultados en el Informe de Calidad de Vida de Bogotá 2016, la tasa de hurtos por 100.000 habitantes de la localidad en 2015 fue 417,7 (Subred 276,7 y Distrito 349,3). La tendencia histórica ha sido variable: En 2012 tasa 355,5, en 2013 tasa 437,1, y en 2014 tasa 414,3.</p>

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
<p>SEGURIDAD (focos de inseguridad, situaciones de violencia urbana por presencia de pandillas, microtráfico de drogas, presencia de policía no relativa a la infraestructura que ya está incluida en Medio Ambiente Construido)</p>	<p>Según Diagnóstico Rápido VSPC 2016, en el barrio Internacional (UPZ 75 Fontibón) alrededor del colegio Distrital Internacional se presenta inseguridad por conflictos entre estudiantes, presencia de pandillas, consumo y expendio de SPA. Otros factores de riesgo de seguridad del barrio son: lugares con deficiente iluminación; parques deteriorados; lugares de expendio de alcohol. Similar situación se halla en los barrios Atahualpa, El Refugio, Palestina, Desarrollo, El Pedregal, Flandes, Urbanización Maracaibo (Versalles), de la misma UPZ 75. Estos son barrios de estratos 2 y 1, los habitan población en condición de vulnerabilidad socioeconómica.</p> <p>Según Diagnóstico VSPC 2016, varios barrios de la UPZ 76 presentan problemas de inseguridad asociada a consumo y tráfico de SPA, lugares de venta de alcohol, poca iluminación, presencia de bandas y pandillas. Los barrios identificados son: Zelfita, Villa Liliana, Villa Andrea, Selva Dorada, Alameda Puente Grande. Estos son barrios de estratos 2 y 1, los habitan población en condición de vulnerabilidad socioeconómica.</p> <p>La problemática de consumo de SPA se relaciona con puntos o zonas despobladas o al aire libre, así como en parques y en algunos barrios. Durante el recorrido territorial se evidencia la problemática en el humedal de Capellanía en la UPZ 115, parque Atahualpa UPZ 75, Sector el Triángulo y barrios Villa Andrea y Puente Grande en la UPZ 76 en el sector del ferrocarril, barrio Kassandra en la ronda del río Bogotá y el meandro del Say, así como en el sector el Recodo y en el parque Metropolitano de Zona Franca en la UPZ 77. Se identificó un alto grado de consumo de SPA en el barrio Palestina, específicamente en el trayecto del ferrocarril, prácticamente desde la CL 100 hasta la 116 en la UPZ 75. El consumo de SPA es frecuente también en los parques y especialmente en los denominados de bolsillo.</p> <p>Otro punto identificado como inseguro en el recorrido territorial 2017, se ubica en el humedal Capellanía UPZ 115, alrededor del parque Atahualpa, el cual al ser considerado también como punto de consumo de SPA, genera una sensación de inseguridad, además de la falta de vigilancia constante en el lugar y la localización en cercanías de este parque de un colegio distrital. Los puntos más inseguros están localizados en la periferia de la localidad específicamente en la ronda del Río Bogotá, en los barrios Puente Grande por la ronda del río y la carrilera del tren, Villa Andrea, en la UPZ 76 Kassandra en la ronda del río, Recodo también en el sector de la ronda del</p>

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
SEGURIDAD	meandro de SAy y en Zona Franca hacia la ronda del río y los potreros en la UPZ 77. Esto se debe a la falta de vigilancia en estos sectores y al consumo de SPA. En cuanto a la UPZ 77 se relacionó el tramo de la carrilera del tren por la AC 22, debido a que también se presta para consumo de SPA y presencia de habitante de calle.
EDUCACIÓN (Condiciones del servicio educativo, no incluir la infraestructura q ya está reseñada en Medio Ambiente Construido)	<p>Según Caracterización del Sector Educativo localidad Fontibón 2015, de la SDE, en la localidad hubo 24.993 matrículas en el sector oficial en 2015, y la demanda excede a la oferta en 1.231 cupos. La Proporción de Aprobación en el sector oficial fue de 83,5% (Distrito 88,7%) y en el sector no oficial de 95,6%, la de deserción en el sector oficial fue de 3,4% (Distrito 3,0%) y en el no oficial de 3,4%.</p> <p>Según Accvsye 2015, en educación la localidad de Fontibón es en la Subred la que mejores condiciones tiene en cuanto a matricula y oferta/demanda, sin embargo, es la segunda con mayor tasa de deserción en colegios públicos y la primera en deserción de colegios privados.</p> <p>La población que asiste a establecimientos educativos en la localidad de Fontibón para el 2014, de acuerdo a la encuesta Multipropósito de Bogotá 2014, son el 98% en edades entre 5 a 11 años estudian, el 99,2% en edades de 12 a 15 años, el 91% en edades de 16 a 17 años, el 49,8% en edades entre 18 y 25 años y el 7,4% ente 26 años y más. Por otra parte, la tasa de alfabetismo de la localidad de Fontibón para el 2014 se encuentra en 99,1%, con una tasa de 53,5% en las mujeres y 46,5% en los hombres, manteniéndose sin mayores cambios en comparación al 2011.</p>
VIVIENDA (Condiciones de acceso a vivienda y de hacinamiento dentro de la localidad)	<p>Según el documento Accvsye y de acuerdo a la encuesta multipropósito 2014, la localidad de Fontibón contaba con 119.432 hogares y 118.280 viviendas, lo que se traduce en una relación de 1,01 hogares por vivienda, con respecto al año 2011 esta relación disminuyó levente (1,03), lo que constituye una mejora. Al compararla con la Subred, no se encuentran grandes diferencias (1,02).</p> <p>De acuerdo a la encuesta Multipropósito 2014 Fontibón tiene 118,280 viviendas lo que representa el 5% con respecto al total de Bogotá y el 17,3% frente a la Subred. Con respecto al año 2011 Fontibón ha presentado un aumento del 17,7% en el número de viviendas. Con respecto al número de hogares, Fontibón tenía para el año 2014</p>

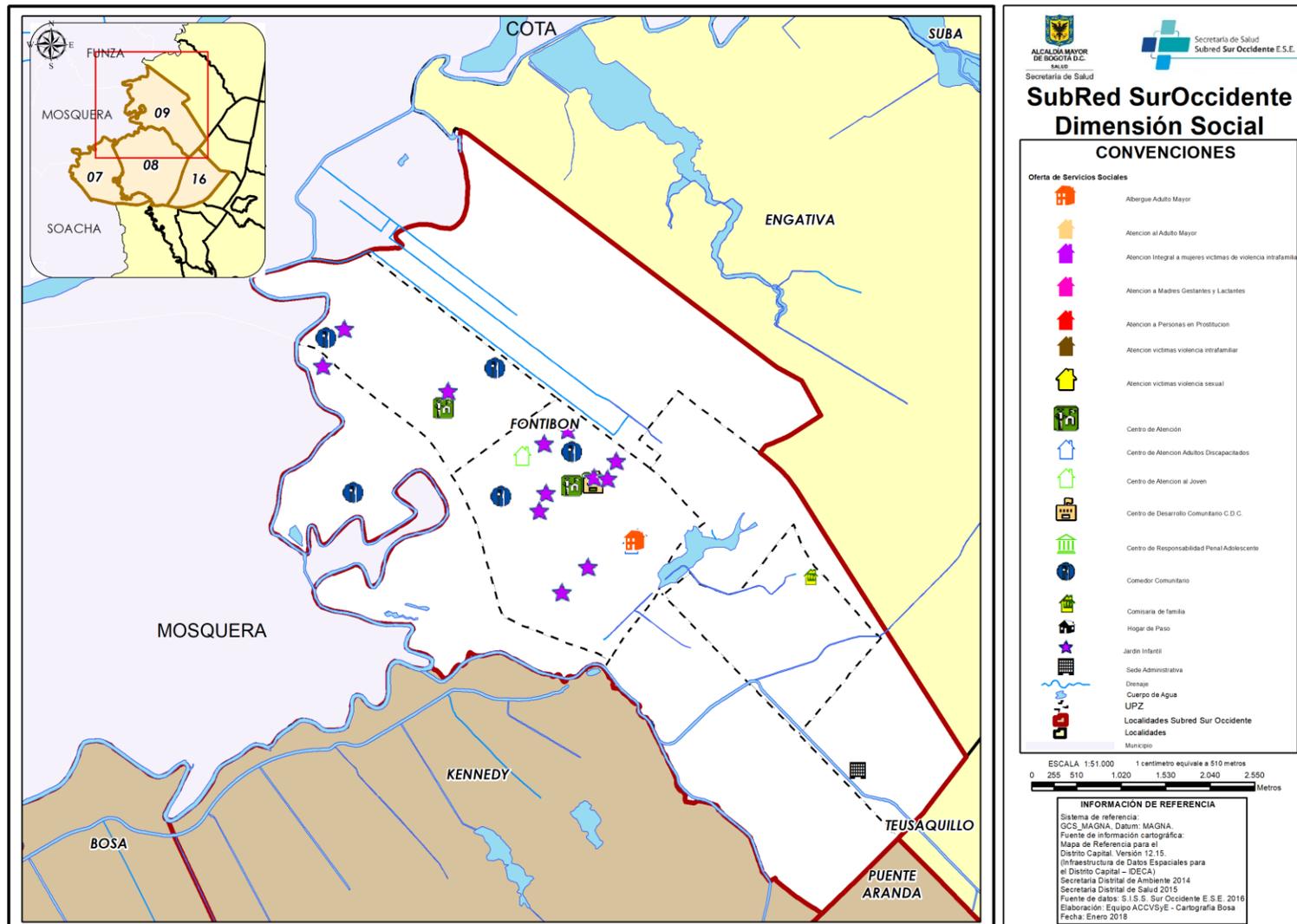
Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
VIVIENDA	119.432 hogares el 4,9% de los hogares de la Capital y el 17% de la Subred. Frente al año 2011 Fontibón ha tenido un aumento en los hogares del 14,8%. Esto indica una relación de 1 hogar por vivienda y 3,6 personas por hogar. Se calcula un hacinamiento crítico en 1,7% de los hogares (Subred y Distrito fue de 1,8%).
PRÁCTICA RECREATIVA Y DEPORTIVA (oferta en recreación y deportes, más allá de la presencia de la infraestructura q ya está en Medio Ambiente Construido)	<p>De acuerdo a la ficha local, en Fontibón se han identificado 199 artistas principalmente en los campos de música 25,6%, artes plásticas 23,6% y arte dramático 8%. Así mismo, la localidad cuenta con un total de 301 organizaciones culturales, recreativas y deportivas. De ellas, el 30% desarrolla actividades de música, el 20% actividades artísticas en general y 16% actividades de participación y cultura democrática. En relación con el uso de equipamientos culturales, la medición de 2013 y 2015 de la EBC (Encuesta Bienal de Cultura) muestra a Fontibón (47%) por debajo del promedio de Bogotá (49%).</p> <p>En cuanto a prácticas artísticas, las dos últimas mediciones de la EBC muestran a Fontibón (16%) por debajo del promedio de Bogotá (18%). En prácticas deportivas la localidad también está debajo (30%) del promedio de Bogotá (34%).</p>
ACCESO EFECTIVO A ESPACIOS CULTURALES	<p>Según Encuesta Bienal de Culturas 2015, el porcentaje de habitantes de Fontibón mayores de 13 años que en los últimos 12 meses NO han asistido ni una vez a las siguientes actividades culturales son (indicador de Bogotá entre paréntesis, para comparar): obras de teatro 74,7% (71,7%), actividades de artes plásticas y visuales 82,7% (78,3%), presentaciones de danza 76,1% (73,3%), salas de cine o espacios de exhibición de películas 59,9% (57,2%), presentaciones de música en vivo 69,8% (66,0%). La participación de la población de Fontibón en todas las actividades culturales es inferior a la del promedio bogotano.</p> <p>En cuanto a los motivos de inasistencia (indicador de Bogotá entre paréntesis) 19,6% manifiesta no haber asistido por falta de dinero (21,6%), el 16,9% por falta de interés (18,9%) y el 32,3% por falta de tiempo (33,2%).</p>
BIENESTAR Y PROTECCIÓN	De acuerdo al informe de calidad de vida, en Fontibón se localizan 163 equipamientos de bienestar social, dentro de los cuales se destacan los destinados a la asistencia básica que representan el 96,3%. En este grupo se encuentran los jardines sociales e

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
SOCIAL (Jardines Infantiles, casa de juventud, ancianatos, etc.)	infantiles, casas vecinales, hogares infantiles y comunitarios que atienden a los menores con edades entre los 0 y 5 años clasificados en los estratos 1 y 2. La UPZ Fontibón concentra el mayor número de este tipo de equipamientos con 87, le sigue la UPZ Fontibón San Pablo con 27. Tiene una casa de la juventud.
COBERTURAS EN SALUD (Incluye afiliación al SGSSS, coberturas PAI)	<p>Según el documento Accvsye 2016, en relación con el aseguramiento, el 85,1% de población local se encuentra afiliada al régimen contributivo (proporción mayor que en la subred y el Distrito), el 6,2% se encuentra en régimen subsidiado, el 3,4% en excepción y el 0,4% no están afiliados.</p> <p>Según el documento Accvsye 2015, Fontibón es la localidad que mejores coberturas útiles de vacunación para trazadores tiene de las localidades de la Subred con un indicador superior al de Bogotá. De acuerdo a la matriz de indicadores 2016, las coberturas útiles de vacunación para polio en la localidad se encuentran en el 101,9% y para triple viral en 96,6%, estando por encima de las de subred (96,1%, y 95,6%) respectivamente.</p>
POBREZA	<p>De acuerdo con los resultados de la EMB 2014 el porcentaje de población bajo la Línea de Pobreza (LP), en la localidad es del 9,1%, lo que significa un aumento del 0,3% frente al 2011. Por otra parte, en relación a la ciudad, la localidad se encuentra casi 6 puntos porcentuales por debajo del promedio.</p> <p>En cuanto a la Línea de Indigencia (LI), el indicador local pasó de 2,7% en 2011 a 3,4% en 2014, lo que significa un aumento del 0,7%. Sin embargo, sigue siendo una de las localidades con el índice más bajo.</p> <p>En la localidad de Fontibón el porcentaje de personas bajo la línea de pobreza medida por NBI aumento en 0,7% en comparación al 2011 (2,2% en 2011 y 2,9 en 2014) lo cual se relaciona con el aumento en la condición de hacinamiento crítico que paso de 0,7% en 2011 a 1,7% en 2014. Así mismo, la localidad tuvo un aumento en el porcentaje de viviendas inadecuadas (nulo en 2011 y 0,1% en 2014) y la condición de alta dependencia (0,9% en 2011 y 1% en 2014) repercutiendo en el aumento de los hogares en miseria.</p>

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
POBREZA	<p>Por otra parte, el Índice de Condiciones de Vida (ICV), disminuyó 0,6 puntos, en comparación con el 2011 que presentó un ponderado de 93,2. Esta disminución pone fin a la tendencia de crecimiento que la localidad venía experimentando desde 2003 donde, de acuerdo a la ECV, obtuvo un puntaje total de 90,3.</p> <p>El Coeficiente GINI de desigualdad (en donde 0 corresponde a igualdad total y 1 a desigualdad absoluta) de la localidad se encuentra en 0,51, de acuerdo al documento de Planeación Distrital Índices de Ciudad, convirtiéndose en una de las seis localidades más desiguales de la ciudad. Este indicador refleja las grandes distancias socioeconómicas presentes entre las zonas más aventajadas de la localidad (Ciudad Salitre, Modelia, Capellanía) y las menos aventajadas (San Pablo, Zona Franca, Fontibón). Cabe mencionar que el ponderado total de calidad de vida (ICV) es alto, en comparación al promedio de ciudad y sin embargo, el nivel de desigualdad se mantiene como uno de los más altos de la capital.</p>
OTRAS SITUACIONES	<p>Según el Diagnóstico Local 2014, se encontraron problemas de acceso a derechos relacionados con niños y niñas sin registro civil, ubicándose en el segundo lugar con mayores proporciones en el año 2011.</p>

Fuente: Subred Sur Occidente, Matriz de Determinantes, Documento Accvsye 2016 – 2017

Mapa 8. Calidad de vida y salud, dimensión social, localidad de Fontibón, año 2016



La inseguridad es una de las problemáticas que más afecta a la población de la localidad y a la vez que más preocupa; puede traer consigo hechos mortales y no mortales, entre los no mortales puede llegar a dejar secuelas en la salud irreversibles. La localidad se caracteriza por tener un aumento progresivo de las mortalidades por causas externas en donde se encuentran los homicidios, suicidios, lesiones por arma de fuego entre otras, pasando de una tasa de 23,8 en 2012 a 27,0 en 2014, la tasa específica de homicidios fue de 5,24. Planteado de esta manera, más allá de la simple percepción de inseguridad, se evidencia un aumento en la mortalidad por causas externas relacionada con la violencia en el territorio, lo cual plantea retos para la salud mental y la convivencia social.

Uno de los determinantes con mayor relevancia para el desarrollo social de la localidad es la deserción escolar, es un problema que limita el desarrollo humano, social y económico de la persona y su familia. Suele presentarse como una decisión propia constreñida por condiciones adversas de tipo familiar o económico, y pasa a reforzar las condiciones de vulnerabilidad que la hacen posible. Por otro lado, la falta de educación impide que mujeres y hombres rompan el círculo de la pobreza y limita la participación y el goce efectivo de derechos como el de la salud. Las personas que no terminan sus estudios se ven lanzadas al sector productivo en su gran mayoría como parte de la informalidad, donde reciben bajos ingresos o están desempleados, situaciones que pueden llegar a poner en riesgo la salud propia y su familia dado los bajos recursos para sostener enfermedades o la no afiliación al sistema de salud. En el caso de la localidad de Fontibón, preocupan los mayores índices de deserción que presenta en comparación a las demás localidades de la Subred, tanto en instituciones públicas como privadas.

En cuanto al problema de hacinamiento, si bien no es crítico en la localidad, existen UPZ en donde ésta condición es importante como en Fontibón y Fontibón San Pablo. Las personas que viven en hacinamiento tienen mayor riesgo de eventos conflictivos o abusivos por la falta de privacidad, lo que puede generar violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual. Adicionalmente hay mayor probabilidad y riesgo de adquirir enfermedades respiratorias enfermedades transmisibles e infecciones, por las malas condiciones de higiene, ventilación e

iluminación. Adicionalmente los niños están más expuestos a sufrir accidentes en el hogar como caídas, quemaduras, intoxicaciones, entre otras. Aún cuando las cifras plantean un contexto en el cual el hacinamiento ha sido superado, por experiencia en la implementación de las actividades del espacio vivienda se reconocen casos de este tipo, muchas veces asociadas a hogares caracterizados en estratos socioeconómicos bajos.

Los programas de bienestar social constan de servicios como el que prestan los jardines infantiles o los centros de persona mayor. Estas instituciones contribuyen a la seguridad alimentaria de los usuarios, ya que en los jardines infantiles del bienestar social les ofrecen hasta el 70% del total de calorías de consumo diario a los niños y niñas que asisten. A las personas mayores se les ofrece bonos alimentarios que ayudan a mejorar la alimentación de los hogares, contribuyendo a prevenir enfermedades como la desnutrición o las asociadas a esta como la enfermedad respiratoria aguda y las enfermedades diarreicas. En Fontibón existen 163 equipamientos de este tipo, concentrados en las UPZ 75 Fontibón y 76 San Pablo, dichas instituciones funcionan como un liberador de las tensiones económicas a que están sometidos los estratos más desfavorecidos de la localidad. Sin embargo no puede esperarse de ellas que suplan las carencias y problemáticas presentes en el entorno familiar.

Aún ante las deficiencias del sistema de salud en el país, estar afiliado a un régimen de salud disminuye las barreras de acceso a los servicios de salud, pues permite un acceso a la atención y a los medicamentos necesarios para el tratamiento de las enfermedades. Por otro lado tener el esquema de vacunación al día previene las enfermedades que están contempladas en el mismo, al igual que contribuye a aumentar el sistema defensivo. En Fontibón, las coberturas de vacunación son muy favorables, al igual que las de afiliación al sistema de salud.

La pobreza aumenta los riesgos de sufrir gran número de patologías asociadas a las deficiencias en las condiciones de vida que ella implica, y se constituye también en una barrera de acceso a los servicios de salud por falta de recursos y de tiempo para

transportarse. Las privaciones que impone la pobreza se traducen en enfermedades infecciosas, parasitarias, desnutrición, anemia, enfermedades respiratorias, entre otras. Esto podemos comprobarlo en la incidencia de mortalidades por causas evitables como son: maternas, desnutrición, IRA y EDA, que se concentran en territorios con vulnerabilidad socioeconómica; las barreras de acceso a los servicios de salud y a atención con calidad son los principales desencadenantes de estas muertes. En la localidad, cerca del 10% de la población puntúa por debajo de la línea de pobreza, y reside en zonas donde se concentran los riesgos en salud y las condiciones de vida menos favorables.

2.5. DIMENSIÓN ECONÓMICA

Tabla 16. Dimensión Económica – Categorías y Condiciones de Vida, localidad de Fontibón

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
<p>ACTIVIDADES ECONÓMICAS (Las que se desarrollan en la localidad)</p>	<p>De acuerdo a mapas del Diagnóstico Rápido de VSPC 2016, en la UPZ 76 San Pablo existe una alta concentración de actividad industrial de gran tamaño, especialmente en los Sectores Puente Grande y Brisas Aldea. También hay actividad industrial concentrada en la UPZ 112 Granjas de Techo, entre Av. Boyacá y Kr 68.</p> <p>De acuerdo al documento Accvsye 2016 Fontibón es considerada como el principal eje articulador del desarrollo industrial dada la presencia de una importante zona industrial. Desagregando el principal uso del suelo por UPZ, se tiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> – En la UPZ 75 Fontibón la característica principal del territorio es el uso del suelo para la actividad comercial. – En la UPZ 76 Fontibón San Pablo existe una actividad industrial y comercial importante y tiene todo tipo de empresas: Microempresas, pequeñas, medianas y grandes. Muchas de ellas están dedicadas a la producción manufacturera. – En la UPZ Zona Franca existe un área de 68 hectáreas para la localización de empresas manufactureras y de servicios. Según datos producto de las intervenciones del ámbito laboral en los años 2008 a 2010 en la UPZ 77 se abordaron 60 Unidades de Trabajo Informal; de las 60, 51 UTIS General, 4 UTIS de Etnias y 5 UTIS de desplazados, además de 63 viviendas con trabajo infantil.

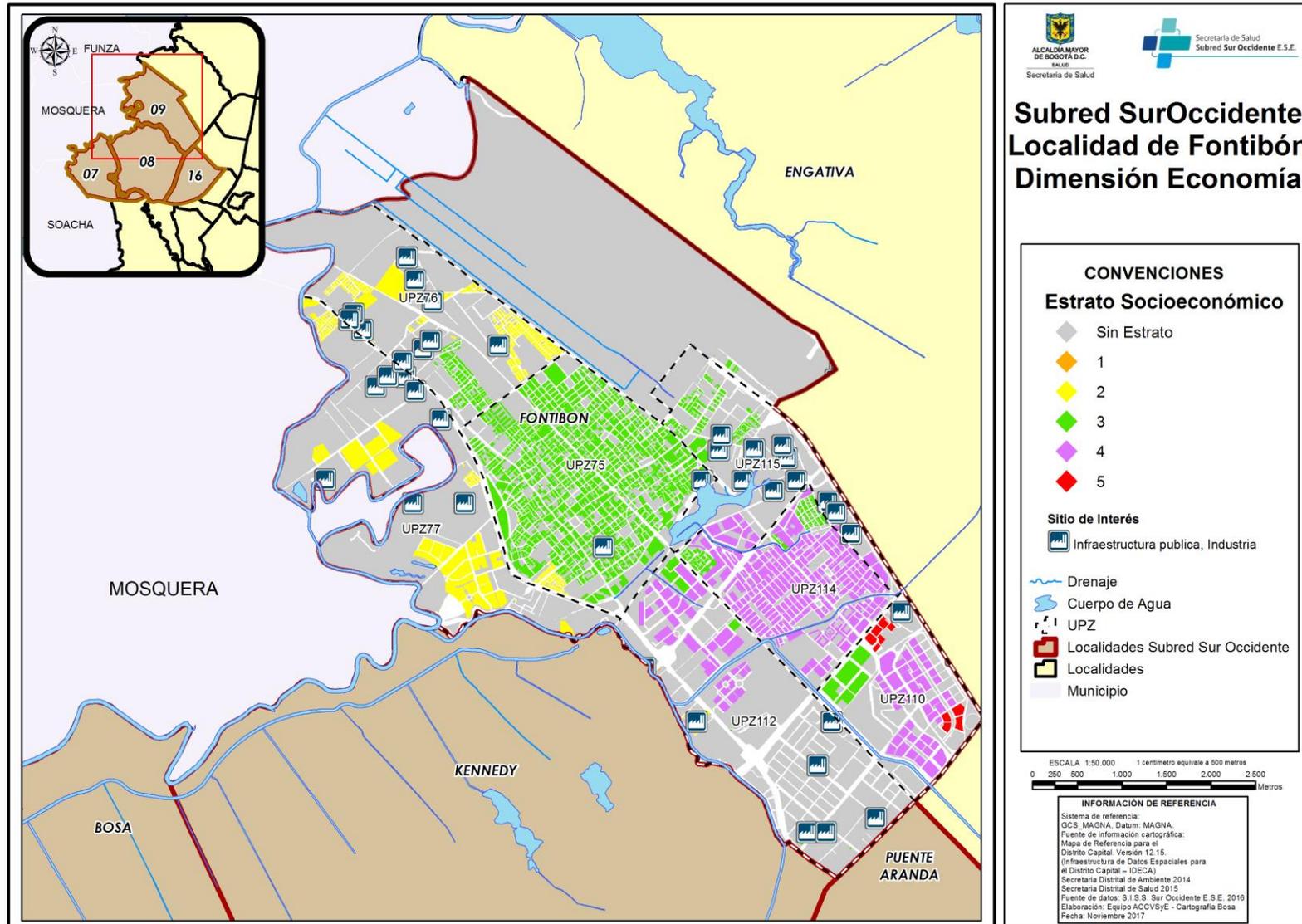
Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
<p>ACTIVIDADES ECONÓMICAS (Las que se desarrollan en la localidad)</p>	<p>La Cámara de Comercio identificó en la localidad 5.295 posibles empresas que no se encuentran formalizadas y desarrollan actividades relacionadas con producción de alimentos, construcción, ingeniería civil, textil y confección.</p> <p>Desde el censo de industrias se identificaron 86 establecimientos, ocupando el quinto lugar entre las 8 UPZ locales. Existe más concentración de empresas de reparación automotriz, seguida de la fabricación de artículos en plástico, madera y metálico.</p> <ul style="list-style-type: none"> – En la UPZ Ciudad Salitre Occidental: la actividad empresarial y de servicios ha encontrado un importante polo de desarrollo, en especial sobre la franja de negocios de la Avenida El Dorado, sede de importantes firmas como: Cámara de Comercio de Bogotá, Seguros Bolívar, Sura, Hotel Sheraton, Hotel Capital, Hotel Marriot, Avianca, Davivienda, entre otros. Constructoras, cadenas hoteleras, centros comerciales y de negocios, han fijado su atención en esta zona. – En la UPZ Granjas de Techo: hay una alta presencia de empresarios y microempresarios, el 55% de las grandes empresas de la localidad se concentra en esta UPZ. Abundan las empresas dedicadas a la industria de fabricación de productos químicos (plaguicidas y otros productos químicos de uso agropecuario), actividades de transporte de carga por carretera (municipal, intermunicipal, internacional), y producción y transformación de alimentos. – En la UPZ Modelia: se estima que cerca del 35% de los habitantes son pensionados, los negocios más comunes son supermercados y mini mercados, restaurantes, misceláneas, panaderías, almacenes de ropa y tabernas. En el barrio Santa Cecilia por ejemplo, tienen sedes importadoras y exportadoras, empresas de mensajería (Servientrega, Envía, Coordinadora), fábricas de pintura, lavanderías, puntos de fábrica de ropa íntima y accesorios, restaurantes y talleres, además de varias droguerías y tiendas de abarrotes. – En la UPZ Capellanía: hay alta presencia de empresas y microempresas dedicadas a temas alimenticios, de mensajería y transporte (por el Aeropuerto), aunque en menor medida que en las demás UPZ. – UPZ Aeropuerto el Dorado: fuente de operaciones estratégicas del Aeropuerto.

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
DESEMPLEO	<p>Según el documento Accvsye 2015, la Tasa de ocupación de Fontibón es de 59,4%, inferior en 0,2 puntos porcentuales en relación al 2011 pero superior al de la Subred y Bogotá; la tasa de desempleo local es del 8.8. Estos indicadores se explican por la alta actividad industrial y comercial, que se constituyen en fuentes de empleo.</p> <p>De acuerdo al diagnóstico 2014, en la localidad hay un aproximado de 182 mil ocupados, de los cuales el 24,2% trabaja en el sector de servicios, un 14,1% en el sector de actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler, y por último un 26% en el sector de comercio. La tasa de empleos de calidad de la localidad fue la segunda mejor de la ciudad con 67,4%.</p>
TRABAJO INFORMAL	<p>De acuerdo al boletín por Localidades, el 35,2% de los trabajadores en Fontibón están en la informalidad, situación que presenta una disminución de 3,3 puntos respecto al indicador de tres años antes (38,5%).</p>
COSTO DE VIDA EN LA LOCALIDAD	<p>La EMB 2014 muestra que en Fontibón, 16,9% de los hogares se consideran pobres, cifra que con relación a 2011 presenta un aumento de 2 puntos porcentuales. Por otro lado, el 57,4% de los habitantes de la localidad manifiestan que el ingreso del hogar solo alcanza para cubrir los gastos mínimos, percepción que aumentó 7,4 puntos con respecto a 2011.</p>
INGRESO PER CAPITA DE LA LOCALIDAD	<p>Según el documento Accvsye 2016, el ingreso per cápita de la localidad era de 1'238.466, cifra que representa el doble del promedio de Subred, mientras el resultado Distrital representa dos terceras partes del valor alcanzado en la localidad. Este indicador local debe tomarse con precaución, pues el alto grado de desigualdad en la localidad (GINI de 0,52) indica que dicho ingreso per cápita refleja la situación real de la mayoría de la población.</p>
SEGURIDAD ALIMENTARIA (Acceso a alimentos, frecuencia diaria de su consumo)	<p>De acuerdo al boletín por localidades, el 4% de los hogares de Fontibón manifestaron que un integrante no consumió ninguna de las tres comidas uno o más días a la semana por falta de dinero. En general, 47,9% de los hogares de esta localidad creen que las condiciones de alimentación del hogar mejoraron, debido a un aumento de los ingresos del hogar en la mayoría de los casos (77,3%).</p> <p>Por otro lado, y de acuerdo a la matriz de indicadores 2016 el 4,7% de los niños y</p>

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
<p>SEGURIDAD ALIMENTARIA</p>	<p>niñas presentan desnutrición global y el 15,0% desnutrición crónica, situación que se encuentra por encima de la Subred para los dos indicadores. Las UPZ más críticas son Fontibón San Pablo con 5,1%, y Capellanía con el 6,6% para desnutrición global y Capellanía con 16,8 y Fontibón San Pablo con 16,3 para desnutrición crónica.</p> <p>Con respecto a lactancia materna, la mediana de la localidad está en 3,4 por debajo de los estándares de referencia internacional (6 meses).</p>
<p>ESTRATIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA</p>	<p>Según documento Accvsye 2015, La estratificación socioeconómica de la localidad muestra que el estrato predominante es el 3 (medio bajo), seguido del 4 (medio) y del 2 (bajo) respectivamente.</p>

Fuente: Subred Sur Occidente, Matriz de Determinantes, Documento Accvsye 2016 – 2017

Mapa 9. Calidad de vida y salud, dimensión económica, localidad de Fontibón, año 2016



Aún cuando la localidad de Fontibón cuenta con una dinámica industrial y económica relevante por ser el centro de desarrollo industrial de la capital, la inserción de la población local en la economía formal ubicada en el territorio, es baja debido a la escasa preparación para el empleo y la baja oferta laboral formal. Esto hace que la población que reside en Fontibón tenga que desplazarse a otras localidades en busca del sustento económico o genere ingresos por parte del trabajo informal, lo cual repercute directamente en la salud y la calidad de vida de sus residentes.

La localidad de Fontibón muestra un índice de pobreza del 9,1% para el año 2014 con un aumento del 0,3% con respecto al año 2011, el índice de indigencia es del 3,4%, aunque su comportamiento indica que Fontibón es una de las localidades con los índices más bajos, existen brechas en la localidad identificando UPZ como Fontibón, Fontibón San Pablo y Franca como territorios en donde residen personas muy vulnerables con bajo poder adquisitivo, el empleo y los ingresos está íntimamente relacionados con la calidad de vida y la salud de las personas, una incertidumbre en el ingreso mensual puede generar estrés, depresión, enfermedades mentales, violencia intrafamiliar, maltrato infantil entre otros.

Así mismo, las personas con ingresos bajos pueden presentar inseguridad alimentaria derivando directamente en el estado de salud de los niños y niñas (desnutrición y anemia), de acuerdo a la matriz de indicadores trazadores año 2016 Fontibón tiene una prevalencia de desnutrición global del 4,7% y crónica del 15%, siendo esta situación más crítica al mirarla por UPZ encontrando a Capellanía y Fontibón San Pablo con una prevalencia de desnutrición global de 6,6% y 5,1% respectivamente y desnutrición crónica de 16,8% y 16,3%. Por otro lado, el acceso a los servicios de salud son más complicados debido al recurso económico y el transporte y adquisición de medicamentos. Además de ocasionar una alta movilidad entre el régimen contributivo y el subsidiado, debido a los periodos de transición entre los contratos formales de corto plazo y el desempleo. En muchos casos, las personas no cuentan con la asesoría necesaria para afrontar estos periodos de desempleo, lo cual genera la no afiliación en salud.

Las personas con bajos recursos viven en condiciones precarias (hacinamiento, inquilinatos, zonas de maltrato infantil y abuso sexual). La informalidad laboral que en la localidad es del 35,2% genera vulnerabilidad frente a la temporalidad, salarios precarios y desprotección social, reflejadas en problemáticas de salud, expresadas en el deterioro de la salud física y mental. Este tipo de trabajadores no asisten en busca de atención médica para el cuidado de problemas que consideran menores, dado que si dejan de trabajar un día pone en riesgo su trabajo. Entre las enfermedades laborales que pueden padecer se encuentran: fatiga, pérdida de la audición, pies hinchados, dolor bajo de la espalda y alteración de la voz. Además, en relación a las condiciones de trabajo se identifican riesgos por levantamiento de cargas pesadas, posturas inadecuadas, trabajos repetitivos y organización inadecuada del trabajo. La situación que empeora esta situación es la desprotección frente a la seguridad social, ya que estos trabajadores no tienen acceso a una ARL y/o EPS lo que pone en riesgo su bienestar y calidad de vida por la falta de tratamiento.

Aunque la localidad de Fontibón no reporta muertes por desnutrición en niños menores de 5 años incluso antes del año 2010, la desnutrición severa puede llegar a producir la muerte, una adecuada alimentación en niños y niñas especialmente, fortalece el sistema de defensas disminuyendo el riesgo de enfermedades infecciosas, parasitarias y anemia. Un niño que no se alimenta bien tiene problemas de concentración y aprendizaje en el colegio. Un niño y niña con desnutrición puede generar problemas gastrointestinales, pérdida de absorción de nutrientes. Adicionalmente su velocidad de crecimiento, (prevalencia de desnutrición crónica 15%) y puede tener retraso en el desarrollo.

Por otro lado, los niños y niñas que no reciben leche materna tienen muchas más posibilidades de enfermar sobre todo los primeros meses de vida, para la localidad la mediana de lactancia materna es de 3,3 meses, situación que se encuentra muy por debajo de la recomendaciones internacionales (6 meses), esta situación es más alarmante en UPZ como Ciudad Salitre Occidental y Fontibón en donde no alcanza a llegar a 3 meses. La leche materna tiene los nutrientes en cantidad y calidad que el niño y niña necesita, protege al niño de infecciones (bronquitis, gastroenteritis, otitis, meningitis). Protege de enfermedades

futuras: asma, alergia, obesidad, diabetes, arterioesclerosis e infarto de miocardio. Favorece el desarrollo intelectual y de la visión. La desnutrición también tiene efectos adversos a largo plazo como lo son la disminución en la capacidad de trabajo físico y en el desempeño intelectual, lo que repercute en la capacidad del individuo para generar ingresos.

2.6. DIMENSIÓN POLÍTICO – ADMINISTRATIVA

Tabla 17. Dimensión Política Administrativa – Categorías y Condiciones de Vida, localidad de Fontibón

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
<p>ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DE LA LOCALIDAD</p>	<p>De acuerdo al documento Accvsye 2016 Fontibón es la localidad número 9 dentro de la división administrativa y se ubica en el sector noroccidental de Bogotá, se encuentra subdividida en 8 UPZ, cuatro predominantemente industriales, una predominantemente dotacional, una con centralidad urbana y dos de tipo residencial cualificado. La UPZ Aeropuerto el Dorado es la de mayor participación en suelo con un 22,3%. Para el año 2008, Fontibón tenía un total de 362 barrios, la UPZ Fontibón concentra la mayor cantidad con 142.</p> <p>En organización político administrativa de la localidad está la Junta Administradora Local que se constituyen en el máximo ente de representación política, y el Alcalde Local.</p>
<p>ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA PRESENTES EN LA LOCALIDAD</p>	<p>De acuerdo a la EMB 2014, el 15% de la población que vive en la localidad mayor de 10 años pertenecen a alguna organización, inferior al porcentaje del 2011 (17,8%). Fontibón se encuentra por encima del porcentaje Distrital el cual se encuentra en 13,9%, pero la tendencia es decreciente.</p> <p>Entre los espacios de participación que hay en Fontibón se encuentran: Comité operativo de infancia y adolescencia, mesa de juventud, mesa de adultez, consejo local del adulto mayor, comité operativo de familia, red del buen trato, mesa de mujer y género, entre otros.</p>

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
INSTITUCIONES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA SALUD	La localidad de Fontibón cuenta con un Centro de orientación e información en salud.

Fuente: Subred Sur Occidente, Matriz de Determinantes, Documento Accvsye 2016 – 2017

La descentralización parcial de las localidades frente a la alcaldía mayor les da potestad en la inversión de recursos de acuerdo a las necesidades particulares de cada una, priorizando las problemáticas más visibles por la comunidad, a partir del fondo financiero de la localidad.

Aunque en la actualidad esta condición se convierte en vulnerabilidad dado que el recurso ya está comprometido, y con respecto a salud solo se priorizan las ayudas técnicas para personas con discapacidad, esto reduce las problemáticas en salud en una sola que no da respuesta a las evidenciadas en la localidad, adicionalmente estas ayudas técnicas son insuficientes teniendo en cuenta la demanda de la localidad.

La participación ciudadana en salud es un derecho y un deber de la población, la cual ha cobrado una alta relevancia en la salud pública, ya que le da herramientas para que se convierta en un agente activo, gestor y generador de su salud fortaleciendo la gobernanza en salud mediante la incidencia en la planificación de políticas públicas en salud. De esta manera, los centros de orientación e información en salud se han convertido en una herramienta que la ciudadanía utiliza para garantizar el derecho fundamental a la salud contribuyendo a la disminución de barreras de acceso propias del sistema.

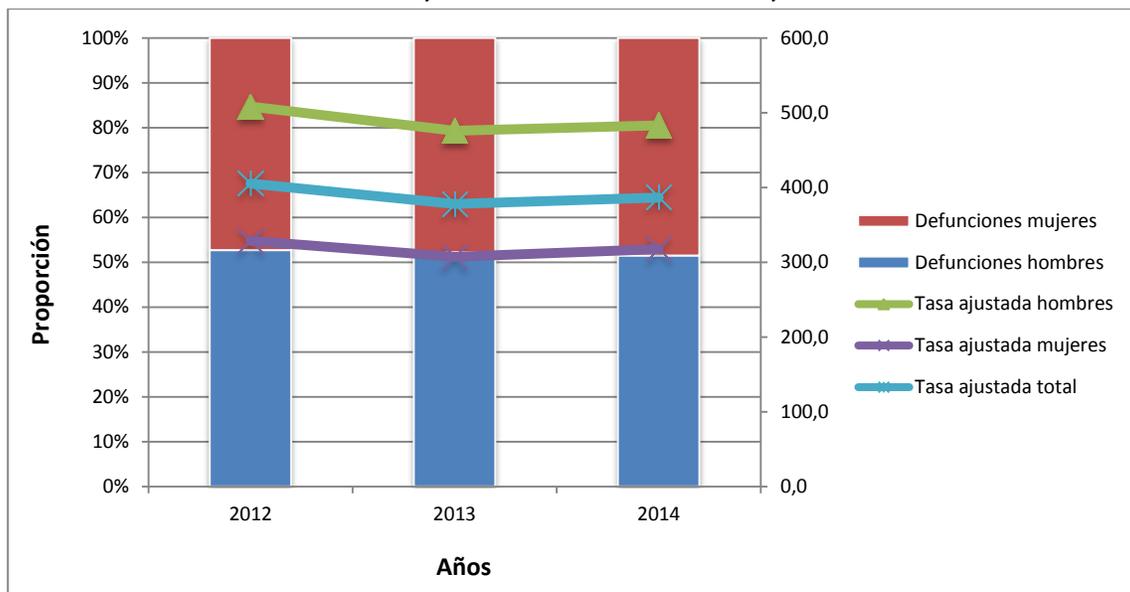
3. MORTALIDAD Y MORBILIDAD

3.1. MORTALIDAD

El análisis se realizó teniendo en cuenta los años entre el 2012 y 2014, siendo este último año el periodo de análisis específico. Para el año 2014, se presentaron 1.261 muertes en la Localidad de Fontibón con una tasa de mortalidad cruda de 339,9 muertes por cada 100.000 habitantes. Al analizar el comportamiento de la mortalidad general entre los años 2012 y 2014, los datos muestran para el año 2013 la tasa de mortalidad ajustada más baja 378,0, por el contrario el año 2012 tuvo la tasa más alta con 405,1. Entre el año 2012 y 2014 la tasa de mortalidad ajustada disminuyó en la localidad un 4,6%, pasando de 405,1 en 2012 a 386,5 en el año 2014.

El número de muertes mantiene una distribución similar por sexo, siendo levemente superior en hombres con un 51,5%, sin embargo, la tasa de mortalidad refleja una diferencia más notoria con una tasa ajustada de 483,1 en hombres y 317,5 en mujeres. La brecha de mortalidad entre sexos se mantiene constante durante los tres años, siendo para el 2014 un 10,1% más alta en hombres que en las mujeres.

Gráfica 6. Mortalidad, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014

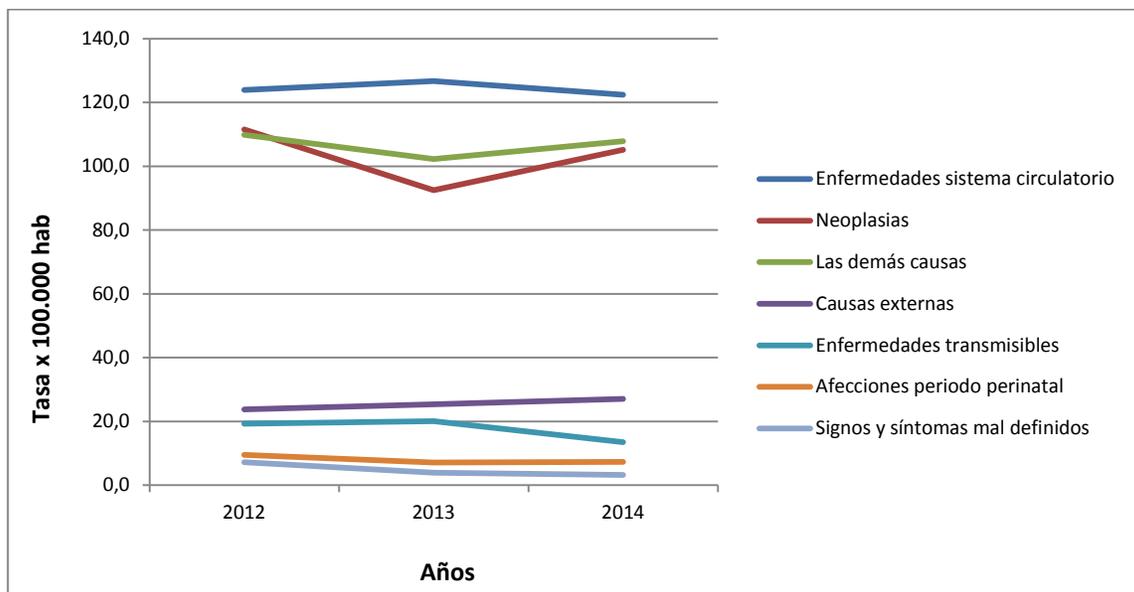


Fuente: Publicación DANE Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE (junio 30 de 2016)

3.1.1. Mortalidad por grandes causas 6/67

Para el año 2014 la principal causa de muerte en residentes de la localidad de Fontibón fueron las enfermedades del sistema circulatorio representado el 31,7% de la carga de mortalidad. El grupo de las demás causas se encuentran en el segundo lugar con el 27,9% y el de las neoplasias que ha presentado un comportamiento irregular en el tercer lugar con el 27,2%. Este comportamiento de las grandes causas refleja una alta carga de enfermedad crónica en la población.

Gráfica 7. Tasas ajustadas de mortalidad por grandes causas, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014



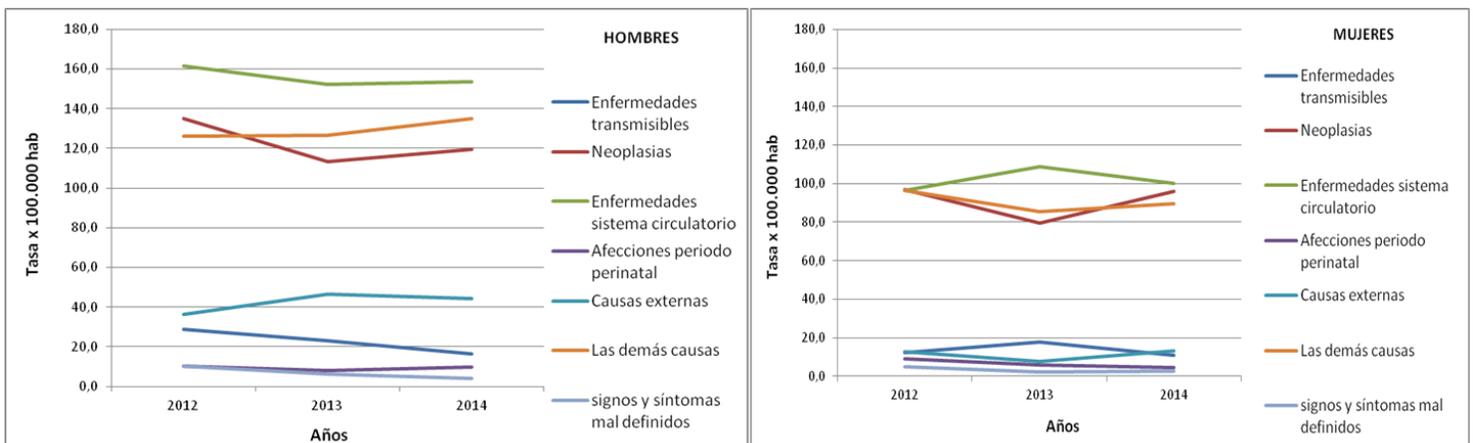
Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016)

El comportamiento de la mortalidad muestra que la tasa local está levemente por debajo (339,9) de la de Subred (341,4), las enfermedades del sistema circulatorio son la principal causa de muerte en las dos divisiones territoriales, teniendo un mayor peso porcentual la Subred 32,2% frente a Fontibón 31,7%.

Por sexo los hombres reportan tasas más elevadas de mortalidad en la mayoría de los grupos, siendo más notorias en los grupos de causas externas y afecciones del periodo perinatal, la tasa de mortalidad por estas causas es 2,3 y 1,4 veces más alta en hombres que en mujeres respectivamente.

Las tres primeras causas de mortalidad en hombres son: enfermedades del sistema circulatorio con el 31,8%, seguida por las demás causas con 28,0% y neoplasias con el 24,8%. Al analizar los grupos se encuentra que el de enfermedades transmisibles tiene una tendencia al descenso, por el contrario los grupos de signos y síntomas mal definidos y las demás causas revelan un comportamiento hacia el ascenso. En las mujeres la primera causa de muerte es la causada por enfermedades del sistema circulatorio con una carga del 31,5%, seguida de las neoplasias con el 30,3% y las demás causas con el 28,3%. Específicamente en el grupo afecciones del periodo perinatal se observa una tendencia al descenso.

Gráfica 8. Tasas ajustadas mortalidad por grandes causas en hombres y mujeres, localidad de Fontibón años 2012 - 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaria Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE.

(2012: Publicación DANE Octubre 31 del 2014, finales). 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014:

Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016)

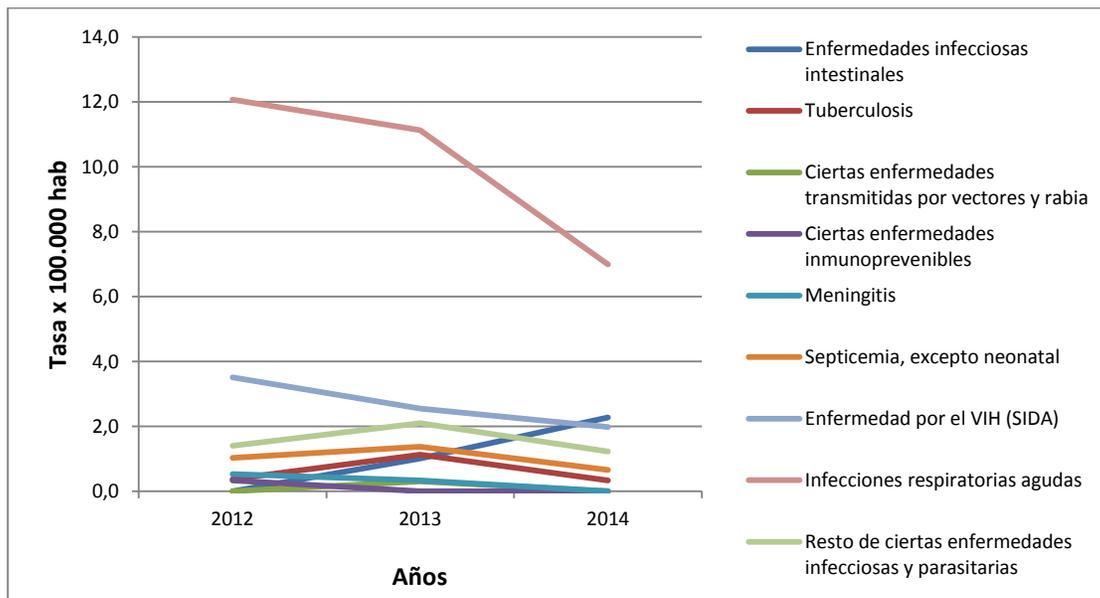
Por quinquenios en el año 2014 la tasa de mortalidad más alta se presenta en personas de 80 años y más (122,9 por 100.000 habitantes), específicamente la tasa de mortalidad es más

alta en mujeres (135,7) que en hombres (108,7). El grupo de 75 a 79 años tiene la segunda tasa más alta (44,5), la tasa de mortalidad es más alta en hombres con 50,1 que en mujeres con 39,4. Al otro extremo del curso de vida, la tasa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años es de 12,4, por sexo los hombres presentan tasas de mortalidad un 60% más altas que las mujeres.

3.1.2. Mortalidad por subgrupo, grandes causas 6/67

Enfermedades Transmisibles: las enfermedades transmisibles presentan cambios relevantes en la localidad de Fontibón en el periodo comprendido entre el año 2012 y 2014 con una disminución en la tendencia, de acuerdo a los resultados arrojados por las tasas ajustadas.

Gráfica 9. Mortalidad subgrupo enfermedades transmisibles, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE Octubre 31 del 2014, finales). 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016)

Para el año 2014 las infecciones respiratorias agudas con una tasa de 5,9 por 100.000 habitantes son la principal causa de muerte en este grupo, seguida de la enfermedad por VIH (SIDA) 2,2, enfermedades infecciosas intestinales (1,9), resto de enfermedades infecciosas y parasitarias (1,1), la septicemia, excepto la neonatal (0,5) y tuberculosis (0,3). El comportamiento de las subcausas muestra una tendencia al descenso entre el año 2012 y 2014 excepto en las enfermedades infecciosas intestinales que se comporta ascendentemente.

En general la localidad muestra un comportamiento en la mortalidad por enfermedades transmisibles, similar al de la subred, con magnitudes inferiores excepto las enfermedades infecciosas intestinales que tienen una tasa superior.

Tabla 18. Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles, localidad de Fontibón - Subred Sur Occidente, año 2014

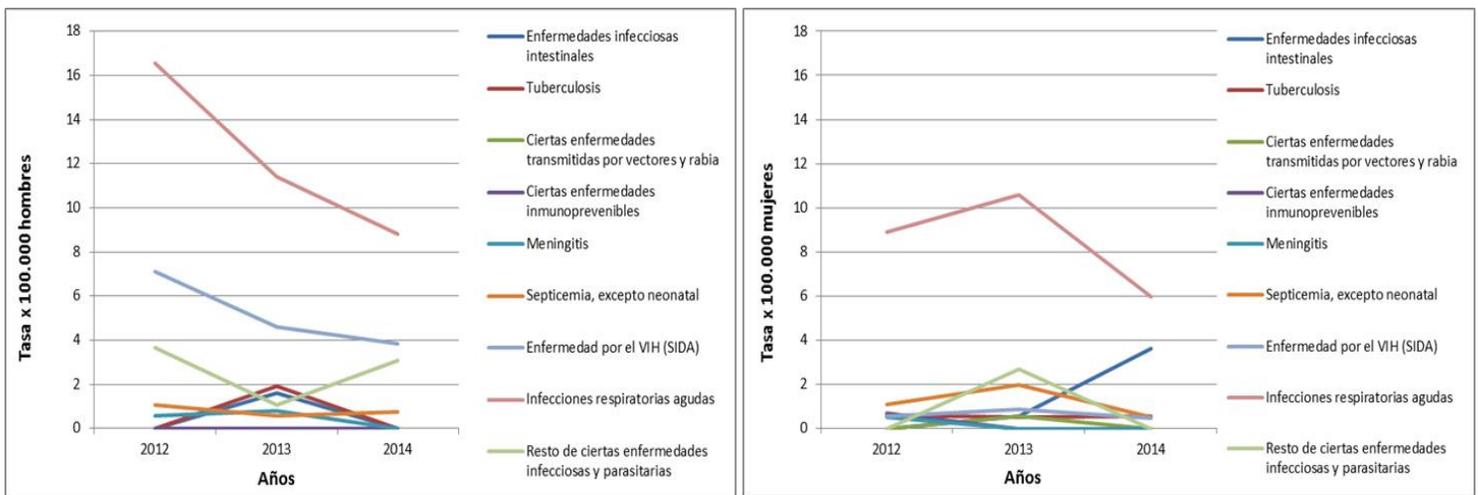
Enfermedades Transmisibles	Localidad Fontibón	Subred Sur Occidente
Enfermedades infecciosas intestinales	2,3	0,9
Tuberculosis	0,3	0,8
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,0	0,3
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,0	0,1
Meningitis	0,0	0,28
Septicemia, excepto neonatal	0,7	0,8
Enfermedad por el VIH (SIDA)	2,0	2,9
Infecciones respiratorias agudas	7,0	12,6
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,2	1,1

Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016)

En el año 2014 la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles es mayor en hombres (13,1 por cada 100.000 hombres) que en mujeres (10,8 por cada 100.000 mujeres). En hombres las infecciones respiratorias agudas (6,3) son la primera causa de muerte para este

subgrupo, seguida por la enfermedad por el VIH (SIDA) (4,0) y el resto de enfermedades infecciosas y parasitarias (2,3). En mujeres las infecciones respiratorias agudas son también la principal causa de muerte (5,6), seguida por las enfermedades infecciosas intestinales (3,6). La tuberculosis, la septicemia excepto la neonatal y la enfermedad por VIH (SIDA) se encuentran en el tercer lugar cada una con una tasa de 0,5.

Gráfica 10. Tasa de mortalidad enfermedades transmisibles en hombres y mujeres, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014



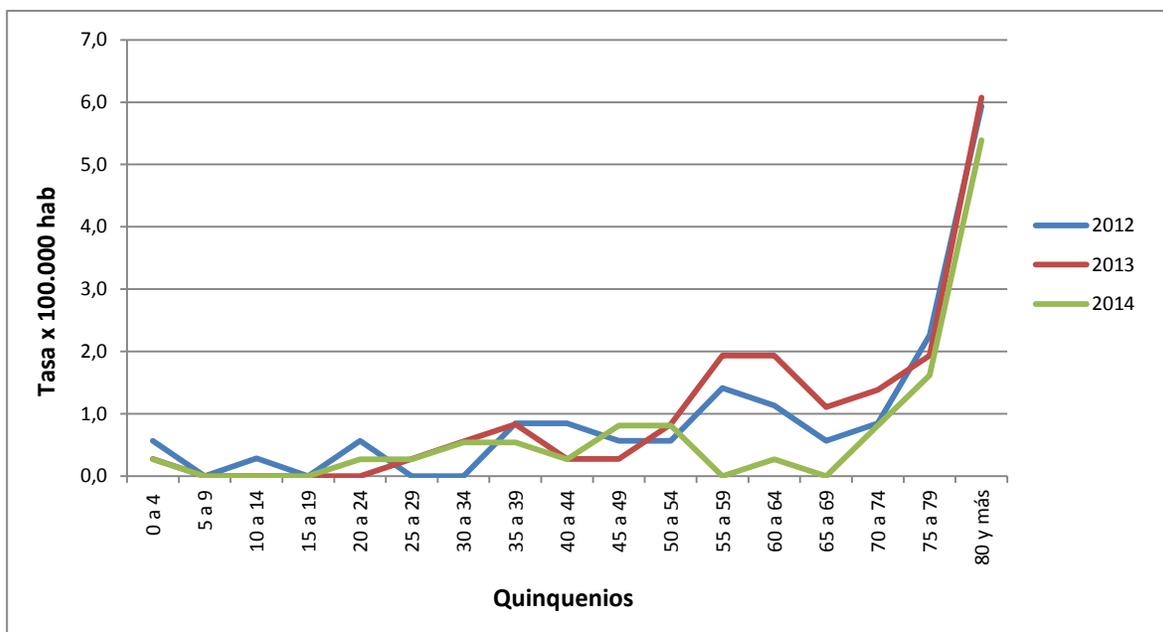
Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016)

Entre los años 2012 y 2014 en hombres la mortalidad muestra un comportamiento oscilante en las enfermedades infecciosas parasitarias, tuberculosis y septicemia. La muerte por meningitis, VIH (SIDA) e infecciones respiratorias agudas tiende al descenso con una reducción del 100%, 45,7% y 46,6% respectivamente. En mujeres se evidencia una conducta oscilante en casi todas las subcausas, las enfermedades infecciosas han aumentado y la muerte por enfermedades inmunoprevenibles y meningitis ha disminuido un 100%.

Por subgrupos etarios la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles en el año 2014 oscila entre 0,3 muertes por 100.000 habitantes y 5,4. La tasa más alta como es de esperarse esta en el grupo de 80 años y más, el cual tiene 2,3 veces más muertes que el

quinquenio de 75 a 79 años que es el que le sigue, el quinquenio 70 a 74 años por su parte tiene una tasa de 0,8. Por sexos en el grupo de 80 años y más la tasa es más alta en mujeres (6,1) que en hombres (4,6). En el quinquenio de 75 a 79 años los hombres presentan tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles un 80% más altas que las mujeres.

Gráfica 11. Tendencia tasa mortalidad por quinquenios enfermedades transmisibles, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014



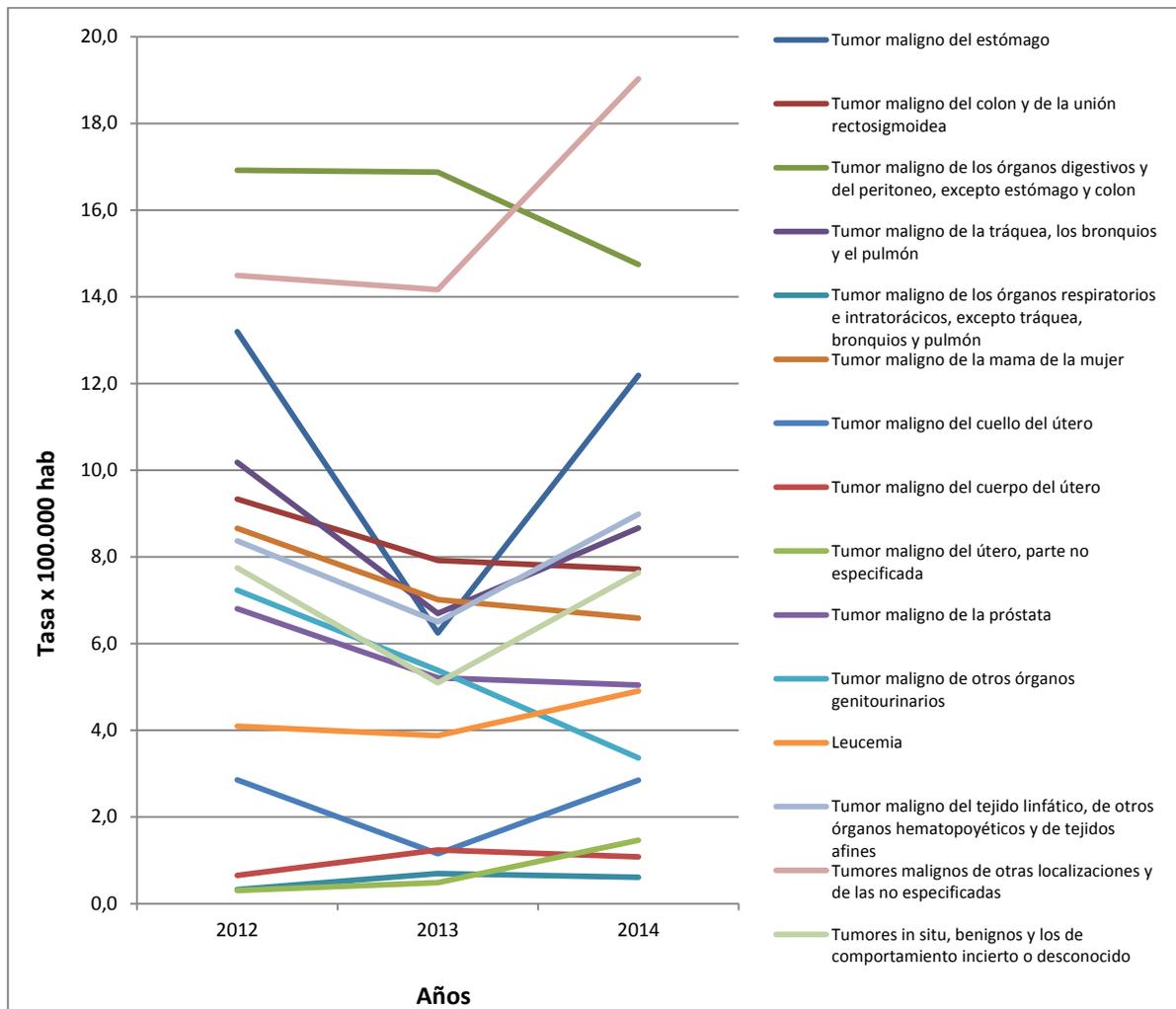
Fuente: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016)

La tendencia de la mortalidad por enfermedades transmisibles revela un comportamiento variable para el trienio en la mayoría de los quinquenios, grupos como de los 0 a los 4 años, 60 a 64 años, 75 a 79 años y 80 y más años presentaron una disminución en la tasa entre el 2012 y 2014 de 52,3%, 76,2%, 28,5% y 9,2% respectivamente, por el contrario los grupos de 50 a 54 años y 45 a 49 años aumentaron un 43,1% cada uno.

Neoplasias: las neoplasias representan la tercera causa de muerte, caracterizadas por un comportamiento oscilante en el periodo comprendido entre los años 2012 y 2014, para el año

2014 la tasa de defunciones por esta causa fue de 96,5 por cada 100.000 habitantes. Las tres primeras causas de muerte en este grupo son por: tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas (17,9%), tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon (14%) y el 11,5% a tumor maligno de estómago.

Gráfica 12. Mortalidad subgrupo neoplasias, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016). *Tasas ajustadas.

En general las tasas ajustadas de la localidad de Fontibón revelan un comportamiento similar a la Subred manteniendo las tres primeras causas descritas anteriormente.

Tabla 19. Tasas ajustadas de mortalidad por neoplasias, localidad de Fontibón - Subred Sur Occidente, año 2014

Neoplasias	Localidad Fontibón	Subred Sur Occidente
T. maligno del estómago	12,19	13,24
T. maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	7,71	7,33
T. maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	14,75	17,33
T. maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	8,66	7,96
T. maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	0,61	0,74
T. maligno de la mama de la mujer	6,58	5,87
T. maligno del cuello del útero	2,85	3,54
T. maligno del cuerpo del útero	1,08	1,41
T. maligno del útero, parte no especificada	1,46	0,38
T. maligno de la próstata	5,04	6,79
T. maligno de otros órganos genitourinarios	3,36	5,5
Leucemia	4,91	4,78
T. maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	8,99	6,45
T.es malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	19,02	15,64
T.es in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	7,64	7,2

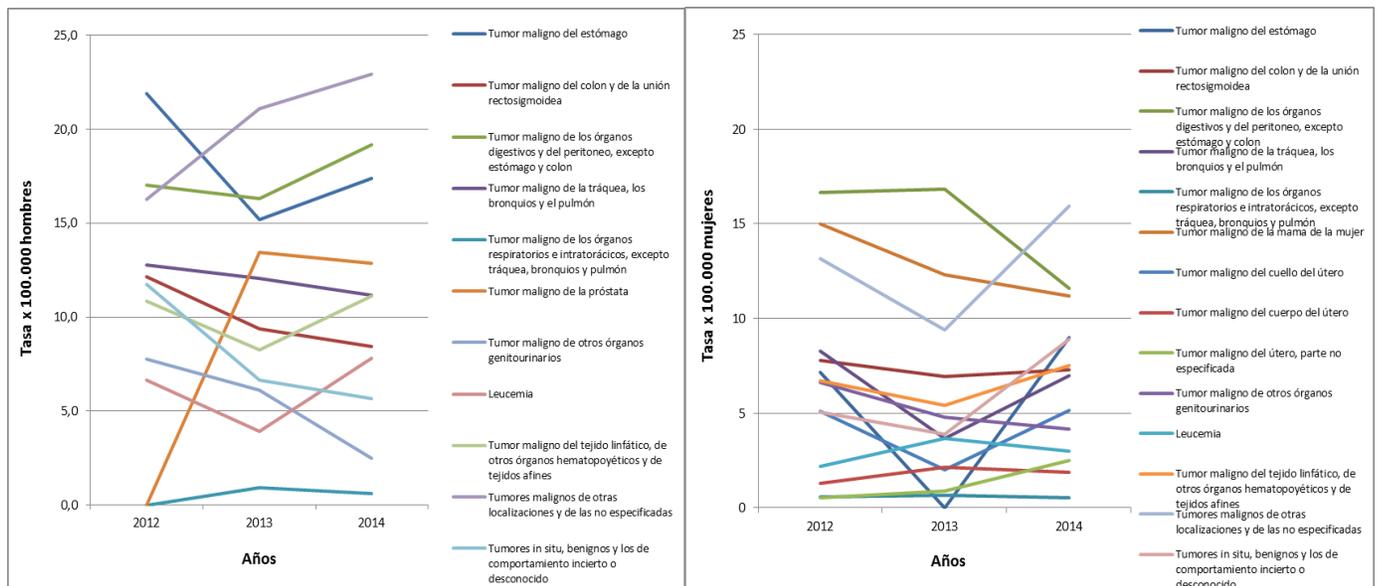
Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaria Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016)

La mortalidad por neoplasias para el año 2014 es mayor en mujeres (98,8) que en hombres (93,9). El 20% y el 16,1% de hombres y mujeres respectivamente que fallecen por cáncer lo hacen por tumores malignos de otras localizaciones y no especificadas. Los tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo excepto el estómago y colon son la segunda causa de muerte tanto en hombres como en mujeres ocasionando el 16,4% y el 11,9% de las defunciones. El tumor maligno de la mama ocupa también el segundo lugar en mujeres con una proporción del 11,9%. El tumor maligno del estómago es la tercera causa de mortalidad en los dos sexos con el 13,9% en hombres y en mujeres del 9,3%.

Al analizar el comportamiento en el trienio, en hombres se evidencia un aumento del 12,5% en el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon y del 41% en tumores malignos de otras localizaciones. Por el contrario el tumor maligno de otros órganos genitourinarios disminuyó el 68,1%, el tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea bajó un 30,6% y el tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón descendió un 12,5%, los demás mantuvieron un comportamiento oscilante.

En mujeres el tumor maligno del útero parte no especificada, aumentó más del 100%. Por el contrario los tumores malignos de otros órganos genitourinarios, de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon y el de la mama de la mujer disminuyeron un 37,2%, 30,2% y 25,4% respectivamente. Los demás tumores conservaron una conducta oscilante.

Gráfica 13. Tasa de mortalidad neoplasias en hombres y mujeres, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014

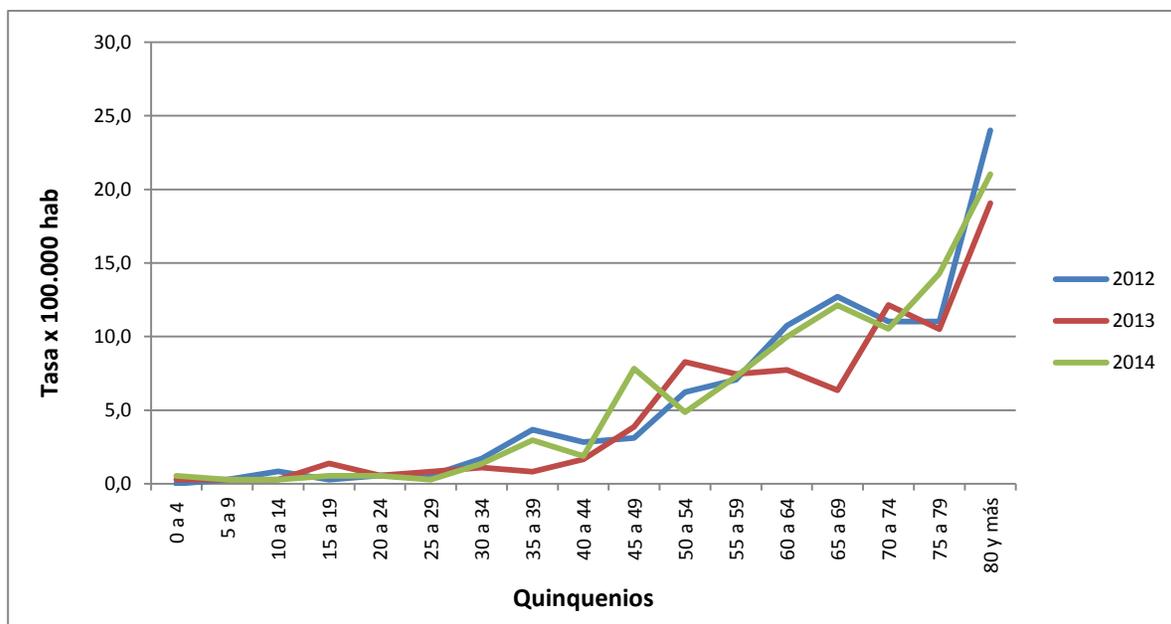


Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016)

En el año 2014 la tasa de mortalidad fluctúa entre 0,3 muertes por 100.000 habitantes y 21,0, la más alta está en los de 80 años y más con 21,9, siendo en mujeres 29% más alta que en

hombres. Es importante destacar que para el año 2014 todos los quinquenios reportaron muertes por estas causas. El quinquenio con la segunda tasa más alta es el de 75 a 79 años (14,3) y el tercero es el de 65 a 69 años (12,1). En el quinquenio comprendido entre los 75 a 79 años las defunciones por neoplasias en hombres es un 57% más alta que en mujeres. En los menores de 30 años las leucemias son las que más predominan.

Gráfica 14. Tasa de mortalidad por quinquenios etarios neoplasias, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014



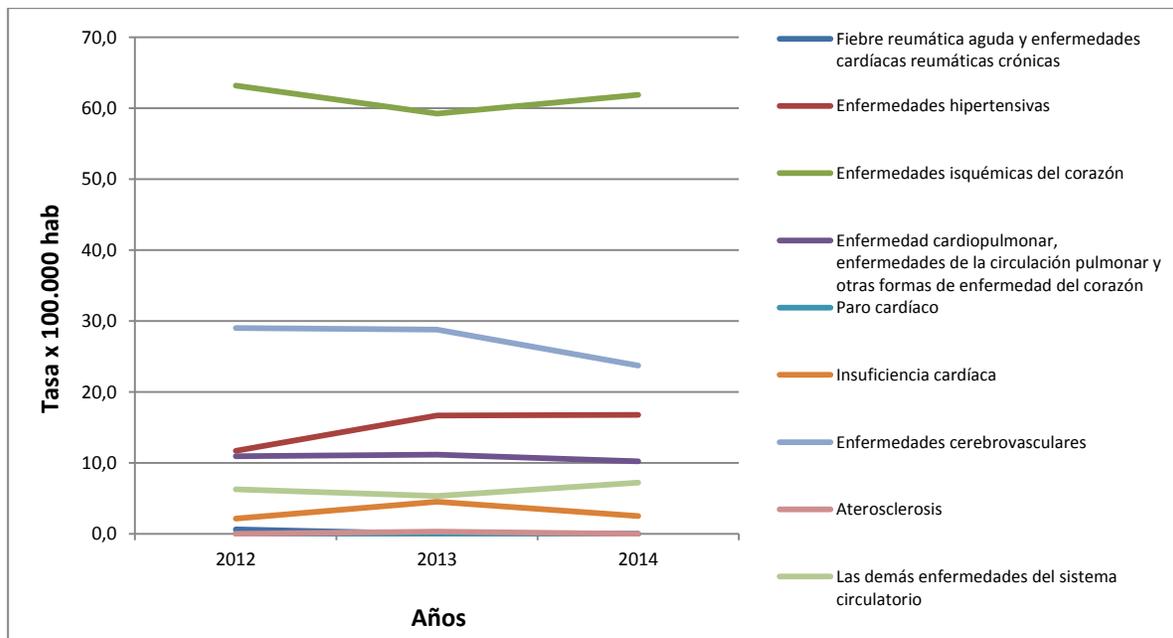
Fuente: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016)

El comportamiento en la tendencia de la mortalidad por neoplasias en el trienio es variable, los cambios más importantes se registraron en los grupos de 75 a 79 años y 45 a 49 años quienes mostraron un aumento entre el año 2012 y 2014 del 29,6% y más del 100% respectivamente, en contraste los quinquenios de 50 a 54 años, 70 a 74 años y 80 años y más han registrado un descenso en la tasa del 22%, 4,6% y 12,5% respectivamente.

Enfermedades del Sistema Circulatorio: las enfermedades del sistema circulatorio en Fontibón, se constituyen como la primera causa de muerte para el año 2014 con una tasa de 104 por cada 100.000 habitantes. Las enfermedades isquémicas del corazón tiene la tasa de muerte más alta para este grupo con 52,3, seguida por enfermedades cerebrovasculares (20,8), enfermedades hipertensivas (13,7), enfermedades cardio pulmonares (8,6), las demás enfermedades del sistema circulatorio (6,5) y la insuficiencia cardiaca (2,2).

El comportamiento en el trienio muestra un aumento en la mortalidad por enfermedad hipertensiva y por insuficiencia cardiaca. Por el contrario se evidencia una reducción en las defunciones por enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cardio pulmonar y enfermedad cerebrovascular.

Gráfica 15. Mortalidad subgrupo enfermedades del sistema circulatorio, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016). *Tasas ajustadas

Las causas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio revelan un comportamiento local similar con la Subred, manteniendo las tres primeras en los dos niveles territoriales (Enfermedad isquémica, Enfermedad Cerebrovascular, Enfermedad hipertensiva, respectivamente), con magnitudes cercanas.

Tabla 20. Tasas ajustadas mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, localidad de Fontibón - Subred Sur Occidente, año 2014

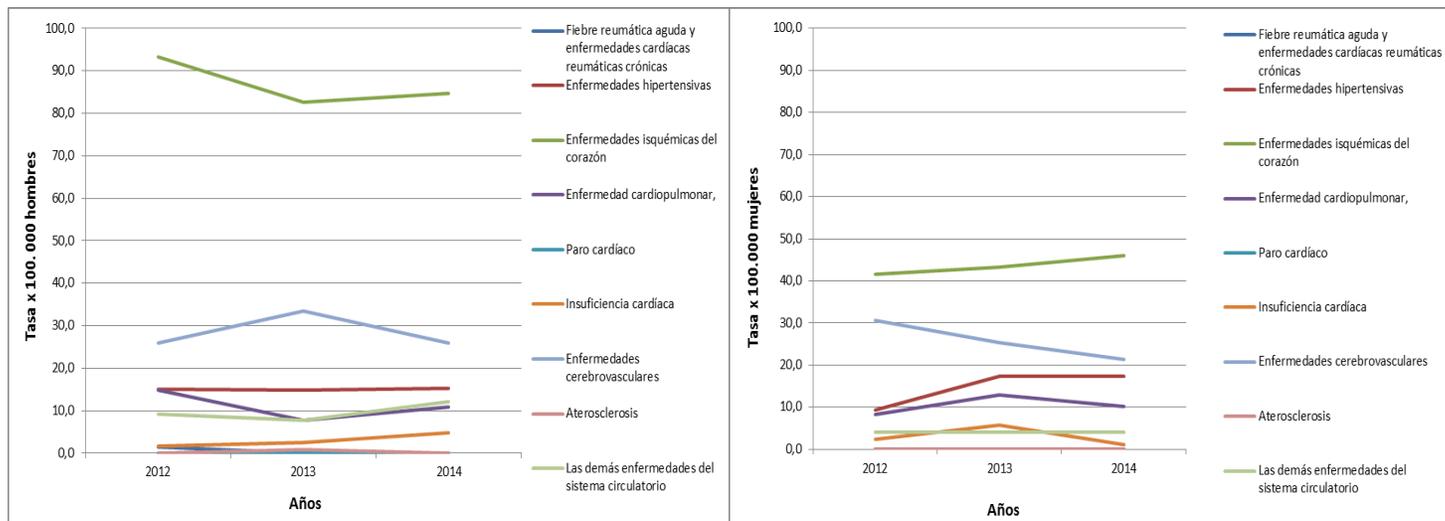
Enfermedades Sistema Circulatorio	Localidad Fontibón	Subred Sur Occidente
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	0,0	0,1
Enfermedades hipertensivas	16,8	17,9
Enfermedades isquémicas del corazón	61,9	74,6
Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón	10,2	12,6
Paro cardíaco	0,0	0,0
Insuficiencia cardíaca	2,5	2,3
Enfermedades cerebrovasculares	23,7	30,9
Aterosclerosis	0,0	0,1
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	7,2	7,7

Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016)

En el año 2014 la tasa de mortalidad en hombres por enfermedades del sistema circulatorio fue superior (111,6) que en las mujeres (97,3). Para los dos sexos las tres primeras causas de defunción son las mismas, pero con magnitudes diferentes, enfermedad isquémica del corazón (60,9 hombres, 44,5 mujeres), enfermedad cerebrovascular (20,5 hombres, 21,0 mujeres) y enfermedad hipertensiva (10,2 hombres, 16,9 mujeres). Con respecto a la insuficiencia cardíaca, aunque no está en las primeras causas de muerte, es importante destacar que las defunciones son 2,3 veces más altas por esta causa en hombres que en mujeres.

En los tres años analizados en los hombres se observa un comportamiento oscilante en la mayoría de las subcausas, excepto en la insuficiencia cardíaca la cual denota un aumento sostenido en los tres años. En las mujeres no se reportan muertes en los tres años por fiebre reumática, paro cardíaco y aterosclerosis. Con respecto a las enfermedades isquémicas del corazón se ha presentado un aumento paulatino en la tasa de mortalidad, por el contrario se registra un descenso progresivo en enfermedades cerebrovasculares. Las demás tienen un comportamiento fluctuante.

Gráfica 16. Tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres y mujeres, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014

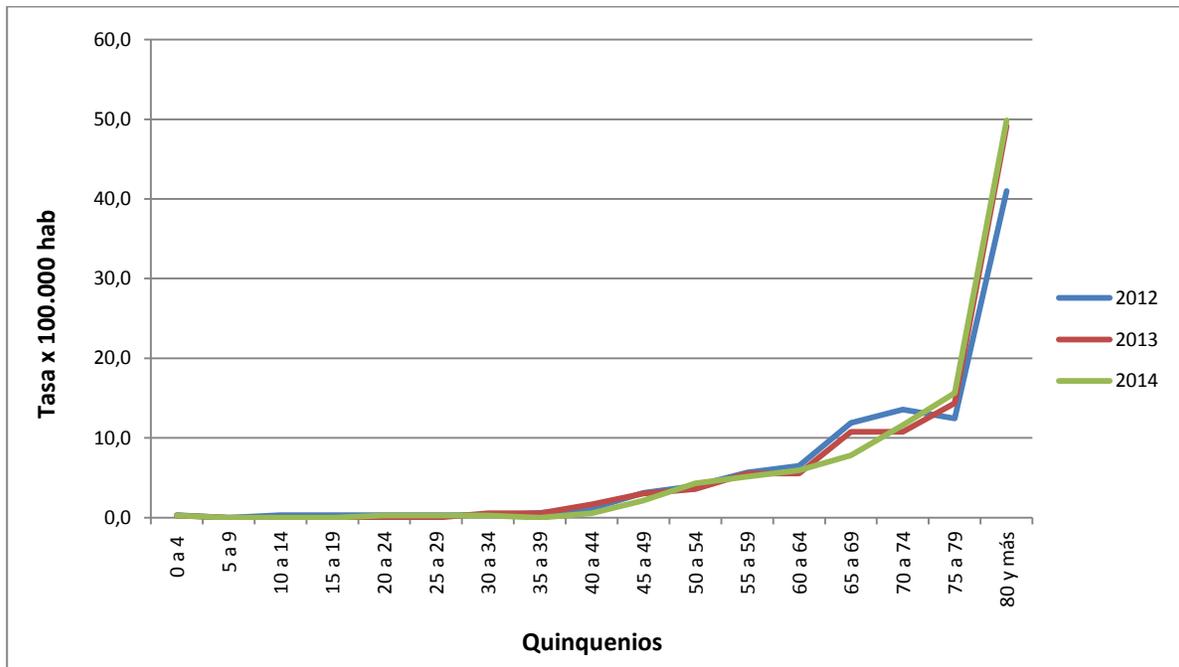


Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaria Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016)

Por quinquenios en el año 2014, la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio muestra una tasa ascendente a partir de los 45 años de edad, siendo más alta en las personas de 80 años y más (49,9), el quinquenio de 75 a 79 años tiene una tasa de 15,6. En niños menores de 5 años se reportó una muerte por enfermedad cardio pulmonar con una tasa de 0,3 por 100.000 habitantes. En el grupo de 80 años y más, los hombres presentan tasas de mortalidad un 41% más altas que en mujeres por esta causa.

Para el trienio 2012 – 2014 la tendencia muestra un comportamiento cambiante en la tasa, en los quinquenios de 75 a 79 años y de 80 años y más la tasa de mortalidad aumentó un 25,7% y un 21,7% respectivamente, en los grupos de 70 a 74 años, 65 a 69 años y 60 a 64 años la tendencia bajo un 14,6%, 34,1% y un 8,8% respectivamente. No se reportan defunciones para el periodo analizado por esta causa en personas de 5 a 9 años, específicamente en el año 2014 no se notificaron muertes en los grupos de 10 a 14 años, 15 a 19 años y 35 a 39 años.

Gráfica 17. Tendencia tasa mortalidad por quinquenios por enfermedades del sistema circulatorio, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014

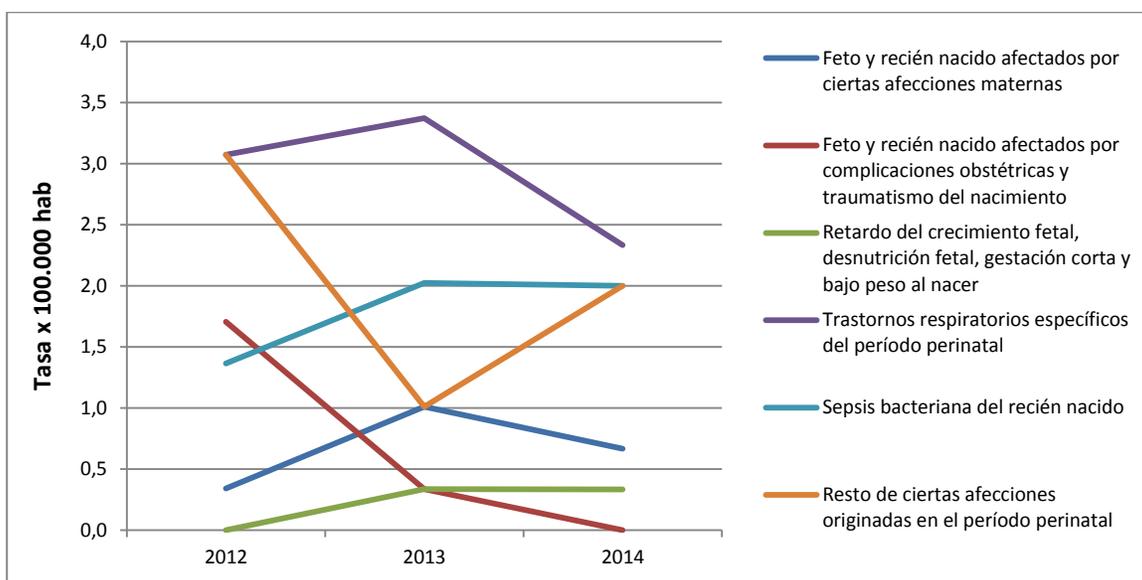


Fuente: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016)

Afecciones Periodo Perinatal: en Fontibón las afecciones en el periodo perinatal tuvieron una disminución pasando la tasa ajustada de 9,6 en el 2012 a 7,3 en el 2014. En el año 2014 los trastornos respiratorios específicos del período perinatal son la primera causa de defunción en este grupo con una tasa de 1,9, seguida por la sepsis bacteriana del recién nacido y resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal cada una con una tasa

de 1,6. Los trastornos respiratorios específicos del período perinatal tuvieron un descenso del 24% en el periodo analizado.

Gráfica 18. Mortalidad subgrupo afecciones en el periodo perinatal, localidad de Fontibón, años 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - SDS, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016). *Tasas ajustadas

Frente al comportamiento local con respecto a la Subred, se evidencia que las primeras causas de muerte para los dos niveles de territorio son los trastornos respiratorios específicos del período perinatal y el resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal, con magnitudes diferentes.

Tabla 21. Tasas ajustadas de mortalidad por afecciones del Periodo Perinatal, localidad de Fontibón - Subred Sur Occidente, año 2014

Afecciones periodo perinatal	Localidad Fontibón	Subred Sur Occidente
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	0,7	0,5
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	0,0	0,8
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	0,3	0,6
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	2,3	2,7
Sepsis bacteriana del recién nacido	2,0	1,2
Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	2,0	1,7

Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaria Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016)

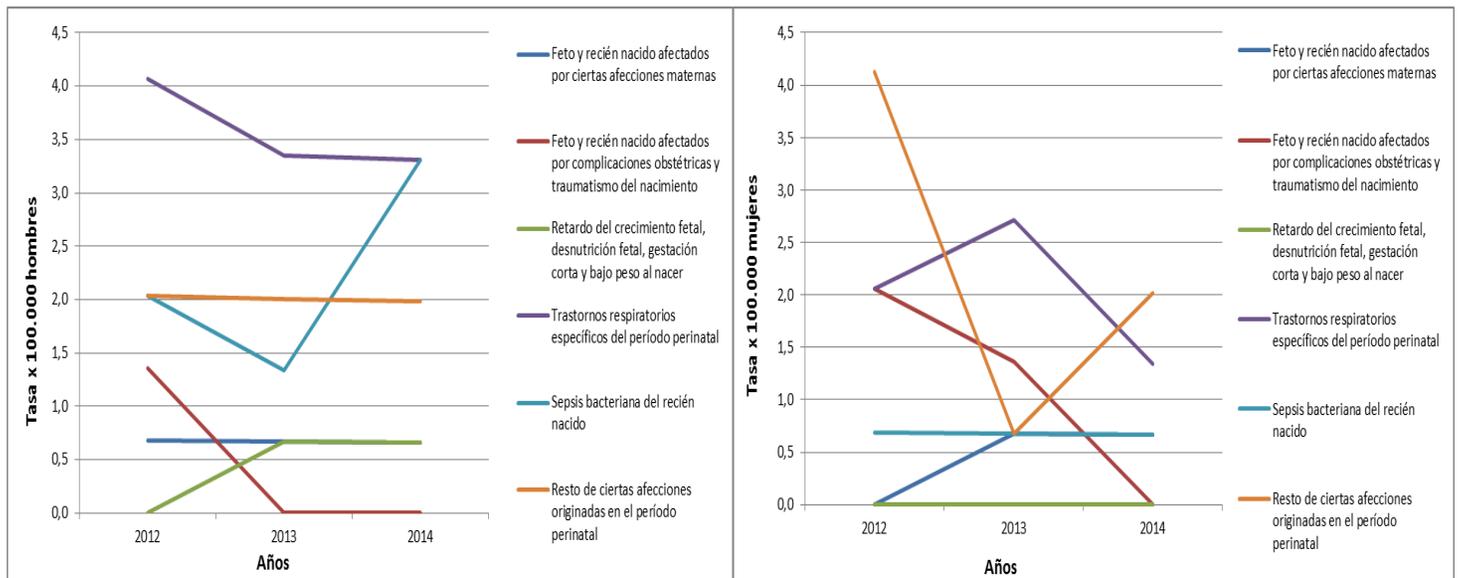
En el 2014 la tasa de mortalidad por afecciones en el periodo perinatal en hombres es 1,4 veces más alta que en mujeres. Por subcausas en hombres el 33,3% de las muertes relacionadas en este grupo son por trastornos respiratorios específicos del período perinatal y sepsis bacteriana del recién nacido respectivamente, el 20% fallece por resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal y el 6,7% muere por feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas y retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer respectivamente.

En mujeres el comportamiento es diferente, ya que, el 42,9% de las defunciones son por resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal, seguida de los trastornos respiratorios específicos del período perinatal (28,6%) y sepsis bacteriana del recién nacido y feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas cada una con el 14,3%.

La tendencia en la tasa de mortalidad perinatal en hombres revela una detención en las defunciones por afecciones maternas y resto de afecciones originadas en el período perinatal. El retardo en el crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al

nacer aumento un 100% y las afecciones por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento y trastornos respiratorios específicos del período perinatal descendieron 100% y 18% respectivamente. En mujeres la muerte por afecciones maternas aumentó el 100% y las complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento disminuyó el 100%. El retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer y la sepsis bacteriana del recién nacido se mantuvieron en el trienio en 0,0 y 0,7 respectivamente.

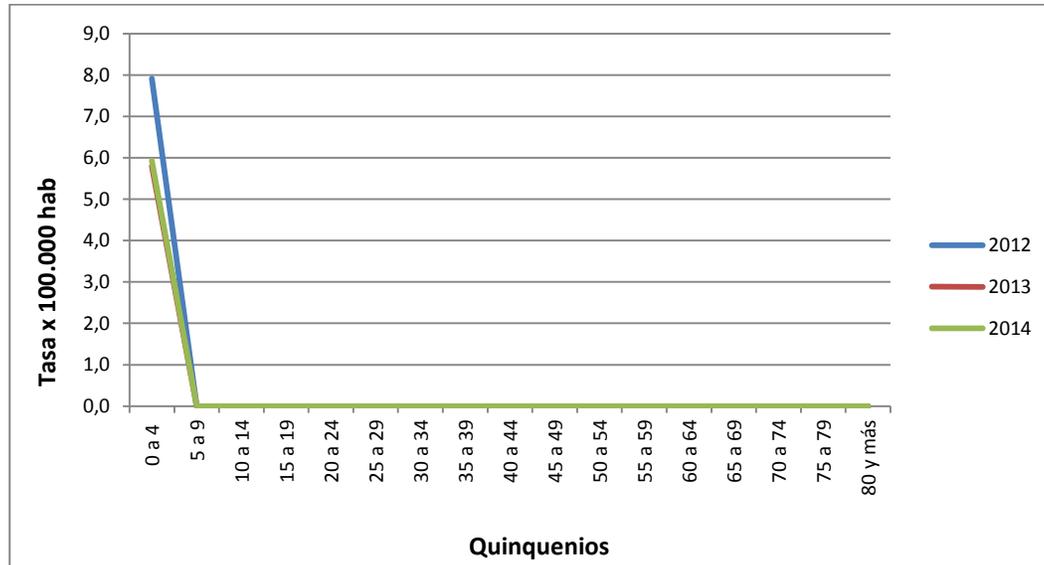
Gráfica 19. Tasa de mortalidad por afecciones en el periodo perinatal en hombres y mujeres, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016)

La mortalidad perinatal se presenta entre las 22 semanas de gestación y el 7 día posparto, es así que solo se reportan defunciones en el grupo de 0 a 4 años, la tendencia muestra un comportamiento oscilante. En el año 2014 las defunciones en hombres son 1,4 veces más altas que en mujeres, esta diferencia entre sexos ha aumentado entre el año 2012 y 2014.

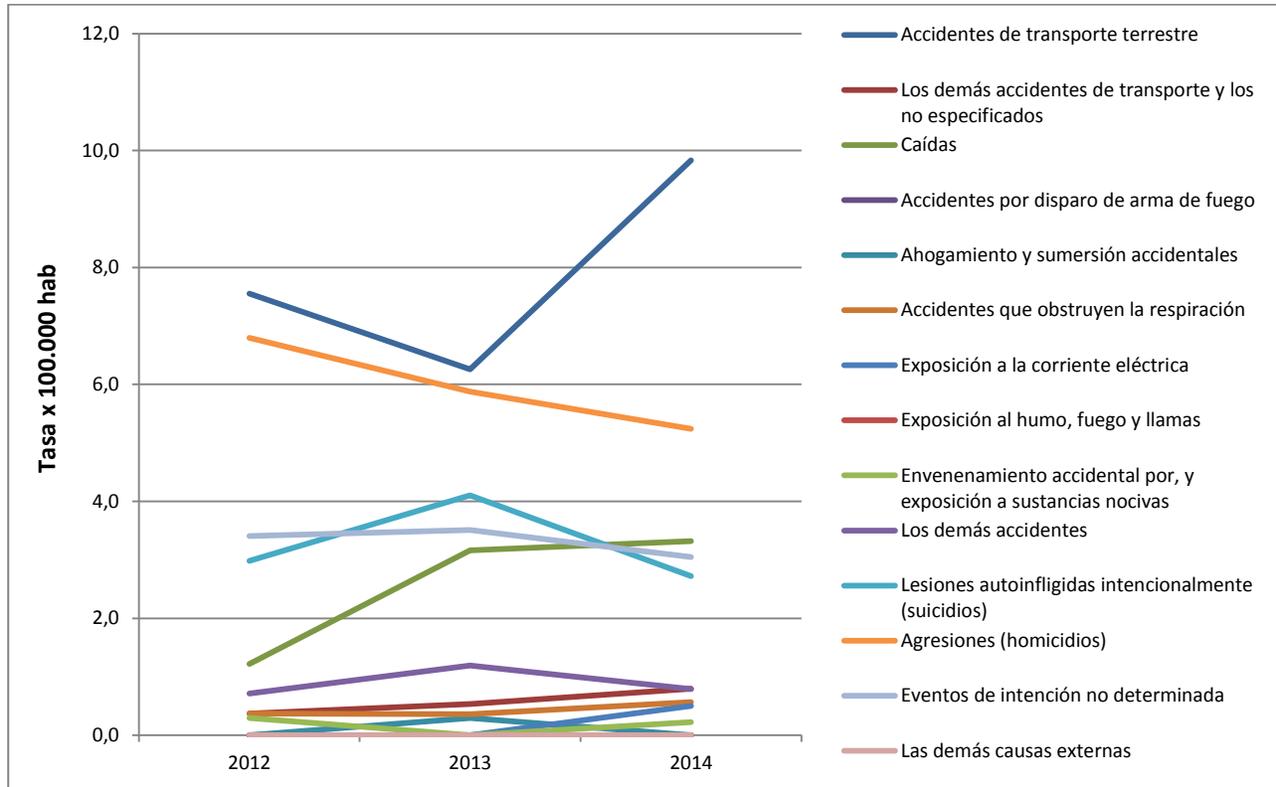
Gráfica 20. Tendencia tasa mortalidad por quinquenios por afecciones en el periodo perinatal, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014



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

Causas Externas: para la localidad de Fontibón se evidencia un aumento del 13,7% en la tasa de mortalidad por Lesiones de Causa externa, pasando de una tasa de 23,8 por 100.000 habitantes en 2012 a una de 27,0 en 2014. Para el año 2014 las cinco primeras causas de muerte se relacionan con: 36% accidentes de transporte terrestre, el 20% homicidios, el 12% caídas, el 11% eventos de intención no determinada y el 10% suicidios. Es de resaltar que los homicidios y los suicidios han disminuido un 22,9% y un 8,7% respectivamente entre el año 2012 y 2014, por el contrario las caídas y los accidentes de transporte terrestre han aumentado por encima del 100%.

Gráfica 21. Mortalidad subgrupo causas externas, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016). *Tasas ajustadas

Las tres primeras causas de mortalidad se mantienen tanto en la localidad como en la Subred siendo menor la magnitud en Fontibón.

Tabla 22. Tasas ajustadas de mortalidad por causas externas, localidad de Fontibón - Subred Sur Occidente, año 2014

Causas externas	Localidad Fontibón	Subred Sur Occidente
Accidentes de transporte terrestre	9,8	10,4
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0,8	0,2
Caídas	3,3	3,7
Accidentes por disparo de arma de fuego	0,0	0,0
Ahogamiento y sumersión accidentales	0,0	0,3
Accidentes que obstruyen la respiración	0,6	0,4
Exposición a la corriente eléctrica	0,5	0,2
Exposición al humo, fuego y llamas	0,0	0,0
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	0,2	0,1
Los demás accidentes	0,8	0,7
Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios)	2,7	3,2
Agresiones (homicidios)	5,2	9,4
Eventos de intención no determinada	3,1	3,2
Las demás causas externas	0,0	0,4

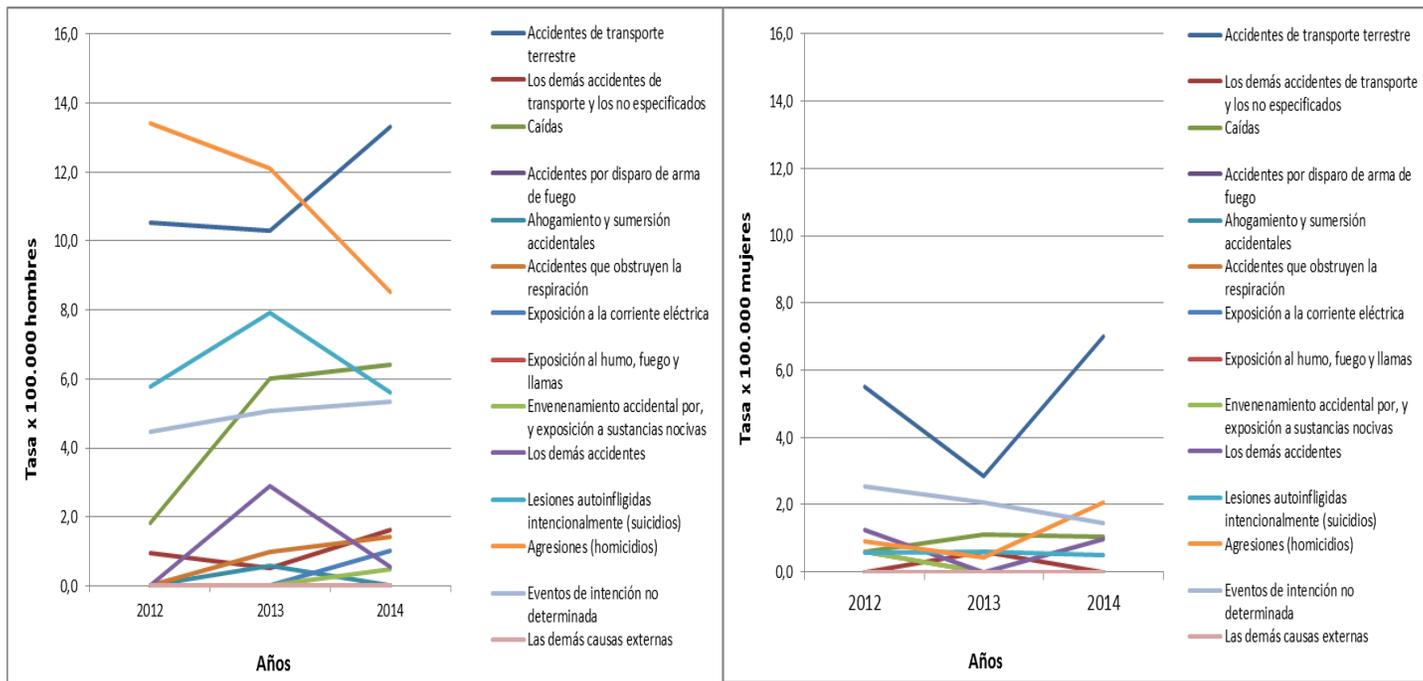
Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016)

En el año 2014 las muertes por causas externas en hombres es 2,3 veces más altas que en mujeres. En hombres las tres primeras causas de muerte son por: accidentes de transporte terrestre 30,7%, homicidios 21,3% y caídas 13,3%. En mujeres son: accidentes de tránsito 52%, homicidios 16% y eventos de intención no determinada 12%. Es importante destacar que en las caídas, por cada 5 hombres muere 1 mujer por esta causa, la tasa de mortalidad por suicidio es 9 veces más alta en hombres que en mujeres y los homicidios 3,4 veces más alta.

La tendencia muestra en hombres una disminución del 36,4% de los homicidios entre el año 2012 y 2014, por el contrario se ha registrado un aumento en los accidentes de transporte terrestre del 26,3%, caídas por encima del 100% y eventos de intención no determinada del

19,8%, los demás muestran un comportamiento inestable. En mujeres los incidentes de intención no determinada disminuyeron 43,5%, por el contrario los accidentes de transporte terrestre subieron un 26,8% y los homicidios por encima del 100%.

Gráfica 22. Tasa de mortalidad por causas externas en hombres y mujeres, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014

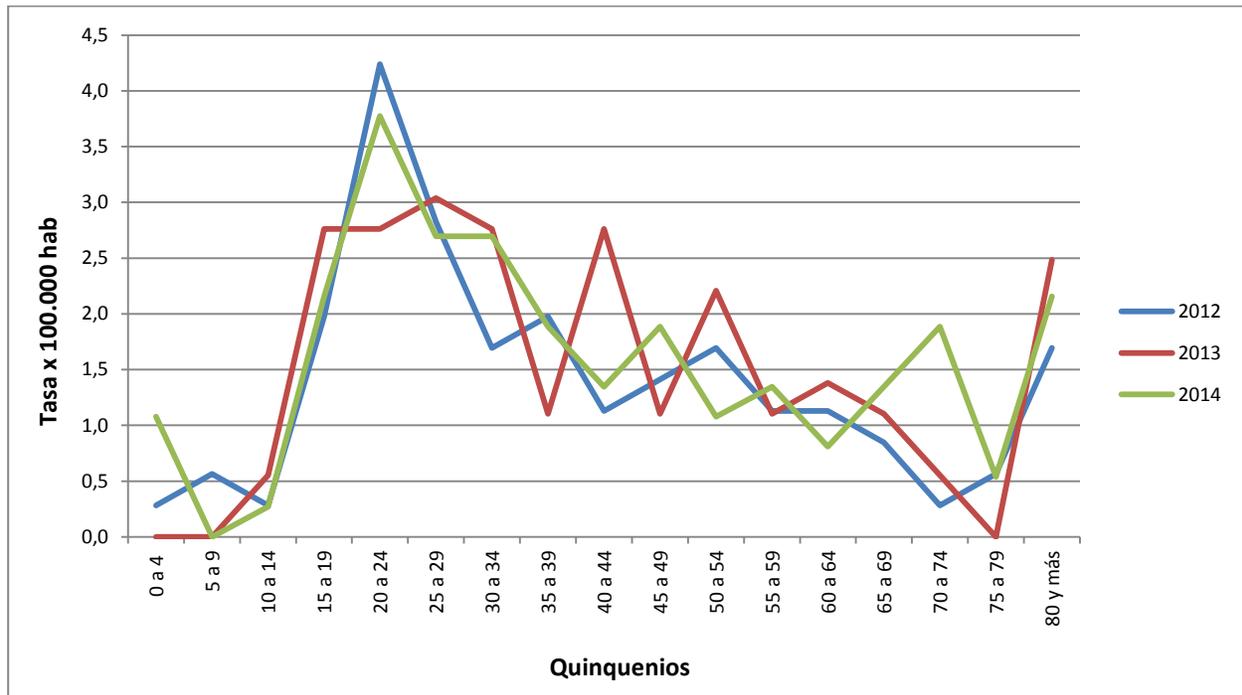


Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaria Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016)

La tasa de mortalidad de causas externas por quinquenios para el año 2014 fluctúa entre 0,3 por 100.000 habitantes y 3,8, la más alta está en el grupo de 20 a 24 años, seguida por 25 a 29 y 30 a 34 años con una tasa de 2,7 cada una, en personas de 80 años y más la tasa es de 2,2 siendo la tercera más alta. En el quinquenio con la tasa más alta, el 42,9% de las muertes son por homicidios, seguido de los accidentes por transporte terrestre (28,6%) y suicidios (14,3%). Las caídas y los suicidios son los que más muertes causan en el quinquenio de 80 años y más cada una con el 25%. En los menores de 5 años las defunciones son asociadas a accidentes de transporte terrestre (75%) y homicidios (25%).

En general los quinquenios muestran un comportamiento oscilante en el trienio analizado, los grupos de 0 a 4 años, 65 a 69 años y 70 a 74 años se caracterizan por registrar un aumento en las muertes por causas externas por encima del 100% en los tres años.

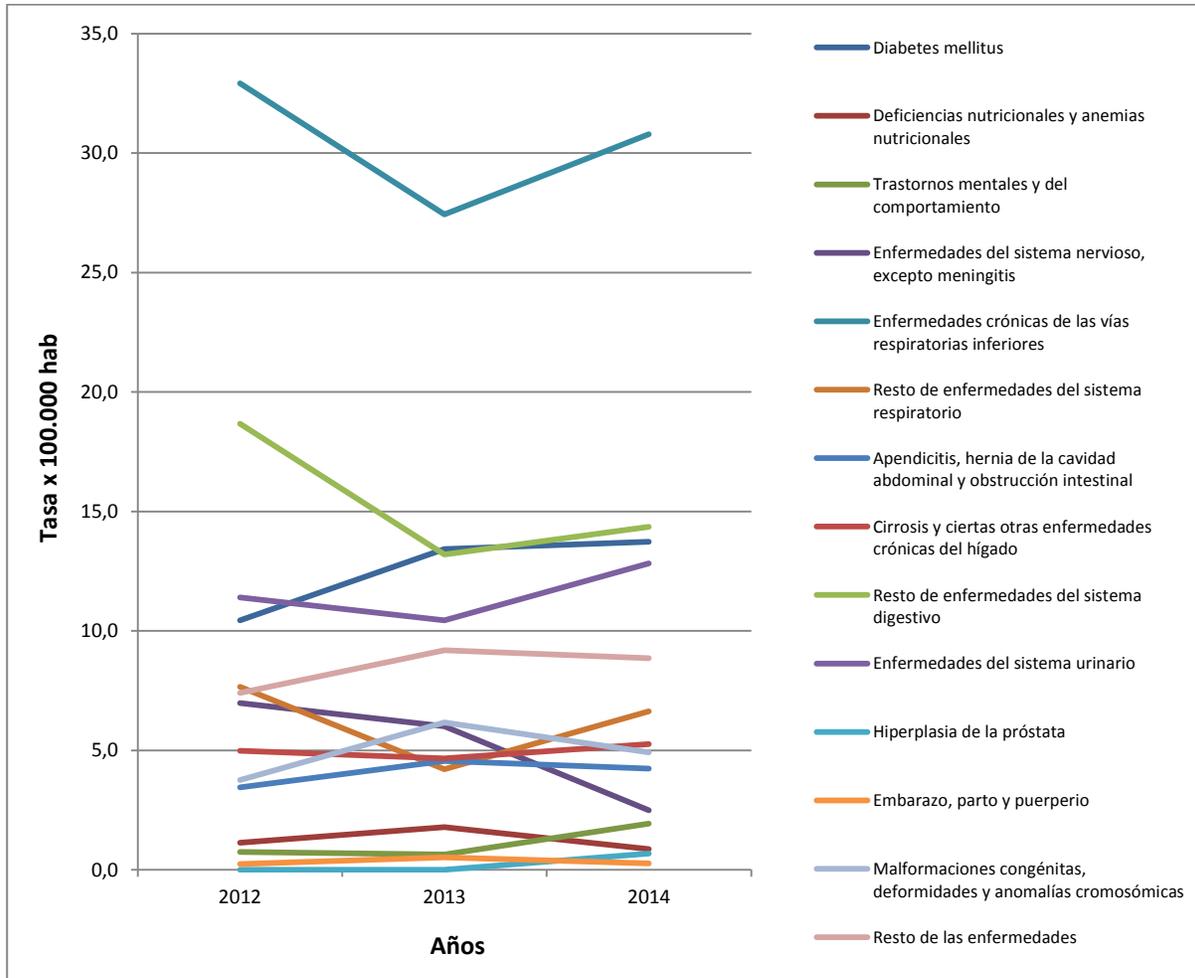
Gráfica 23. Tendencia tasa mortalidad por quinquenios por lesiones de causa externa, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014



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

Las Demás Causas: las demás causas presentan un comportamiento con tendencia a la disminución pasando de una tasa de 109,9 en el 2012 a 107,9 en el 2014. En el año 2014, el 28,5% de las defunciones en este grupo fueron por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, seguida del resto de enfermedades del sistema digestivo (13,3%) y diabetes mellitus (12,7%). Con respecto a la diabetes mellitus la mortalidad por esta causa ha aumentado un 31,4% entre el año 2012 y 2014, por el contrario las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores han experimentado una disminución del 6,5% en el mismo periodo de tiempo.

Gráfica 24. Mortalidad subgrupo demás causas, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - SDS, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016). *Tasas ajustadas

El comportamiento local es similar al de la Subred siendo las tres primeras causas enfermedades respiratorias crónicas de vías inferiores, seguido de enfermedades del sistema digestivo y diabetes mellitus. Aunque en el caso de las enfermedades respiratorias la magnitud es mayor en la localidad.

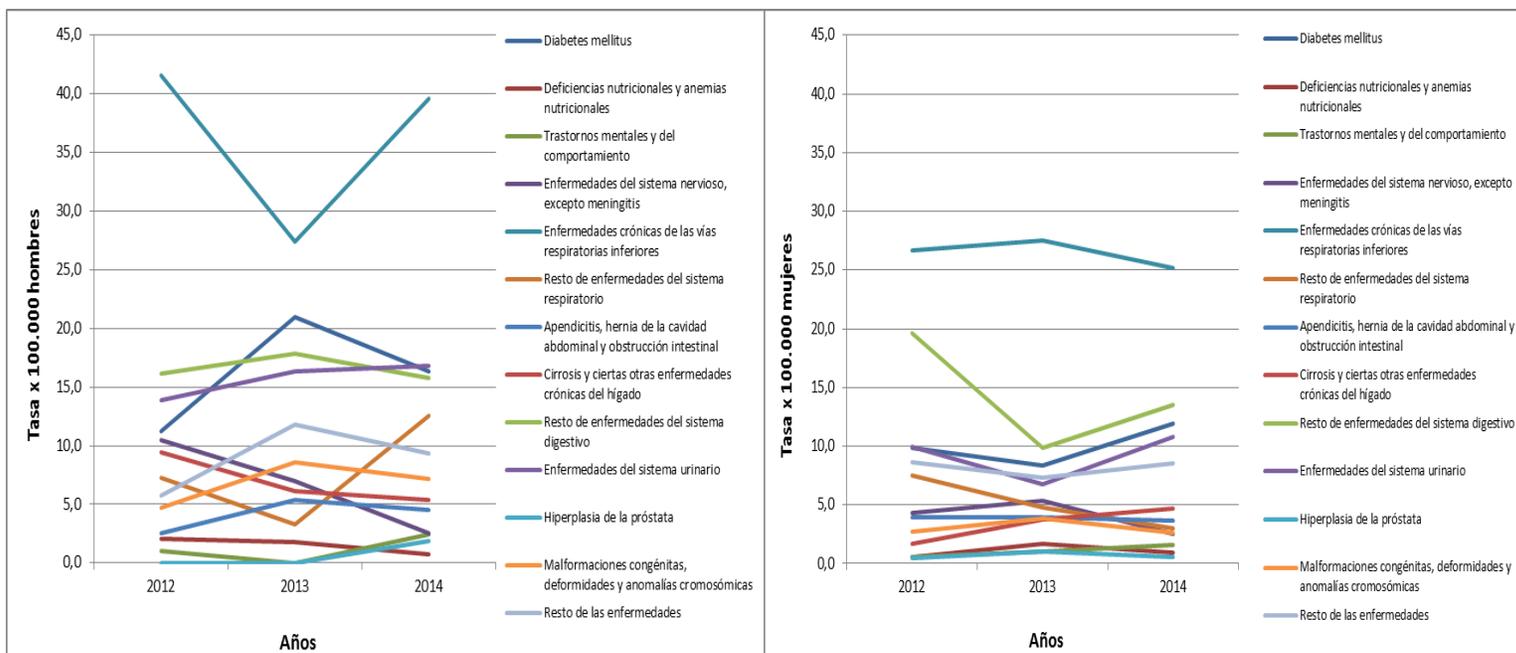
Tabla 23. Tasas ajustadas de mortalidad por las demás causas, localidad de Fontibón - Subred Sur Occidente, año 2014

Demás causas	Localidad Fontibón	Subred Sur Occidente
Diabetes mellitus	13,7	13,8
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	0,9	1,3
Trastornos mentales y del comportamiento	1,9	1,4
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	2,5	5,9
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	30,8	29,4
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	6,6	7,1
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	4,2	3,7
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	5,3	4,6
Resto de enfermedades del sistema digestivo	14,4	15,5
Enfermedades del sistema urinario	12,8	12,2
Hiperplasia de la próstata	0,7	0,5
Embarazo, parto y puerperio	0,3	0,6
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,9	5,6
Resto de las enfermedades	8,9	9,5

Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016). *Tasas ajustadas

La tasa de mortalidad en este grupo para el 2014 es más alta hombres (95,6 por cada 100.000 hombres) que en mujeres (87,6 por cada 100.000 mujeres). Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores son la primera causa de muerte en hombres (25,0 por 100.000), seguida por la diabetes mellitus (12,0) y las enfermedades del sistema digestivo (11,4), estableciéndose estas como las primeras tres causas de fallecimientos. En las mujeres las tres primeras causas de defunción son similares a las de los hombres; enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (24,1), resto de enfermedades del sistema digestivo (13,3) y diabetes mellitus (11,8).

Gráfica 25. Tasa de mortalidad por las demás causas en hombres y mujeres, localidad de Fontibón, años 2012 – 2014



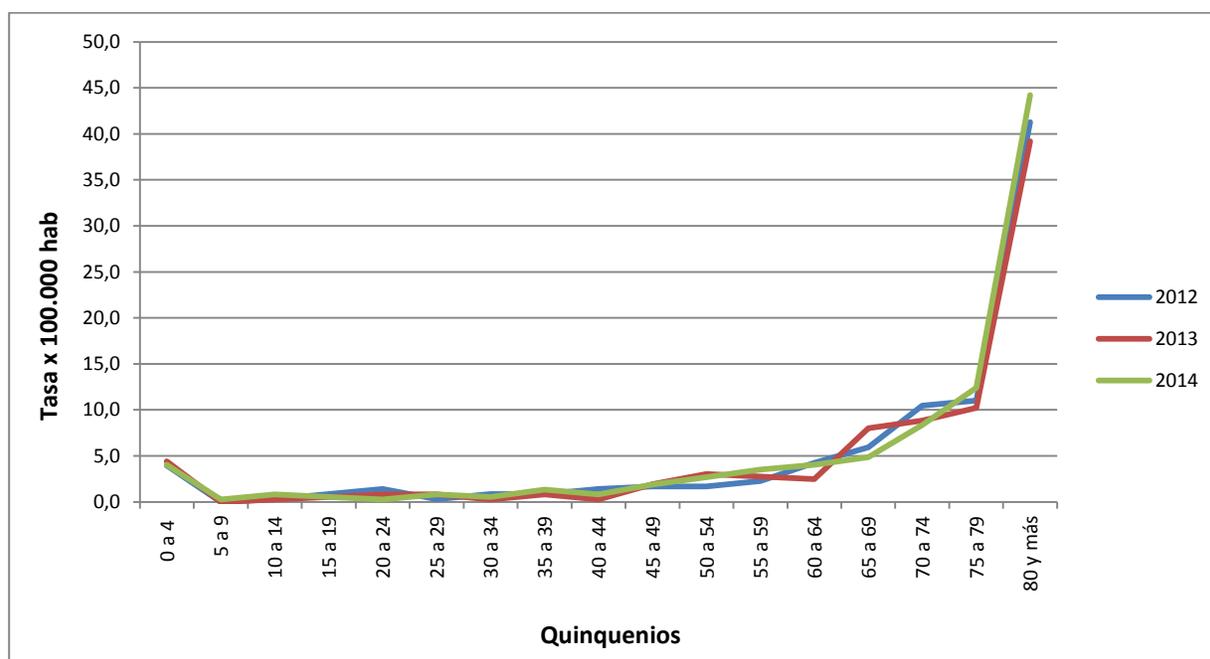
Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016)

El comportamiento de la tendencia en hombres es oscilante en la mayoría de las subcausas de mortalidad, frente a las enfermedades del sistema urinario (20,8%) e hiperplasia de la próstata (mayor al 100%), se evidencia un aumento en la tasa, por el contrario en deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis y cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado la tendencia se ha reducido un 64,2%, 75,7% y 43,1% respectivamente. En las mujeres también el comportamiento es inestable excepto en trastornos mentales y del comportamiento y cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado que aumentaron por encima del 100% cada una; el resto de enfermedades del sistema respiratorio y la apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal disminuyeron cada una 59,5% y 7,3%.

Por quinquenios en el año 2014 las tasas de mortalidad por las demás causas oscilan entre 0,3 por 100.000 habitantes y 44,2, la más elevada se muestra en el grupo de 80 años y más, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores son las que más causan muertes con una tasa de 17,5, seguidas de las enfermedades del sistema urinario (6,5) y diabetes mellitus y resto de enfermedades del sistema digestivo cada una con una tasa de 4,9. La tasa de mortalidad en el grupo de 80 años y más es 2,6 veces más alta que la del quinquenio de 75 a 79 años que es el que le sigue.

La mayoría de los quinquenios muestran un comportamiento cambiante en el trienio analizado, sin embargo los que se encuentran entre los 15 a 19 años, 20 a 24 años y 70 a 74 años registraron una disminución en la tasa de 36,4%, 80,9% y 20,1% respectivamente, los grupos de 10 a 14 años, 35 a 39 años y 55 a 59 años aumentaron la tasa un 86,2%, 59,0% y 55,0% respectivamente.

Gráfica 26. Tendencia tasa mortalidad por quinquenios por las demás causas, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014



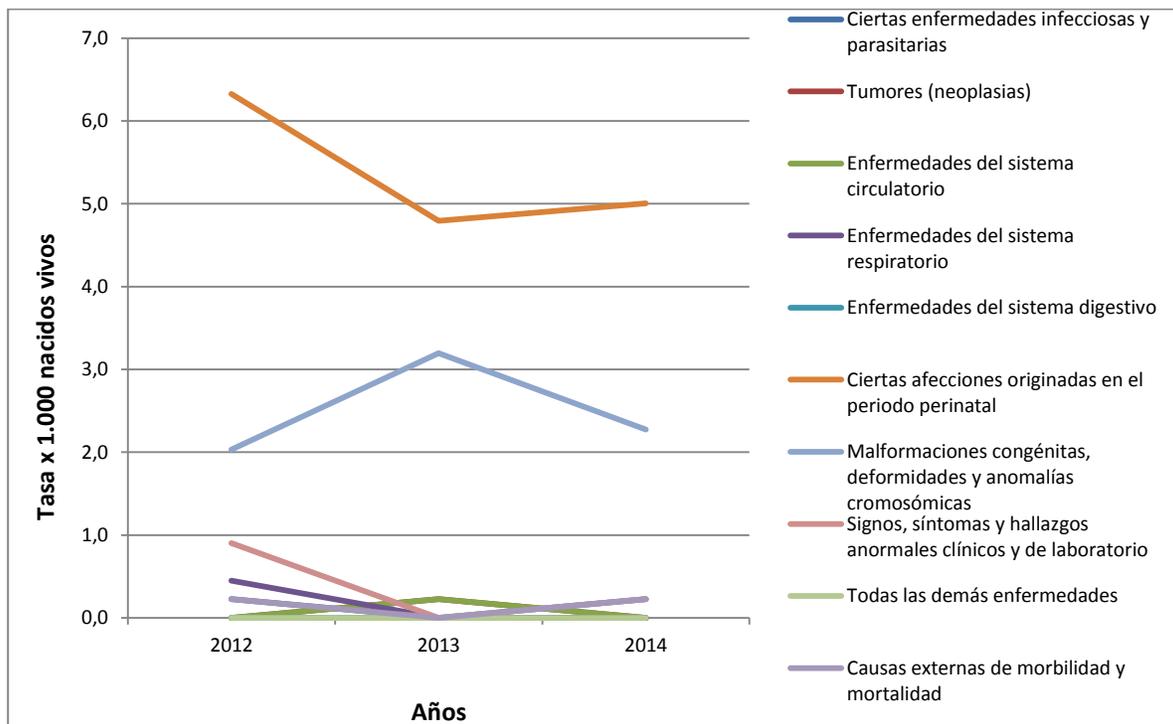
Fuente: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016)

3.1.3. Mortalidad infantil y en la niñez

Mortalidad Infantil: para los últimos tres años, la mortalidad en menores de un año en Fontibón muestra una disminución desde el año 2012, pasando de una tasa de 10,2 a 8,0 muertes por mil nacidos vivos para el año 2014.

En cuanto a las causas de mortalidad, durante el período 2012 a 2014 se ha mantenido como primera causa las afecciones originadas en el período perinatal, aunque se observa una disminución de la tasa. En segundo lugar, se encuentran las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, que por el contrario, han tenido un comportamiento más irregular. Al comparar este comportamiento con la Subred la distribución es igual con magnitudes inferiores.

Gráfica 27. Mortalidad infantil por subgrupo de causas, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016)

Tanto en hombres como en mujeres, la primera causa de muerte son ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, con una proporción similar por encima del 60% en el año 2014, con respecto a los hombres se muestra una tendencia al aumento, mientras que en mujeres disminuye para el periodo analizado. La segunda causa de muerte “malformaciones congénitas” muestra para el 2014 una proporción mucho mayor en hombres (33,3%) que en mujeres (18,2%) con una tendencia inestable en ambos sexos. En 2014 se reportó una muerte en menores de 1 año por signos, síntomas y una por hallazgos anormales clínicos y de laboratorio y por causas externas, el sexo en ambos casos es femenino.

Tabla 24. Proporción muertes infantiles por subgrupo de causas, localidad de Fontibón, años 2012 – 2014

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil	Hombres			Mujeres		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,0	0,0	0,0	5,3	0,0	0,0
Tumores (neoplasias)	0,0	0,0	0,0	0,0	6,7	0,0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema nervioso	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema circulatorio	0,0	0,0	0,0	0,0	6,7	0,0
Enfermedades del sistema respiratorio	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema digestivo	0,0	0,0	4,2	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema genitourinario	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	57,7	54,5	62,5	68,4	60,0	63,6
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	23,1	45,5	33,3	15,8	26,7	18,2
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	11,5	0,0	0,0	5,3	0,0	9,1
Todas las demás enfermedades	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,0	0,0	0,0	5,3	0,0	9,1

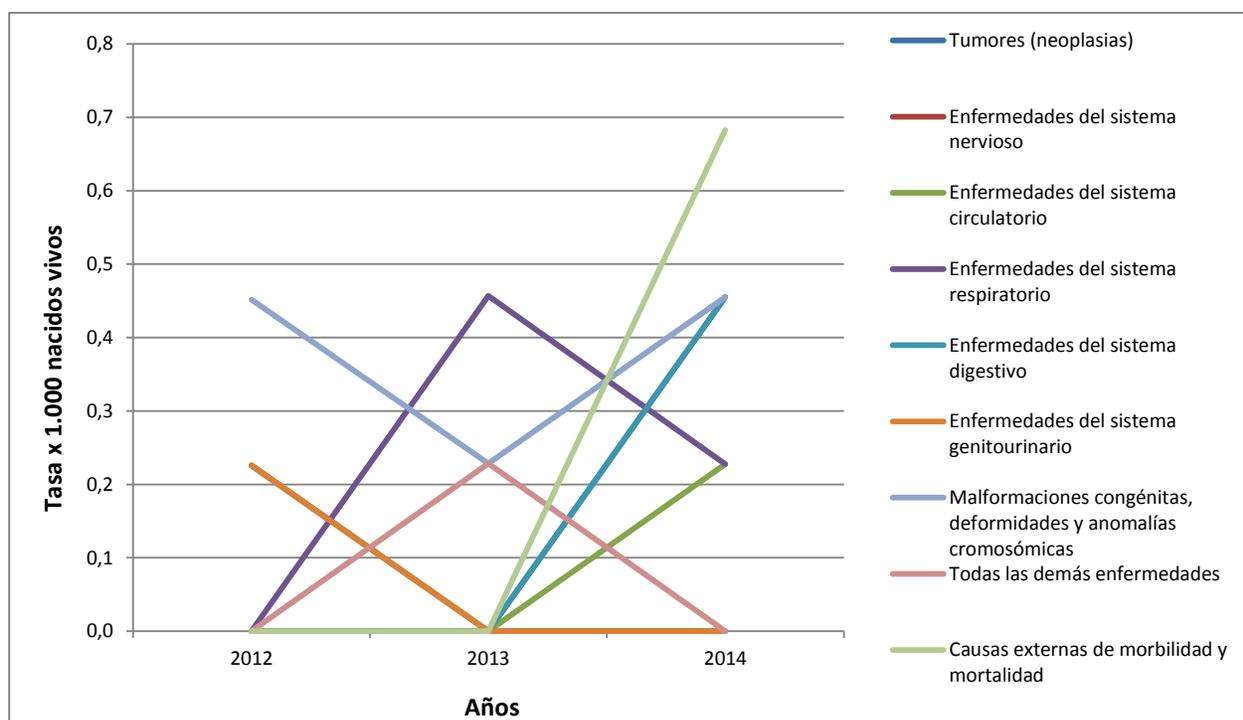
Fuente: Anexo mortalidad infantil y de la niñez, documento ASIS Ministerio de la Protección Social

3.1.4. Mortalidad de 1 a 4 años

Con respecto a los niños y niñas de 1 a 4 años, la tasa de mortalidad para el periodo 2012 – 2014 muestra un comportamiento heterogéneo, en el año 2012 la tasa fue de 1,1 por 1.000 nacidos vivos, para el 2013 de 0,9 y para el 2014 de 2,5, la cual dobla la del año 2012.

Frente a las causas de muerte para el año 2014, el grupo de causas externas de morbilidad y mortalidad ostenta la tasa más alta con 0,7 por 1.000 nacidos vivos, seguida de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, enfermedades del sistema digestivo y tumores, cada una con 0,5. Por su parte las enfermedades del sistema circulatorio y las del sistema respiratorio cada una tiene una tasa de 0,2.

Gráfica 28. Mortalidad niños y niñas de 1 a 4 años por grandes grupos de causas, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016)

Por sexo en las mujeres la proporción de muertes por causas externas es del 37,5%, los hombres en ese mismo año no reporto casos. En los hombres con un caso se notificaron defunciones por tumores, enfermedades del sistema digestivo y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.

Tabla 25. Proporción muertes en niños y niñas de 1 a 4 años por grandes grupos de causas, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad de 1 a 4 años	Hombres			Mujeres		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tumores (neoplasias)	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	12,5
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema nervioso	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	0,0
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema circulatorio	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5
Enfermedades del sistema respiratorio	0,0	66,7	0,0	0,0	0,0	12,5
Enfermedades del sistema digestivo	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	12,5
Enfermedades del sistema genitourinario	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	33,3	33,3	33,3	50,0	0,0	12,5
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Todas las demás enfermedades	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	37,5

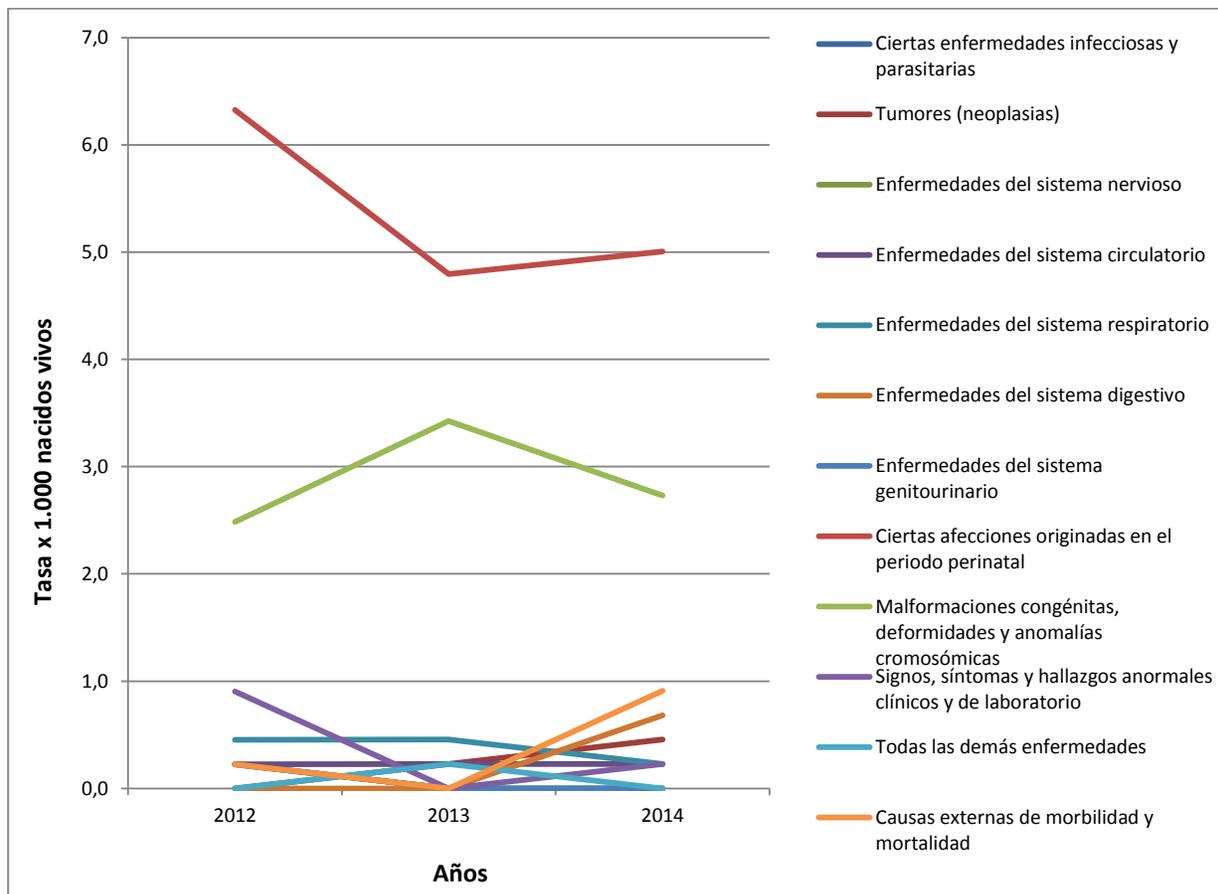
Fuente: Anexo mortalidad infantil y de la niñez, documento ASIS Ministerio de la Protección Social

3.1.5. Mortalidad en menores de cinco años

la tasa de mortalidad en los niños menores de 5 años muestra una tendencia oscilante, en el año 2012 fue de 11,3 por 1.000 nacidos vivos, para el año 2013 cayó a 9,3 y en 2014 aumento a 10,5. Las tres primeras causas de muerte son por: afecciones originadas en el periodo perinatal (5,0), seguidas de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (2,7) y las causas externas de morbilidad y mortalidad (0,9).

La tendencia muestra que la mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio, afecciones originadas en el periodo perinatal disminuyó un 49,6% y un 20,9% respectivamente, por el contrario las defunciones por causas externas, aumentaron más de un 100%.

Gráfica 29. Mortalidad niños y niñas menores de 5 años por grandes grupos de causas, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016)

En hombres para el 2014, la mayor proporción de muertes fueron en su orden por: afecciones originadas en el periodo perinatal, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, enfermedades del sistema digestivo y tumores. En mujeres las tres primeras causas fueron por afecciones originadas en el periodo perinatal, causas externas y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas

Tabla 26. Proporción muertes menores de 5 años por grandes grupos de causa, localidad de Fontibón, años 2012 - 2014

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad menores de 5 años	Hombres			Mujeres		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,0	0,0	0,0	4,8	0	0
Tumores (neoplasias)	0,0	0,0	3,7	0,0	6	5
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0
Enfermedades del sistema nervioso	0,0	0,0	0,0	4,8	0	0
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0
Enfermedades del sistema circulatorio	3,4	0,0	0,0	0,0	6	5
Enfermedades del sistema respiratorio	6,9	8,0	0,0	0,0	0	5
Enfermedades del sistema digestivo	0,0	0,0	7,4	0,0	0	5
Enfermedades del sistema genitourinario	3,4	0,0	0,0	0,0	0	0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	51,7	48,0	55,6	61,9	56	37
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	24,1	44	33,3	19,0	25,0	16
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	10,3	0,0	0,0	4,8	0	5,3
Todas las demás enfermedades	0,0	0,0	0,0	0,0	6	0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,0	0,0	0,0	4,8	0,0	21,1

Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016)

3.1.6. Mortalidad materno infantil y en la niñez

Al realizar la comparación teniendo en cuenta la tasa de mortalidad del Distrito frente a la localidad de Fontibón, se observa que los indicadores presentan resultados inferiores al igual que al compararlos con la Subred, aunque, el comportamiento a través de los años analizados ha presentado inestabilidades especialmente en los indicadores de mortalidad materna, mortalidad por IRA y mortalidad en la niñez. Al analizar los resultados de los indicadores de acuerdo a intervalos de confianza y las diferencias relativas, no se encuentran

diferencias significativas entre los indicadores locales y los del Distrito, al igual que entre los indicadores de la Subred y Bogotá.

Tabla 27. Resultado indicadores salud materno infantil semaforización, localidad de Fontibón, año 2014

Causa de muerte	Bogotá	Localidad Fontibón	2012	2013	2014
Razón de mortalidad materna	29,9	23,0	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad perinatal	12,8	10,2	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad neonatal	6,4	5,2	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad infantil	10,0	8,0	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	11,6	10,5	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad por neumonía en menores de cinco años	6,5	3,2	↘	↗	=
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	5,0	0,0	↘	↘	=
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0,8	0,0	=	=	=
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0,3	0,0	=	=	=

Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE Octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016

Entre los años 2012 al 2014, la tendencia muestra para la mortalidad materna y perinatal un comportamiento oscilante con tendencia a la disminución. En cuanto a la mortalidad neonatal e infantil el comportamiento es descendente. Con respecto a la mortalidad en la niñez, para el último año (2014) se registró un aumento en la tasa. Los resultados en mortalidad asociada a IRA, revela una ausencia de casos para el año 2014 y frente a la mortalidad por desnutrición y EDA se han mantenido en 0 casos para el trienio.

3.2. MORBILIDAD

La estructura de morbilidad tiene dos grandes fuentes; i) RIPS que recoge información individual sobre las atenciones realizadas en las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) públicas por parte de los diferentes servicios de atención (urgencias, consulta externa y hospitalización). ii) (SIVIGILA Nacional y SIVIGILA Distrital) que muestra la notificación de eventos de interés en salud pública, la cual es realizada por parte de las UPGD.

3.2.1. Morbilidad general y análisis de la prestación de servicios

RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios)

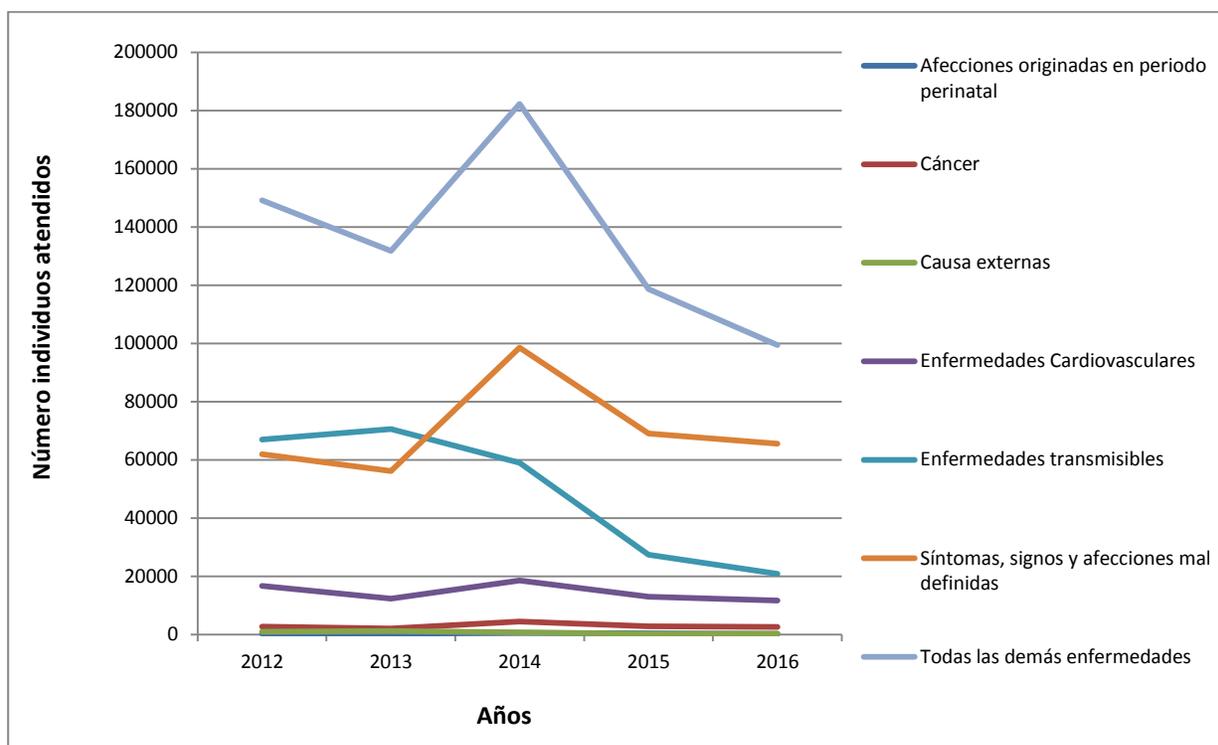
La información de morbilidad general tiene como fuente de información los registros RIPS los cuales se construyen con las atenciones realizadas en los diferentes servicios (urgencias, consulta externa y hospitalización), el alcance de esta información es sólo para la Red Pública Distrital. El presente análisis describe el año 2016 comparando con los años 2012 – 2015.

En el año 2016 se realizaron 363.068 atenciones a 200.332 individuos en IPS de la Localidad de Fontibón, lo que indica un promedio de 1,8 atenciones por individuo/año. Fontibón le aporta al total de atenciones de Bogotá el 2,6% y al total de la Subred Sur Occidente el 12,7%. Con respecto al número de atenciones/año por individuo no se evidencian grandes diferencias entre lo Local, lo Distrital y la Subred con 1,8, 1,8 y 1,9 respectivamente.

De acuerdo a la agrupación 6/67 desde el año 2012 el grupo de todas las demás enfermedades es el que mayor aporte realiza a las principales causas de morbilidad, con una tendencia variable durante estos años y aportando el 49,6% del total de individuos atendidos en el año 2016. En segundo lugar, se encuentran los signos y síntomas mal definidos los cuales muestran una tendencia hacia la disminución en los últimos tres años y aporta para el último periodo el 32,7% del total de individuos atendidos; en tercer lugar, se encuentran las

enfermedades transmisibles con una tendencia hacia la disminución aportando el 10,4%. Los otros grupos en su orden de mayor a menor aporte están: enfermedades cardiovasculares con el 5,8%, cáncer 1,3% y con menos del 1% lesiones de causa externa, y afecciones perinatales.

Gráfica 30. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67, localidad de Fontibón, años 2012 - 2016



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

En el año 2016, el 96,6% de las atenciones se realizaron en el servicio de consulta externa, el 2,9% en urgencias y el 0,5% se hospitalizaron. Tanto para consulta externa, como para urgencias y hospitalización la causa de morbilidad por la cual más se demanda el servicio son las demás enfermedades, la concentración de atenciones por individuo es similar para los tres servicios 1,8/año para consulta externa, 1,1 hospitalización y 1,3/año en urgencias.

Tabla 28. Distribución absoluta y relativa atenciones por grandes causas y servicio, localidad Fontibón, año 2016

Tipo de Atención	Grupo de Causa	Atenciones		Individuos		Concentración
		No	%	No	%	
Consultas	Afecciones originadas en periodo perinatal	247	0,1	125	0,1	2,0
	Cáncer	3.313	0,9	2.527	1,3	1,3
	Causa externas	236	0,1	211	0,1	1,1
	Enfermedades Cardiovasculares	22.652	6,5	11.466	5,9	2,0
	Enfermedades transmisibles	26.499	7,6	19.971	10,2	1,3
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	121.728	34,7	64.052	32,8	1,9
	Todas las demás enfermedades	176.097	50,2	96.725	49,6	1,8
	Total	350.772	100	195.077	100	1,8
Hospitalizaciones	Afecciones originadas en periodo perinatal	22	1,3	19	1,3	1,2
	Cáncer	22	1,3	22	1,5	1,0
	Causa externas	8	0,5	8	0,5	1,0
	Enfermedades Cardiovasculares	78	4,8	71	4,7	1,1
	Enfermedades transmisibles	193	11,8	180	12,0	1,1
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	330	20,1	317	21,0	1,0
	Todas las demás enfermedades	986	60,2	889	59,0	1,1
	Total	1.639	100	1.506	100	1,1
Urgencias	Afecciones originadas en periodo perinatal	26	0,2	23	0,3	1,1
	Cáncer	35	0,3	32	0,4	1,1
	Causa externas	41	0,4	39	0,5	1,1
	Enfermedades Cardiovasculares	317	3,0	252	3,0	1,3
	Enfermedades transmisibles	1.384	13,0	1.108	13,1	1,2
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	3.222	30,2	2.501	29,5	1,3
	Todas las demás enfermedades	5.632	52,8	4.510	53,3	1,2
	Total	10.657	100	8.465	100	1,3

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

Por sexos para el año 2016 en los tres niveles territoriales; Localidad, Subred y Distrito, predominan las atenciones en mujeres frente a los hombres, es de esta manera que para la localidad de Fontibón el 62,3% de las atenciones fueron en mujeres, en la Subred el 64,6% y en Bogotá el 63,8%. Al analizar por grupo de causas, el predominio es de las mujeres para la mayoría de las grandes causas excepto en las afecciones del periodo perinatal, con un 52,9% de las atenciones en hombres, este mismo comportamiento se replica tanto en la Subred como en la Capital. Con respecto a la concentración de atenciones, no se muestran grandes diferencias entre hombres y mujeres siendo 1,7 y 1,9 por año respectivamente.

En hombres el grupo de causas por la cual más consultan son todas las demás enfermedades (52,2%), seguido de síntomas signos y afecciones mal definidos (30,5%), enfermedades transmisibles (9,8%), enfermedades cardiovasculares (6,6%), cáncer (0,7%) y causas externas y afecciones originadas en el periodo perinatal cada una con 0,1%. En las mujeres, la distribución es la misma pero la magnitud cambia; todas las demás enfermedades (49,2%), síntomas signos mal definidos (37%), enfermedades transmisibles (6,5%), cardiovasculares (6,2%), cáncer (1,1%) y causas externas y afecciones originadas en el periodo perinatal cada una con 0,1%.

Tabla 29. Distribución absoluta y relativa atenciones por sexo por grandes causas, localidad de Fontibón, año 2016

Grupo de Causas	Hombre				Mujer				Total			
	# Atenciones		# Individuos		# Atenciones		# Individuos		# Atenciones		# Individuos	
	No.	%										
Fontibón												
Afecciones del periodo perinatal	156	52,9	70	49,6	139	47,1	71	50,4	295	0,1	141	0,1
Cáncer	983	29,2	760	29,7	2.387	70,8	1.799	70,3	3.370	0,9	2.559	1,3
Causa externas	115	40,4	100	41,8	170	59,6	139	58,2	285	0,1	239	0,1
Enfermedades Cardiovasculares	9.027	39,2	4.513	38,8	14.020	60,8	7.131	61,2	23.047	6,3	11.644	5,8
Enfermedades transmisibles	13.456	47,9	9.380	45,1	14.620	52,1	11.415	54,9	28.076	7,7	20.795	10,4
Síntomas y afecciones mal definidas	41.763	33,3	24.415	37,3	83.517	66,7	41.094	62,7	125.280	34,5	65.509	32,7
Todas las demás	71.549	39,2	40.846	41,1	111.166	60,8	58.656	58,9	182.715	50,3	99.502	49,7

Grupo de Causas	Hombre				Mujer				Total			
	# Atenciones		# Individuos		# Atenciones		# Individuos		# Atenciones		# Individuos	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
enfermedades												
Total	137.049	37,7	80.084	40,0	226.019	62,3	120.305	60,0	363.068	100	200.389	100
Subred												
Afecciones del periodo perinatal	1.970	51,5	838	49,5	1.852	48,5	856	50,5	3.822	0,1	1.694	0,1
Cáncer	6.292	27,0	4.353	26,9	16.994	73,0	11.821	73,1	23.286	0,8	16.174	1,0
Causa externas	5.687	25,1	4.279	24,6	16.984	74,9	13.109	75,4	22.671	0,8	17.388	1,1
Enfermedades Cardiovasculares	69.714	31,8	35.172	31,4	149.645	68,2	76.896	68,6	219.359	7,7	112.068	6,9
Enfermedades transmisibles	113.799	45,4	85.960	44,9	136.876	54,6	105.598	55,1	250.675	8,8	191.558	11,8
Síntomas y afecciones mal definidas	267.018	31,7	167.275	35,6	575.722	68,3	303.002	64,4	842.740	29,5	470.277	29,1
Todas las demás enfermedades	548.170	36,7	318.452	39,4	946.104	63,3	490.270	60,6	1.494.274	52,3	808.722	50,0
Total	1.012.650	35,4	616.329	38,1	1.844.177	64,6	1.001.552	61,9	2.856.827	100	1.617.881	100
Distrito												
Afecciones del periodo perinatal	13.249	52,7	5.949	51,9	11.904	47,3	5.512	48,1	25.153	0,2	11.461	0,2
Cáncer	83.943	31,8	36.945	29,7	180.360	68,2	87.307	70,3	264.303	1,9	124.252	1,7
Causa externas	33.040	32,2	27.083	32,3	69.620	67,8	56.765	67,7	102.660	0,7	83.848	1,2
Enfermedades Cardiovasculares	333.353	34,4	165.786	34,3	634.874	65,6	317.831	65,7	968.227	7,1	483.617	6,7
Enfermedades transmisibles	543.419	45,6	349.677	43,6	647.779	54,4	451.600	56,4	1.191.198	8,7	801.277	11,2
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	1.217.892	32,4	710.773	35,2	2.545.981	67,6	1.310.154	64,8	3.763.873	27,4	2.020.927	28,1
Todas las demás enfermedades	2.739.737	37,0	1.430.813	39,1	4.661.184	63,0	2.225.689	60,9	7.400.921	54,0	3.656.502	50,9
Total	4.964.633	36,2	2.727.026	38,0	8.751.702	63,8	4.454.858	62,0	13.716.335	100	7.181.884	100

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

Primera Infancia: en el año 2016 se atendieron 20.174 niños y niñas menores de 6 años representando el 10% del total atendido en las IPS de la localidad, luego de las demás causas y los síntomas, signos y afecciones mal definidas, las enfermedades transmisibles

son las de mayor carga de morbilidad, consultando por esta causa el 18,8% de los niños y niñas, comportamiento que se encuentra por encima de; infancia (14,1%), adolescencia (8,7%), juventud (11,3%), adultez (9%) y vejez (5,2%).

Al comparar el comportamiento de las enfermedades transmisibles, la carga de morbilidad del Distrito por esta causa está por encima de la local 3,5 puntos porcentuales y frente a la Subred 2,7pp. Esta situación se explica por la gran susceptibilidad de los niños y niñas menores de 5 años a presentar enfermedades como la IRA y EDA, asociado a su inmadurez inmunitaria, inadecuados patrones alimentarios, ausencia o escasa lactancia materna, contaminación ambiental, inadecuados hábitos higiénico sanitarios, entre otras. Por otro lado, las afecciones originadas en el periodo perinatal al igual que las enfermedades transmisibles tienen una mayor carga de morbilidad en este grupo de edad.

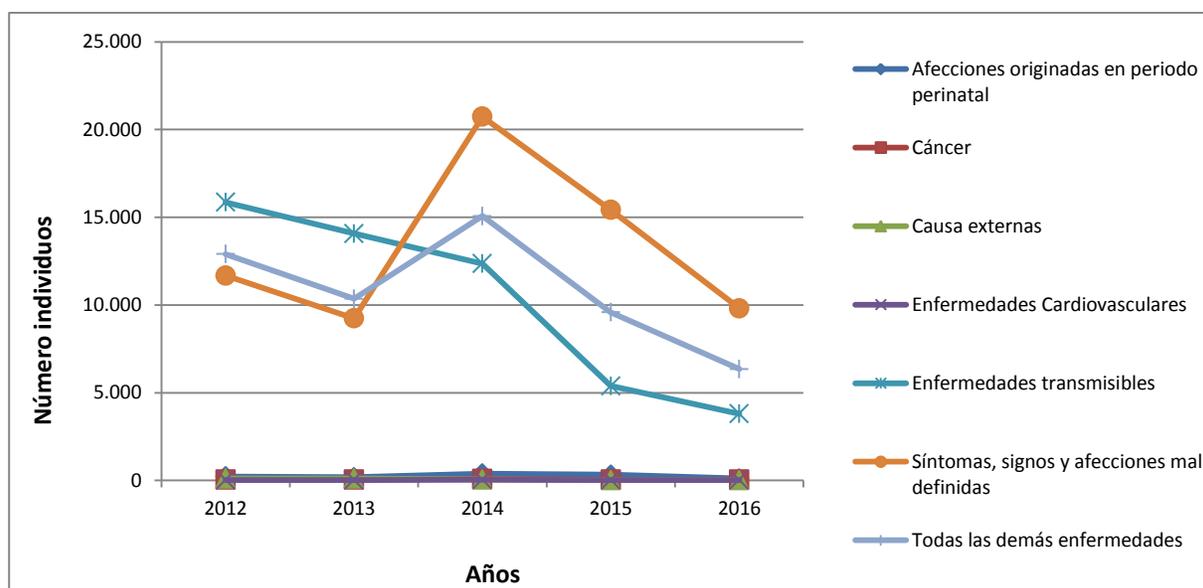
Tabla 30. Distribución absoluta y relativa morbilidad atendida por grandes causas, primera infancia, localidad de Fontibón – Bogotá – Subred Sur Occidente, año 2016

Grupos morbilidad por grandes causas	Fontibón		Subred		Distrito		Concentración		
	No	%	No	%	No	%	Fontibón	Subred	Distrito
Afecciones originadas en periodo perinatal	110	0,5	1.319	0,8	8.404	1,2	2,1	2,1	2,2
Cáncer	48	0,2	332	0,2	2.007	0,3	1,1	1,2	1,9
Causa externas	23	0,1	504	0,3	2.341	0,3	1,0	1,1	1,2
Enfermedades Cardiovasculares	29	0,1	216	0,1	1.631	0,2	1,3	1,3	1,5
Enfermedades transmisibles	3.801	18,8	36.596	21,6	161.813	22,3	1,4	1,5	1,7
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	9.811	48,6	74.280	43,8	294.056	40,6	2,0	1,8	1,9
Todas las demás enfermedades	6.352	31,5	56.478	33,3	254.475	35,1	1,7	1,6	1,8
Total	20.174	100	169.725	100	724.727	100	1,8	1,7	1,8

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

Las grandes causas revelan una disminución entre los años 2012 y 2016, la morbilidad por causas externas ostenta una reducción del 79,8% siendo la más alta, seguida de las enfermedades transmisibles (76%), afecciones del periodo perinatal (51,3%), todas las demás enfermedades (50,8%), síntomas y signos mal definidos (16%), enfermedades cardiovasculares (14,7%) y cáncer (14,3%).

Gráfica 31. Morbilidad por grandes causas, primera infancia, localidad de Fontibón, años 2012 - 2016



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

Infancia: durante el año 2016 se atendieron 15.651 niños y niñas entre los 6 y los 11 años de edad representando el 7,7% del total atendido en las IPS, luego de las demás causas y los síntomas, signos y afecciones mal definidas, las enfermedades transmisibles son las de mayor carga de morbilidad (14,1%, de las consultas), comportamiento superior al registrado por los momentos adolescencia (8,7%), juventud (11,3%), adultez (9,0%) y vejez (5,2%). Al comparar con Bogotá, la carga de morbilidad del Distrito por esta causa está por encima de la local 1,5 puntos porcentuales y frente a la Subred 1,8pp.

Esta situación se explica por la susceptibilidad de niños y niñas a presentar enfermedades como la IRA y EDA, asociado al ingreso escolar lo cual aumenta la transmisibilidad de estas enfermedades, esto se complica aún más con patrones alimentarios inadecuados, contaminación ambiental, inadecuados hábitos higiénico sanitarios y uso de agua contaminada para el consumo, entre otros. Adicionalmente en la Localidad se identifican factores de riesgo tales como inadecuado manejo de residuos, contaminación de cuencas y humedales, altos niveles de contaminación atmosférica por la actividad industrial, tráfico vehicular; actividades ilegales como la quema de llantas, madera y plástico, entre otras.

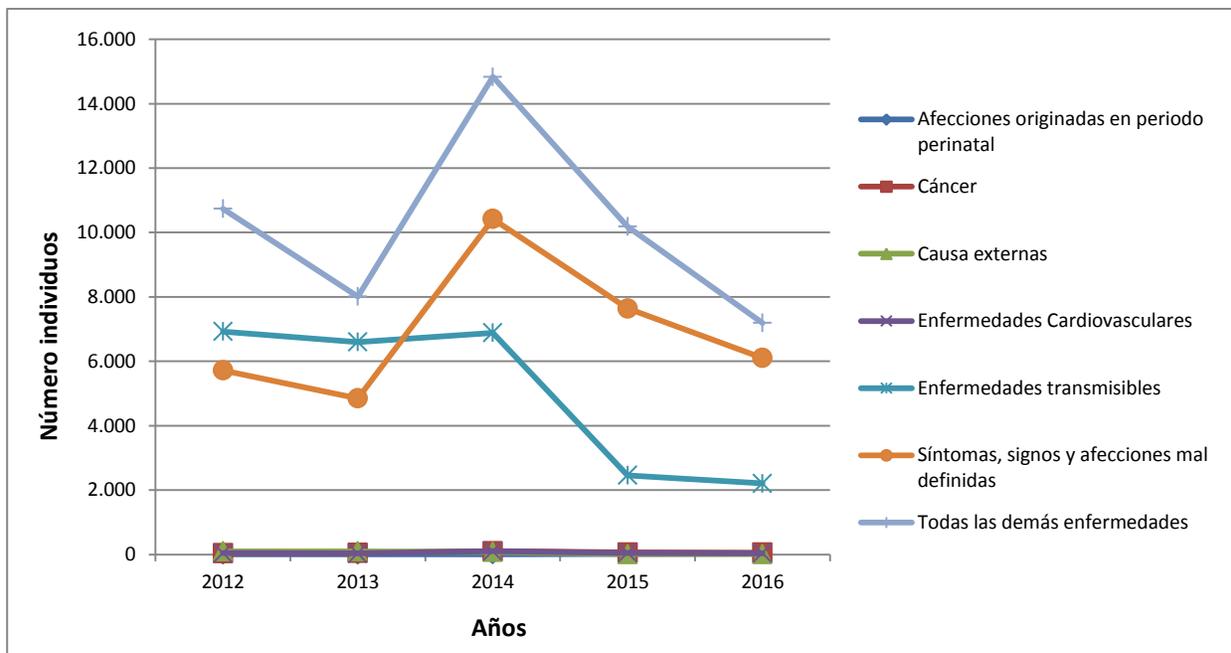
Tabla 31. Distribución absoluta y relativa de la morbilidad atendida por grandes causas, infancia, localidad de Fontibón – Bogotá – Subred Sur Occidente, año 2016

Grupos morbilidad por grandes causas	Fontibón		Subred Sur Occidente		Distrito		Concentración		
	No	%	No	%	No	%	Fontibón	Subred	Distrito
Afecciones originadas en periodo perinatal	26	0,2	316	0,2	2.038	0,4	1,6	1,6	1,6
Cáncer	61	0,4	381	0,3	2.278	0,4	1,1	1,2	1,8
Causa externas	16	0,1	534	0,4	2.500	0,4	1,4	1,1	1,1
Enfermedades Cardiovasculares	41	0,3	362	0,3	2.298	0,4	1,4	1,2	1,3
Enfermedades transmisibles	2.208	14,1	21.846	15,9	88.811	15,6	1,2	1,2	1,4
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	6.106	39,0	49.238	35,8	196.129	34,5	1,7	1,5	1,6
Todas las demás enfermedades	7.193	46,0	64.942	47,2	274.178	48,3	1,7	1,6	1,7
Total	15.651	100	137.619	100	568.232	100	1,6	1,5	1,6

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

Entre los años 2012 y 2016 se evidencia en los grupos de afecciones del periodo perinatal, cáncer, síntomas, signos y afecciones mal definidas un aumento en la proporción de atenciones de más del 100%, 29,8% y 6,8% respectivamente. Por el contrario causas externas (83,7%), enfermedades cardiovasculares (8,9%), enfermedades transmisibles (68,1%) y demás enfermedades (33%) disminuyeron.

Gráfica 32. Morbilidad por grandes causas, infancia, localidad de Fontibón, años 2012 - 2016



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

Adolescencia: en el año 2016 se atendieron 13.585 adolescentes representando el 6,7% del total atendido en las IPS de la localidad, caracterizándose por ser el momento de curso de vida que menos consulta. Luego de las demás causas y los síntomas, signos y afecciones mal definidas, las enfermedades transmisibles son las de mayor carga de morbilidad, consultando por esta causa el 8,7% de los adolescentes. Al comparar su comportamiento

con Bogotá, la carga de morbilidad del Distrito está por encima de la local 0,7 puntos porcentuales y frente a la Subred 0,5 puntos porcentuales.

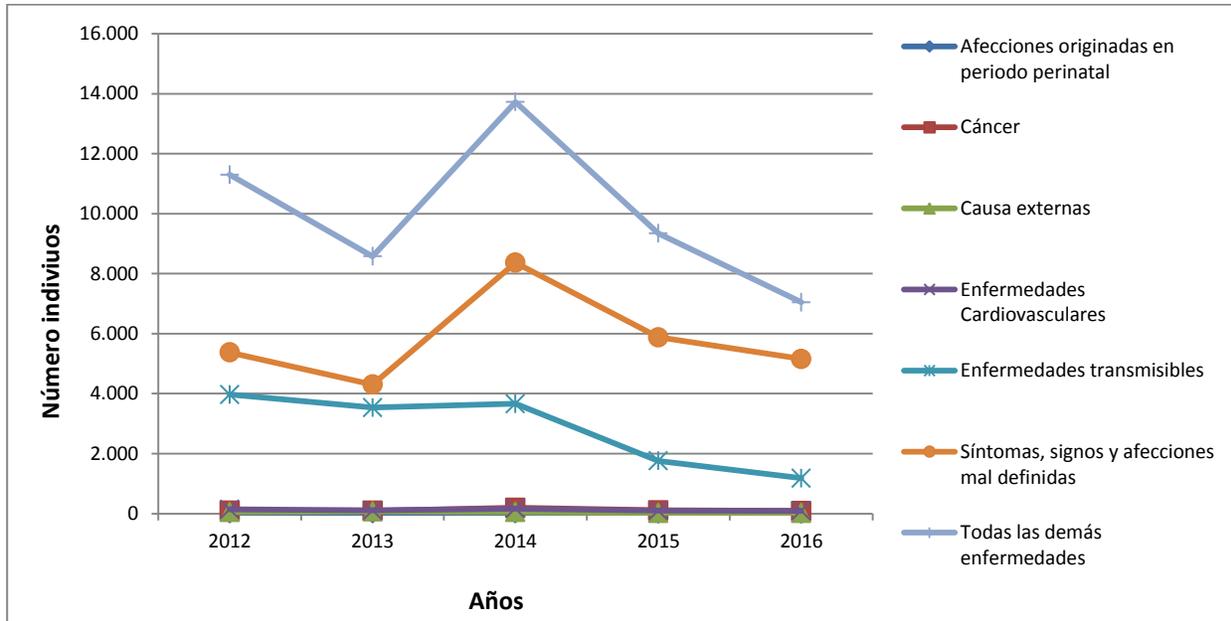
Tabla 32. Distribución absoluta y relativa de la morbilidad atendida por grandes causas, adolescencia, localidad de Fontibón – Bogotá – Subred Sur Occidente, año 2016

Grupos Morbilidad por Grandes Causas	Fontibón		Subred		Distrito		Concentración		
	No	%	No	%	No	%	Fontibón	Subred	Distrito
Afecciones originadas en periodo perinatal	5	0,04	87	0,1	681	0,2	2,6	1,6	1,7
Cáncer	89	0,7	559	0,5	3.258	0,7	1,2	1,4	1,8
Causa externas	21	0,2	584	0,5	3.226	0,7	1,4	1,2	1,2
Enfermedades Cardiovasculares	91	0,7	685	0,6	3.105	0,7	1,2	1,3	1,4
Enfermedades transmisibles	1.178	8,7	10.377	9,2	42.037	9,4	1,1	1,1	1,3
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	5.157	38,0	39.506	35,1	148.787	33,1	1,8	1,7	1,7
Todas las demás enfermedades	7.044	51,9	60.830	54,0	247.937	55,2	1,7	1,6	1,7
Total	13.585	100	112.628	100	449.031	100	1,7	1,6	1,7

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

Para el quinquenio se evidencia para todas las causas una disminución, las enfermedades transmisibles presentan la reducción más alta con el 70,3%, seguida por causas externas (59,6%), todas las demás enfermedades (37,7%), enfermedades cardiovasculares (35,5%), afecciones del periodo perinatal (28,6%), cáncer (6,3%) y síntomas, signos y afecciones mal definidas (4%).

Gráfica 33. Morbilidad por grandes causas, adolescencia, localidad de Fontibón, años 2012 - 2016



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

Juventud: en el año 2016 se atendieron 41.563 jóvenes representando el 20,4% del total atendido en las IPS de la localidad. Luego de las demás causas y los síntomas, signos y afecciones mal definidas, las enfermedades transmisibles son las de mayor carga de morbilidad, consultando por esta causa el 11,3% de los jóvenes. Al comparar su comportamiento con Bogotá, la carga de morbilidad del Distrito por esta causa está por encima de la local 1,5pp y frente a la Subred 2,5pp para este momento de curso de vida.

Las infecciones respiratorias como en la primera infancia y niñez cobran una gran importancia en este grupo de edad, el inadecuado manejo de residuos, contaminación de cuencas y humedales, altos niveles de contaminación atmosférica por la actividad industrial, tráfico vehicular; actividades ilegales como la quema de llantas, madera y plástico, influyen en que estas enfermedades se presenten al igual que los inadecuados hábitos de salubridad como lo son el inadecuado lavado de manos, no uso del tapabocas para proteger las vías

respiratorias, cambios bruscos de temperatura, etc. Otras enfermedades que cobra gran relevancia en este momento es el VIH SIDA y las de transmisión sexual, como factores de riesgo se encuentran los patrones culturales como prácticas inadecuadas en el ejercicio de su sexualidad, falta de información relacionada con la enfermedad, entre otras.

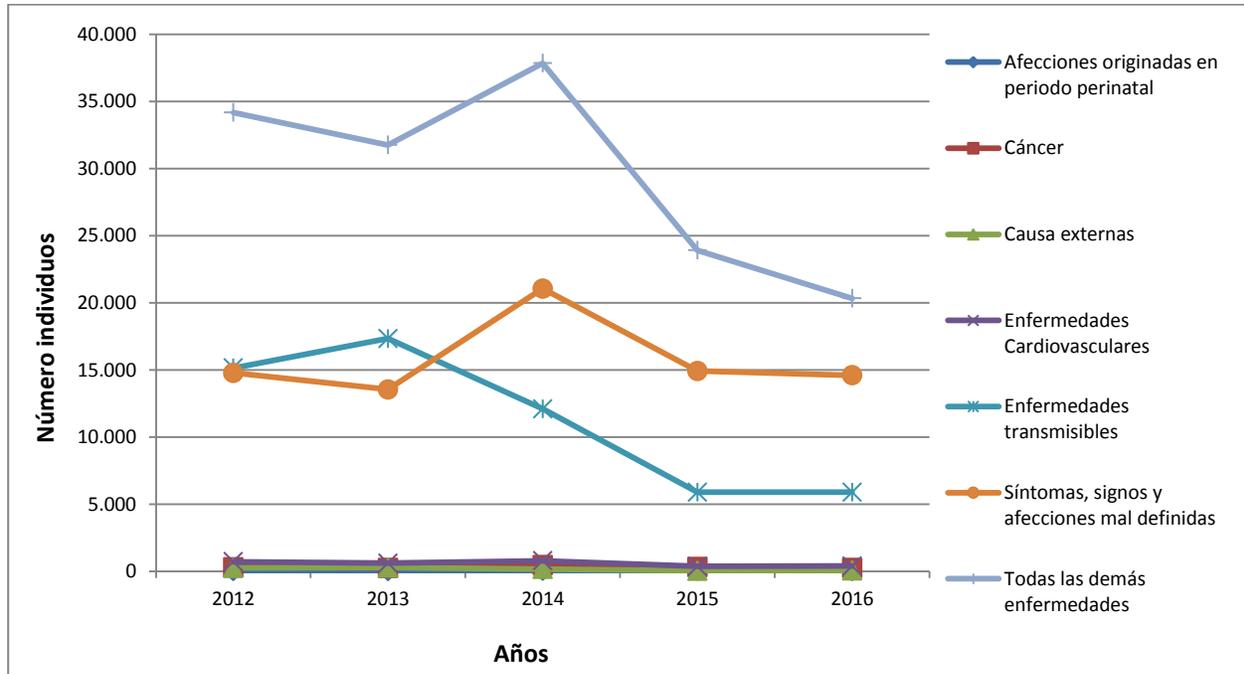
Tabla 33. Distribución absoluta y relativa de la morbilidad atendida por grandes causas, juventud, localidad de Fontibón - Bogotá - Subred Sur Occidente, año 2016

Grupos Morbilidad por Grandes Causas	Fontibón		Subred		Distrito		Concentración		
	No	%	No	%	No	%	Fontibón	Subred	Distrito
Afecciones originadas en periodo perinatal	11	0,03	161	0,1	1.117	0,1	1,1	1,7	1,7
Cáncer	258	0,6	1.792	0,6	10.931	0,8	1,2	1,4	1,6
Causa externas	49	0,1	1.595	0,5	14.982	1,1	1,2	1,2	1,1
Enfermedades Cardiovasculares	400	1,0	3.042	1,0	16.303	1,2	1,5	1,4	1,4
Enfermedades transmisibles	4.547	11,3	43.213	13,8	177.902	12,8	1,3	1,3	1,4
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	14.609	36,3	101.604	32,6	460.155	33,0	2,1	2,1	2,0
Todas las demás enfermedades	20.343	50,6	160.602	51,5	713.153	51,1	1,7	1,8	1,8
Total	40.217	100	312.009	100	1.394.543	100	1,8	1,8	1,8

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

Se evidencia para todas las causas una disminución entre los años 2012 y 2016, las causas externas presenta la reducción más alta con el 80,9%, seguida por enfermedades transmisibles (61,1%), afecciones del periodo perinatal (47,6%), enfermedades cardiovasculares (44,3%), todas las demás enfermedades (40,5%), cáncer (14,9%) y síntomas, signos y afecciones mal definidas (1,2%).

Gráfica 34. Morbilidad por grandes causas, juventud, localidad de Fontibón, años 2012 - 2016



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

Adultez: en el año 2016 se atendieron 88.346 adultos representando el 43,4% del total atendido, siendo el momento de curso de vida que más atenciones registra. Luego de las demás causas y los síntomas, signos y afecciones mal definidas, las enfermedades transmisibles son las de mayor carga, consultado por esta causa el 9% de los adultos, en este grupo las enfermedades cardiovasculares son un punto importante, el 6% de las personas adultas consultaron por esta causa.

Al comparar su comportamiento con Bogotá, la carga de morbilidad del Distrito está por encima de la local 0,6pp y la Subred 1,5pp para las enfermedades cardiovasculares, la carga de morbilidad de Bogotá está por encima de la local 0,2pp y con respecto a la Subred 0,6pp. Las enfermedades circulatorias están relacionadas con las enfermedades crónicas y con

inadecuados estilos de vida saludable, como el alto consumo de azúcares, sal, grasas, alcohol, cigarrillo, falta de actividad física, entre otros.

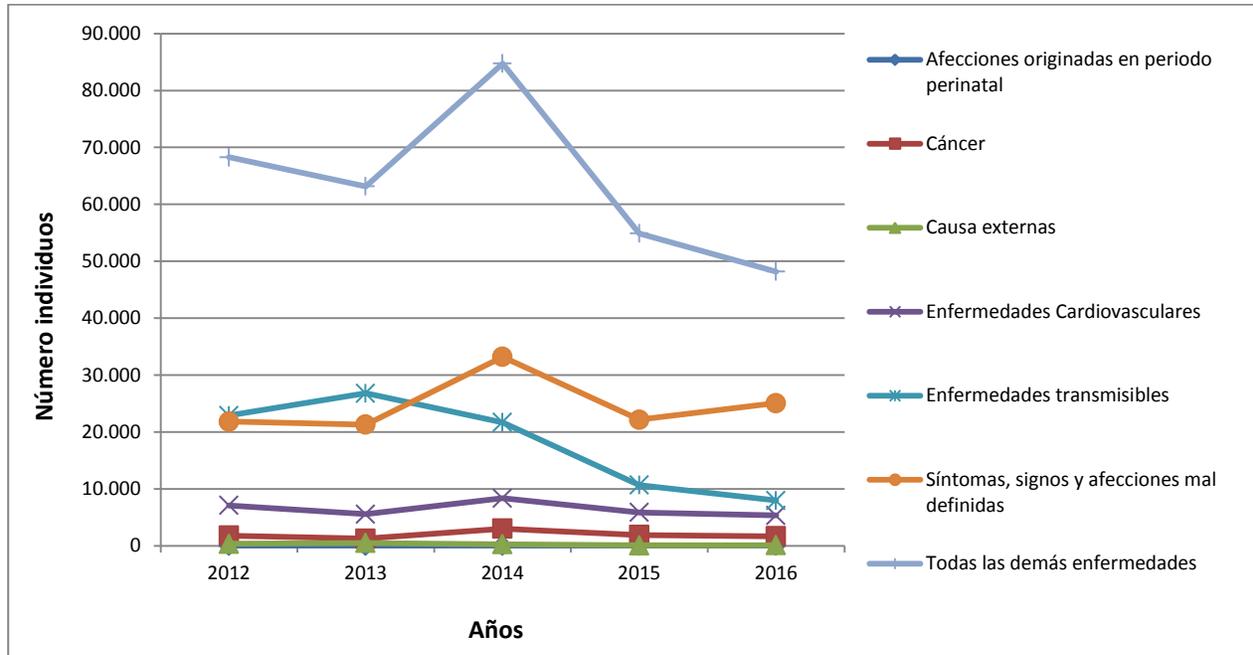
Tabla 34. Distribución absoluta y relativa de la morbilidad atendida por grandes causas, adultez, localidad de Fontibón – Bogotá – Subred Sur Occidente, año 2016

Grupos Morbilidad por Grandes Causas	Fontibón		Subred		Distrito		Concentración		
	No	%	No	%	No	%	Fontibón	Subred	Distrito
Afecciones originadas en periodo perinatal	0	0,0	28	0,004	162	0,01	0,0	2,3	1,5
Cáncer	1.669	1,9	10.240	1,6	68.821	2,4	1,3	1,4	2,0
Causa externas	109	0,1	5.899	0,9	34.383	1,2	1,1	1,3	1,2
Enfermedades Cardiovasculares	5.342	6,0	43.127	6,6	178.995	6,2	1,8	1,8	1,8
Enfermedades transmisibles	7.966	9,0	68.832	10,5	275.791	9,6	1,4	1,3	1,5
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	25.074	28,4	167.393	25,6	729.392	25,4	1,8	1,7	1,8
Todas las demás enfermedades	48.186	54,5	357.174	54,7	1.578.771	55,1	1,9	1,9	2,1
Total	88.346	100	652.693	100	2.866.315	100	1,8	1,8	1,9

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

Se evidencia para la mayoría de las grandes causas una disminución entre los años 2012 y 2016, las causas externas con el 70,1% presenta la reducción más alta, seguida por enfermedades transmisibles (65,2%), todas las demás enfermedades (29,4%), enfermedades cardiovasculares (24,7%) y cáncer (6,3%). Los síntomas y afecciones mal definidas aumentaron un 14,9%.

Gráfica 35. Morbilidad por grandes causas, adultez, localidad de Fontibón, años 2012 - 2016



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

Vejez: en el año 2016 se atendieron 24.014 adultos mayores representando el 11,8% del total atendido en las IPS de la localidad. Luego de las demás causas, las enfermedades cardiovasculares son las de mayor carga de morbilidad, consultado por esta causa el 26,3% de los adultos mayores, por otro lado, el cáncer en este grupo tiene una representatividad del 1,9%, comportamiento que se encuentra por encima de los demás momentos del curso de vida. Al comparar su comportamiento con Bogotá, la carga de morbilidad de la Localidad está por encima del Distrito 1,5pp y frente a la Subred la carga está por debajo 2,2pp, para el cáncer, la carga de morbilidad de Fontibón se encuentra por debajo de Bogotá 1,2pp y con respecto a la Subred está por encima 0,6pp.

Las enfermedades circulatorias se asocian a la presencia de enfermedad crónica, e implican tratamientos de larga duración, para lo cual es determinante un cuidado específico que

termina afectando la dinámica familiar, además de disminuir la esperanza de vida al nacer. También están relacionadas con los inadecuados estilos de vida saludable, como el alto consumo de azúcares, sal, grasas, alcohol, cigarrillo, falta de actividad física, entre otros.

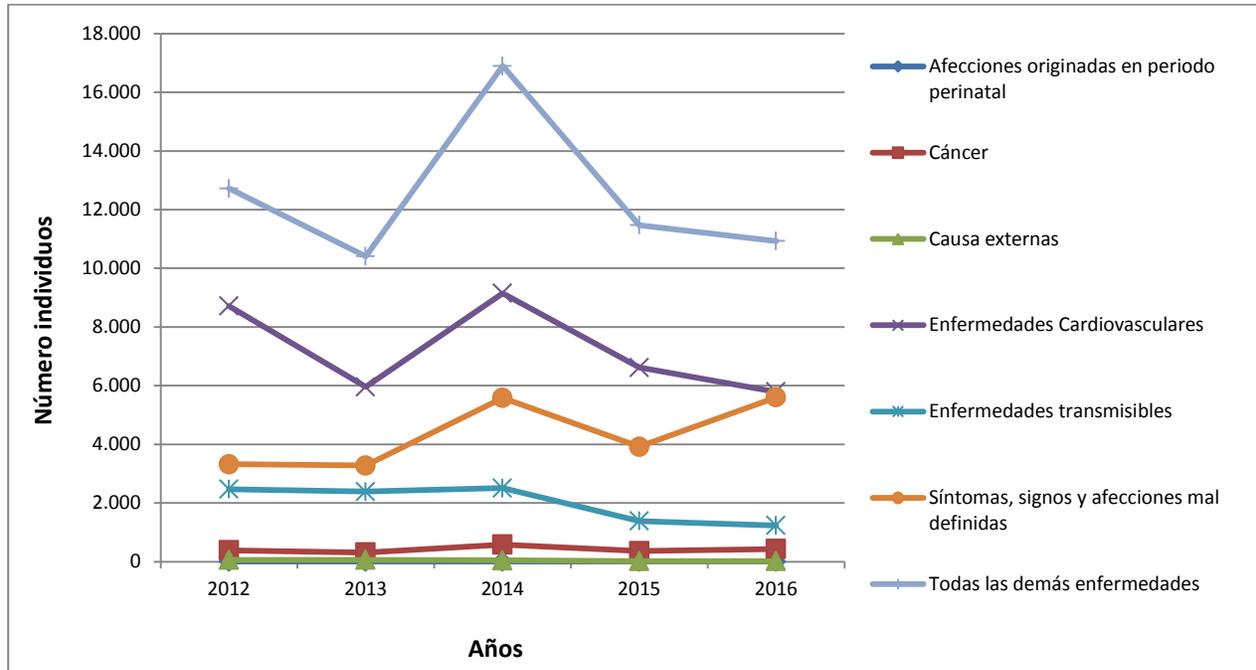
Tabla 35. Distribución absoluta y relativa de la morbilidad atendida por grandes causas, vejez, localidad de Fontibón - Bogotá - Subred Sur Occidente, año 2016

Grupos Morbilidad por Grandes Causas	Fontibón		Subred		Distrito		Concentración		
	No	%	No	%	No	%	Fontibón	Subred	Distrito
Afecciones originadas en periodo perinatal	0	0,0	3	0,001	7	0,0006	0	1,0	1,0
Cáncer	435	1,8	2.874	1,2	36.812	3,0	1,3	1,7	2,5
Causa externas	21	0,1	8.009	3,3	25.825	2,1	1,2	1,4	1,4
Enfermedades Cardiovasculares	5.789	24,1	63.460	26,3	274.575	22,6	2,1	2,1	2,2
Enfermedades transmisibles	1.237	5,2	12.378	5,1	62.335	5,1	1,4	1,3	1,6
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	5.605	23,3	44.578	18,5	220.787	18,2	1,6	1,6	1,8
Todas las demás enfermedades	10.927	45,5	110.167	45,6	594.105	48,9	2,0	2,1	2,5
Total	24.014	100	241.469	100	1.214.446	100	1,9	2,0	2,2

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

Frente a la tendencia de las grandes causas, el cáncer y los síntomas, signos y afecciones mal definidas aumentaron un 11,8% y 68,8% respectivamente, la morbilidad por causas externas con 66,1%, enfermedades cardiovasculares con 33,6%, enfermedades transmisibles con 50%, y todas las demás enfermedades se caracterizan por tener un comportamiento descendente en el periodo analizado.

Gráfica 36. Morbilidad por grandes causas, vejez, localidad de Fontibón, años 2012 - 2016



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

Primeras 20 causas de morbilidad

Durante el año 2016 las veinte primeras causas de atención por morbilidad agruparon 93.448 atenciones para las IPS ubicadas en la localidad de Fontibón, de estas el 63,3% fueron en mujeres y el restante 39,7% en hombres. Solo para VIH SIDA (82,9%) y Diabetes mellitus insulino dependiente; sin mención de complicación (50,2%) la proporción fue más alta en hombres. El 34,4% de las atenciones están relacionadas con la salud oral, el 27,4% con enfermedades crónicas y el 16% con enfermedades transmisibles, el restante 22,2% están relacionadas con otras causas.

Tabla 36. Primeras 20 causas de atención por sexo, localidad de Fontibón, año 2016

Código CIE 10	Nombre Diagnóstico	Atenciones Hombres		Atenciones Mujeres		Total Atenciones
		No	%	No	%	
K021	Caries de la dentina	8.315	41,5	11.700	58,5	20.015
I10X	Hipertensión esencial (primaria)	6.486	36,5	11.265	63,5	17.751
J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	2.874	45,3	3.464	54,7	6.338
M545	Lumbago no especificado	2.387	45,4	2.873	54,6	5.260
K051	Gingivitis crónica	1.708	38,9	2.684	61,1	4.392
A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1.790	43,1	2.367	56,9	4.157
E039	Hipotiroidismo; no especificado	602	14,9	3.449	85,1	4.051
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente; sin mención de complicación	1.509	42,7	2.021	57,3	3.530
K081	Perdida de dientes debida a accidente; extracción o enfermedad periodontal local	1.406	39,9	2.119	60,1	3.525
N390	Infección de vías urinarias; sitio no especificado	434	13,7	2.724	86,3	3.158
M255	Dolor en articulación	1.097	37,3	1.845	62,7	2.942
B24X	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); sin otra especificación	2.255	82,9	464	17,1	2.719
K010	Dientes incluidos	1.079	43,4	1.408	56,6	2.487
E669	Obesidad; no especificada	885	36,4	1.545	63,6	2.430
E109	Diabetes mellitus insulino dependiente; sin mención de complicación	969	50,2	960	49,8	1.929
K297	Gastritis; no especificada	599	33,5	1.190	66,5	1.789
K589	Síndrome del colon irritable sin diarrea	521	29,2	1.261	70,8	1.782
J039	Amigdalitis aguda; no especificada	766	43,8	984	56,2	1.750
H522	Astigmatismo	721	41,4	1.020	58,6	1.741
K073	Anomalías de la posición del diente	715	42,0	987	58,0	1.702

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

Las tres primeras causas de atenciones por momentos de curso de vida son debidas a: menores de 1 año, bronquitis aguda no especificada (24,1%), rinofaringitis aguda (17,7%) y otros recién nacidos pretérmino (14%). Niños de 1 a 5 años, rinofaringitis aguda (21,4%), caries de la dentina (14%) y diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (11,2%). En infancia, caries de la dentina (23,9%), rinofaringitis aguda (11,5%) y astigmatismo (8,2%). En adolescencia, caries de la dentina (23,3%), astigmatismo (10,8%), gingivitis crónica (8,8%). En juventud, caries de la dentina (20,4%), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (14,2%) y rinofaringitis aguda (7%). En adultez, caries de la dentina (17,1%). Hipertensión esencial (15,1%) y lumbago no especificado (9%). Finalmente en adultos mayores, hipertensión esencial (43,5%), hipotiroidismo no especificado (5,1%) y diabetes mellitus no insulino dependiente; sin mención de complicación (4,8%).

3.2.2. Morbilidad Atendida Red Adscrita

En el año 2016 en la red adscrita de Fontibón hubo 39.300 atenciones, aportando el 10,8% al total realizado por las IPS de la localidad (red adscrita y red no adscrita) y 22.895 individuos con un aporte del 11,4%. El 8,2% del total de atenciones de la red adscrita efectuadas en la Subred fueron en Fontibón, con respecto a los individuos atendidos la proporción es del 8,1%, al Distrito Capital el aporte local en atenciones es del 3,1% e individuos atendidos 3%.

Concordante con el perfil de morbilidad atendida de la localidad, el mayor porcentaje de individuos atendidos fue por las demás enfermedades, con más del 40%, seguido de signos y síntomas mal definidos con el 36,2%, las enfermedades transmisibles alrededor del 10% y los otros grupos presentan porcentajes inferiores al 6%. Comparada Fontibón con la Subred y Bogotá se encuentran mínimas diferencias en enfermedades cardiovasculares, la proporción está por debajo en 2,8 y 2,0 pp respectivamente, igual comportamiento frente al Distrito presentan afecciones originadas en el periodo perinatal. Para enfermedades cardiovasculares y enfermedades transmisibles, el comportamiento Local es menor que el de Subred y con respecto al Distrito Capital el cáncer, causas externas, enfermedades transmisibles y síntomas, signos y afecciones mal definidas se encuentra por encima.

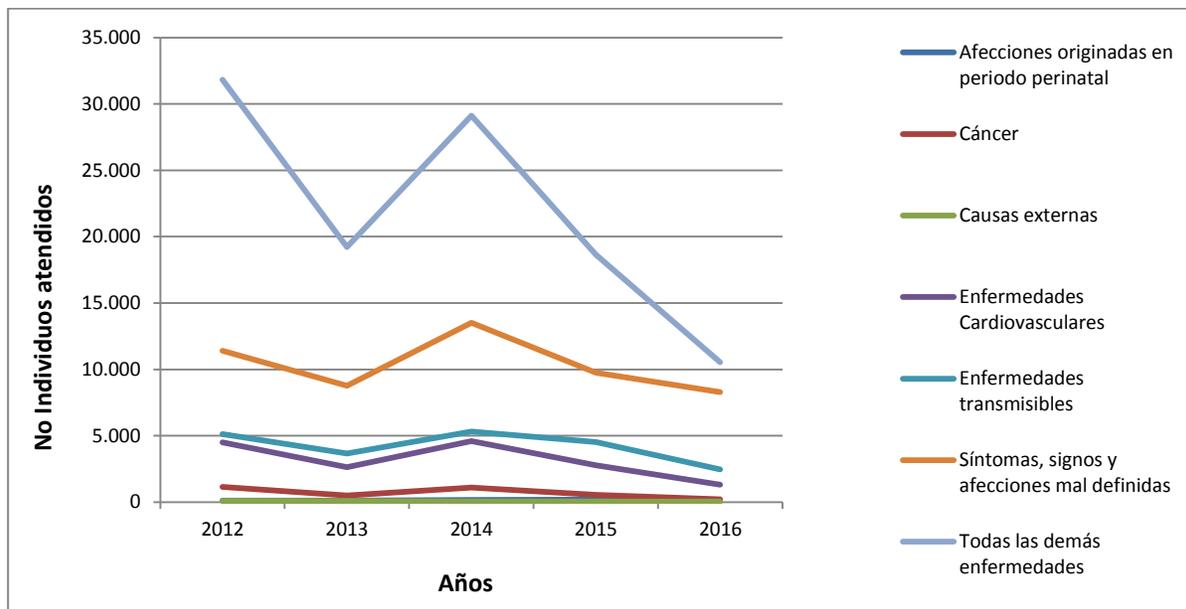
Tabla 37. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Red Adscrita, localidad de Fontibón - Distrito - Subred Sur Occidente, año 2016

Grupo de Causas	Subred		Fontibón		Bogotá		Subred	Fontibón	Bogotá
	Individuos		Individuos		Individuos		Concentraciones		
	No	%	No	%	No	%			
Afecciones originadas en periodo perinatal	457	0,2	61	0,3	2.043	0,3	3,0	1,8	3,6
Cáncer	1.822	0,6	203	0,9	4.644	0,6	1,5	1,6	1,5
Causas externas	156	0,1	41	0,2	646	0,1	1,3	1,8	1,3
Enfermedades Cardiovasculares	24.220	8,5	1.307	5,7	59.766	7,7	1,7	1,5	1,5
Enfermedades transmisibles	32.604	11,5	2.453	10,7	80.156	10,3	1,4	1,7	1,4
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	99.282	35,0	8.291	36,2	266.453	34,3	1,6	1,7	1,6
Todas las demás enfermedades	125.118	44,1	10.539	46,0	361.997	46,7	1,8	1,8	1,7
TOTAL	283.659	100	22.895	100	775.705	100	1,7	1,7	1,6

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

Para la red adscrita la tendencia de los grupos de causas ha tenido un comportamiento en general a la disminución, con un pico en el número de eventos en el año 2014, es de esta manera que el grupo de cáncer es el que presenta la reducción más marcada entre el año 2012 a 2016 con un 82,1%, le sigue las enfermedades cardiovasculares con un descenso del 71%, todas las demás enfermedades 66,9%, causas externas 59%, enfermedades transmisibles 52%, afecciones originadas en el periodo perinatal 47,9% y síntomas signos y afecciones mal definidas con el 27,2%.

Gráfica 37. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Red Adscrita, localidad de Fontibón, años 2012 -2016



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

3.2.3. Descripción de la Oferta

A partir del Acuerdo 641 del 06 de Abril de 2016 del Concejo de Bogotá, se efectúa la reorganización del Sector Salud, para la operación funcional de la Red Pública Distrital conformada por las 22 ESE, se ha organizado la prestación de servicios de salud en cuatro subredes (Norte, Sur, Centro Oriente y Sur Occidente), la Localidad de Fontibón hace parte de la Subred Sur Occidente. Las cuatro subredes de servicios de salud prestarán servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel individual y colectivo(5).

De acuerdo al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, Fontibón cuenta con 251 prestadores aportando un 23,4% al total de la Subred y el 2,2% al Distrito Capital. En la

localidad por tipo de prestador la mayor proporción está para los profesionales independientes con más del 71,3%.

Tabla 38. Prestadores de servicios de salud, Distrito - Subred Sur Occidente - localidad de Fontibón, diciembre 2015

Institución	Fontibón		Subred		Bogotá	
	No	%	No	%	No	%
Instituciones IPS	56	22,3	195	16,8	1.668	14,5
Objeto social diferente a la prestación de servicios de salud	11	4,4	35	3,0	245	2,1
Profesional Independiente	179	71,3	922	79,4	9.569	83,1
Transporte especial de pacientes	5	2,0	9	0,8	38	0,3
TOTAL	251	100	1.161	100	11.520	100

Fuente: Registro Especial Prestadores Servicios, Corte de información: 02/03/2016

Con respecto a la red pública de salud, la Localidad de Fontibón cuenta con 10 Unidades de Servicios distribuidos así: i) Puntos de Atención Primaria en Salud (PAPS) Puerta de Teja, San Pablo, Centro Día, Sanidad Portuaria Terminal Terrestre y Centro de Sanidad Portuaria Terminal Aéreo. ii) Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS); Gran Estación, El Dorado, Zona Franca. iii) Unidades Médicas Hospitalarias Especializadas (UMHES); Fontibón y San Pablo, se proyecta apertura de la Felicidad.

En total, en la localidad están implementados 140 servicios. En este orden de ideas, Fontibón encierra el 3,6% del total de servicios de salud del Distrito y el 15,9% de la Subred. Por servicio, el 39,3% de los prestados en la Localidad de Fontibón, son de protección específica y detección temprana, el 28,6% de consulta externa, el 17,1% de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, el 5% otros servicios (transporte asistencial medicalizado, proceso de esterilización) y quirúrgicos cada uno y el 0,7% por transporte asistencial y urgencias respectivamente. El 58,5% de los servicios son de baja complejidad, el 36,9% de mediana complejidad y el 1,5% de alta complejidad.

Tabla 39. Distribución de servicios ofertados en los puntos de atención, red Distrital de prestadores de servicios de salud públicos, localidad de Fontibón - Subred Sur Occidente - Bogotá, D.C

Servicio	Fontibón		Subred		Bogotá	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	24	3,3	141	19,6	719	18,6
Consulta Externa	40	3,2	248	19,6	1267	32,7
Internación	5	2,8	27	14,9	181	4,7
Otros Servicios	7	5,9	20	16,8	119	3,1
Protección Específica y Detección Temprana	55	4,3	400	31,3	1276	32,9
Quirúrgicos	7	3,0	31	13,2	235	6,1
Transporte Asistencial	1	2,6	6	15,8	38	1,0
Urgencias	1	2,4	7	17,1	41	1,1
Total	140	3,6	880	22,7	3876	100

Fuente: Tomado Subred y Bogotá, SDS, Reorganización de la red pública de servicios de salud de Bogotá D.C, junio de 2016. Localidad Fontibón, Subred Sur Occidente portafolio de servicios actualizado, año 2017

En cuanto a la capacidad instalada la red pública de salud de Fontibón el 58,6% se encuentra en el servicio de Hospitalización, el 28,8% en el servicio de consulta externa, el 9,9% en urgencias y el 2,6% en los servicios quirúrgicos.

Tabla 40. Capacidad instalada, red de servicios de salud pública, localidad de Fontibón

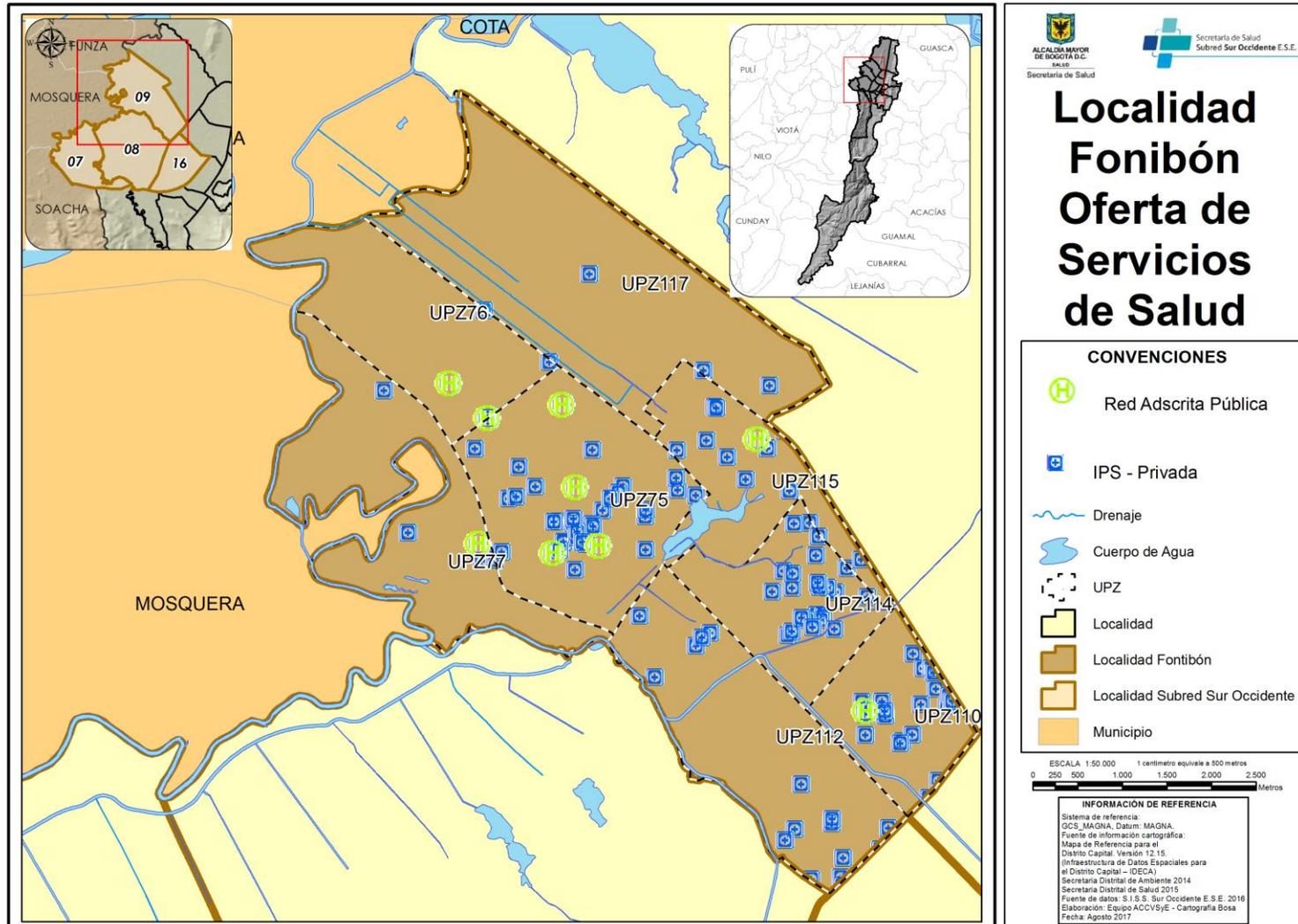
Servicio	Criterio	Localidad Fontibón		Subred	
		Cantidad	%	Cantidad	%
Hospitalización	Camas de Hospitalización	112	20,6	545	100
	Total	112	20,6	545	50,3
Urgencias	Camas de Observación	15	7,9	190	87,2
	Consultorios de Urgencias	4	14,3	28	12,8
	Total	19	8,7	218	20,1

Servicio	Criterio	Localidad Fontibón		Subred	
		Cantidad	%	Cantidad	%
Quirúrgicos	Salas de Parto	1	14,3	7	20,0
	Salas de Cirugía	2	14,3	14	40,0
	Cirugía Programada	1	10,0	10	28,6
	Cirugía Urgente	1	25,0	4	11,4
	Total	5	14,3	35	3,2
Consulta Externa	Consultorios de Consulta Externa	40	18,4	217	75,9
	Unidades de Odontología	15	21,7	69	24,1
	Total	55	19,2	286	26,4
Total		191	17,6	1.084	100

Fuente: Aplicativo capacidad instalada, producción SDS-módulos: capacidad instalada 2016, hospitalización y consulta externa

Frente a la oferta de servicios de salud privada en la localidad es de 149, mayor a la pública a pesar de tener un centro de tercer nivel, la oferta privada se agrupa principalmente en dos UPZ donde está la concentración de la oferta de bienes y servicios de la localidad y una parte representativa de esta oferta se concentra en una tercera UPZ.

Mapa 10. Oferta de servicios de salud, localidad de Fontibón, año 2016



3.2.4. Eventos de vigilancia en salud pública

El presente apartado describirá la notificación realizada por parte de las UPGD al Sivigila Nacional y al Sivigila Distrital durante el año 2016. Esta información describirá el comportamiento de los eventos determinados como de interés en salud pública.

SIVIGILA NACIONAL

Para el año 2016 se reportaron al Sivigila 4.450 eventos en residentes de la localidad de Fontibón; 57,7% de sexo femenino, 42,2% del masculino y el 0,04% indeterminado, la tasa de notificación local es de 110,3 casos por cada 100.000 habitantes. Por momentos de curso de vida el 29,6% de las personas notificadas son adultas, el 23,6% jóvenes, el 19,6% están en primera infancia, el 11,3% en infancia el 10,8% son adolescentes y el 5,1% están en vejez.

Al comparar la proporción de notificación general con el Distrito, Fontibón reporta el 4,8% de los eventos, con respecto a la Subred la proporción es del 15,6%. Por dimensión prioritaria del Plan Decenal de Salud Pública, salud ambiental en la localidad de Fontibón con el 7,8% es la que presenta mayor proporción de notificación en comparación con el Distrito, por el contrario la dimensión convivencia social y salud mental es la que menor proporción tiene con el 3,6%.

Con respecto a la Subred, la dimensión convivencia social y salud mental con el 33,7% es la que presenta mayor proporción de notificación en comparación con el distrito, por el contrario la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles es la que menor proporción tiene con el 26,4%.

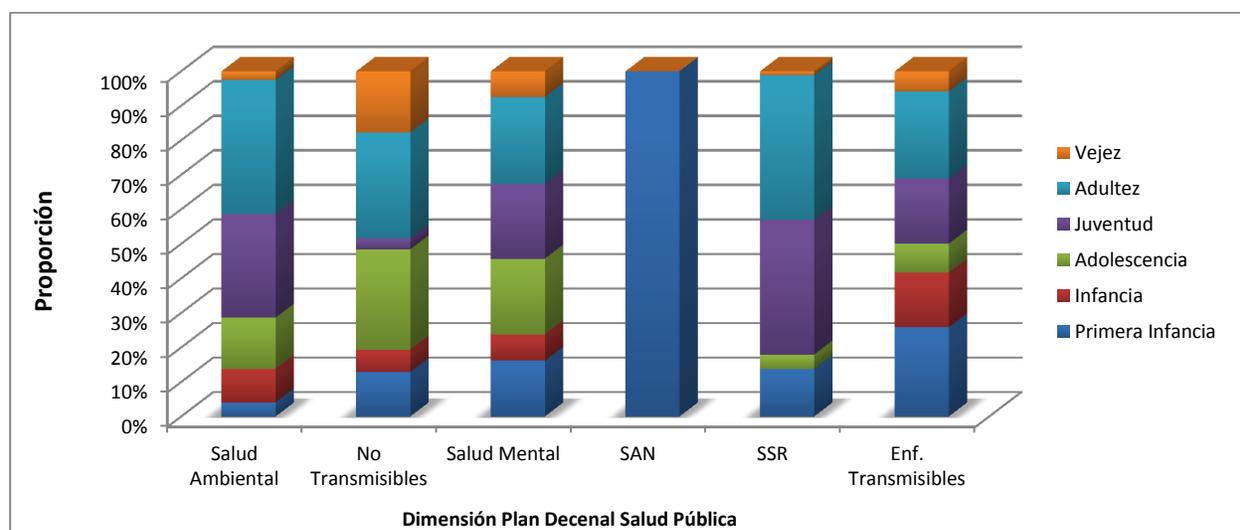
Tabla 41. Proporción notificación al Sivigila Nacional por dimensión prioritaria del Plan Decenal de Salud Pública, localidad de Fontibón, año 2016

Grupo de Eventos	Subred Sur Occidente	Localidad Fontibon	UPZ 75 - Fontibón	UPZ 76 - Fontibón San Pablo	UPZ 77 - Zona Franca	UPZ 110 - Ciudad Salitre Occidental	UPZ 112 - Granjas de Techo	UPZ 114 - Modelia	UPZ 115 - Capellanía	UPZ 117 - Aeropuerto el Dorado
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles "INDIVIDUALES"	30,3	16,2	40,9	10,1	14,6	7,5	10,9	10,7	4,3	0,9
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles "COLECTIVOS"	10,2	4,6	99,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,4	0,4
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	30,1	14,5	42,8	13,7	16,3	6,2	7,2	7,6	5,6	0,6
Convivencia Social y Salud Mental	33,7	19,6	44,1	15,4	16,2	3,4	6,4	9,8	4,7	0,2
Salud Ambiental	28,4	10,2	29,7	4,7	9,2	24,1	8,2	13,8	9,7	0,6
Seguridad Alimentaria y Nutricional	29,1	13,7	39,2	11,1	14,8	11,1	9,5	9,5	4,8	0,0
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	26,4	0,0	35,5	6,5	8,1	16,1	9,7	16,1	8,1	0,0

Fuente: SIVIGILA Distrital. SDS. Año 2016

En los seis momentos del curso de vida, la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles es la de mayor notificación, la segunda dimensión con notificación importante es: en primera infancia seguridad alimentaria y nutricional, en infancia salud ambiental, en adolescencia y vejez convivencia y salud mental y en juventud y adultez sexualidad y derechos sexuales y reproductivos.

Gráfica 38. Distribución de la notificación al Sivigila por dimensión prioritaria y momento del curso de vida, localidad de Fontibón, año 2016



Fuente: Sivigila Distrital. SDS. Año 2016

Salud Ambiental: en la dimensión salud ambiental, el 7,8% de la notificación Distrital es realizada por la Localidad de Fontibón, siendo la segunda más alta de la Subred, la tasa de notificación es la más alta de la Subred con 132,6 casos por cada 100.000 habitantes, la cual se encuentra 55,4 puntos por encima de la de Subred y 46,7 puntos por encima del Distrito. El 52,5% de las personas notificadas son de sexo femenino y el 47,5% del masculino. La mayor proporción de personas notificadas son adultos (38,7%), seguidas de jóvenes (30,1%), adolescentes (14,8%), infantes (9,7%), primera infancia (4,1%) y adultos mayores (2,6%).

Las 3 UPZ con mayor notificación son: Fontibón (29,7%), Ciudad Salitre Occidental (24,1%) y Modelia (13,8%). Desde otra perspectiva las tasas de notificación más altas se registran en las UPZ Aeropuerto el Dorado con 292,1 casos por cada 100.000 habitantes, seguida de la UPZ Capellanía con 282,0 y Ciudad Salitre Occidental con 255,6.

Por evento la intoxicación por sustancias químicas es la de mayor notificación con el 63,2% de los casos, los momentos del curso vital más afectados son: adultez (38,5%), juventud (34,9%) y adolescencia (17,2%). Para las enfermedades transmitidas por alimentos el reporte fue del 36,8%, del total de notificados el 39,1% son adultos, el 23,4% infantes, el 21,8% jóvenes, el 10,7% adolescentes, 3,6% adultos mayores y el 1,5% primera infancia.

Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles: Fontibón aporta a Bogotá el 4,5% de la notificación en la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles, la tasa de notificación es de 15,4 casos por cada 100.000 habitantes, la cual se encuentra 1 punto por encima de la Subred y 1,8 puntos por debajo del Distrito. El 62,9% son mujeres y el 37,1% hombres. La mayor proporción de las personas notificadas son adultos (30,6%), seguidos de adolescentes (29,0%) y adultos mayores (17,7%).

Las tres UPZ con mayor notificación son Fontibón (35,5%), Modelia (16,1%) y Ciudad Salitre Occidental (16,1%), por tasa de notificación las más altas se registraron en las UPZ Capellanía con 27,1 casos por cada 100.000 habitantes, seguida de Modelia con 24,3 y Ciudad Salitre Occidental con 19,8.

Por evento el cáncer de mama y cuello uterino es el más notificado con el 46,8%, el 62,1% de las mujeres notificadas son adultas y el 37,9% adultas mayores, los demás momentos del curso de vida no reportan casos. El cáncer en menores de 18 años es el segundo más notificado en esta dimensión (33,9%) de los cuales el 37,6% son adolescentes, el 33,3% están en la primera infancia y el 19,0% son infantes. Por sexo el más afectado es el masculino (66,7%). La exposición a flúor concentra el 11,3% de las notificaciones, el 57,1% son hombres, por curso de vida el 85,7% son adolescentes y el 14,3% jóvenes. Finalmente, las enfermedades huérfanas aporta el 8,1% de la notificación, el 100% son hombres, de los cuales el 40% son adolescentes, el restante 60% son adultos, jóvenes y de la primera infancia cada uno con el 20%.

Convivencia social y salud mental: los eventos relacionados con esta dimensión tienen una proporción de notificación local del 3,6% frente a Bogotá, la tasa de notificación es de 162,6 casos por cada 100.000 habitantes, la cual se encuentra 78,3 puntos por debajo de la Subred y 63,8 puntos por debajo del Distrito. El 71,6% de las personas notificadas son del sexo femenino y el 28,4% del masculino. La mayor proporción de notificación es en adultos (25,2%), seguidos de adolescentes (22,0%) y jóvenes (21,6%).

Las tres UPZ con mayor notificación son Fontibón (44,1%), Zona Franca (16,2%) y Fontibón San Pablo (15,4%), por tasa, Fontibón San Pablo con 283,8 casos por cada 100.000 habitantes es la más alta, seguida por Zona Franca (196,7) y Fontibón (195,1).

Por evento, la violencia de género es el de mayor proporción de notificación con el 78,7%, el 74,2% de las víctimas son del sexo femenino, por otro lado, el 24,0% de las personas notificadas son adultas, el 20,3% son niñas de la primera infancia y el 20,0% jóvenes. El intento suicida es el segundo evento más notificado en esta dimensión (20,9%), 62% mujeres y 38% hombres. El 40,1% son adolescentes, y el 28,5% adultos y jóvenes respectivamente. Las lesiones de causa externa concentran el 0,5% de las notificaciones, el 66,7% son mujeres, por curso de vida el 66,7% son adultos y el 33,3% están en la primera infancia.

Seguridad Alimentaria y Nutricional: la proporción de notificación de la dimensión representa el 4,2% con respecto a la capital, la tasa de notificación es de 46,8 casos por cada 100.000 habitantes, la cual se encuentra 5,4 puntos por debajo de la Subred y 10 puntos por debajo del Distrito.

Las cuatro UPZ con mayor notificación son: Fontibón (39,2%), Zona Franca (14,8%), Fontibón San Pablo y Salitre Occidental cada una con el 11,1%, por tasa de notificación, Fontibón San Pablo con 59 casos por cada 100.000 habitantes es la que expone la más alta, seguida por Granjas de Techo (56,7) y Zona Franca (52,0). El 88,4% de la notificación es por bajo peso al nacer y el 11,6% por desnutrición aguda en menores de 5 años, el momento de curso vital que predomina es primera infancia. En el año 2016 no se reportaron muertes por desnutrición.

Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos: Fontibón aporta el 4,6% de los eventos de esta dimensión notificados en Bogotá, la tasa de notificación es de 124,4 casos por cada 100.000 habitantes, la cual se encuentra 5 puntos por debajo de la Subred y 11,6 puntos por debajo del Distrito. El 69,5% de las personas notificadas son de sexo femenino, el 30,1% del masculino y el 0,4% indeterminado. El 41,8% de las personas notificadas son adultas seguidas de jóvenes (39%), primera infancia (13,7%), adolescencia (4,2%) y vejez (1,2%).

Las tres UPZ con mayor reporte son: Fontibón (42,8%), Zona Franca (16,3%) y Fontibón San Pablo (13,7%), por tasa de notificación, Aeropuerto el Dorado con 292,1 casos por cada 100.000 habitantes es la más alta, seguida por Fontibón San Pablo (193,9) y Zona Franca (152,2).

Por evento la morbilidad materna extrema es la de mayor notificación con el 43,8%, el 50,5% de las mujeres notificadas son adultas, el 44,5% son jóvenes y el 5% adolescentes. El VIH y la muerte por SIDA es el segundo evento más notificado en esta dimensión (24,7%), siendo el 89,5% del sexo masculino y el 10,5% femenino, por ciclo vital los más afectados son los

adultos 50%, seguidos de los jóvenes con el 46,8%, adultos mayores con el 2,4% y los adolescentes con el 0,8%. Los defectos congénitos concentran el 12,5% de las notificaciones, el 50,8% son mujeres, el 46% son hombres y el 3,2% indeterminado, el 100% de los eventos son de la primera infancia.

Vida saludable y Enfermedades Transmisibles: para la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles la localidad de Fontibón aporta al Distrito el 4,9% de la notificación, la tasa local es de 621,0 casos por cada 100.000 habitantes, la cual se encuentra 1,7 puntos por encima de la Subred y 25,2 puntos por debajo del distrito. El 50,1% de las personas notificadas son de sexo femenino y el 49,9% del masculino. La mayor proporción de personas notificadas son de la primera infancia (25,8%), seguidos de adultos (25,3%) y jóvenes (18,8%).

Las tres UPZ con mayor notificación son: Fontibón (40,9%), Zona Franca (14,3%) y Modelia (10,7%), por tasa de notificación, Aeropuerto el Dorado con 2.142,2 casos por cada 100.000 habitantes es la que muestra la más alta, seguida por Granjas de Techo (856,3) y Fontibón San Pablo (710,9).

Para el evento colectivo de EDA la localidad de Fontibón aporta al distrito el 4,6% de la notificación, siendo la notificación más alta de la Subred, la cual es de 10,7%. El 99% de la notificación es de la UPZ Fontibón, el 0,4% es de las UPZ Aeropuerto el Dorado y Capellanía respectivamente el 0,2% de la UPZ Granjas de Techo y el 0,1% de Ciudad Salitre Occidental.

La varicela es el evento de mayor notificación (44,1%), el 43,7% son mujeres, el 75,3% son infantes, el 62,4% están en la primera infancia y el 55,5% adolescentes. La vigilancia integrada de la rabia humana es el segundo evento más notificado en esta dimensión (16,2%), siendo el 51,1% del sexo masculino, por ciclo vital los más afectados son adultos (32,4%), jóvenes (20,6%) y adultos mayores (13,8%). La parotiditis concentran el 8,4% de las notificaciones, el 53,8% son hombres, el 35,2% son jóvenes, el 31,4% adultos y el 11,9% primera infancia.

SIVIGILA DISTRITAL

De acuerdo a las notificaciones recibidas en Bogotá; la localidad de Fontibón se caracteriza por tener un comportamiento bajo ante el Distrito y la Subred, es de esta manera que el reporte por conducta suicida es la que más aporta al consolidado de la capital con una proporción de 7,1% siendo la tercera más alta de la Subred (32,9%) luego de Kennedy (11,7%) y Bosa (11,3). Las notificaciones relacionadas con salud oral (Sisveso) con una proporción del 5,6%, son las segundas más altas en la localidad ocupando el tercer lugar luego de Bosa (9,8%) y Kennedy (8,6%) la proporción de la Subred es de 27,3%. Por UPZ, Fontibón es la que más aporta en la notificación local en todos los eventos.

Tabla 42. Proporción notificación Sivigila Distrital, localidad de Fontibón, año 2016

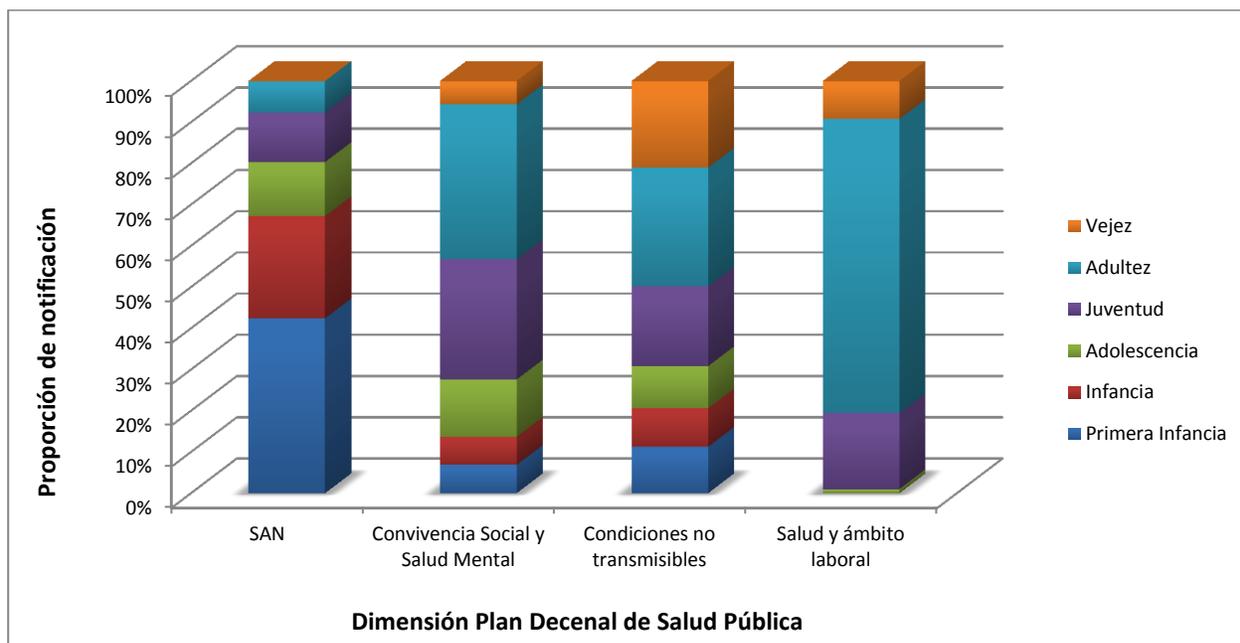
DIMENSIÓN PDSP	Grupo de Eventos	Subred Sur Occidente	Localidad Fontibon	UPZ 75 - Fontibón	UPZ 76 - Fontibón San Pablo	UPZ 77 - Zona Franca	UPZ 110 - Ciudad Salitre Occidental	UPZ 112 - Granjas de Techo	UPZ 114 - Modelia	UPZ 115 - Capellanía	UPZ 117 - Aeropuerto el Dorado
SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	Sisvan	50,3	4,7	55,9	11,7	22,0	1,6	0,9	4,8	3,0	0,1
CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	Vespa	2,5	1,5	44,9	3,8	5,7	6,3	2,5	1,9	5,1	0,6
	Lesiones de causa externa	12,6	4,0	42,2	14,3	18,0	4,7	7,8	4,4	6,5	1,1
	Sisvecos	2,4	7,1	43,8	16,7	18,4	1,9	3,6	4,2	4,9	0,0
	Sivim	15,0	3,8	44,5	18,2	11,4	8,5	3,7	3,4	4,3	1,2
VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	Discapacidad	4,1	5,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Sisveso	12,0	5,6	62,1	13,3	13,9	0,8	2,1	2,6	4,0	0,0
SALUD Y ÁMBITO LABORAL	Sivistra	1,1	4,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Bases de datos Subsistemas (Sisvan- Vespa- Sivelce- Sisvecos- Discapacidad- Sivim- Sisveso- Sivistra).
SDS. Año 2016

De las 32.856 notificaciones realizadas a los subsistemas de vigilancia en salud pública distritales, el 35,7% fue de niños y niñas menores de 6 años, el 21,4% de niños y niñas de 6 a 11 años, el 12,9% de adolescentes, el 14,7% de jóvenes, el 13,1% adultos y el 2,2% en personas de la tercera edad. Por dimensión, la mayor proporción de notificación de la primera infancia e infancia fue en seguridad alimentaria y nutricional con 42,4% y 24,8% respectivamente. Frente a los adolescentes, jóvenes y adultos la dimensión con mayor

notificación fue la de convivencia social y salud mental con 13,9%, 29,2% y 37,6% respectivamente. Finalmente con respecto a los adultos mayores la dimensión de condiciones no transmisibles fue la de mayor notificación con el 21%.

Gráfica 39. Distribución de la notificación al Sivigila Distrital por dimensión prioritaria y momento del curso de vida, localidad de Fontibón, año 2016



Fuente: SIVIGILA Distrital. SDS. Año 2016

Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles

En esta dimensión el subsistema que más aporta a la notificación Distrital es SISVESO con un 5,6% ocupando la tercera más alta de la Subred luego de Kennedy (9,4%) y Bosa (8,9%). La UPZ Fontibón es la de mayor notificación en la localidad con un 62,1% seguida de Zona Franca con 13,9% y Fontibón San Pablo con 13,3%. El 61,3% de las personas notificadas son mujeres, los momentos de curso de vida juventud (28,7%), adultez (23,4%) y primera infancia (16,8%) son los de mayor notificación.

Tabla 43. Proporción notificación de eventos dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles, localidad de Fontibón, año 2016

Subsistema	Grupo de Eventos	Subred Sur Occidente	Localidad Fontibon	UPZ 75 - Fontibón	UPZ 76 - Fontibón San Pablo	UPZ 77 - Zona Franca	UPZ 110 - Ciudad Salitre Occidental	UPZ 112 - Granjas de Techo	UPZ 114 - Modelía	UPZ 115 - Capellanía	UPZ 117 - Aeropuerto el Dorado
Discapacidad	Registro de discapacidad	27,3	5,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sisveso	Gingivitis	27,6	3,5	62,4	13,4	13,5	1,0	2,0	3,0	3,3	0,0
	Periodontitis	14,2	1,3	50,0	16,7	3,3	0,0	0,0	3,3	26,7	0,0
	Lesión mancha blanca	26,1	3,2	63,1	12,4	13,1	0,7	2,2	2,0	4,5	0,0
	Caries cavitacional	27,8	3,4	60,9	14,4	14,6	0,3	2,1	2,8	4,0	0,0
	Lesión mancha café	26,2	3,0	61,5	10,9	17,3	2,6	1,3	2,6	3,2	0,0
	Fluorosis	29,0	2,6	66,7	10,1	13,2	1,6	2,6	1,1	4,2	0,0
	Subtotal	27,3	3,3	62,1	13,3	13,9	0,8	2,1	2,6	4,0	0,0

Fuente: Bases de datos Subsistemas Discapacidad – Sisveso - SDS. Año 2016

Discapacidad le aporta a la notificación Distrital el 5,3% ocupando el tercer lugar en la Subred luego de Kennedy (9,4%) y Bosa (8,9%). El 56% de las personas notificadas son mujeres, los momentos de curso de vida vejez (47,5%), adultez (36,7%) y juventud (5,6%) son los de mayor notificación.

Primera Infancia: del total de personas registradas en la base de datos de discapacidad año 2016, el 3,0% se encontraba en primera infancia, de los cuales el 53,6% son del sexo femenino y el 46,4% del masculino. Con respecto al origen de la discapacidad, el 35,7% de los casos son por alteraciones genéticas hereditarias, el 14,3% por complicaciones en el parto y condiciones de salud de la madre durante el embarazo respectivamente, el 3,6% por dificultades en la prestación de los servicios en salud y enfermedad general respectivamente. El 16,8% de las personas notificadas al Sisveso son de la primera infancia, el 53,5% son del sexo femenino y el 46,5% del masculino. Los problemas de salud oral que más se presentan son: caries con el 58,3%, seguido de la gingivitis con el 39,1%, lesión mancha blanca con el 32,6%, fluorosis con el 17,4%, y lesión mancha café con el 11,3%.

Infancia: del total de personas registradas en la base de datos de discapacidad, el 3,4% son infantes, 74,2% mujeres y el 25,8% hombres. Con respecto al origen de la discapacidad, el 29% no sabe, 25,8% son por alteraciones genéticas hereditarias, el 9,7% por complicaciones

en el parto y condiciones de salud de la madre durante el embarazo respectivamente, el 3,2% barreras de acceso a salud, enfermedad general y accidente respectivamente.

En salud oral el 13,3% de las personas notificadas al Sisveso son infantes, el 53,3% son del sexo femenino y el 46,7% del masculino. Los problemas de salud oral que más se presentan son: caries con el 73,6%, seguido de gingivitis con el 48,9%, lesión mancha blanca con el 30,8%, lesión mancha café con el 14,8% y fluorosis con el 12,6%.

Adolescencia: del total de personas registradas en la base de datos de discapacidad año 2016, el 3,8% son adolescentes, de los cuales el 65,7% son del sexo masculino y el 34,3% del femenino. Con respecto al origen de la discapacidad, las principales causas son: el 28,6% por alteraciones genéticas hereditarias, el 17,1% por condiciones de salud de la madre durante el embarazo, el 11,4% por complicaciones del parto, el 8,6% por enfermedad general, y el 2,9% por accidente, consumo de SPA y conflicto armado respectivamente.

En salud oral el 14,6% de las personas notificadas al Sisveso son adolescentes, 59% del sexo femenino y 41,0% del masculino. Los problemas de salud oral que más se presentan son: gingivitis con el 88,0%, seguida de caries con el 58,5%, lesión mancha blanca con el 29,5%, fluorosis con el 22,0% y lesión mancha café con el 15,5%.

Juventud: del total de personas registradas en la base de datos de discapacidad para año 2016, el 5,6% son jóvenes, 57,7% del sexo masculino y 42,3% del femenino. Con respecto al origen de la discapacidad, las principales causas son: 30,8% por alteraciones genéticas hereditarias, el 7,7% por condiciones de salud de la madre durante el embarazo y accidente respectivamente, el 5,8% por complicaciones en el parto, el 3,8% por enfermedad general y conflicto armado respectivamente, el 1,9% por consumo de SPA.

En salud oral, el 28,7% de las personas notificadas al Sisveso son jóvenes, el 64,8% son del sexo femenino y el 35,2% del masculino. Los problemas de salud que más se presentan son:

gingivitis con el 96,9%, seguida de la caries con el 76,0%, lesión mancha blanca con el 28,1%, fluorosis con el 18,9%, lesión mancha café con el 12,0% y periodontitis 0,8%.

Adultez: del total de personas registradas en la base de datos de discapacidad año 2016, el 36,7% son adultos, 56% del sexo femenino y 44% del masculino. Con respecto al origen de la discapacidad las principales causas son: 44,3% por alteraciones genéticas hereditarias, el 19,5% por accidente, el 13,0% por enfermedad general, el 4,4% por enfermedad profesional. En salud oral el 23,4% de las personas notificadas al Sisveso son adultas, el 69,1% son del sexo femenino y el 30,9% del masculino. Los problemas de salud oral que más se presentan son: gingivitis con el 96,6%, seguida de la caries con el 82,5%, lesión mancha blanca con el 29,4%, lesión mancha café con el 7,5%, periodontitis 6,9% y fluorosis con el 2,5%.

Vejez: del total de personas registradas en la base de datos de discapacidad año 2016, el 47,5% son adultos mayores, 60,8% mujeres y el 39,2% hombres. Con respecto al origen de la discapacidad las principales causas son: en el 53,3% de los casos por alteraciones genéticas hereditarias, el 21,4% por enfermedad general, el 8,4% por accidente.

En salud oral, el 3,1% de las personas notificadas al Sisveso son adultas mayores, el 58,1% son del sexo femenino y el 41,9% del masculino. Con respecto a los problemas de salud oral el que más se presenta en este momento de vida es la gingivitis con el 95,3%, seguida de la caries con el 72,1%, lesión mancha blanca con el 23,3%, periodontitis con el 11,6% y lesión mancha café con el 2,3%.

Convivencia Social y Salud Mental

Para esta dimensión el subsistema que más aporta a la notificación Distrital es el de conducta suicida (Sisvecos) con un 7,1% siendo la tercera más alta de la Subred luego de Kennedy (11,7%) y Bosa (11,3%). La UPZ Fontibón es la de mayor notificación en la localidad con un 43,8% seguida de Zona Franca con un 18,4% y Fontibón San Pablo con 16,7%. El 62,6% de las personas notificadas son mujeres, los momentos de curso de vida adultez (34,9%), adolescencia (31,1%) y juventud (20,1%) son los de mayor notificación.

En segundo lugar se encuentra el subsistema de lesiones de causa externa con el 4,0% de la notificación Distrital, siendo la tercera en el orden de la Subred luego de Kennedy (15,6%) y Bosa (7,8%), la UPZ Fontibón con el 42,2% de la notificación local es la de mayor reporte seguida por Zona Franca (18,0%) y Fontibón San Pablo (14,3%). El 67,4% de las personas corresponde a hombres, los adultos (49,4%) son los de mayor notificación seguidos por los jóvenes (37,1%).

Sivim con el 3,8% de la notificación del consolidado Distrital ocupa el tercer puesto, con respecto a la notificación de la Subred se encuentra luego de Bosa (14,5%) y Kennedy (11,1%). La UPZ Fontibón continúa siendo la de mayor notificación local con el 44,5%, seguida por Fontibón San Pablo (18,2%) y Zona Franca (11,4%). El 73,3% de las personas notificadas son del sexo femenino, el 23,3% se encuentran en el momento de curso de vida adultez, el 19,6% en juventud, el 18,4% en primera infancia.

Tabla 44. Proporción notificación de eventos dimensión convivencia social y salud mental, localidad de Fontibón, año 2016

Subsistema	Grupo de Eventos	Subred Sur Occidente	Localidad Fontibon	UPZ 75 - Fontibón	UPZ 76 - Fontibón San Pablo	UPZ 77 - Zona Franca	UPZ 110 - Ciudad Salitre Occidental	UPZ 112 - Granjas de Techo	UPZ 114 - Modelia	UPZ 115 - Capellania	UPZ 117 - Aeropuerto el Dorado
Vespa	Consumo abusivo de SPA	23,4	1,5	44,9	3,8	5,7	6,3	2,5	1,9	5,1	0,6
Sivelce	Accidente en el trabajo	35,8	4,6	42,8	18,1	18,7	3,5	6,1	3,1	6,3	1,3
	Quemadura por pólvora	28,4	3,0	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Herida con arma de fuego, cortopunzante, contundente	24,6	3,0	44,0	12,3	16,1	6,0	7,9	5,2	4,8	1,5
	Intoxicación/ envenenamiento	25,4	1,4	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Quemadura con sustancia química/ líquido hirviendo	28,0	4,1	42,9	14,3	22,4	4,1	8,2	4,1	2,0	0,0
	Caída de altura	23,5	4,5	43,3	15,0	15,0	4,2	10,8	0,8	8,3	0,8
	Caída de su propia altura	30,2	4,2	38,5	8,4	19,1	5,7	10,7	7,3	9,1	0,2
	Subtotal	30,1	4,0	42,2	14,3	18,0	4,7	7,8	4,4	6,5	1,1
Sisvecos	Ideación suicida	32,6	8,7	44,4	16,6	19,4	1,7	2,8	2,2	5,5	0,0
	Amenaza suicida	38,7	7,7	54,7	5,7	13,2	3,8	5,7	15,1	1,9	0,0
	Intento suicida	32,3	3,9	36,8	21,6	16,0	2,4	6,4	8,0	3,2	0,0
	Subtotal	32,9	7,1	43,8	16,7	18,4	1,9	3,6	4,2	4,9	0,0
Sivim	Violencia intrafamiliar	31,2	3,9	49,5	19,7	14,8	2,4	3,9	4,1	5,0	0,1
	Maltrato infantil	29,9	3,2	22,1	8,7	12,6	42,1	3,7	1,3	2,1	7,4
	Violencia sexual	35,9	4,2	48,3	14,7	23,2	1,9	2,4	4,3	3,8	0,0
	Violencia de género	32,3	4,0	48,0	21,5	4,5	2,0	3,7	3,4	4,6	0,0
	Subtotal	31,7	3,8	44,5	18,2	11,4	8,5	3,7	3,4	4,3	1,2

Fuente: Bases de datos Subsistemas Vespa - Sivelce - Sisvecos - Sivim. SDS. Año 2016.

Finalmente el subsistema Vespa aporta el 1,5% a la notificación distrital, con respecto a la Subred ocupa el último lugar luego de Bosa (8,8%), Puente Aranda (7,3%) y Kennedy

(5,7%). La UPZ Fontibón también es el la primera en notificación local con el 44,9% seguida de Ciudad Salitre Occidental (6,3%) y Zona Franca (5,7%). El 74,7% son hombres, los momentos del curso de vida juventud con el 50,6% y adolescencia con el 25,9% aportan más a la notificación.

Primera Infancia: con respecto a la conducta suicida, el 0,3% de las personas notificadas son de la primera infancia, el 50% hombres y el 50% restante mujeres. El 50% presentó ideación suicida y el otro 50% amenaza suida, el mecanismo fue lanzamiento al vacío.

El 18,4% de las notificaciones por maltrato infantil son en niños y niñas de la primera infancia, el 55,6% son niños y el 44,4% niñas. La violencia que más se presenta es la emocional (97,8%) que generalmente va acompañada con otro tipo; 9,9% física, 12,6% sexual, 7,6% económica, 60,5% negligencia y el 5,4% abandono. En el 57,8% de los casos el agresor es la madre, en el 22,9% el padre, en el 3,6% abuelos y en el 2,2% hermanos.

Del total de notificaciones al subsistema Sivelce el 2,5% se presentaron en niños y niñas de la primera infancia, la mayor proporción de eventos es en hombres (59,6%). El 95,7% de las lesiones son no intencionales y el 4,3% intencionales; las lesiones intencionales fueron por abuso sexual y maltrato infantil. Los eventos que más se reportan son: caídas de altura con el 34,0%, caídas de su propia altura 27,7%, quemaduras con líquido hirviendo 10,6%, lesiones con armas contundentes 14,9%, lesiones por accidentes de tránsito 6,4% y lesiones con armas cortopunzantes 4,3%. El 79,2 de las lesiones fueron en casa.

Infancia: de acuerdo al Subsistema Vespa, el 0,6% (1) de las personas notificadas son infantes consumidores de SPA, el infante reportado es hombre, el tipo de droga con la que inicio fue el alcohol, en la actualidad también consume marihuana, disolventes y pegantes.

Con respecto a la conducta suicida, el 6,7% son infantes, 57,1% hombres y 42,9% mujeres. El 87,7% fue notificado por ideación suicida, el 8,2% por amenaza y el 4,1% por intento,

frente al mecanismo en el 100% de los casos para intento y amenaza fue lanzamiento al vacío. El 16,3% de los infantes han sido reincidentes.

El 12,9% de las notificaciones por maltrato son en infantes, 61,1% niñas y 38,9% niños. La violencia que más se presenta es la emocional (100%) que generalmente va acompañada por; 19,1% violencia física, 32,5% sexual, 7% económica, 35% negligencia y 6,4% abandono. El agresor en el 36,9% de los casos es la madre, en el 24,8% es el padre, en el 4,5% el padrastro y en el 3,2% los hermanos.

Del total de notificaciones al subsistema Sivelce el 3,2% fue en infantes, la mayor proporción de eventos es en hombres (61,7%). El 96,7% de las lesiones son no intencionales. Con respecto a las lesiones intencionales (3,3%) fueron por abuso sexual y maltrato infantil. Los eventos más reportados son: caídas de su propia altura con el 46,7%, seguidas por arma contundente 16,7%, caídas de altura 15%, accidentes de tránsito 11,7% y armas cortopunzantes 8,3%. El 41,7% de las lesiones se propiciaron en la vía pública, el 36,7% en la vivienda, el 15% en el lugar de estudio y el 6,7% en otros lugares.

Adolescencia: de acuerdo al subsistema Vespa, el 25,9% de las personas notificadas son adolescentes consumidores de SPA, el 85,4% son hombres y el 14,6% mujeres. La droga de inicio en el 39% de los casos es el tabaco o cigarrillo, en el 29,3% el alcohol, en el 24,4% la marihuana y en el 2,4% otras. Con respecto a las drogas actuales, el 31,7% consume marihuana, el 14,7% fuma y consume disolventes o pegantes respectivamente, el 12,2% alcohol, el 9,8% bazuco, el 2,4% popper o cocaína respectivamente. El 68% de los adolescentes refieren no haber recibido tratamiento previo.

Con respecto a la conducta suicida, el 31,1% de la notificación es en adolescentes, el 67,3% son mujeres y 32,7% hombres. El 70,4% fue notificado por ideación suicida, el 22,6% por intento y el 5,8% por amenaza. Entre los mecanismos se encuentran: arma corto punzante, intoxicación o envenenamiento, lanzamiento al vacío, arrojar a objeto en movimiento. El 25,7% de los adolescentes han sido reincidentes.

El 18% de las notificaciones por maltrato son en adolescentes, el 73,5% son del sexo femenino y el 26,6% del masculino. La violencia que más se presenta es la emocional (100%) que generalmente va acompañada por otro tipo; 21,6% violencia física, 27,5% sexual, 6% económica, 23,4% negligencia y el 4,6% abandono. El agresor en el 23,9% de los casos es la madre, en el 22% el padre, en el 11,9% es desconocido y 11,5% la pareja.

Del total de notificaciones al subsistema Sivelce el 3,5% fue en adolescentes, la mayor proporción de eventos es en hombres (80,4%). El 56,5% de las lesiones son no intencionales. Con respecto a las lesiones intencionales (43,5%) estas fueron por maltrato intrafamiliar, violencia común y violencia conyugal. Los eventos más notificados son: lesiones con armas contundentes 32,6%, seguidas de lesiones con armas cortopunzantes 28,3%, caídas de su propia altura 17,4%, accidentes de tránsito 10,9%, caídas de altura 6,5% y liquido hirviendo 2,2%. El 54,3% de las lesiones se propiciaron en vía pública, el 19,4% en la vivienda, el 17,4% en el lugar de estudio, el 2,2% en el trabajo y bares respectivamente.

Juventud: de acuerdo al subsistema Vespa, el 50,6% de las personas son jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas, 70% del sexo masculino y el 30% del femenino. Con respecto a la droga de inicio el 55% manifiesta que fue el alcohol, el 22,5% la marihuana, el 17,5% el cigarrillo, y el 1,3% la cocaína, los disolventes y otros respectivamente. Con respecto a las drogas que emplean, el 31,3% fuma cigarrillo, el 23,8% ingiere bebidas alcohólicas, el 2,3% consume marihuana y el restante 7,5% consume otras drogas. El 87,5% de los jóvenes refieren no haber recibido tratamientos previos.

Con respecto a la conducta suicida, el 20,1% de las personas notificadas están en el momento del curso de vida adolescencia, 55,5% mujeres y 44,5% hombres. El 70,5% fue notificado por ideación suicida, el 20,5% por intento y el 7,5% por amenaza. Frente a los mecanismos se encuentran: arma corto punzante, arrojarse a objeto en movimiento, ahorcamiento, intoxicación o envenenamiento y proyectil o arma de fuego. El 25,3% de los jóvenes han sido reincidentes.

El 19,6% de las notificaciones por maltrato son en jóvenes, el 98,9% son mujeres y el 10,1% hombres. El tipo de violencia que más se presenta es la emocional (100%) que generalmente va acompañada por otro tipo; 34% violencia física, 18,1% sexual, 2,1% económica, 22,7% negligencia y el 0,8% abandono. Con respecto al agresor en el 21,8% de los casos es la pareja, en el 13,4% es un desconocido, en el 12,6% la expareja y el 7,1% la madre.

Del total de notificaciones al subsistema Sivelce el 37,1% ocurrieron en jóvenes, la mayor proporción de eventos es en hombres (72,4%). El 82,1% de las lesiones son no intencionales. Con respecto a las lesiones intencionales (17,4%), se debieron a acciones autoinflingidas (conducta suicida), violencia común, violencia conyugal y violencia intrafamiliar. Los eventos más notificados son lesiones por: armas cortopunzantes 17,5%, caídas de su propia altura 16,9%, accidentes de tránsito 16,3%, armas contundentes 13%, caídas de altura 5,1%, liquido hirviendo 2,2% y otras 29%. El 52,9% de las lesiones se propiciaron en el trabajo, el 34,7% en la vía pública, el 5,5 en la vivienda, el 2,2% en bares, el 4,7% restante en otros.

Adulthood: de acuerdo al subsistema Vespa, el 20,9% de las notificaciones en adultos consumidores de SPA, 72,7% del sexo masculino y el 27,3% del femenino. Con respecto a la droga de inicio el 36,4% manifiesta que fue el alcohol, el 27,3% la marihuana y el cigarrillo respectivamente, el 6,1% el basuco y el restante 3% otras. Con respecto a las drogas que emplean 30,3% ingiere bebidas alcohólicas, el 15,2% fuma cigarrillo y marihuana respectivamente el 9,1% consume cocaína y basuco respectivamente y el 6% disolventes y otras sustancias. El 75,8% de los adultos refieren no haber recibido tratamientos previos.

Con respecto a la conducta suicida, el 34,9% de las personas notificadas están en el momento del curso de vida adultez, 66,1% mujeres y 33,9% hombres. El 76% fue notificado por ideación suicida, el 15,4% por intento y el 7,9% por amenaza. Frente al mecanismo se encuentran: arma corto punzante, arrojar a objeto en movimiento, ahorcamiento e intoxicación o envenenamiento y lanzamiento al vacío, para amenaza están. El 21,7% de los adultos han sido reincidentes.

El 23,4% de las notificaciones por maltrato son en adultos, el 90,1% son mujeres y el 9,9% hombres. El tipo de violencia que más se presenta es la emocional (100%) que generalmente va acompañada por otro tipo; 47,9% violencia física, 10,2% sexual, 3,9% económica, 6,7% negligencia y el 1,1% abandono. Con respecto al agresor en el 21,8% de los casos es la pareja, en el 13,4% es un desconocido, en el 12,6% la expareja y el 7,1% la madre.

Del total de notificaciones al subsistema Sivelce el 49,4% ocurrieron en adultos, la mayor proporción de los eventos son en hombres (64,1%). El 85,4% de las lesiones son no intencionales. Con respecto a las lesiones intencionales (14,6%), se debieron a acciones autoinflingidas (conducta suicida), violencia común y violencia conyugal. Los eventos que más se reportan son: caídas de su propia altura 25,4%, lesiones por armas contundentes 12,9%, lesiones por armas cortopunzantes 12,6%, lesiones por accidentes de tránsito 12,3%, caídas de altura y otras el 31,4%. El 61% de las lesiones se propiciaron en el lugar de trabajo, el 27,1% en la vía pública, el 8% en la vivienda y el 1,1% en bares.

Vejez: De acuerdo al subsistema Vespa, el 1,9% de las personas notificadas son adultas mayores, 67% del sexo masculino y 33% del femenino. Con respecto a la droga de inicio el 100% manifiesta que fue el alcohol. El 33,3% de los adultos mayores refieren no haber recibido tratamientos previos y el 66,7% informa tener un tratamiento previo.

Con respecto a la conducta suicida, el 6,9% de las personas notificadas están en el momento del curso de vida vejez, 64% mujeres y 36% hombres. El 84% fue notificado por ideación suicida, el 8% por amenaza y el 6% por intento. Frente a los mecanismos se encuentran: arma corto punzante, lanzamiento al vacío, intoxicación o envenenamiento y ahorcamiento. El 16% de los adultos mayores han sido reincidentes.

El 7,7% de las notificaciones por maltrato son en adultos mayores, el 68,8% son del sexo femenino y el 31,2% del masculino. La violencia que más se presenta es la emocional (100%) que generalmente va acompañada por otro tipo; 11,8% violencia física, 5,4%

económica, 49,5% negligencia y el 18,3% abandono. Con respecto al agresor en el 59,1% de los casos es el hijo, en el 16,1% la pareja, en el 14% otro familiar y el 3,2% hermano.

Del total de notificaciones al subsistema Sivelce el 4,2% ocurrieron en adultos mayores, la mayor proporción de los eventos son en hombres (57,1%). El 92,2% de las lesiones son no intencionales. Con respecto a las lesiones intencionales (7,8%), se debieron a la violencia común. Los eventos más reportados son: caídas de su propia altura 42,9%, accidentes de tránsito 16,9%, lesiones por armas contundentes 13%, lesiones por caídas de altura y arma cortopunzante cada una con 9,1% y otras el 9%. El 44,2% de las lesiones se propiciaron en la vía pública, el 33,8% en la vivienda, el 19,5% en el lugar de trabajo y el 2,6% en otros.

Seguridad Alimentaria y Nutricional

En general en la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional el evento que más aporta la Localidad de Fontibón al consolidado Distrital es el de bajo peso gestacional con una proporción de 5,8%, seguido de exceso de peso en menores de 10 años y exceso de peso a escolares. Por UPZ Fontibón es la que más notificaciones realiza a nivel local.

Tabla 45. Proporción notificación de eventos al Sisvan, localidad de Fontibón, año 2016

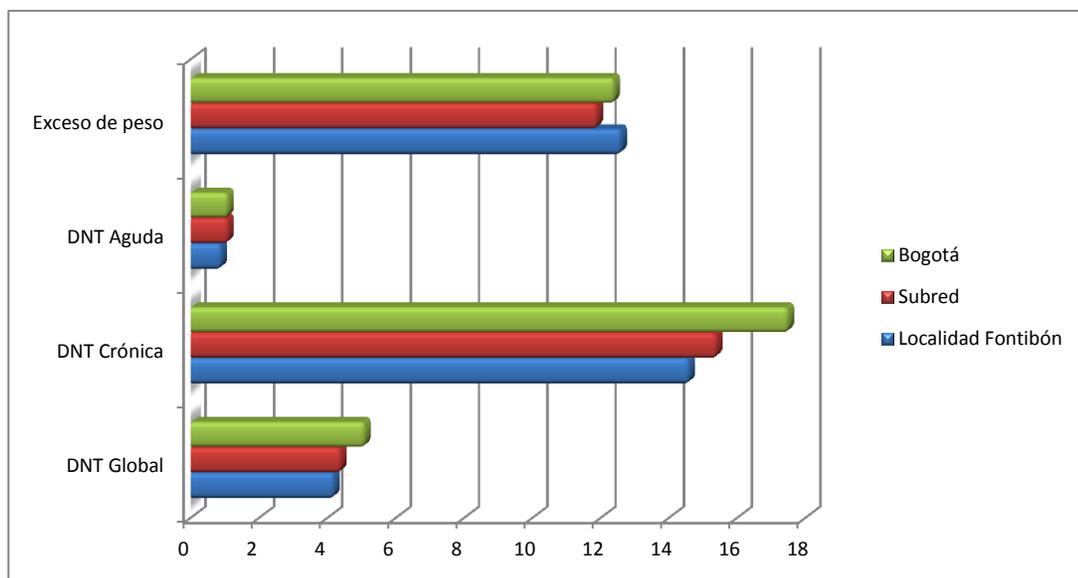
Subsistema	Grupo de Eventos	Subred Sur Occidente	Localidad Fontibon	UPZ 75 - Fontibón	UPZ 76 - Fontibón San Pablo	UPZ 77 - Zona Franca	UPZ 110 - Ciudad Salitre Occidental	UPZ 112 - Granjas de Techo	UPZ 114 - Modelia	UPZ 115 - Capellanía	UPZ 117 - Aeropuerto el Dorado
Sisvan	DNT Global <5 años	23,7	4,1	55,9	11,7	22,0	1,6	0,9	4,8	3,0	0,1
	DNT Crónica <5 años	24,0	4,1	57,5	12,5	19,2	0,9	1,4	5,1	3,3	0,1
	DNT Aguda <5 años	25,8	3,9	61,7	14,9	13,8	0,0	1,1	5,3	3,2	0,0
	Retraso en talla <10 años	23,8	4,1	56,7	12,8	19,7	1,0	1,4	5,3	3,0	0,1
	Exceso de peso <10 años	26,5	5,2	58,5	10,8	18,3	1,6	0,6	6,8	3,2	0,2
	Retraso en talla escolares	22,9	3,4	44,9	11,8	36,8	0,3	0,0	2,7	3,4	0,0
	Exceso de peso escolares	24,5	4,9	46,3	8,4	38,4	0,9	0,3	2,8	2,9	0,0
	Bajo peso gestacional	28,0	4,6	60,2	12,5	18,4	2,9	0,5	3,7	1,9	0,0
	Exceso de peso gestacional	28,1	5,8	58,3	12,9	17,6	3,2	0,9	4,4	2,7	0,1
	Subtotal		25,4	4,7	55,9	11,7	22,0	1,6	0,9	4,8	3,0

Fuente: Bases de datos Subsistema Sisvan. SDS. Año 2016.

Primera Infancia: de acuerdo a la base de datos Sisvan, el 41,7% de los niños y niñas son del sexo femenino y el 52,9% del masculino. El 4,2% de los infantes presentan desnutrición global, el 15,1% tienen riesgo de bajo peso para la edad y el 61,5% tiene un adecuado peso

para la edad. Con respecto al retraso en talla (desnutrición crónica) el 14,6% la presenta, el 30,7% tiene riesgo de talla baja para la edad y el 55,3% posee una talla adecuada. El 0,9% de los niños y niñas tienen desnutrición aguda, por otro lado, el 12,6% tiene exceso de peso; 10,9% sobrepeso y el 1,7% obesidad, al comparar con la Subred (11,9%) el exceso de peso local se encuentra por encima, al igual que frente a Bogotá (12,4%).

Gráfica 40. Prevalencia desnutrición aguda, global, crónica y exceso de peso, localidad de Fontibón - Subred Sur Occidente - Bogotá, año 2016



Fuente: Sisvan. SDS. Año 2016.

Infancia: el 47,6% son niñas y el 52,4% niños. El 68% tiene un estado nutricional adecuado y el 0,5% son delgados; situación que se encuentra por debajo de Bogotá y la Subred cada uno con 0,7%. El 25,2% presentan exceso de peso, prevalencia que está por encima del revelado por Bogotá (23,2%) y la Subred (23,5%); 15,4% sobre peso y 9,9% obesidad. Con respecto a la estatura, el 5,7% tiene talla baja para la edad, proporción que se encuentra por debajo de la Subred (7,2%) y el Distrito (8,5%).

Adolescencia: frente a los menores de 12 a 17 años, el 49,0% son del sexo femenino y el 51% del masculino, así mismo el Sisvan escolar revela que el 0,8% presenta delgadez y el

62% tiene un peso adecuado, por otro lado, el 27,5% esta con exceso de peso; 17,3% sobrepeso y 10,2% obesidad, frente a la talla el 70,4% la tiene adecuada para la edad y el 5,4% baja. Al comparar los datos con la Subred y Bogotá se evidencia que la desnutrición crónica es más baja en Fontibón (5,4%) que en Bogotá (7,8%) y en la Subred (7,4%), por el contrario el exceso de peso se comporta como la Subred (27,5%) y similar al Distrito (27,4%). Con respecto a las adolescentes gestantes, del total notificado para la localidad el 5,1% se encuentran en este momento del curso de vida, en el distrito el 6,5% están en este momento al igual que el 7,7% en la Subred. Del total de adolescentes gestantes, el 27,8% tenía bajo peso gestacional, y el 20,1% exceso de peso de las cuales el 3,9% presentaba obesidad y el 16,2% sobre peso. El 47,1% presentaba peso adecuado. Al comparar los datos locales con el distrito y la Subred, se evidencia que el bajo peso es menor en Fontibón (27,8%) con respecto a Bogotá (28,9%) y la Subred (29,2%), por el contrario el exceso de peso esta evidentemente por encima del de la Subred (15,0%) y la Capital (14,3%).

Juventud: el 62,6% de las gestantes son jóvenes, de las cuales el 14,5% presentaba bajo peso gestacional, y el 32,3% exceso de peso; 7,5% obesidad y 24,8% sobrepeso. El 46,9% tenían un peso gestacional adecuado. En comparación con la Subred y Bogotá los datos muestran que el bajo peso gestacional está por debajo de la Subred 2,9 puntos porcentuales y por debajo del Distrito 2,4pp, el exceso de peso por el contrario se encuentra por encima de la Subred y Bogotá 2,2 y 1,2pp respectivamente.

Adultez: el 32,4% de las gestantes notificadas residentes en Fontibón son adultas, el 11,1% presentaban bajo peso, el 32% tienen un peso adecuado para la edad gestacional y el 56,9% tiene exceso de peso; 35,5% obesidad y 21,4% sobrepeso.

Salud y Ámbito Laboral

Para esta dimensión el subsistema que le aporta a la notificación Distrital es Sivistra con un 4,7% ocupando el tercer lugar de la Subred luego de Bosa (8,8%) y Kennedy (5,1%). El 56,3% de las personas notificadas son mujeres, los momentos de curso de vida adultez (71,4%), juventud (18,4%), vejez (9,2%) y adolescencia (1%).

Adolescencia: el 1% (2) de las personas notificadas por el subsistema Sivistra son adolescentes; uno del sexo masculino y uno del femenino, agrupándose en el evento de trabajo protegido; las edades son de 16 y 15 años respectivamente. La causa de evento es accidente “trauma súbito”. La actividad económica de las unidades de trabajo: elaboración de productos de panadería y otras actividades de servicios personales. Los dos adolescentes se lesionaron los dedos de las manos, el grado de la lesión es moderado.

Juventud: el 18,4% de las personas notificadas por accidente laboral son jóvenes, el 55,3% hombres y 44,7% mujeres. El 68,4% de los eventos fueron clasificados como trauma súbito, el 18,4% como enfermedad y el 13,2% como accidente y enfermedad. Con respecto al tipo de lesión el 60,5% tuvo una herida, el 10,5% un golpe o contusión, el 5,3% quemadura y el 2,6% fractura y lesiones múltiples respectivamente. El 42,1% de las lesiones fueron en las manos, el 21,1% en los dedos de las manos, el 10,5% en las extremidades superiores, el 2,3% en los pies y el 5,3% ubicación múltiple.

Adulthood: el 71,4% de las personas notificadas por accidente laboral son adultas, el 59,9% son mujeres y el 40,1% hombres. El 49,7% de los eventos fueron clasificados como trauma súbito, el 27,2% como enfermedad, el 21,8% como accidente y enfermedad y el 1,4% exposición al ruido. Frente a las personas que manifestaron tener una condición mórbida, el síntoma más común es dolor de la parte afectada (85,5%) seguido de dolor e inflamación (5,8%), adormecimiento (4,3%), disminución de la agudeza auditiva, inflamación y vértigo cada uno con 1,4%. Con respecto al tipo de lesión el 34,0% tuvo una herida, el 18,4% una quemadura, el 12,2% un golpe o contusión, el 3,4% lesiones múltiples y el 2,7% torcedura o esguince. El 23,8% de las lesiones fueron en las manos, el 19% en los dedos de las manos, el 15,6% en las extremidades superiores, el 3,4% en extremidades inferiores y pies respectivamente, el 2% en cabeza, y en cuello y ojo cada uno con el 0,7%, el 2,7% fue de ubicación múltiple.

Vejez: el 9,2% de las personas notificadas por accidente laboral son adultas, el 52,6% son mujeres y el 47,4% hombres. El 42,1% de los eventos fueron clasificados como enfermedad

(condición mórbida), el 31,6% como accidente trauma súbito y el 26,3% como accidente y enfermedad. Frente a las personas que manifestaron tener una condición mórbida, el síntoma más común es dolor de la parte afectada (84,6%) seguido de dolor e inflamación (7,7%) y disminución de la agudeza auditiva (7,7%). Con respecto al tipo de lesión el 36,8% tuvo una herida, el 10,5%, lesiones múltiples y quemaduras cada uno con 5,3%. El 54,5% de las lesiones fueron en las manos, el 27,3% con ubicación múltiple y el 9,1% en los dedos de las manos.

3.2.5. Eventos Precursores

Los eventos precursores son aquellos que predisponen y conllevan al desarrollo de complicaciones en salud, en donde la diabetes mellitus y la hipertensión arterial corresponden a los principales precursores de la enfermedad renal crónica entre otras patologías que generan una alta carga de morbilidad como de mortalidad (6).

De acuerdo a la información disponible por RIPS, se analizará el comportamiento de la diabetes mellitus en la localidad comparada con Bogotá. La prevalencia de la diabetes mellitus en los servicios de salud se calcula tomando los individuos atendidos por esta patología y la población general en cada uno de los años descritos.

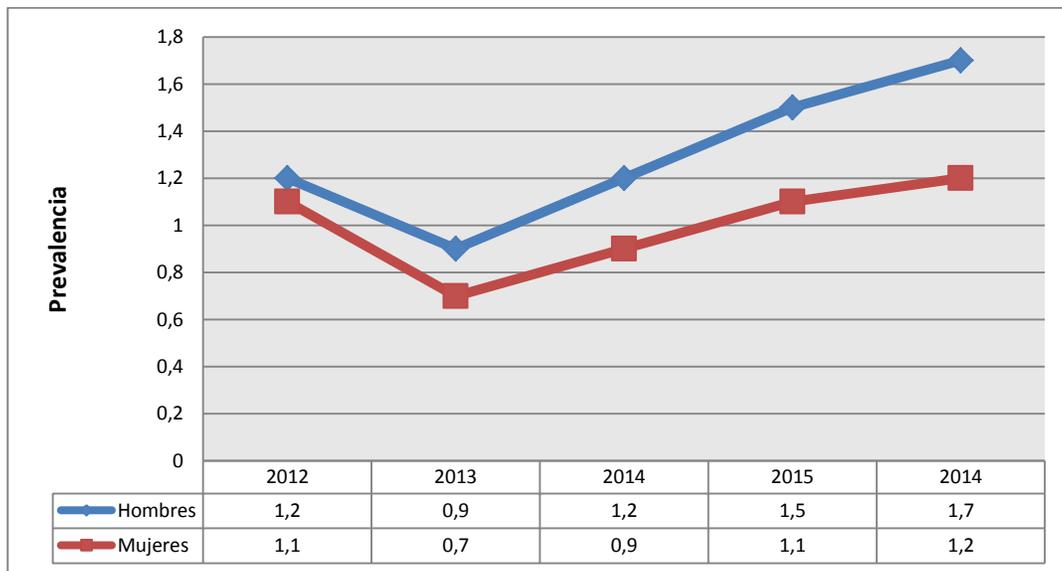
En la localidad para el año 2016, la prevalencia de diabetes mellitus es de 1,3% superior al Dato Distrital que reporta 1,2%, sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa. Al observar la tendencia de la patología desde el año 2012 se encuentra un comportamiento irregular, donde el pico más alto se dio en el año 2016 con 1,3%. El Distrito ha presentado el mismo comportamiento, pero con una menor prevalencia que la local.

Tabla 46. Eventos precursoros, localidad de Fontibón, año 2016

Evento Precursor	Bogotá	Fontibón	Diferencia relativa	LI IC 95%	LS IC 95%	Comportamiento local				
						2012	2013	2014	2015	2016
Diabetes Mellitus	1,2	1,3	1,1	0,19	6,04	↘	↗	↗	↗	↘

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017). DANE, Proyecciones de población 2005-2020. MSPS, Guía metodológica ASIS, Anexo 18

Por sexo la prevalencia presenta el mismo comportamiento a nivel local sin diferencias importantes entre hombres y mujeres, para el año 2016 los hombres tienen una prevalencia superior a las mujeres con un 1,2% frente a un 1,7%. Mientras que en el Distrito durante los últimos cinco años las mujeres tienen la mayor proporción de diabetes, por ejemplo, para el año 2016 alcanza un 1,4% mientras que los hombres reportan 1,0%.

Gráfica 41. Prevalencia de diabetes mellitus en servicios de salud por sexo, localidad de Fontibón, años 2012-2016

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017. DANE, Proyecciones de población 2005-2020

En cuanto a la edad, el mayor número de individuos atendidos por diabetes mellitus, corresponde a la vejez, seguido por la adultez. Para el 2016, las personas mayores de 60 años representan el 53,6% de individuos atendidos por esta causa, mientras que en el Distrito este porcentaje es superior con un 62,6%.

Aunque se evidencia una baja prevalencia de individuos atendidos por diabetes mellitus, se debe considerar que el grupo de las demás causas, a la que pertenece esta patología, es la tercera causa de mortalidad y la primera causa de atenciones en salud.

3.3. ANÁLISIS GENERAL DE LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD E IDENTIFICACIÓN DE PRIORIDADES

En el 2014 la tasa cruda de mortalidad en la localidad de Fontibón fue de 339,9 muertes por cada 100.000 habitantes, con una tasa ajustada de 483,1 en hombres y 317,5 en mujeres. La principal causa de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio, al igual que en la Subred y el Distrito, este comportamiento se ha mantenido entre los años 2012 y 2014. La segunda causa muerte está relacionada con el grupo de las demás causas, y la tercera con las neoplasias.

Como factores condicionantes de la principales causas de mortalidad se encuentran: la hipertensión se relaciona con estilos de vida, tales como hábitos alimentarios inadecuados, sedentarismo, tabaquismo y alcoholismo, entre otros, generando que desde la adolescencia se inicie un proceso de envejecimiento con enfermedad, debido a la no adopción de hábitos de vida saludables.

Las condiciones laborales y la formación cultural no permite la adherencia a los programas de promoción y prevención, ni acudir a los servicios de salud periódicamente, estos patrones se identifican principalmente en la juventud y la adultez, facilitando la generación de enfermedades en los posteriores momentos del curso de vida, que pueden ser prevenibles.

Con respecto a la mortalidad materno infantil y en la niñez, se evidencia una disminución en la tasa de mortalidad en cada uno de los indicadores analizados; mortalidad materna, perinatal, infantil, en la niñez, por IRA, EDA, y DNT, en menores de 5 años. Las coberturas de vacunación, el acceso a agua potable, y alcantarillado, el mejoramiento de las condiciones de vida, entre otros son factores que han contribuido a la disminución de la mortalidad evitable materno infantil no solo en el nivel local sino en el de Subred y Distrital. Si bien se ha registrado un mejoramiento de estos indicadores, aún las barreras de acceso al sistema de salud, la corrupción, la falta de información sobre derechos y deberes, la falta de insumos, el personal médico incompetente, entre otros, son las causas por las cuales se siguen presentando estos eventos.

En cuanto las veinte primeras causas de atenciones por morbilidad, el 34,4% están relacionadas con la salud oral, el 27,4% con enfermedades crónicas y el 16% con enfermedades transmisibles. Situaciones que pueden ser prevenidas con la implementación de hábitos, alimentación y estilos de vida saludables.

El cáncer de mama, cuello uterino y cáncer en menores de 18 son los principales eventos que se notifican al Sivigila en la dimensión de condiciones no transmisibles, contraste que genera alarma con el comportamiento de mortalidad por neoplasias, por el aumento paulatino en la morbimortalidad. Si bien la ciencia ha avanzado bastante y la mayoría de las neoplasias tiene un porcentaje alto de curación si se realiza un diagnóstico y tratamiento temprano y oportuno, las barreras de acceso a los servicios de salud y la crisis del sector salud a generado que las personas con cáncer no puedan acceder a los tratamientos lo que repercute directamente en la mortalidad por esta causa.

La gingivitis y la caries cavitacional son las primeras causas de morbilidad notificadas al Sisveso en la localidad de Fontibón. La gingivitis crónica y la caries de la dentina comparten factores predisponentes, entre estos, las inadecuadas técnicas de higiene oral y/o la deficiente higiene oral, el consumo de alimentos que deterioran el estado de los dientes y el escaso control odontológico. Así las cosas, es importante reconocer que las patologías de

salud oral representan una carga alta en la morbilidad local y distrital, y que los factores de riesgo de las patologías prevalentes en salud oral son evitables y modificables.

En relación con el comportamiento de los registros individuales de prestación de servicios de salud -RIPS- es relevante mencionar la disminución evidenciada entre los años 2012 y 2016, del 41% en el número de atenciones. A pesar de este cambio, se encuentra un comportamiento similar en las causas siendo la que ocupa el primer lugar el grupo de todas las demás causas, seguido por los síntomas, signos y afecciones mal definidas, comportamiento que se mantiene en todos los tipos de servicio y por momento del curso de vida, aunque en la vejez se reporta en segundo lugar las enfermedades cardiovasculares, en concordancia con la mortalidad, que tiene un mayor peso en los mayores de 60 años.

Al considerar que dentro del grupo de las demás causas, se encuentra una importante carga de enfermedad crónica, tal como se observa en la mortalidad (diabetes, enfermedades crónicas de las vías respiratorias y del hígado), se pueden mencionar como factores condicionantes de las principales causas de morbilidad aquellas que conciernen con estilos de vida, tales como hábitos alimentarios inadecuados, sedentarismo, tabaquismo y alcoholismo, estrés, entre otros, generando que desde edades cada vez más tempranas se adquieran este tipo de patologías, debido a la no adopción de estilos de vida saludables, aunque en la localidad se sigue relacionando con la población adulta y adulta mayor.

En cuanto al grupo de los síntomas, signos y afecciones mal definidas, se debe continuar trabajando desde los servicios de salud con el personal médico, de manera que puedan determinar de manera más exacta las patologías de los usuarios, pues esta alta concentración de atenciones pueden enmascarar o minimizar un problema de salud que se esté presentando.

La oferta de servicios de salud en la localidad guarda estrecha relación con el aseguramiento de la población, con una mayor cantidad de instituciones de tipo privado, que se encuentran entre el mediano y bajo nivel de complejidad. En cuanto a las instituciones públicas, aunque

hay una menor proporción frente a las privadas, estas se encuentran distribuidas en toda la localidad, permitiendo a los usuarios acceder a los servicios, especialmente de promoción y detección específica, que son los que principalmente se ofertan por la red adscrita. Aunque no existen servicios especializados de alta complejidad la centralidad de la localidad permite acceder a otras instituciones que puedan prestar el servicio a la comunidad. Referente a la demanda de servicios principalmente se orienta hacia la atención de población adulta y adulta mayor con enfermedad crónica, por lo que se hace necesario el fortalecimiento de programas orientados hacia esta población en aras de disminuir complicaciones que generan la mayor carga de morbi-mortalidad en la localidad.

El maltrato en la localidad tiene como principales víctimas a las mujeres (73,3%) y a los niños y niñas, la violencia emocional es el tipo que más se denuncia que generalmente va acompañado de otro tipo, principalmente negligencia en el 30% de los casos, física en el 27% y sexual en el 17,4%. El ritmo de vida, la desestimación en el cuidado de niños y niñas, la vulnerabilidad social, el rol de las madres cabeza de familia como proveedoras y cuidadoras, la dependencia económica, la falta de oportunidades laborales, entre otras, son situaciones que han generado que la violencia intrafamiliar, el maltrato y la violencia sexual este incrementándose en el nivel Local y Distrital, situación que se hace aún más crítica con el sistema judicial el cual se estima ineficiente, inoperante en algunos casos, en otros demasiado lento o poco resolutivo. Esta realidad desestimula la denuncia de nuevos casos, e impide que se tomen decisiones oportunas frente a las denuncias, al igual que desestima el trabajo de los profesionales que abordan los casos ya que sin un sistema judicial alineado a las necesidades de las víctimas, la intervención puede decirse que no es 100% efectiva, dejando en muchos casos a las víctimas a merced de sus victimarios.

La notificación por conducta suicida es un fenómeno que ha ido creciendo paulatinamente, el 62% de las personas notificadas son mujeres y por momento del curso de vida los adultos son los que más presentan estas conductas, seguidos de los adolescentes y jóvenes. Los conflictos de pareja, los problemas económicos y el duelo por la pérdida de una ser querido son los principales desencadenantes de la conducta suicida, situaciones que sumadas a

redes de apoyo débiles, falta de herramientas para la superación de problemas y baja autoestima pueden desencadenar un suicidio consumado.

El exceso de peso, en menores de 5 años, adolescentes y mujeres gestantes es la principal problemática de la localidad frente a la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional. El exceso de peso se relaciona con estilos de vida, tales como hábitos alimentarios inadecuados, sedentarismo, tabaquismo y alcoholismo, entre otros, condiciones que facilitan la generación de enfermedades en los posteriores momentos del curso de vida, que pueden ser prevenibles.

Como respuesta a las principales causas de morbilidad en cada una de las unidades de servicios de salud se encuentra la oferta de programas de protección específica y detección temprana para la detección de alteraciones del crecimiento en menores de 10 años, atención de la ERA, detección temprana y alteraciones del desarrollo del joven y detección de alteraciones en el adulto; específicamente para salud oral se cuenta con el programa atención preventiva en salud oral el cual es transversal a todos los momentos del curso de vida. Aun cuando estos programas se encuentran reglamentados, la población desconoce esta oferta y por su parte las aseguradoras no realizan demanda inducida.

Desde el PSPIC se realiza identificación del riesgo en espacios de vida cotidiana y canalización a servicios por medio de la activación de rutas sectoriales e intersectoriales, donde se sensibiliza acerca de la importancia de realizar controles médicos periódicos para detectar situaciones de riesgo o enfermedades. Adicionalmente por parte del área de Vigilancia en Salud Pública se realizan investigaciones epidemiológicas de acampo a aquellos eventos prioritarios como los son: mortalidades evitables, enfermedades inmunoprevenibles, enfermedades transmisibles, violencia, conducta suicida, bajo peso al nacer, desnutrición, entre otras, con el fin de generar alertas ante los eventos y activación de rutas sectoriales e intersectoriales.

4. ANÁLISIS DE POBLACIONES DIFERENCIALES

El presente capítulo busca visibilizar las relaciones entre condiciones, calidad de vida, salud y enfermedades (Accvsye) para las poblaciones de la Subred vulneradas históricamente, desde el enfoque diferencial, y haciendo uso de la información disponible. Esto, con el ánimo de comprender la complejidad de las situaciones que definen a cada una de las mismas y ofrecer elementos de contexto para la toma de decisiones frente a planes, programas y proyectos necesarios para garantizar el goce efectivo de sus derechos, fortalecer su ejercicio de ciudadanía y reducir los gradientes de inequidad que caracterizan a dichas comunidades.

Para alcanzar este objetivo, se parte de los resultados obtenidos en el ASIS Diferencial “fase exploratoria” realizado en el año 2015, ejercicio que constituyó una exploración de fuentes disponibles en ese momento para evidenciar la situación en salud de las poblaciones diferenciales de las localidades del Distrito. El presente análisis es una actualización de dichos resultados a la luz de nuevas fuentes consultadas.

En un primer momento se expondrán los fundamentos teóricos y conceptuales para definir a las poblaciones diferenciales y abordar sus particularidades; para esto se usaron los resultados de la fase de exploración realizado en 2015 a modo de línea de base, donde fueron recopiladas las fuentes de información para estas poblaciones.

Luego de esto se presentará la caracterización demográfica que resultó del análisis de las bases de datos en salud pública que hace parte del proceso de implementación de la vigilancia en salud pública con sus representaciones en el nivel nacional, distrital y local; dicha información se complementó con fuentes obtenidas de otros sectores.

4.1. APROPIACIÓN CONCEPTUAL Y REVISIÓN DE ANTECEDENTES

Dentro del marco conceptual se plantean los principales enfoques que se tendrán en cuenta para el desarrollo del ASIS Diferencial durante la presente vigencia, estos son: enfoque de derechos, enfoque diferencial y la salud urbana.

Los derechos se entienden como garantías esenciales para la vida de los seres humanos. Sin estos, las personas no pueden ejercer ni cultivar plenamente sus cualidades, inteligencia, talento y espiritualidad. Asumir un enfoque de derechos implica reconocer a las personas en su calidad de ciudadanos y ciudadanas, con autonomía y capacidad para decidir sobre su propia existencia; requiere brindar las condiciones para que las personas exijan y ejerzan sus derechos, así como garantizar que los mismos sean restituidos cuando son vulnerados.

Al contemplar la historia de los Derechos Humanos, se pueden identificar tres generaciones sucesivas, fruto de los valores incorporados durante la época histórica en que nacieron: la primera giró en torno a la libertad como el principal valor a alcanzar, la segunda incorporó la igualdad y la actual busca la garantía de derechos en aras de la equidad y la sostenibilidad.

La salud urbana por su parte, es una rama de la salud pública que estudia los factores de riesgo de las ciudades, sus efectos sobre la salud y las relaciones sociales urbanas. Este enfoque amplía la perspectiva de ambiente-salud-enfermedad y apunta hacia la necesidad de abordar también los “determinantes” sociales, económicos y políticos que confluyen en contextos urbanos (7). Al trabajar desde un enfoque en determinantes sociales “lo que se busca es establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud” (8).

El tercer enfoque que se incluye en el análisis es el diferencial. Este se entiende como *“el conjunto de medidas y acciones que brindan un trato diferenciado a algunos grupos poblacionales, para garantizar la igualdad en el acceso a las oportunidades sociales”* (9). El enfoque diferencial resulta útil para reconocer necesidades, riesgos, exclusiones y barreras que enfrentan determinadas poblaciones para que los Estados garanticen sus derechos humanos de forma efectiva. En esta medida, no sólo debe permear las acciones y políticas públicas, sino que debe ser una herramienta de análisis de la propia política.

Como metodología de análisis, el enfoque diferencial particulariza algunas poblaciones a través de categorías, para evidenciar las situaciones de invisibilización histórica (política, económica y social), de discriminación, de vulneración de derechos y/o de desventaja para exigirlos y así gozar de los mismos. Estas categorías pueden obedecer a momentos del curso vital (niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez), a aspectos identitarios (filiación étnica, género, orientación sexual), a cierta condición o situación de la persona (discapacidad, víctimas del conflicto armado interno, ciudadanía habitante de calle) o a su ocupación (personas en ejercicio de la prostitución, carreteros, bodegueros y recicladores). Esta metodología deriva en un análisis de la situación de estos grupos poblacionales y sus necesidades básicas insatisfechas, lo cual conlleva a la adaptación de los servicios para la garantía de sus derechos, y a la toma de medidas de atención, asistencia y reparación que respondan a sus particularidades y a su situación de vulnerabilidad.

La Ley 1448 de 2011 incorpora el principio de enfoque diferencial como orientador de todos los procesos, medidas y acciones que se desarrollen para asistir, atender, proteger y reparar integralmente a las víctimas. Mediante la resolución 758 de 2014 se construye el Modelo de Operación con Enfoque Diferencial y de Género.

El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, orientación sexual y situación de discapacidad. Por tal razón, las medidas de ayuda humanitaria, atención asistencia y reparación integral que se establecen en la ley, contarán con dicho enfoque(10). Se consideran sujetos de especial protección constitucional a: niños, niñas y adolescentes, mujeres, personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas, personas mayores, personas con discapacidad, pueblos indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, y el pueblo ROM.

4.2. METODOLOGÍA

Bajo el marco conceptual antes descrito, se planteó una metodología de elaboración de estado del arte de la situación de poblaciones diferenciales en la Subred desde las fuentes disponibles, según la fase de exploración del ASIS diferencial realizado en el 2015. La información que contiene dicho ejercicio se circunscribe al sector salud y a las bases con desagregación en lo local. En este estado del arte se contemplaron los siguientes momentos:

- a. Recolección de información: se realizaron reuniones de articulación con el componente 1 de Gobernanza, donde se solicitó a los referentes de las poblaciones diferenciales apoyar la consecución de las fuentes requeridas para la actualización del ASIS Diferencial durante la presente vigencia.
- b. Exploración de la información recolectada: incluye la revisión de las fuentes implementadas durante la fase de exploración del ASIS Diferencial de 2015, y la apropiación conceptual requerida por las mismas. De acuerdo con lo anterior, se obtuvo a la fecha un consolidado de 14 fuentes reportadas por referentes de políticas de poblaciones diferenciales.

Para la actualización del ASIS Diferencial se utilizaron aquellas bases de los sistemas de VSP que incluyeran variables de identificación de las poblaciones diferenciales: así, se incluyeron datos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual (Sivim), Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (Sisvecos), Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral (Sisveso), Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional de las y los Trabajadores en la Economía Informal (Sivistra), Sistema de Vigilancia Epidemiológica Alimentaria y Nutricional (Sisvan) y Estadísticas Vitales. Además, se utilizaron como fuentes de información adicional para población con discapacidad el registro de localización y caracterización y para las Víctimas del Conflicto Armado el Sistema de información para Víctimas (Sivic).

- c. Descripción de la información recolectada: para el caso de las etnias, se reporta nuevamente como fuente de información demográfica la encuesta multipropósito de Bogotá 2011 publicada en 2013, y el censo de la comunidad indígena Misak Misak de 2015, quienes también son víctimas del conflicto armado, sujeto de reparación colectiva las cuales ya se usaron en la fase exploratoria. Se usa como fuente adicional el censo del Pueblo Nasa con una actualización realizada en marzo del 2016. Para las víctimas del conflicto armado se utilizó la base de datos del registro único de víctimas, suministrado por la alta Consejería para la Paz y la Reconciliación. Para la población de recicladores se consultaron dos bases; la primera derivada del sistema de vigilancia epidemiológica Sivistra y la segunda de las intervenciones realizadas por el espacio de trabajo.

Para la ciudadanía habitante de calle se consulta, además de la política pública para el fenómeno de habitabilidad en calle, la sentencia de tutela 043 de 2015 y el análisis de la distribución y caracterización de la población de habitantes de calle ubicada en parches y cambuches en Bogotá D.C. de la población habitante de calle del año 2014. Se realizó un ejercicio de georreferenciación que contiene el análisis de la distribución espacial y la caracterización de esta población realizada en el año 2014 que no entró en la fase exploratoria del ASIS diferencial del año 2015.

Para las personas en ejercicio de la prostitución resultó útil el boletín de la Secretaría Distrital de la Mujer sobre el acercamiento al fenómeno de la prostitución en Bogotá. Es de tener en cuenta que existe escasa normatividad acerca del ejercicio de la prostitución.

En cuanto a las poblaciones Lgbti, la referencia de dicha política de la Subred facilitó un documento de caracterización con datos estimados de la población, reportados por el sector de Integración Social y el acumulado de la base de canalizaciones y atenciones del programa Territorios Saludables.

La población en condición de discapacidad es, entre las poblaciones incluidas en el presente análisis, la que dispone de información más completa, pues cuenta con el

sistema de vigilancia epidemiológica de la discapacidad. No obstante, algunas bases locales se encuentran fragmentadas por el manejo administrativo que se les ha dado.

Las fichas de notificación de otros subsistemas de Sivigila como Sisvan, Sivim, Sisveso, Sivistra, y otro tipo de registros como la base de canalizaciones, la base del programa Territorios Saludables o la base de APS, cuentan con la variable de identificación de pertenencia étnica, sin embargo, no se incluyen variables para identificación de la orientación sexual y de identidad de género.

La insuficiencia de información estadística con enfoque diferencial e interseccional no permite conocer de manera exhaustiva las desigualdades de grupos poblacionales afectados por problemas de exclusión, maltrato o discriminación. En general, los vacíos de información estadística privan a la sociedad de evidencia para evaluar la dimensión de los fenómenos económicos, sociodemográficos o ambientales que con mayor fuerza afectan su bienestar (11).

- d. Interpretación de la información recolectada: parte de la información recabada ya se ha dispuesto en la línea de base del ASIS Diferencial, pero son pocas las poblaciones que tienen una actualización de la información demográfica, por tanto, no cuentan con información que permita hacer una caracterización en los territorios de la Subred. Algunos documentos presentan un análisis espacial o se enfocan en la respuesta institucional.

De acuerdo con los objetivos de actualización a realizar durante esta vigencia, se encuentra la posibilidad de alimentar variables de aseguramiento, descripción del fenómeno, modelos de abordaje, acumulados de caracterizaciones por sexo, momento del curso vital, localidad, UPZ, clasificaciones posibles, estratificación socioeconómica y escolaridad. Para el caso de la población con discapacidad, se encuentra además información sobre el proyecto del fondo de desarrollo local: banco de ayudas técnicas, el cual ayuda a varias personas con discapacidad de la localidad otorgando diferentes ayudas que favorecen la calidad de vida de las PCD.

Tabla 47. Poblaciones diferenciales, localidad de Fontibón, año 2014

Grupos poblacionales		No	Fuente	
Poblaciones diferenciales	LGBTI	360	SLIS	
	Etnias	Indígenas	565	Censo Misak actualizado junio 2015
		Afrodescendientes	6.111	Encuesta multipropósitos Bogotá 2011. DANE-SDP
		Raizales	147	Encuesta multipropósitos Bogotá 2011. DANE-SDP
		ROM Gitanos	0	Encuesta multipropósitos Bogotá 2011. DANE-SDP
Poblaciones en Inclusión	Personas en condición de discapacidad	9.224	Registro personas con discapacidad Vigilancia en salud pública Discapacidad Hospital Fontibón E.S.E.2015	
	Víctimas del Conflicto Armado	4.451	ACPV	
	Habitante de la Calle	48	VI Censo Habitante de la Calle	
	Ciudadano habitante de calle	11 parches 93 cambuches	Análisis de la distribución y caracterización de la población de habitantes de calle ubicada en parches y cambuches en Bogotá D.C.	
	Personas en ejercicio de la Prostitución	490	SDIS	
	Personas de ocupación recicladora - carreteros, pequeños bodegueros	790	RURO Oficial 2015	

Fuente: Subred Sur Occidente, Análisis Diferencial, Resultados fase exploratoria 2015 consolidación de la información demográfica, año 2015

A continuación, se presentan las particularidades de las poblaciones diferenciales que se incluyen en la presente actualización:

4.2.1. Comunidades Étnicas

La pertenencia étnica hace referencia al hecho de compartir prácticas culturales, identidades, ideologías y formas de vida propias de un grupo de personas con una historia y unos ancestros comunes que los distinguen de otras. Estos elementos compartidos hacen parte de

su historia individual y colectiva, y a su vez configuran su vida cotidiana, cultural, social y política (6).

La Pertenencia étnica cuenta con normatividad nacional que permite la visibilización de los pueblos indígenas mediante el Auto 004 de 2009, las comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales mediante el Auto 005 de 2009. De acuerdo con la ley 1448 de 2011, se les da a las comunidades étnicas el carácter de víctima por la violencia histórica que presentan estas poblaciones, clasificándolas de la siguiente manera:

- Comunidades indígenas: agrupaciones homogéneas que comparten creencias, tradiciones y cosmogonías propias vinculadas al territorio, como representación de lugares sagrados, donde se llevan a cabo rituales. Se organizan según esquemas tradicionales, autoridades definidas y mecanismos de control social.
- Afrocolombianos: concepto de carácter eminentemente político, utilizado con el fin de reivindicar o destacar la ancestría africana.
- Comunidades Negras: conjunto de familias de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, comparten una historia y tienen sus propias tradiciones y costumbres.
- Palenqueros: comunidad negra de Palenque de San Basilio, en el municipio de Mahates, Bolívar, cuentan con un dialecto propio producto de la mezcla entre lenguas africanas y el castellano.
- Raizales del Archipiélago de San Andrés y Providencia: cuentan con un dialecto propio y con prácticas culturales y religiosas cercanas a la cultura antillana e influencia anglosajona en el Caribe.
- Afrodescendientes: agrupa la comunidad humana, en tanto científicamente se reconoce que descende de África. Por afrodescendientes se denota a todos los grupos identificados como negros, morenos, zambos, trigueños, niches, prietos (10).

Por su parte, la identidad de las comunidades ROM es descrita en el Decreto 2957 de 2010: “Se es Rom o Gitano por descendencia patrilineal, la cual permite la ubicación de una persona en un determinado grupo de parentesco, configurado fundamentalmente en torno a la autoridad emanada de un hombre de reconocido prestigio y conocimiento, el cual a su vez,

a través de diferentes alianzas, se articula a otros grupos de parentesco, en donde todos comparten, entre otros aspectos, la idea de un origen común, una tradición nómada, un idioma, un sistema jurídico la Kriss Romani, una autoridad, una organización social, el respeto a un complejo sistema de valores y creencias, un especial sentido de la estética que conlleva a un fuerte apego, a la libertad individual y colectiva, los cuales definen fronteras étnicas que los distinguen de otros grupos étnicos” (12).

Sobre las bases de datos Registro Único de Afiliados (RUAF) se encontró un subregistro, por lo cual no se estima como una fuente confiable para identificar nacidos vivos y defunciones de la población con pertenencia étnica. Además, se incluyeron datos sobre resultados de la caracterización realizada mediante la estrategia de Atención Primaria en Salud y registrada en el aplicativo de APS en Línea.

4.2.2. Víctimas del Conflicto Armado (VCA)

Se entiende por víctimas del conflicto armado a las *“personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno”* (10).

Para el Distrito Capital se encuentra el decreto 32 de 2011, por el cual se adopta la Política Pública de Salud para la población desplazada víctima del conflicto armado interno asentada en Bogotá, D.C., que tiene como objetivo garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población desplazada por la violencia que vive en Bogotá, fortaleciendo la respuesta sectorial e intersectorial, en un marco general de equidad, de inclusión social, de reconocimiento de la diversidad étnica, de género y etapas de ciclo vital, de estímulo a la participación social y de garantía de los derechos de las víctimas del conflicto armado interno (13).

Para la fase exploratoria del ASIS Diferencial realizada en el año 2015, se tomó como fuente de información para la caracterización demográfica de la población VCA en las localidades de la Subred el cruce de bases como el Registro Único de Víctimas (RUV), la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y APS en línea. Además, se tuvo en cuenta la información de localización en Bogotá de la atención, asistencia y reparación integral a las VCA interno emitida por la Secretaría Distrital de Hacienda. También se articuló con los centros locales de atención a víctimas de la Alta Consejería para la identificación de población víctima usuaria de estos centros, en especial el de la localidad de Kennedy que es el más cercano a Fontibón, así como también censo Misak Misak ya que esta comunidad indígena es víctima del conflicto armado sujetos de reparación colectiva.

4.2.3. Persona en condición de discapacidad (PCD)

El término genérico «discapacidad» se refiere a los aspectos negativos de la interacción entre una persona que presenta cierta condición de salud limitante y los factores contextuales de esa persona (factores ambientales y personales) (14). Esta manera de comprender la discapacidad está acorde con la Política Pública Distrital de Discapacidad, la cual asume esta condición como un concepto complejo y multicausal, cuya comprensión requiere la no-adscripción a posturas dicotómicas, unidimensionales y excluyentes, sino la adopción a diversas posturas conceptuales. No alude por tanto a la condición médica de la persona, sino a su relación dinámica con los entornos políticos, sociales, económicos, ambientales y culturales donde encuentran las limitaciones o barreras para su desempeño y participación en las actividades de la vida diaria en estos entornos (15).

Actualmente, no existe un consenso universal del significado de esta categoría. La transición que implicó pasar de una perspectiva individual y médica a una perspectiva estructural y social ha sido descrita como el viraje desde un modelo médico a un modelo social, en el cual las personas son consideradas “*discapacitadas*” por la sociedad más que por sus cuerpos.

La caracterización demográfica de la población con discapacidad en la localidad de Fontibón durante la fase exploratoria del año 2015, se realizó a partir de los resultados del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad, el cual se implementa a nivel nacional de acuerdo a directrices del Ministerio de Salud y Protección Social y es operado por el proceso de Vigilancia en Salud Pública.

4.2.4. Persona en ejercicio de la prostitución (PEP)

El Decreto Distrital 428 de 2013 estableció entre las funciones del despacho de la Secretaría Distrital de la Mujer la de *“diseñar el modelo de abordaje de las mujeres heterosexuales, lesbianas, bisexuales y transgeneristas en ejercicio de la prostitución, con enfoque de derechos y de género, y orientar la implementación del mismo por parte de las autoridades competentes en el Distrito Capital”* (16).

Para esta población se encuentra como fuentes de información la Secretaría de Integración Social (SDIS), antes de 2007 Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS), la cual ha implementado proyectos de atención para mujeres en ejercicio de prostitución por más de 40 años, aunque en los últimos años han atendido a hombres homosexuales y mujeres transgeneristas. Para la fase exploratoria realizada en el año 2015 se encontró información de la ubicación de los establecimientos donde se ejerce la prostitución.

4.2.5. Ciudadano Habitante de Calle (CHC)

De acuerdo a la Ley 1641 del 12 de julio de 2013 en su artículo 2, se define habitante de calle como la *“Persona sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria y, que ha roto vínculos con su entorno familiar”* (17). A su vez, la política pública distrital asume la habitabilidad en calle desde dos perspectivas: “Ciudadanas y Ciudadanos Habitantes de Calle transitorios: La persona que haya permanecido por tres (n: 3) o más meses y hasta un (n: 1) año en situación de calle será considerada persona habitante de calle transitoria y será sujetos de medidas de

atención integral, reducción de riesgos y mitigación del daño, superación e inclusión social. Ciudadanas y Ciudadanos Habitantes de Calle permanentes: Se considerará habitante de calle permanente aquella persona que haya permanecido por más de un año en situación de calle con factores de permanencia y reincidencia arraigados” (18).

El 21 de diciembre de 2015 se expide el Decreto 560 *"Por medio del cual se adopta la Política Pública Distrital para el Fenómeno de Habitabilidad en Calle y se derogan los Decretos Distritales Nos 136 de 2005 y 170 de 2007"*(18), cuyo objetivo es *"re significar el fenómeno de la habitabilidad de calle en Bogotá, por medio de la implementación de acciones estratégicas integrales, diferenciales, territoriales y transectorial, orientadas al mejoramiento de la convivencia ciudadana y la dignificación de los ciudadanos y ciudadanas habitantes de calle, en el marco de la promoción, protección, restablecimiento y realización de sus derechos, que contribuyan a su inclusión social, económica, política y cultural, así como a la protección integral de las poblaciones en riesgo de habitar la calle"* (18).

En Bogotá se reportaron por censo (2011) 9.614 personas habitantes de la calle en situación de segregación y exclusión social, de los cuales Fontibón hay ubicados 48 CHC dado proceso de desarrollo comercial y de industrialización permitiendo que la localidad cree factores de permanencia para la población habitante de calle, esto debido al auge de empresas recicladoras y de acopio que han contribuido a que aparezca y se mantenga este fenómeno. Fenómeno que se mantiene alrededor de las empresas recicladoras y de acopio, particularmente por la Av. calle 13 y la carrilera centro Fontibón ya que son sectores donde ellos se rebuscan económicamente a través de la venta de productos reciclables, prestan el servicio de calibradores de llantas, cuidan carros, son cargadores, etc.,

4.2.6. Recicladores, Carreteros y Pequeños Bodegueros (RCPB)

Los recicladores de oficio son una parte de la economía informal, conformada por hombres, mujeres y niños que trabajan recogiendo, clasificando, reciclando y vendiendo materiales que se desechan. La mayoría de ellos viven y trabajan en vertederos municipales de basura en condiciones de pobreza o miseria (19). Además de su informalidad, el reciclaje se caracteriza

por ser un proceso intensivo en cuanto a mano de obra, realizado a pequeña escala y con un bajo nivel tecnológico. En muchos casos, la actividad es llevada a cabo por individuos y grupos familiares de poblaciones vulnerables y en desventaja, que dependen de ésta para su subsistencia diaria. Los recicladores se han organizado de acuerdo con lo definido en el artículo 15 de la ley 142 de 1994.

Respecto a la caracterización demográfica de la población diferencial RCPB, se encontraron las siguientes fuentes de información, según la fase exploratoria del ASIS Diferencial realizado en el año 2015: el Registro Único de Recicladores de Oficio, y la caracterización de la población recicladora de oficio en Bogotá realizados por la UAESP en el año 2012.

4.2.7. Género y Nuevas Masculinidades

Los roles de género se entienden como el conjunto de normas de comportamiento culturalmente transmitidas que atribuyen al ser hombre o ser mujer, determinadas características y funciones en una sociedad. La sociedad mayoritaria presenta fuertes rasgos patriarcales, al asignar privilegios de manera desigual a hombres y mujeres en todos los ámbitos de la vida cotidiana: hogar, laboral y espacio público. Esta distribución de privilegios pone en desventaja a las mujeres en el acceso a oportunidades, y se traduce en situaciones de violencia y/o de abuso de poder donde son ellas las víctimas. Por otra parte, los roles de género imperantes, excluyen gran cantidad de opciones identitarias que no se ciñen a los parámetros establecidos; las personas que integran dichas opciones, tanto hombres como mujeres, son objeto de discriminación y vulneración de derechos en su vida cotidiana.

Implementando el enfoque de género, se intentó caracterizar las experiencias relacionadas con nuevas masculinidades. Este concepto alude a hombres que construyen su identidad masculina sin restringirse a las normas de comportamiento, actitudes y maneras de relacionamiento que los roles de género imperantes estiman propios de los hombres. Sin embargo, no fue posible incluir el análisis de esta población, debido a la falta de fuentes de información que permitiera identificarlos en el territorio de la localidad.

4.2.8. Población Lgbti

Para comprender los criterios de adscripción a los diferentes subgrupos que conforman a la población Lgbti, resulta útil entender la articulación entre los conceptos de sexo y género, lo que se ha denominado como “sistema sexo – género” (13).

La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing (1995) adoptó el concepto de género definiéndolo como *“la construcción social y cultural que se le asigna al individuo con base a su sexo biológico, este se representa desde la vivencia personal del cuerpo y otras expresiones del género como la vestimenta, los modos de comportamientos, habla e interacción de las personas”* (20). Mientras, el sexo es considerado como *“el conjunto de características biológicas que definen a los seres humanos como mujeres y hombres, que se encuentran determinados por aspectos cromosómicos (genes), gonadales (ovarios o testículos), hormonales, de las estructuras reproductivas internas (útero, próstata y conductos) y de los órganos sexuales externos (vulva o pene)”* (13).

En la conceptualización que caracteriza a la población Lgbti se encuentran las siguientes definiciones (13). “La letra L se refiere a las personas lesbianas, que hace referencia a personas, y no mujeres, porque el concepto y categoría mujer es más complejo de lo que parece, dado que la categoría de mujer la define aspectos asociados a lo biológico y al género que más adelante se aclararan. La letra G se refiere a gay u homosexual, para este caso, son “hombres” que sienten un deseo erótico-afectivo por otros “hombres”. La letra B a bisexual, una persona que siendo “hombre” o “mujer” siente un deseo homo o hetero afectivo por ambos sexos, es decir que puede crear relaciones afectivas y sostener relaciones sexuales con uno u otro sexo. La letra T, son las personas transgeneristas, su condición no la determina su orientación sexual ni su sexo, solo su identidad de género, transgenerismo. La letra I, se refiere a intersexualidad, determinada por el sexo biológico, no por la orientación sexual ni por la identidad de género” (13).

Para esta población se cuenta con el decreto 608 de 2007 y acuerdo distrital 371 de 2009: política pública para la garantía plena de los derechos de las personas Lesbianas, Gais, Bisexuales y Transgeneristas (LGBT) y sobre identidades de género y orientaciones sexuales. Su objetivo es garantizar el ejercicio pleno de los derechos de las personas de los sectores LGBT. Vale la pena aclarar que una gran cantidad de personas con características descritas por las definiciones de esta población no se identifica ni se registra como tal, ya sea por desconocimiento, por temor a ser discriminados, o porque no quieren pertenecer a estos grupos. Así mismo, se cuenta con el decreto 645 de 2017 del Plan de Desarrollo Distrital.

Como fuentes para la identificación demográfica en la localidad se tomaron los resultados de la EMB 2014. Se encontró información aproximada, producto de los datos de caracterización del programa Territorios saludables, a partir de la APS en línea y las bases de canalización del mismo programa, con desagregación en niveles territoriales de salud, UPZ y Localidad.

4.3. CONTEXTO DEMOGRÁFICO DE LAS POBLACIONES DIFERENCIALES Y DE INCLUSIÓN

Para brindar el contexto demográfico de las poblaciones diferenciales, se parte de la identificación de información sobre las mismas a partir de las bases en salud. Cabe aclarar que la consolidación de la información integra las distintas fuentes disponibles propias del sector salud, lo que permitió obtener muestras de dichas poblaciones filtrando las variables de población diferencial incluidas en las bases de datos actuales. La calidad de los datos así obtenidos lleva a cuestionar el nivel de avance en la adopción del enfoque diferencial en los sistemas de información en salud, pues muchas veces no se tienen en cuenta estas variables o no son diligenciadas a pesar de su existencia.

La variable que se halló con mayor frecuencia fue la de pertenencia étnica (desagregado en indígena, afrodescendientes, raizales, palenqueros, ROM – gitano), algunas bases incluían variables de población como víctimas, discapacidad, habitante de Calle, persona en ejercicio de prostitución, Lgbti. La base que incluía variables con mayor alcance fue la base APS en

línea, seguido por los subsistemas de VSP. La base de estadísticas vitales mostraron en cambio un menor alcance debido a faltantes de información y a limitaciones de las variables que sólo indagan sobre la pertenencia étnica, dejando por fuera las demás poblaciones diferenciales estudiadas. En el caso de las PCD y VCA se contrastó la información con fuentes alternas. La primera con el registro de Discapacidad desde VSP fuente primaria para el sector salud y el segundo a partir de los datos proporcionados por el Sistema de Información para las VCA, derivado del registro único de VCA para el Distrito.

El análisis de categorías demográficas se estructuró a partir de la información recopilada en la implementación de la APS, según resultados acumulados a Julio de 2016. Debe aclararse que dicha estrategia solo incluyó a las familias con estratificación baja (estratos 1 y 2, algunas excepciones 3), por lo cual debe considerarse como una muestra de la población local. Luego se buscan las poblaciones diferenciales en las bases de Estadísticas Vitales. A continuación, se plantean los resultados de la notificación a los subsistemas de vigilancia en salud pública, incluyendo el registro y localización de las personas con discapacidad. Por último, se retoman los datos del Sistema de Información para las VCA.

4.3.1. Caracterización de la Atención Primaria en Salud (APS)

La base de datos obtenida mediante el proceso de caracterización de la estrategia APS permitió incluir las variables para la identificación de las poblaciones diferenciales, durante la última administración. La estrategia priorizó la población clasificada dentro de los estratos socioeconómicos bajos (1 y 2) durante su implementación desde el 2004 hasta mediados del 2016. Para el caso de la localidad de Fontibón la población priorizada llega al 49,3% del total de la población aproximadamente.

No obstante, esta base muestra algunos obstáculos para caracterizar adecuadamente a las poblaciones diferenciales, pues los datos que arroja no son consistentes del todo con la realidad local. Se tomaron como oficiales los datos que resultaron de la descarga desde el aplicativo en línea, la cual contiene el acumulado durante el periodo de implementación de la

estrategia. Sin embargo, para las poblaciones particulares que son minorías dentro de las poblaciones diferenciales solo se encontraron datos de la base enviada por Secretaría Distrital de Salud como resultados de la APS para el año 2016.

Tabla 48. Población diferencial caracterizada según sexo y peso porcentual dentro de la Población Caracterizada y Local, localidad de Fontibón, año 2016

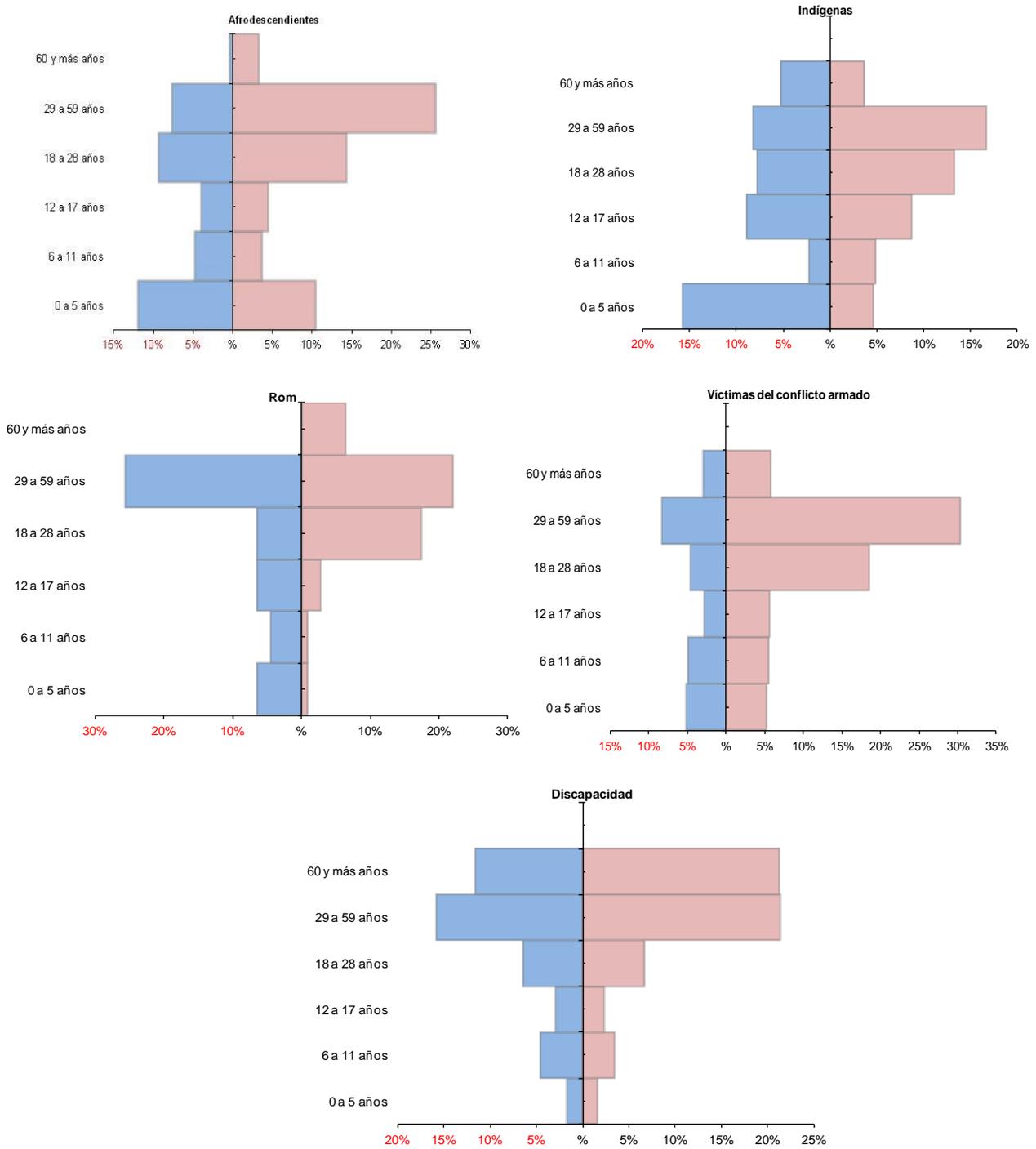
Población Diferencial	Mujeres		Hombres		Total	% Población Caracterizada	% Población Local
	No	%	No	%			
Indígena	187	50,1%	186	49,9%	373	0,2%	0,1%
Afrodescendiente	847	53,1%	747	46,9%	1.594	0,8%	0,4%
ROM	52	53,6%	45	46,4%	97	0,1%	0,02%
Víctima del Conflicto Armado	573	56,9%	434	43,1%	1.007	0,5%	0,3%
Discapacidad	1.847	54,0%	1.576	46,0%	3.423	1,7%	0,9%
Habitante de Calle	106	43,3%	139	56,7%	245	0,1%	0,1%

Fuente: Subred Sur Occidente, SDS, Bases APS en línea, Acumulado 2004 -2016, Descarga 21 de Julio de 2017

Los grupos poblacionales diferenciales que cuentan con una mayor presencia en los sistemas de información en salud pública responden en primer lugar para la localidad de Fontibón a las personas con discapacidad, le siguen los diferentes pueblos y comunidades indígenas, las víctimas del conflicto armado y habitante de calle.

Dentro de este grupo, en términos generales, las mujeres presentan un mayor peso en todas las poblaciones y en casi todos los grandes grupos de edad, exceptuando a los ROM menores de 1 año y la población con discapacidad de 6 a 13 años. Cronológicamente se observa un aumento marcado para ambos sexos tanto para la población con discapacidad y víctimas del conflicto armado. Los adultos son los que presentan el mayor peso porcentual para todas las poblaciones, sin embargo, el comportamiento regresivo es cuestionable para los habitantes de calle ROM e Indígenas donde la población menor de 6 años es similar que la del adulto mayor, siendo más marcado este comportamiento en los habitantes de calle y ROM.

Gráfica 42. Pirámides Poblacionales caracterizado APS por tipo de Población diferencial, localidad de Fontibón, año 2016



Fuente: Subred Sur Occidente, SDS, Bases APS en línea, Acumulado 2004 -2016, Descarga 21 de Julio de 2017

Se observa que la población infantil menor de 6 años tiene un mayor peso que los infantes mayores para los indígenas, gitanos y habitantes de calle; dada la mayor exposición a condiciones de vulnerabilidad de este último grupo, este resulta un aspecto importante a tener en cuenta. El comportamiento de la población adolescente prevalece con una menor proporción que los jóvenes y adultos, aunque se resalta un ligero aumento para las víctimas del conflicto armado. En la etapa juventud las mayores proporciones se hallan en VCA, habitantes de calle e indígenas. En las etapas de juventud y adultez el comportamiento por sexo es variado, los hombres tienen una mayor proporción en la discapacidad y habitante de calle en la juventud y en la adultez nuevamente están los habitantes de calle y los indígenas.

El mayor aporte por tipo de población lo realiza los carreteros con el 39,1%, seguido de recicladores con el 16,7%, población Lgbti con el 13,5%, PEP con el 10,2%, ejercicio de la prostitución con el 8,8%, palenqueros con el 6,5%, raizal con el 2,8% y pequeños bodegueros con el 2,3%. Dentro de cada tipo de población los mayores aportes se representan así: en la adolescencia los carreteros, en la juventud para personas en ejercicio de la prostitución; en la adultez con similares porcentajes carreteros y palenqueros y en la vejez carreteros. Para todas las poblaciones la mayor proporción por sexo es para las mujeres, a excepción de la población recicladora donde predominan más los hombres con una diferencia del 86,1%.

Tabla 49. Población diferencial caracterizada según sexo y curso de vida, localidad de Fontibón, año 2016

Tipo de Población	0 a 5 años				6 a 13 años				14 a 17 años				18 a 26 años				27 a 59 años				60 y más años				Total				
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	Hombres	Total		
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	N.	%	No	%	No	%	No
Raizal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100	0	0,0	6
Palenqueros	6	46,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	46,2	1	100	1	7,7	0	0,0	13	92,8	1	7,1	14
PEP	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,5	0	0,0	21	95,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	22	100	0	0,0	22
LGBTI	0	0,0	0	0,0	2	10,5	0	0,0	2	10,5	0	0,0	7	36,8	5	50,0	6	31,6	5	50	2	10,5	0	0,0	19	65,5	10	34,5	29
Reciclador	0	0,0	3	9,7	0	0,0	0	0,0	1	20,0	2	6,5	1	20	15	48,4	3	60,0	5	16,1	0	0,0	6	19,4	5	13,8	31	86,1	36
Carretero	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	13,4	0	0,0	8	11,9	0	0,0	26	38,8	17	100	24	35,8	0	0,0	67	79,7	17	20,2	84
Ejercicio de prostitución	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	100	0	0,0	19
Pequeño bodeguero	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	80,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	5	100	0	0,0	5
TOTAL	6	3,85	3	5,1	2	1,28	0	0,0	13	8,3	2	3,4	37	23,7	20	33,9	70	44,9	28	47,5	28	17,9	6	10,2	156	72,5	59	27,4	215

Fuente: Subred Sur Occidente, SDS, Bases APS en línea, Año 2016, Envío 05 de Julio de 2017

4.3.2. Natalidad y Mortalidad

Tratando de llegar a un aproximado de la natalidad y la mortalidad de las poblaciones diferenciales se acudió a las estadísticas vitales año 2016, lo cual corroboró el subregistro en las bases tanto de nacidos vivos, como de las defunciones. Dentro de las bases consultadas solo se encontró la variable de etnia desagregada en indígena y afrodescendiente para los nacidos vivos, con la ventaja de identificar los pueblos indígenas relacionados. Dentro de la base de defunciones se encuentra la desagregación por los tres pueblos reivindicados por la ley de víctimas y los autos de la Corte Suprema de Justicia.

Tabla 50. Resultados de Nacidos Vivos para poblaciones diferenciales, localidad de Fontibón, año 2016

Año 2016	Indígenas		Afrodescendiente		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
4.181	10	0,2%	13	0,3%	23	0,6%

Fuente: Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017)

Del total de nacidos vivos en la localidad, los registros en los que se diligenciaron algunas de las variables con pertenencia étnica representaron el 0,6% para el año 2016. Dentro de los pueblos indígenas relacionados en la base, se encontraron 4 casos de Guámbianos del Departamento del Cauca o Misak, le siguen Nasa o Páez con 2 casos, etnia ubicada en la zona andina del Cauca, Pijaos que provienen del Tolima y territorios aledaños, Uitotos que provienen de la zona amazónica a orillas de río Caquetá y sus afluentes

En relación a la mortalidad en la localidad de Fontibón durante el año 2016, en la base de defunciones de RUAF se reportan 10 casos en población étnica, que corresponde al 0,6% de las 1.580 defunciones reportadas, todas corresponden a población Afrodescendiente, el 70% (n: 7) de los casos se presenta en mujeres y 30% (n: 3) en hombres, el 100% de los casos se presentan en el momento del curso de vida vejez. En las causas, las principales son de origen pulmonar, accidente cerebrovascular y cáncer gástrico.

Tabla 51. Mortalidad en población étnica por momento del curso de vida y sexo, localidad de Fontibón, año 2016

Grupo Étnico	Momento del Curso de Vida	Sexo	No. Casos
Negro(A), Mulato(A), Afro Colombiano(A) O Afro Descendiente	Vejez	Mujeres	7
		Hombres	3
		Total	10

Fuente: SDS. RUAF ND 2016. Datos no oficiales

4.3.3. Eventos en Salud Pública: Discapacidad y Morbilidad

La discapacidad de la población se estudió a partir de los datos reportados por el registro de localización y caracterización de personas en condición de discapacidad.

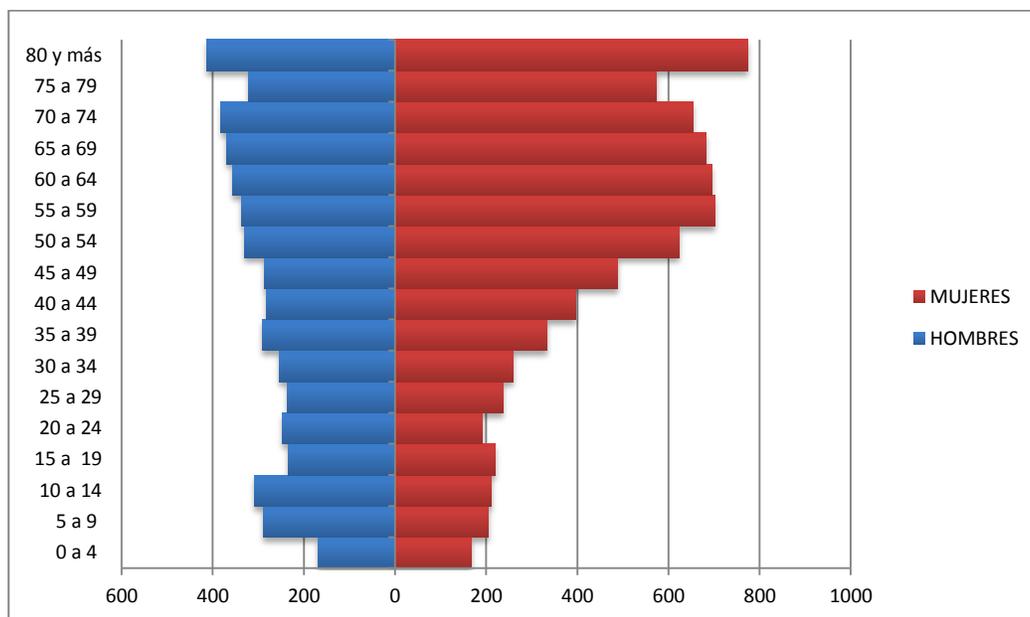
Tabla 52. Población en condición de discapacidad identificada, localidad de Fontibón, año 2016

Localidad	Caracterización APS	Registro VSP	% Atención en salud
Fontibón	3.423	12.523	27,3%

Fuente: Subred Sur Occidente, APS en línea acumulado 2004 - 2016, Registro VSP Nacional acumulado 2005 – 2016, preliminar

Para efectos del contexto demográfico se tomaron en cuenta los datos de la caracterización APS, llegando a un 27,3% respecto a lo identificado por el registro VSP, de donde se concluye que este porcentaje recibió algún tipo de atención en salud por parte de los equipos extramurales de la localidad.

Gráfica 43. Pirámide poblacional personas en condición de discapacidad, localidad de Fontibón, registradas entre 2004 – 2016



Fuente General: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2005-2015; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo Distrital del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud, UPSS PABLO VI BOSA (información preliminar 2005-2015). **Última fecha de actualización marzo de 2015. Abril- diciembre 2015 y año 2016 Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo Distrital del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud, Subred Sur Occidente información preliminar * Aplica para todas las localidades

La pirámide poblacional de las personas en condición de discapacidad que residen en la localidad de Fontibón, muestra una forma completamente invertida por grupos de edad, caracterizada por una base reducida y un pico ensanchado, esto indica que las personas con discapacidad son en su mayoría una población envejecida, esto es consistente con el índice de vejez en donde se identifica que de cada 100 personas con discapacidad 32,3 tienen más de 65 años de edad, por el contrario, de cada 100 PCD 10,7 son menores de 15 años.

Las Mujeres en condición de discapacidad en la localidad de Fontibón son predominantes con un 59,2%, mientras los hombres corresponden al 40,8% restante. Se puede inferir una mayor fragilidad para las mujeres a contraer algún tipo de discapacidad mucho antes que los hombres en el transcurso vital durante la adultez, llegando a picos más elevados para ellas

en el grupo de 55 a 59 años, mientras para los hombres es gradual llegando al pico en el grupo los 70 a los 74 años. Por otra parte, los hombres sobrepasan a las mujeres en incidencia de la discapacidad en el curso vital de la adolescencia.

Tabla 53. Indicadores demográficos personas en condición de discapacidad, localidad de Fontibón, Registradas ente 2004 - 2016

Indicador	Interpretación
Relación Hombre/ mujer	Por cada 100 mujeres con discapacidad hay 68,9 hombres con discapacidad
Índice de Infancia	Por cada 100 personas con discapacidad hay 10,7 niños y niñas menores de 15 años con discapacidad
Índice de vejez	Por cada 100 personas con discapacidad 32,3 tienen 65 años o más
Índice de Frizz	El índice de Frizz es de 69,6, indicando que la población con discapacidad es una población mayoritariamente envejecida

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Subred Sur Occidente. Registro para la localización y caracterización de Personas con Discapacidad, 2005-2016, preliminar

La concentración de la población en condición de discapacidad se clasifica según estrato socioeconómico en categorías medias. Una localidad con desigualdad expuesta a través de áreas con estratos altos y bajos que focalizan la fragilidad social en términos de segregación espacial. La planeación de la ciudad considera a Fontibón como una entrada principal por su conexión con el aeropuerto y con la terminal de transporte terrestre. La edificación de algunas áreas permite una arquitectura amigable para la población con Discapacidad, al contar con andenes, puentes peatonales, espacios con rampas para la circulación protegida en relación a la movilidad para la discapacidad.

Con respecto al sexo se evidencia que entre los 0 y los 24 años de edad el número de hombres es mayor frente al de las mujeres, a partir del quinquenio de 25 a 29 años la proporción de hombres empieza a invertirse encontrando mayor número de mujeres, a medida que pasan los quinquenios esta diferencia es más evidente.

Tabla 54. Distribución personas en condición de discapacidad por estrato, localidad de Fontibón, Registradas entre 2004 – 2016

Estrato Socioeconómico	Número	Porcentaje
1	82	0,7%
2	2.980	23,8%
3	8.185	65,4%
4	1.252	10,0%
5	8	0,1%
6	2	0,0%
Sin Estrato	14	0,1%
TOTAL	12.523	100,0%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Subred Sur Occidente. Registro para la localización y caracterización de Personas con Discapacidad, 2005-2016, preliminar

Entre las actividades realizadas en los últimos meses por las PCD se encuentran en su orden: la persona no puede trabajar permanentemente – sin pensión con el 20,4%, le siguen trabajando con el 12% y otro tipo de actividad con el 10,9%.

Según la estructura y funciones corporales comprometidas por la discapacidad se encontraron el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas con el 21,5% luego la afectación del sistema cardio respiratorio con el 16,2%, seguido de problemas en la visión.

Tabla 55. Morbilidad en Salud Pública para población diferencial, localidad de Fontibón, años 2015 – 2016

Subsistema	Total Notificaciones	COMUNIDADES ÉTNICAS											
		Indígenas		Afrodescendientes		Raizales		Palenqueros		ROM - Gitanos		Total	
		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Sivigila	3.442	6	0,2%	23	0,7%	4	0,1%	0	0,0%	7	0,2%	40	1,2%
Sisveso	1.146	1	0,1%	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,2%
Sisvecos	727	2	0,3%	8	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	10	1,4%
Sisvan Menores	9.509	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Sisvan Gestantes	7.275	5	0,1%	2	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7	0,1%

Subsistema	Total Notificaciones	COMUNIDADES ÉTNICAS											
		Indígenas		Afrodescendientes		Raizales		Palenqueros		ROM - Gitanos		Total	
		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Sivelce	1.243	0	0,0%	5	0,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	0,4%
Sivim	1.231	2	0,2%	16	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	18	1,5%
Vespa	480	4	0,8%	18	3,8%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%	23	4,8%

Fuente General: SDS. Base Sivigila, Sisvan Gestantes, Sivelce, Sivim, Vespa. 2015. Subred Sur Occidente. Bases Sisveso, Sisvecos, Sisvan Menores. 2016

Vespa es el subsistema que presenta la mayor proporción de notificaciones de población étnica con 4,8% (23), en segundo lugar, se encuentra el Sivim con el 1,5% (18). Con respecto a las notificaciones al Sivigila, el evento que presenta la mayor proporción es el evento adverso seguido a la vacunación, con sólo un caso, en población ROM, que representa el 14,3% del total de casos notificados para este evento. En segundo lugar, está Hepatitis B, C y Coinfección Hepatitis B y Delta, igualmente con sólo un caso, en población afrodescendiente, que aporta el 8,3%. El 64% de los eventos notificados corresponden a población afrodescendiente con el 64,1%, seguido por los indígenas con el 26,7%.

Tabla 56. Morbilidad en Salud Pública para población diferencial, localidad de Fontibón, año 2015 – 2016

Subsistema	Total Notificaciones	Lgbti		Personas con Discapacidad		Víctimas de conflicto armado		Habitante de calle	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sivigila	3.442	0	0,0%	6	0,2%	6	0,2%	5	0,1%
Sisveso	1.146	0	0,0%	5	0,4%	8	0,7%	1	0,1%
Sisvecos	727	8	1,1%	24	3,3%	16	2,2%	1	0,1%
Sisvan Menores	9.509	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
Sisvan (gestantes)	7.275	0	0,0%	0	0,0%	2	0,0%	0	0,0%
Sivelce	1.243	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%
Sivim	1.231	8	0,6%	62	5,0%	98	8,0%	1	0,1%
Vespa	480	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	27	5,6%

Fuente General: SDS. Base Sivigila, Sisvan Gestantes, Sivelce, Sivim, Vespa. 2015. Subred Sur Occidente. Bases Sisveso, Sisvecos, Sisvan Menores. 2016

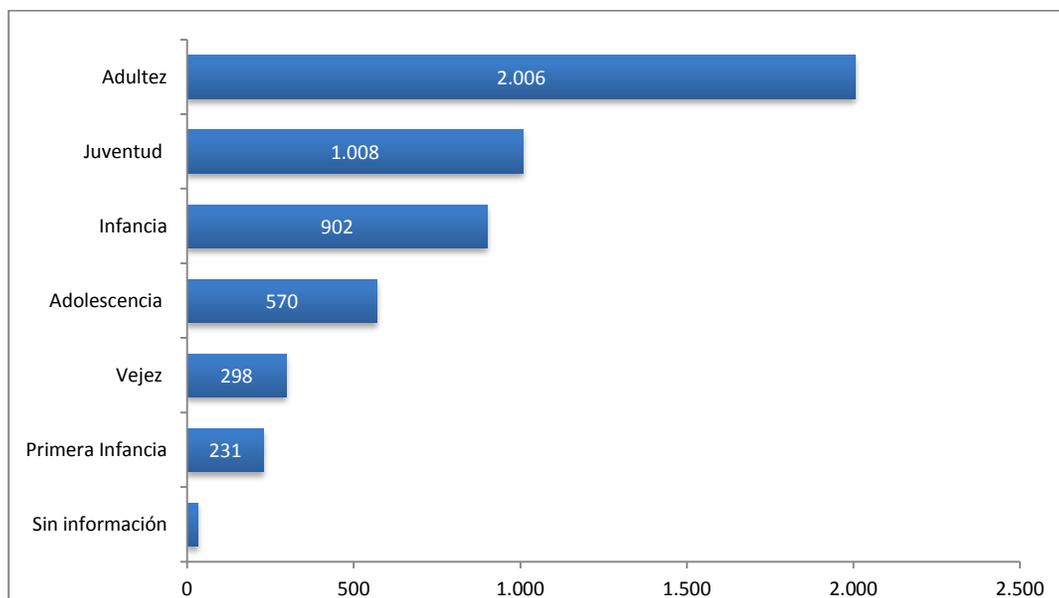
El subsistema con mayor proporción de casos en personas con discapacidad es Sivim con el 5,0% (62), seguido por Sisvecos con 3,3% (24). El evento que tiene mayor porcentaje es la negligencia con el 7,4% (297) frente a la población general, seguido por la violencia sexual con 5,4% (9). La menor proporción de eventos se presenta en el subsistema Sisveso. Para la población VCA el subsistema que tiene mayor proporción de notificación es Sivim con un 8% (98), en segundo lugar, se encuentra Sisvecos con 2,2% (16). El evento que tiene la mayor notificación es la violencia emocional con el 8,1% (98), resaltando que este evento se reporta generalmente con otro tipo de violencia. De los eventos reportados por Sivigila el sarampión es el de mayor proporción con un 6,52% (3).

Se presenta una baja notificación de casos de habitantes de calle, la mayoría a través del Sivigila con 5 eventos, y una proporción de 0,1%, donde la vigilancia integrada de la rabia humana reporta dos casos; para los subsistemas Sivim, Sisvecos y Sisveso, se identifica un evento en cada uno. Para la población LGBTI, sólo se cuenta con variables de identificación en dos subsistemas Sisvecos y Sivim. El subsistema que tiene la mayor proporción y mayor número de casos es Sisvecos con el 1,70% (8), el evento con mayor notificación es el intento con el 3,2% (4), aunque presenta igual número de casos que la ideación (4). Para el Sivim, la violencia sexual tiene el mayor porcentaje con 1,8% (3).

4.3.4. Sistema de Información para Víctimas - Sivic

El Sivic es el sistema de información para las víctimas del conflicto en Bogotá, hace parte de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor, en la administración de Alta Consejería para los derechos de las víctimas, la paz y la reconciliación. Acceder a esta información fue posible a través de la articulación del proceso de Gobernanza en Salud Pública.

Gráfica 44. Víctimas del conflicto armado por momento de curso Vital, localidad de Fontibón, año 2017



Fuente: Alta Consejería Distrital para las víctimas, la paz y la reconciliación. Sistema de Información para las Víctimas en Bogotá. SIVIC, Acumulado septiembre de 2010 – abril de 2017

De acuerdo con los datos del Sivic en el acumulado se encontró un total de las 5.048 víctimas del conflicto habitantes de la localidad de Fontibón. Por sexo, se identificó el 56% como mujeres, mientras el 44% como hombres, para los intersexuales el peso porcentual fue de 0,1% sobre el total de la población víctima registrada. Por momento del curso de vida, la adultez ocupó el mayor porcentaje con 39%, luego se ubica juventud con 20%, seguido de la infancia con 17%. La vejez con 5,9%, se ubicó por debajo de la primera infancia con 4,6%.

Con pertenencia étnica respondió el 12% de las víctimas de los cuales 434 pertenecen a las comunidades indígenas, 160 a las negra, mulata y afrocolombiana. La población VCA que afirmó tener algún tipo discapacidad representó el 2% del total de personas registradas. Se encontraron registros de personas VCA en las 8 UPZ de la localidad, con una mayor representación en la UPZ Fontibón, seguida de Fontibón San Pablo y Zona Franca.

Tabla 57. Distribución demográfica según caracterización y registro en Salud de la población diferencial, localidad de Fontibón, años 2016 – 2017

Población diferencial y general	Fontibón		Subred Sur Occidente
	Número	%	
Indígena	373	16,8%	2.216
Afrocolombiano	1.594	43,0%	3.704
Rom – gitano	97	9,7%	1.001
Palenquero	14	11,7%	120
Raizal	6	22,2%	27
Total, etnia	2.084	29,5%	7.068
Discapacidad	12.523	14,1%	89.001
Víctima del conflicto armado	5.043	6,5%	77.460
Habitante de calle	245	26,1%	937
Personas en ejercicio de la prostitución	41	23,3%	176
Reciclador	36	7,5%	479
Carretero	84	60,0%	140
Pequeño bodeguero	5	5,2%	97
LGBTI	29	14,0%	207
Población diferencial local	18.006	10,7%	168.497

Fuente: Subred Sur Occidente, Caracterización APS acumulado 2005 – 2015, Resultados 2016 preliminares, Registro en salud No transmisibles: Discapacidad acumulado 2005 – 2016. Registro SIVIC, Política en salud para las Víctimas del Conflicto Armado. Acumulado Sep. 2010 – abril 2017

Para obtener una aproximación a un estudio demográfico para poblaciones diferenciales la búsqueda de fuentes estuvo enfocada a la información suministrada por los sistemas de salud de rutina Nacional, Distrital y de Subred en las localidades que la integran. Siendo así, para una caracterización general se tomaron las bases APS en línea, de dónde fue posible graficar la distribución de la población a partir de pirámides poblacionales. De la caracterización general de la población, se encontró que las VCA son las que aportan un mayor peso en la población de las localidades Bosa y Kennedy. Mientras las personas con Discapacidad fueron las mayores aportantes dentro de las poblaciones diferenciales a la población general en las localidades de Fontibón y Puente Aranda.

En el grupo de las etnias, en todas las localidades la población afrodescendiente llegó a ocupar los primeros lugares, localidad con un mayor aporte poblacional por parte de los afros fue Fontibón, luego Bosa, Kennedy y Puente Aranda. En la última, la diferencia en relación a la población étnica es menor que en las demás localidades, al igual que en los valores generales de las poblaciones diferenciales en esta localidad. Los mayores valores demográficos se relacionan con la presencia de personas con discapacidad, víctimas del conflicto armado, etnias (afrodescendientes e indígenas).

4.4. RELACIÓN DE LAS POBLACIONES DIFERENCIALES CON EL TERRITORIO

El presente apartado tiene como finalidad mostrar la distribución espacial de los asentamientos humanos conformados por las poblaciones diferenciales identificadas en este ejercicio, de acuerdo a su tamaño, grado de concentración, etc. (21). De esta manera, se identificarán los factores de la distribución de la población diferencial en la localidad de Fontibón, teniendo en cuenta algunos aspectos de contexto (22), para determinar la forma como la población ocupa el territorio local.

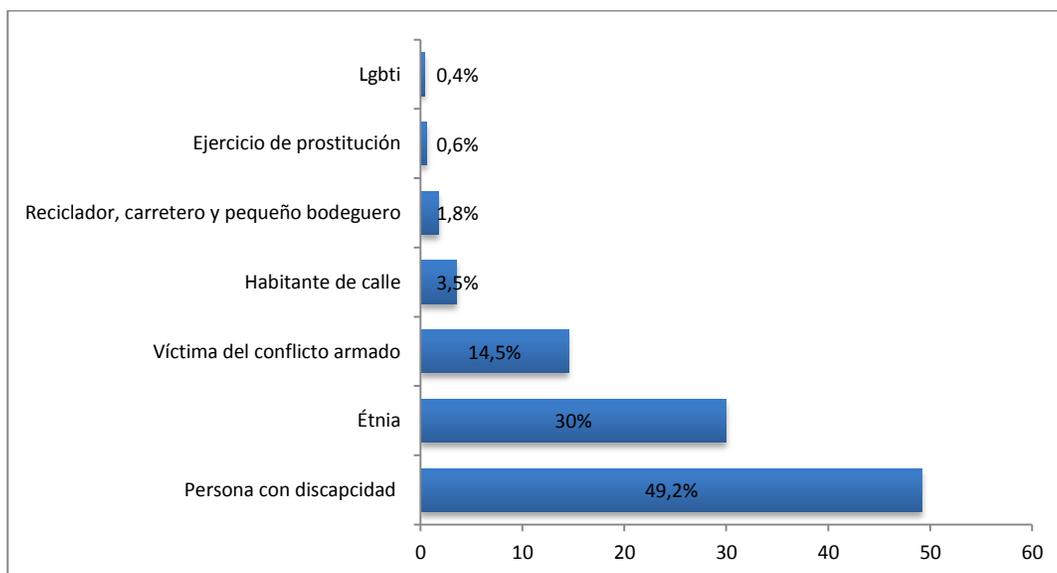
Primero se dará una contextualización de las poblaciones a nivel local, mediante la descripción cualitativa de los datos recopilados en la anterior fase de caracterización demográfica. A continuación, se dará lugar a una georreferenciación que permita ilustrar la situación espacial de las poblaciones priorizadas para este ejercicio: personas con discapacidad, víctimas del conflicto armado y población étnica afrodescendiente e indígena. Las cuatro fueron seleccionadas con base en su mayor volumen poblacional dentro de la localidad comparada con las demás. El trabajo se realizó gracias a la gestión de bases de datos con información de las poblaciones seleccionadas que cuentan con variables de ubicación. A partir de ello, se realizará el análisis de las relaciones espaciales de las poblaciones abordadas.

Para obtener los datos demográficos de las poblaciones diferenciales se consultaron diversas fuentes propias del accionar en salud. A pesar del subregistro en las mismas o de la

ausencia de variables poblacionales en los formatos y bases de datos, se encontró como principal fuente de información los resultados de la caracterización realizada por la estrategia de APS. Esta estrategia priorizaba las familias más vulnerables en cada localidad, por lo que sus bases de datos no son completamente representativas del universo de la población en el territorio. De igual forma, la estrategia se desplegó en mayor medida en localidades como Bosa y Kennedy, mientras que en Fontibón y Puente Aranda no tanto, dado que estas últimas cuentan con zonas de estratos socioeconómicos altos.

De todos modos, la base de caracterización APS sirvió para obtener los datos cuantitativos de la mayoría de poblaciones diferenciales en las localidades. Los datos de población con discapacidad y de víctimas del conflicto armado se obtuvieron de bases propias: para la primera, el registro oficial realizado por VSP, y para la segunda el registro de Sivic a cargo de la Alta Consejería Distrital para las Víctimas, consolidada a 30 de abril de 2017, que se obtuvo gracias a la gestión de las políticas de la Subred. Teniendo en cuenta las tres fuentes de datos utilizadas, se elaboró la siguiente distribución porcentual de las distintas poblaciones diferenciales en la Subred:

Gráfica 45. Proporción de las poblaciones diferenciales según volumen demográfico, localidad de Fontibón, año 2016



Fuente: SISS Sur Occidente, Caracterización Demográfica ASIS Diferencial, Julio de 2017, preliminar

Dentro de la localidad de Fontibón habita el 12,7% de la población diferencial identificada en la Subred Sur Occidente. Las que cuentan con mayor representación porcentual son en su orden: personas con discapacidad, víctimas del conflicto armado, población étnica y habitante de calle. Las demás poblaciones reúnen cada una menos del 0,5%, con un nivel de omisión de grados diferentes, pero particularmente alto en la estimación de población LGBTI. Vale aclarar que la mayoría de las condiciones que sirven para definir a las poblaciones diferenciales no son mutuamente excluyentes, de manera que una misma persona puede pertenecer a dos o más de ellas.

4.4.1. Personas en condición de discapacidad

La población diferencial con mayor peso porcentual en la localidad son las personas en condición de discapacidad, reúnen el 48,2% dentro del total diferencial. A su vez, Fontibón aloja el 14,1% de las personas con estas características que habitan en la Subred. La población con discapacidad cuenta con el decreto 470 de 2007 el cual reglamenta la política pública de discapacidad, para trabajar en esta política y hacer incidencia en la población se reglamenta el consejo local de discapacidad en donde se organizan todos los sectores e instituciones para dar respuesta a las necesidades de la población con una política pública que reglamenta un sistema distrital donde se organizan todos los sectores e instituciones para atender las situaciones de vulnerabilidad de esta población; además de ello, cada alcaldía local bajo el proyecto del fondo local implementa un Banco de Ayudas Técnicas para dar cubrimiento a la población que requiera diferentes tipos de ayudas técnicas,. Sin embargo, esta oferta institucional no resulta suficiente para atender el acumulado de necesidades insatisfechas, dado el alto número de personas que las presentan.

Los cuidados que requieren las personas en condición de discapacidad representan un gasto significativo de tiempo y recursos para las familias de estas personas, cuidados que muchas veces no pueden brindar dada su situación socioeconómica. Fontibón es una localidad con características socioeconómicas muy heterogéneas, que concentra a la población más vulnerable en las UPZ occidentales como Fontibón San Pablo y Zona Franca, y en la UPZ

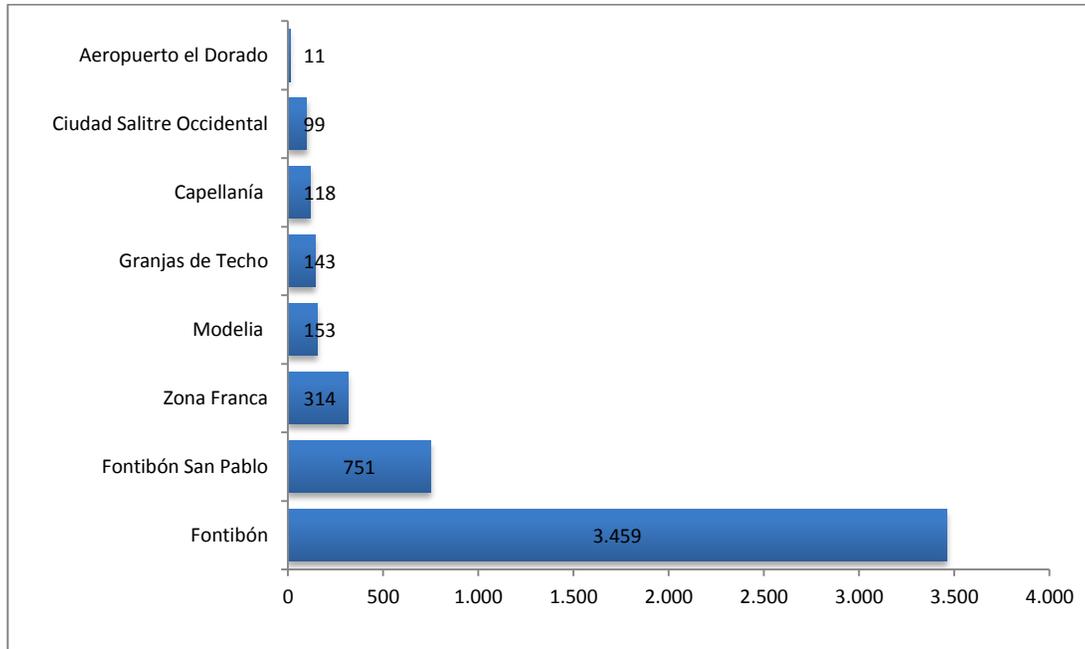
Fontibón; la población en condición de discapacidad de estos sectores son los que mayores necesidades de atención requieren. A esto se suma las características de infraestructura pública y de tráfico vehicular de la localidad, que dificultan enormemente el desplazamiento de la población; la mayoría de barrios presentan andenes estrechos, y por las vías de la localidad transitan vehículos de carga pesada con mucha frecuencia.

El registro de discapacidad del Distrito señala una distribución dispersa de la población con esta condición en la localidad; sin embargo, se detecta un mayor número de casos en las UPZ Fontibón, Fontibón San Pablo y Modelia. Lo cual sugiere una alta heterogeneidad de características socioeconómicas de esta población.

La segunda población diferencial más numerosa de la localidad es víctimas del conflicto armado, constituida por 5.048 personas que representan el 25,1% del total diferencial. Así mismo, Fontibón alberga el 6,5% de las víctimas de la Subred, una concentración poblacional relativamente baja, aunque significativa en valores absolutos. Al observar la distribución de la población víctima en las distintas UPZ, notamos una alta concentración en la UPZ más poblada, Fontibón, y en la más vulnerable, Fontibón San Pablo.

La UPZ 75 es la más densamente poblada y la de mayor tamaño en la localidad, por ello no sorprende que allí también se encuentre la mayor cantidad de población víctima. En cambio, sí llama la atención que Fontibón San Pablo, una UPZ poco poblada y de uso del suelo mixto, concentre el 15% de las víctimas de la localidad. Ello se debe a que la población víctima, con condiciones socioeconómicas precarias en su gran mayoría, busca zonas donde los costos de vida sean menores, aunque justamente sean estas zonas las que mayores problemas sociales, ambientales y de habitabilidad presenten.

Gráfica 46. Distribución de Población Víctima de Conflicto Armado, localidad de Fontibón, por UPZ, año 2017



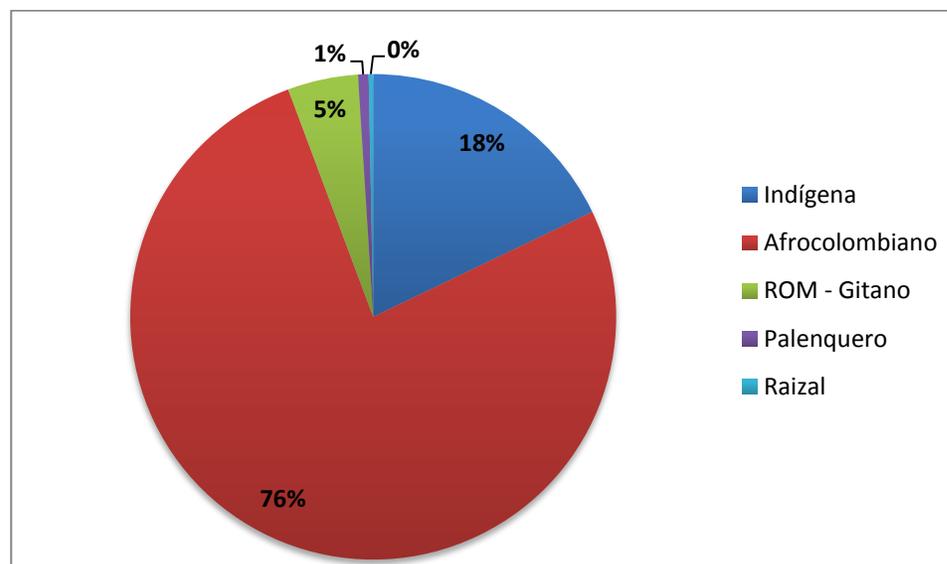
Fuente: Base de datos SIVIC, con corte 30 de abril de 2017

4.4.2. Etnias

El segundo lugar con mayor representación en el conjunto de población diferencial de Fontibón lo ocupan las poblaciones étnicas, las cuales reúnen el 10,4% dentro del mismo. Las poblaciones étnicas incluyen a las comunidades indígenas, afrocolombianas, ROM o gitanos, palenqueros, y raizales del archipiélago de San Andrés y Providencia, a continuación, se observa la distribución porcentual de estos subgrupos en la localidad.

Los datos que arroja APS señalan que la mayoría de la población étnica de la localidad se distribuye entre afrocolombianos e indígenas. El peso porcentual de ROM, palenqueros y raizales es mucho menor.

Gráfica 47. Proporción de las poblaciones Étnicas según su Clasificación, localidad de Fontibón, año 2016



Fuente: SISS Sur Occidente, Caracterización Demográfica ASIS Diferencial, Julio de 2017, preliminar

Comunidades Afro: según esta fuente, los afrocolombianos(as) constituyen el 76,5% de la población étnica local, y el 7,9% de todos los grupos diferenciales. Los datos de APS indican que en Fontibón habita el 43% de la población afrocolombiana de la Subred, ocupando el primer lugar en presencia de esta población. Sin embargo, los resultados de la Encuesta Multipropósito 2014 citada en el estudio Igualdad para un Buen y Mejor vivir – Información y visibilidad estadística de los grupos étnicos-raciales en Bogotá, sugieren problemas en el dato aportado por APS. Esta segunda fuente refiere que en la localidad habita el 9,1% de la población afrodescendiente de la Subred (alrededor de 3.200 personas) posicionándola en un tercer lugar de cuatro. Es necesario aclarar que, en el estudio citado, la categoría afrodescendiente agrupa tanto a los afrocolombianos como a la población raizal y palenquera; sin embargo, esta agrupación no altera sustancialmente las cifras, pues el tamaño poblacional de estas dos últimas en la localidad es muy pequeño.

Cabe una última aclaración: como el criterio para imputar la filiación étnica de una persona es el auto reconocimiento, las cifras de población afrocolombiana en la localidad y en el Distrito

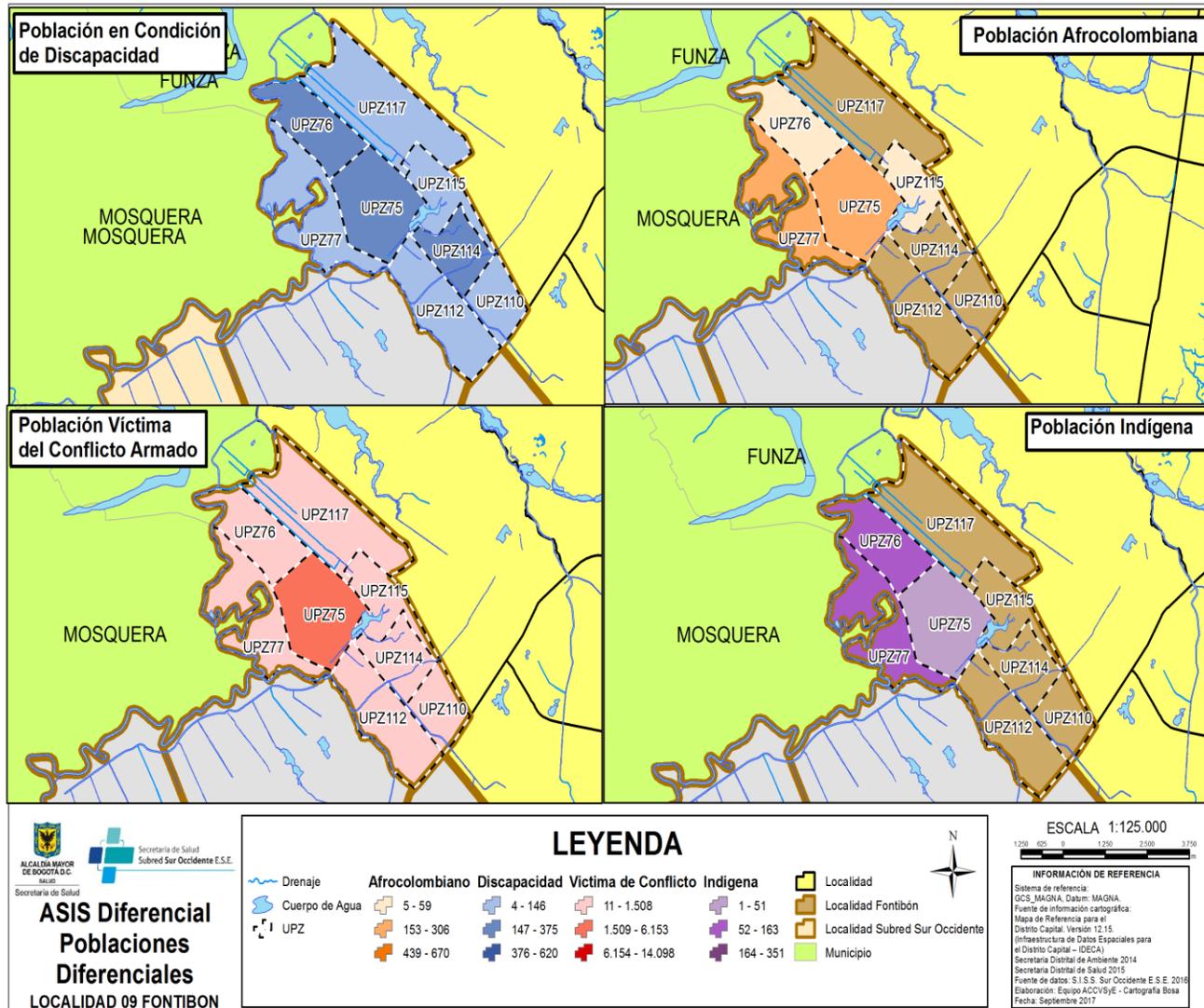
se ven también influidas por el desarrollo del proceso organizativo y de auto identificación con los referentes culturales e históricos comunes de los afrodescendientes. Este es un tercer elemento que hay que añadir a los dos factores habituales (crecimiento vegetativo y migración) para medir la dinámica demográfica de la población afrocolombiana.

Indígenas: el tercer lugar por volumen de población en Fontibón lo ocupan las comunidades indígenas, que constituyen el 17,9% de la población étnica local identificada por la misma fuente, y el 1,9% de la población diferencial local según datos de APS en Línea. La localidad alberga el 16,8% de la población indígena de la Subred, ocupando en ella el segundo lugar en presencia de esta población tanto en valores absolutos como en concentración por cantidad de habitantes, después de Bosa. No obstante, se tiene la misma reserva señalada en los datos de afrodescendientes, pues según la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2014, Fontibón alberga al 7,0% de la población indígena de la Subred (alrededor de 1000 personas) y ocupa el segundo lugar después de Bosa en concentración de esta población.

En la población indígena, es común que el motivo de llegada a la ciudad esté relacionado con eventos del conflicto armado, y que por ende sean también víctimas del conflicto. La base de datos de Sivic refiere que 434 personas víctimas de la localidad son indígenas. Este dato alude en buena medida a la comunidad indígena Misak-Misak, la más numerosa de la localidad. Los Misak-Misak son oriundos del municipio de Silvia (Cauca), y fueron declarados víctimas como pueblo y por tanto sujeto de reparación colectiva. Ellos habitan en la UPZ 77 Zona Franca, en los barrios Cassandra y Chircales. Viven bajo condiciones de hacinamiento en inquilinatos donde pagan arriendo. También se encuentran algunas familias de los pueblos Kichwuas y Nasa de manera aislada, dispersos en la localidad.

Palenqueros y Raizales: en cuanto a las poblaciones palenquera y raizal, los datos de APS en línea le atribuyen a la primera el 0,7% de la población étnica local identificada, y las ubica en solo dos UPZ: Fontibón Centro y Zona Franca. A la población raizal le atribuye apenas el 0,3%.

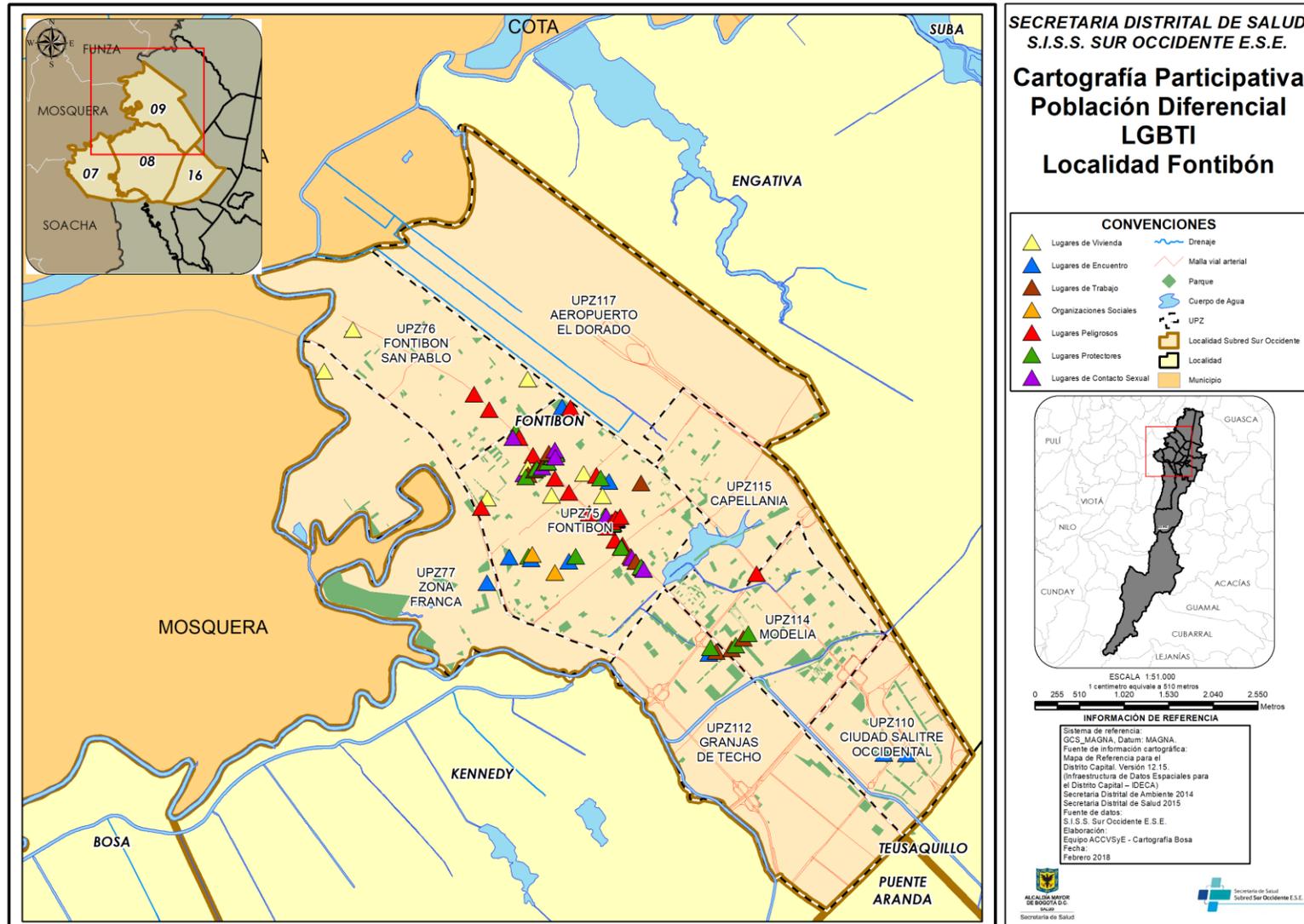
Mapa 11. Distribución espacial de las poblaciones diferenciales priorizadas, localidad de Fontibón, año 2016



Respecto a la población LGBTI, ésta reside en las UPZ San Pablo y Zona Franca en barrios de estrato 2 y mayoritariamente en la UPZ Fontibón en barrios de estrato 3 y en esta misma UPZ se concentra los lugares de trabajo evidenciando que la mayoría de la población que reside en esta UPZ también labora en ella y en lugares muy cercanos a los de residencia permitiéndoles tener una sensación de seguridad al evitar traslados largos entre el lugar de residencial al de trabajo encontrándose expuestos en el espacio público y en el transporte público a posibles actos discriminatorios y hasta agresiones verbales y/o físicas.

Los lugares de encuentro que tiene esta población están ubicados la mayoría en la UPZ 75 Fontibón en donde se encuentran las organizaciones sociales y los parques Atahualpa, Centenario y el parque central frente a la alcaldía de la localidad; a parte de estos se encuentra tres centros comerciales (Portal de la Sabana, Hayuelos y Salitre Plaza) frecuentados como lugares de encuentro localizados en las UPZ Zona Franca, Granjas de Techo y Salitre Occidental en los cuales también son percibidos por la comunidad como lugares protectores o seguros para ellos, mientras que los lugares que consideran peligrosos se concentran principalmente en la Avenida Calle 22 o Avenida Ferrocarril de Occidente desde la Carrera 96 C en el barrio Villemar hasta la Carrera 124A en el Barrio Jericó lo cual coincide precisamente con el tramo de la Avenida Calle 22 que se encuentra en reserva vial para realizar la ampliación de esta misma desde el Humedal de Capellanía hasta el Río Bogotá; lo cual genera zonas que no han tenido intervenciones públicas, debido a que aún no se han iniciado obras allí, con poca o nula iluminación en las noches predios ya adquiridos por el distrito que se encuentra con construcciones demolidas o parcialmente demolidas generando lugares que dan la sensación de inseguridad en la zona.

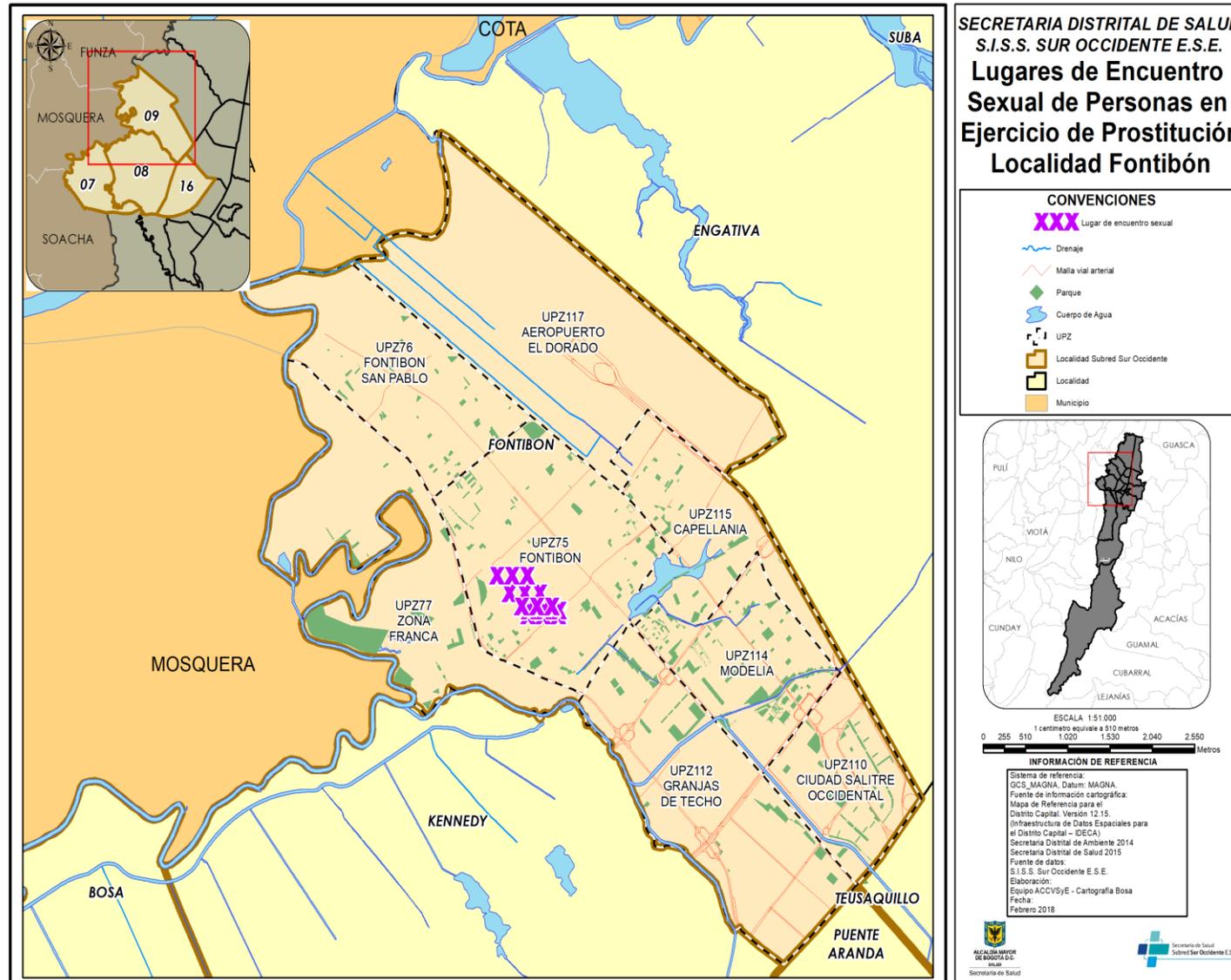
Mapa 12. Cartografía Social población Lgbti, localidad de Fontibón, año 2017



La población en ejercicio de la prostitución tiene lugares de encuentro sexual en la localidad, a los cuales Sisvea realiza Inspección Vigilancia y Control, se ubican en la UPZ 75 Fontibón en un tramo de la Calle 17 muy cercana a la Plaza Fundacional, la cual tiene la principal zona comercial y de oferta de servicios de la localidad, así como también se encuentra cercana a la principal zona de talleres de la localidad y de micro empresas del sector.

Adicionalmente se presenta el fenómeno en la Población Lgbti, donde específicamente las mujeres transgénero en las peluquerías donde trabajan son usadas para realizar contacto para encuentro sexuales pagos.

Mapa 13. Cartografía Social población PEP, localidad de Fontibón, año 2017



4.5. CONDICIONES DE VIDA Y DETERMINANTES

Para comprender las condiciones de vida y determinantes de las poblaciones diferenciales e inclusión se realizaron unidades de análisis con referentes de Gobernanza, así como gestores y profesionales de los espacios de vida vivienda, público y laboral que realizan intervenciones con estas poblaciones. Para este ejercicio se partió de la metodología PASE, la cual ha servido de guía orientadora para la elaboración del capítulo 2 y 6 del presente documento. Para la identificación de las condiciones de vida y determinantes diferenciales se abordaron desde la perspectiva de las dimensiones para el desarrollo humano.

En esta medida, el estudio se basó en describir las múltiples condiciones a las que están expuestas las personas que requieren un enfoque diferencial para su inclusión y no discriminación garantizando la calidad de vida y salud desde la complejidad de la realidad social. Estas dimensiones son la referente a lo poblacional desde su estudio demográfico, la dimensión ambiental que vincula lo natural y lo construido en el territorio, la dimensión socio – cultural, la dimensión económica y Político administrativa.

Como complemento se presentará un análisis a modo de aproximación a los procesos de determinación social de las poblaciones diferencial y en inclusión con la estructura de determinantes proximales, intermedios y estructurales como los escenarios donde se genera la desigualdad frente al ejercicio de los derechos. Lo que se manifiesta es una brecha social de segundo nivel, que separa a las poblaciones diferenciales dentro de las poblaciones vulnerables con alto riesgo para la discriminación y la exclusión social, por encima de las poblaciones menos favorecidas y la distancia que las separa de las poblaciones más favorecidas con mejores condiciones para la vida.

Pero la complejidad es diferencia pura y se expresa de múltiples formas. Dentro de las poblaciones diferenciales, la posición social adquiere otras maneras de expresión, en sus caras resiste la diversidad de cosmovisiones que buscan una explicación del mundo desde distintos puntos de vista, que establecen su relación con la naturaleza y con el entorno que

los rodea. En las ciudades, la convivencia se hace cada vez más tensionante, debido a factores que es posible prevenir mediante una gestión del riesgo que integre el enfoque diferencial en las intervenciones promocionales y preventivas en salud.

Ambiente natural: el pueblo indígena Misak Misak se ubica en laderas de los ríos por lo que están en constante riesgo de inundación, expuestas a vectores y plagas. Los habitantes de calle se concentran en avenidas, puentes, parques, alrededor de la carrilera y en el corredor de las empresas que se encuentran ubicadas alrededor del humedal Meandro Del Say, el cual utilizan para consumir, para construir sus cambuches, la quema de llantas, para sacarle el alambre y el cobre a los cables. Otro factor que permite la pernoctación es que dadas las características urbanísticas de la localidad y la mezcla de comercio hacen que los restaurantes les regalen comida generando factores de permanencia del fenómeno.

Y teniendo en cuenta el análisis de la distribución y caracterización de la población de ciudadanos y ciudadanas habitantes de calle localizada en parches y cambuches de Bogotá que para Fontibón se identificaron 11 parches y 93 cambuches, siendo una de las localidades con menor presencia de ciudadanos habitantes de calle.

Ambiente construido: se identifican barrios con viviendas precarias, producto de la auto construcción sin las adecuaciones para hacerlas aptas para el desarrollo de las personas con discapacidad. Los espacios públicos generan barreras urbanísticas, lo cual es un factor para la segregación espacial. Las VCA habitan en viviendas con problemas de infraestructura, espacios inadecuados y hacinamiento, así como, vías sin pavimentar.

En general la localidad presenta habitantes de calle “dispersos” por la calle 26 con Boyacá, en la Avenida Esperanza, en el Humedal Capellanía, en el Sector de Atahualpa, Casa de la Cultura, Hospital de Fontibón, Humedal Meandro del Say, Canal San Francisco, Carrilera (Centro de la Localidad). En relación al tema del reciclaje hay dos sectores predominantes de acopio como son la variante y alrededor de la carrilera en donde el espacio se presta para que se dé el fenómeno ya que muchos de ellos son consumidores y duermen en la calle

Exceso de ruido al interior de los establecimientos donde se ejerce la prostitución, baja iluminación, falta de higiene en las habitaciones. Los sectores LGBTI sufren de discriminación para adquirir viviendas en arriendo.

Social: el pueblo Misak Misak que tiene su asentamiento en la localidad cuenta con un fuerte arraigo a sus costumbres y tradiciones que no permiten el ingreso de otras culturas. Aun cuando las personas en condición de discapacidad son prioritarias para la participación en servicios de salud, aunque no se encuentran satisfechos, no son suficientes, ni pertinentes. Las víctimas del conflicto armado cuentan con escasos recursos para el acceso a servicios sociales, al igual que en los habitantes de calle, a quienes se les da el rechazo por la comunidad en general, además, de sus problemas de pérdida de documentos y consumo de sustancias psicoactivas.

Las PEP están expuestas a riñas y violencias, consumo de SPA, malos hábitos alimentarios, así como situaciones que ponen en riesgo la salud. Para los sectores LGBTI existe alta demanda a servicios de salud, pero se presentan barreras de acceso por aseguramiento. Ha incrementado la población por la migración de Venezuela hacia el país. Los recicladores se encuentran en gran mayoría dentro del régimen subsidiado, pero no asisten a los servicios. Presentan hábitos inadecuados para una vida saludable, consumo de sustancias psicoactivos y alto grado de violencia intrafamiliar.

Económico: los pueblos indígenas trabajan en artesanías y en el cultivo de flores en invernaderos. Las personas con discapacidad en la mayoría no están laborando y los pocos que lo hacen se encuentran en la informalidad. Al igual que las VCA, quienes para generar ingresos económicos se ocupan en la informalidad, sin seguridad social ni riesgos laborales. Los habitantes de calle se dedican al reciclaje o a la mendicidad.

Las personas en ejercicio de la prostitución viven de los ingresos de ejercer la prostitución y la venta de sustancias psicoactivas en los establecimientos donde se realizan los encuentros sexuales. Se encuentran sitios con alta presencia de migrantes provenientes de Venezuela.

En el ámbito laboral se discrimina a la población LGBTI por su apariencia, algunos se encuentran desempleados, dentro de sus ocupaciones se encuentran actividades de peluquería y prostitución.

Los recicladores presentan un bajo nivel educativo por lo que se adaptan a las condiciones de vida a partir del reciclaje, se ha visto un gran cambio para las personas que adquirieron el beneficio de transporte con motor en vez de la tracción por animal.

Las personas con discapacidad dependen económicamente en su mayoría, de empresas familiares, ventas ambulantes, ventas por catálogo o del cuidador que labora y devenga un salario, aquellas que tienen alguna formación o experiencia, se encuentran vinculadas a empresas privadas en cargos como operarios y persisten las barreras para acceder a la productividad y empleabilidad por no contar con experiencia profesional o falta de garantías para desarrollar sus labores y esto se agrava aún más cuando son mujeres las que buscan emplearse en el sector público o privado. A pesar de tenerse un acuerdo local (002 de 2007) son mínimas las oportunidades que tienen las personas con discapacidad de la localidad.

Político – administrativo: los pueblos étnicos se consideran comunidades muy organizadas con sistemas políticos propios, pero excluidas de los servicios institucionales. Aunque hay presencia de organizaciones de personas con discapacidad, estas no representan a la población total con discapacidad, puesto que se incluyen solo a unos tipos de violencia. No hay presencia del Estado para mejorar la calidad de vida de las poblaciones diferenciales. Se evidencian organizaciones de mujeres transgeneristas y recicladores.

La determinación social de las poblaciones diferenciales muestra como dentro de los determinantes estructurales se identifica la violencia, el conflicto interno que genera el desplazamiento forzado, no hay corresponsabilidad en temas relacionados con la salud, sistemas educativos con proyectos pedagógicos que no incluyen el enfoque diferencial, falta de oportunidades laborales y de acceso a la educación superior. Amplias distancias para

acceder a servicios especializados, disponibilidad y oportunidad para la atención de los sectores sociales.

Se ha dado una reducción de la oferta de servicios para población diferencial, falta de capacitación en enfoque diferencial a funcionarios. El factor económico tiene una fuerte incidencia en el acceso a los servicios sociales. No hay una amplia oferta de servicios de salud mental en estas localidades. Se requiere ampliar los procesos de educación en promoción y prevención. Se recomienda un aumento en la cobertura de vacunación para el tétano en la población de recuperadores ambientales. La población que se encuentra ocupada en el sector informal no cuenta con vinculación en seguridad para riesgos laborales. El bajo nivel de ingresos económicos de las familias con población diferencial donde el abandono y negligencia aumento la incidencia de personas vulnerables en oficios precarios.

Dentro de los determinantes intermedios y proximales se encuentra la falta de oportunidad para el acceso a los servicios de salud, barreras de acceso por autorizaciones, desplazamientos, disponibilidad de agendas. Desconocimiento de algunos funcionarios sobre el nuevo modelo de atención en salud y el portafolio de servicios de la Subred. Reducción en insumos (vacunación) que requiere la población de recuperadores ambientales. En las localidades se expresan índices de violencia general muy altos y una escasa oferta porque no se ofrecen servicios de psicología. En la población que se encuentra en el sector informal, los accidentes de trabajo no son notificados y se clasifican como eventos generales.

Se presenta malnutrición por déficit en población infantil étnica y VCA por el cambio en las dietas producto del desplazamiento y la adaptación al espacio urbano. Estilos de vida inadecuados y hábitos poco saludables como el consumo problemático de sustancias psicoactivas. No se cuenta con protocolos para la atención diferencial en salud teniendo en cuenta las particularidades y necesidades de la población diferencial. Problemas de afiliación en salud, inatención a las consultas en salud o el desconocimiento de la oferta. Se presenta un alto porcentaje de caries en la primera infancia y la infancia.

4.6. NECESIDADES EN SALUD

Como se pudo presentar en el apartado anterior, las condiciones de vida de las poblaciones diferenciales, determinan las posibilidades que ellas tienen frente a la garantía de derechos y la construcción de calidad de vida desde las escasas oportunidades que les brinda su realidad. Esta dificultad para acceder a todo tipo de oportunidades para el desarrollo humano es un común denominador al abordar a las poblaciones diferenciales, por lo que se da la impresión que el hecho diferenciador fuese la vulnerabilidad misma, generada por la deuda histórica, la discriminación y el prejuicio social.

Siendo así, lo que ha demostrado el análisis de los contextos particulares donde se desarrollan las poblaciones diferenciales con el seguimiento en sus asentamientos locales, su distribución geoespacial, el volumen demográfico que ocupan dentro de las categorías diferenciales y sobre la población en general. Llegar a la identificación de algunos grupos permanentes que es posible analizar desde eventos vitales básicos como el nacimiento, mientras surgen los grupos emergentes producto del desarrollo social urbano, cuya clasificación aún no se incluye adecuadamente en los diferentes sistemas de información.

El ejercicio de la autonomía al límite de las oportunidades es una voz que ha adoptado las poblaciones diferenciales como la deuda socio histórica del Estado que debe prevalecer sobre los menos favorecidos. Los determinantes sociales muestran como en la base de la posición social de las poblaciones diferenciales se encuentra una tradición de discriminación estableciendo relaciones de poder que excluyen o fragmentan la sociedad, posible de palpar a través de las condiciones críticas de sus asentamientos, donde sus condiciones límite desafían los propósitos de una ciudad desde la igualdad para el alcance de la calidad de vida y salud.

Desde el sistema social el acceso al derecho a la salud se muestra complejo para las poblaciones diferenciales. Es un tema común encontrar situaciones de desprotección por ingreso a los servicios de salud. La relación con el sistema de salud en general no es

satisfactoria, por costumbres ancestrales, por disponibilidad de tiempo, barreras en la movilidad y la infraestructura del espacio público. Por conflicto del auto reconocimiento en cuanto a su pertenencia étnica o su proceso de identidad sexual.

El desarrollo de las necesidades en salud se organiza a partir de los riesgos en salud pública identificados, los cuales se plantean desde las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública. Las comunidades, colectivos, sectores, poblaciones que ameritan una atención diferencial por su pertenencia, condición, situación, orientación, ocupación se plantean desde las múltiples dimensiones en salud: salud ambiental, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, enfermedades transmisibles y no transmisibles, salud y ámbito laboral. No se encontró información de emergencias relacionadas con la población diferencial. La población diferencial se muestra de manera transversal en las dimensiones de la salud pública.

4.6.1. Comunidades étnicas: afro (afrodescendientes, raizales y palenqueros), indígenas (todos los pueblos) y Rom - gitanos

Salud ambiental (ambiente sano): según el Sivigila, del total de personas notificadas con eventos de intoxicaciones e intoxicaciones por medicamentos el 1,7% fue en población que se reconoce como étnica. En indígenas se presentó una intoxicación por medicamentos lo que representa el 5,6% del total de notificados por este evento. Afrocolombianos se presentaron 5 intoxicaciones; 1,5% del total de notificados.

Según la lectura de necesidades, dado que parte de la población indígena que reside en la localidad de Fontibón se asienta cerca al Humedal Meandro del Say y el río Bogotá, lo cual, la expone a la inseguridad por la zona; dada por pandillas, consumo y venta de SPA. Así mismo, estas fuentes hídricas por tener altos índices de contaminación los hace susceptibles a tener proliferación de vectores en sus casas y presentar enfermedades por su presencia, así mismo puede generar enfermedades transmisibles como EDA e IRA y problemas de piel al contacto con el agua y alergias. Riesgo en la salud para la población afrocolombiana a

causa del factor ambiental, puesto que algunas personas se encuentran ubicadas cerca al río y están expuestos a malos olores y la contaminación.

Convivencia social y salud mental: de las 1.232 personas residentes en la localidad de Fontibón notificadas al subsistema Sivim, el 2,2% se reconocen con alguna pertenencia étnica. Del total de notificaciones realizadas por tipo de violencia, se identifica que la proporción más alta en las comunidades étnicas está en violencia económica 4% seguida por violencia emocional 2,3%, violencia sexual 1,8%, abandono 1,4%, violencia física 1,2% y negligencia 1%. En población indígena se realizaron 17 notificaciones, lo que representa el 39,5% en el grupo de las etnias.

Por tipo de violencia, la emocional y la económica son las que más peso porcentual tienen con respecto al total notificado (1%), seguidas de la negligencia (0,7%) y la violencia física (0,6%). En el 41,7% de los casos el padre es el principal agresor seguido de pareja con el 33,3% y madre y padrastro cada uno con el 8,3%. Al comparar el comportamiento del agresor con la notificación general la mayor agresora es la madre con el 22,5%, seguido del padre con el 17,6% y la pareja con el 14,9%.

En afrocolombianos se realizaron 26 notificaciones lo que representa el 60,5% en el grupo de las etnias. Por tipo de violencia la económica es la que mayor peso porcentual tienen con respecto del total notificado (3%), seguida de violencia sexual (1,8%), abandono 1,4%, violencia emocional 1,3%, violencia física 0,6% y emocional 0,3%. Con respecto al agresor, el mayor porcentaje lo tiene los desconocidos con el 33,3%, seguido de conocidos con el 20% y padre con el 13,3%.

De las 717 personas residentes en la localidad notificadas a Sisvecos, el 1,4% se reconoce con alguna pertenencia étnica; afrocolombianos 8 e indígenas 2. En indígenas se notificó un intento y una ideación, lo que representa el 0,2% y 0,8% de la notificación total por evento respectivamente y en afrocolombianos 6 ideaciones y 2 intentos, representando el 1,1% y el 1,6% respectivamente de la notificación total por evento. 1 persona con discapacidad.

De las 480 personas residentes en la localidad notificadas a Vespa, el 4,8% se reconocen como población étnica y tienen consumo de SPA; 4 Indígenas, 18 afrocolombianos y 1 gitano. El tipo de droga que más consumen son: alcohol tabaco, marihuana y bazuco. El consumo de SPA puede estar generado por problemáticas sociales, económicas, entre otras.

De las 1.107 personas residentes en la localidad notificadas al subsistema Sivelce, el 0,5% (5) tienen pertenencia étnica; los 5 son afrocolombianos. Los eventos por los cuales fueron notificados son otros accidentes y violencia común. 2 afrocolombianos son desplazados.

Según la lectura de necesidades, la población étnica en su mayoría proviene de otras regiones VCA, con dinámicas distintas y barreras de acceso, generando imposibilidad al acceso de los servicios que ofrece Bogotá. Adicionalmente, el choque cultural hace que tengan que usar la medicina occidental, exponiendo a dejar su cultura y saberes en el olvido, por lo cual se hace necesario implementar mecanismos de enlace que permitan integrar las dos medicinas (ancestral y occidental). La información clara y precisa sobre los procesos que restituyen sus derechos y empoderamiento frente a las leyes que los protege es una necesidad para esta población para poder restituir sus derechos y acceder a los servicios.

Específicamente para los afrocolombianos, la discriminación y racismo por causa de la falta de respeto a la diferencia, bajos niveles de tolerancia y ausencia de oportunidades, la hace que sea una población aún más vulnerable frente a sus derechos. El continuo desplazamiento forzado hacia las grandes ciudades motivado por el conflicto armado interno, genera rupturas en el proceso vital de los afrodescendientes conllevando a ubicarse en las zonas periféricas en condiciones críticas, fragmentando las tradiciones, usos y costumbres amenazando la preservación de la identidad cultural y una adecuada calidad de vida. Con respecto a la violencia intrafamiliar, el choque de culturas es un factor determinante dado que, para la población occidental pueda ser maltrato o violencia. La población afrodescendiente requiere de una atención especial, teniendo en cuenta sus particularidades como son la discriminación por su condición o color de piel, dificultad de acceso a los servicios y la exigibilidad de sus derechos."

Seguridad alimentaria y nutricional: se identificaron tres gestantes con bajo peso, las cuales eran indígenas. Según la lectura de necesidades, la ocupación de la población menos favorecida obtiene su sustento a través del comercio informal, con la venta ambulante (de frutas especialmente); otras actividades a las que se dedican son el comercio (restaurantes, belleza, deportes, textiles, etc.), esto aunado a que los núcleos familiares son grandes genera riesgo de que se presente inseguridad alimentaria por acceso a los alimentos, por otro lado, dada la tramitología que tienen que realizar las personas víctimas del conflicto armado, los programas de apoyo alimentario no son accesibles de forma inmediata para estas poblaciones vulnerables.

Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos: de los 154 eventos notificados relacionados con SSR 4 (2,6%) se presentaron en población étnica; 4 VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA, lo que representa el 5,8% de la notificación por este evento, 1 morbilidad materna extrema, que representa el 0,6% de la notificación por este evento, 1 sífilis gestacional, lo que representa el 5,9% de la notificación por este evento y 1 Hepatitis B, C y coinfección Hepatitis B y Delta, lo que representa el 8,3% de la notificación por este evento.

Por etnia 2 notificaciones por VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA fueron en afrocolombianos y 1 Hepatitis B, C y coinfección Hepatitis B y Delta. Una sífilis gestacional fue en raizales y dos notificaciones por VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA y una por morbilidad materna extrema se dio en gitanos.

La lectura de necesidades identifica la falta de autocuidado y ausencia de consultas médicas esto puede generar que la población tenga más riesgo de adquirir enfermedades relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos. Esto es aún más crítico cuando se generan barreras de acceso en la atención en salud y desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

Vida saludable y enfermedades transmisibles: de los 961 eventos notificados relacionados con enfermedades transmisibles, 25 (2,6%) se presentaron en población que

se reconoce como étnica encontrándose: varicela individual 14 casos, vigilancia Integrada de la rabia humana 7, tuberculosis 2, Chikungunya 1 y dengue 1. La carga porcentual por evento más alta de las comunidades étnicas está en la tuberculosis con el 5,4%.

En indígenas se presentaron 4 casos; 2 de vigilancia integrada de la rabia humana y 2 varicelas. En afrocolombianos se presentaron 15 casos: 7 varicelas, 4 vigilancia integrada de la rabia humana, 2 tuberculosis, 1 dengue y 1 Chikungunya. En raizales 3 varicelas. En gitanos 3 1 de Vigilancia Integrada de la rabia humana y varicela 2.

El tipo de vivienda en Bogotá y las viviendas de subsidio familiar no están condicionados para las costumbres de habitabilidad de la población afrodescendiente, ya que por cultura acostumbran a vivir con más de cinco personas lo que para las necesidades básicas insatisfechas se puede ver como hacinamiento, pero para ellos es una forma de solidarizarse y de convivir en familia, en comunidad. Esto puede generar que se propaguen enfermedades transmisibles como EDA, ERA y la tuberculosis. Así mismo muchas de las personas afrocolombianas, indígenas y demás poblaciones étnicas son de municipios o ciudades con una altitud sobre el nivel del mar que propicia que existan vectores que propagan enfermedades transmisibles como lo son el dengue, el Chikungunya, zika entre otros, razón por la cual estas enfermedades se ven más marcadas en este grupo poblacional.

Vida saludable y condiciones no transmisibles: de las 1.586 personas notificadas al subsistema Sisveso, el 0,3% se reconocen con alguna pertenencia étnica; afrocolombiano 3 e indígena 1. El 50% tiene gingivitis, lesión mancha café y fluorosis y el 25% caries.

Gran parte de la población étnica no asiste a la atención en salud por falta de tiempo, ya que en su recorrido para llegar a un centro de salud demanda mucho tiempo, lo que involucra una barrera de acceso geográfica, otra parte de la población no lo hace por desinformación frente a los servicios a los cuales se remite y otra proporción manifiesta haberse sentido discriminado por parte de las y/o los funcionarios en salud en razón a su color de piel.

Salud y ámbito laboral: en términos de ocupación laboral la informalidad predomina, asociado a la falta de oferta efectiva de proyectos productivos que mitiguen la problemática del desempleo, haciéndolos más susceptibles por ausencia de seguridad social y condiciones dignas de trabajo que pueden generar accidentes o enfermedades laborales.

Como necesidad prioritaria se encuentra el acceso a la salud, ya que la mayoría de las personas con alguna pertenencia étnica se encuentran afiliados a una EPS en su lugar de origen y en el momento de solicitar los servicios de salud en Bogotá, son negados ya que hay un desconocimiento de la norma por parte de la comunidad y de los funcionarios, así mismo, muchos al ingresar por temporada a laborar, al quedar sin trabajo vuelven a quedar desafiliados desconociendo el procedimiento a seguir para volver a acceder al servicio, a esto se le suma que no se encuentran espacios en la ciudad donde se pueda dar la medicina tradicional sin restricción de la mano de la medicina occidental por medio de un intercambio de saberes que permita el bienestar de la comunidad sin desconocer sus saberes y cosmovisión. Los indígenas, en este caso, no tienen acceso eficaz, efectivo y oportuno a las medicinas occidentales complementarias de la medicina propia, por tanto, no hay garantías plenas del derecho fundamental a la salud.

4.6.2. Discapacidad

Salud ambiental (ambiente sano): según el Sivigila, de las 335 intoxicaciones notificadas el 0,9% se presentó en personas en condición de discapacidad. Según la lectura de necesidades se identificaron dificultades en infraestructura local, características irregulares del terreno, falta de conocimiento y falta de aplicación de normas técnicas y legales para el diseño e implementación de obras públicas, no reconocimiento de la población con discapacidad, pocas oportunidades de participación en programas y proyectos culturales, exclusión y discriminación social.

En la localidad, las vías no se encuentran diseñadas para el tránsito de personas en condición de discapacidad lo que genera un riesgo para la salud y la vida de la persona al

tener que usar las vías porque los andenes no son accesibles. Igualmente, no se cuenta con medios de transporte accesibles y suficientes para que la población con discapacidad, pueda desplazarse y asistir de manera oportuna a sus controles médicos. También, se evidencia que la infraestructura de las viviendas y conjuntos habitacionales no permiten la movilidad de manera autónoma de las personas con movilidad reducida lo que los limita aún más. La falta de ayudas técnicas para la movilidad de las personas con discapacidad (silla de ruedas, caminadores, bastones, muletas, etc.) genera otra barrera para el desplazamiento a los diferentes servicios de salud, recreativos y socioculturales."

Convivencia social y salud mental: de las 1.232 personas residentes en la localidad de Fontibón notificadas al subsistema Sivim, el 4,1% son población en condición de discapacidad. Por tipo de violencia el 100% denunció por violencia emocional, el 44% por negligencia, el 22% por violencia física, el 18% por violencia sexual, el 16% por abandono y el 10% por violencia económica. Frente al comportamiento general de las denuncias por violencia las tres primeras causas se mantienen, aunque con órdenes invertidos; emocional, negligencia y física. En el 22% de los casos los agresores son las madres y los hijos respectivamente, seguido de las parejas (16%). Esta situación dista del comportamiento general en donde la principal agresora es la madre, seguida del padre y la pareja. Por tipo de violencia se identifica que del total de notificación el grupo de discapacidad le aporta más al abandono con el 10,8% seguido de, negligencia 7,4%, violencia sexual 5,4%, emocional 5,1%, violencia económica 5% y violencia física 3,2%.

De las 717 personas residentes en Fontibón notificadas al subsistema Sisvecos, el 2,1% están en condición de discapacidad. Del total, 19 se notificaron por ideación, 2 amenaza y 3 por intento, los mecanismos del intento fueron: ahorcamiento y lanzamiento al vacío. El lugar en los dos casos fue hogar Interseccionalidad, 1 población Lgbti.

Específicamente en el tema de afiliación al servicio de salud, se evidencia que la mayoría de las PCD se encuentra asegurada en el régimen subsidiado, seguido del contributivo y por último el vinculado, donde las barreras de acceso más frecuentes son la inoportunidad en la

asignación de citas médicas, no se cuenta con el transporte para realizar el traslado a las mismas, insensibilidad por parte de los funcionarios que los atienden, barreras a nivel arquitectónico, no hay rampas, ascensores, existen barreras de comunicación, falta de intérprete de lengua de señas para las personas con discapacidad auditiva y sistema braille para las personas con discapacidad visual.

Entre las dificultades se encuentran las barreras de acceso a los servicios sociales, donde hay falta de oportunidades, baja oferta de servicios, servicios deshumanizados, falta de empoderamiento, no implementación de estrategias comunicativas incluyentes, baja participación de la población con discapacidad y de sus cuidadores, falta de sentido de pertenencia e interés y no garantía de eliminación de barreras.

Debido a la dificultad de movilidad, transporte y vías que tiene la localidad, se generan barreras para el acceso a los diferentes servicios de salud y sociales para las personas en condición de discapacidad. Dada su vulnerabilidad y dependencia para realizar actividades diarias las personas con discapacidad son víctimas frecuentes de violencia intrafamiliar, discriminación por parte de familiares, instituciones y población general, situación que puede repercutir directamente en la autoestima desencadenando de esta manera una conducta suicida. En muchos casos estos eventos no son notificados por las condiciones de esta población y su limitación para la interacción con otras personas.

Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos: falta de información para el manejo de la sexualidad y afectividad en los jóvenes con discapacidad y sus familias.

Vida saludable y enfermedades transmisibles: de los 961 eventos notificados relacionados con enfermedades transmisibles 2 (0,2%) se presentaron en población con discapacidad; los eventos notificados fueron varicela individual 1 caso y sospecha de sarampión 1. La carga porcentual por evento es sarampión 2,1% y varicela 0,1%.

Vida saludable y condiciones no transmisibles: de las 1.586 personas notificadas al subsistema Sisveso, el 0,4% tienen discapacidad. De estas el 57,1% presenta lesión mancha café y caries cavitacional respectivamente, el 42,9% gingivitis y el 14,3% fluorosis.

De acuerdo al registro de caracterización, el 44,5% refiere que la alteración permanente que más le afecta es la del movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas; por sexo el 47,3% de las mujeres lo manifiesta y el 41,5% de los hombres. La segunda alteración que más afecta es el del sistema nervioso con 29,8%, el 32,8% de los hombres la manifestó al igual que el 27,1% de las mujeres. Por momento del curso de vida son para primera infancia, infancia, adolescencia y juventud las alteraciones que más afectan en su orden son las del sistema nervioso y movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas con los siguientes porcentajes respectivamente: 49,8% y 29%, 61,7% y 17,9%, 58,2% y 18,2% y 52% y 27,1%. En la adultez con el 54,3% las alteraciones del movimiento son las que más les afectan seguida de las del sistema nervioso con 24,9%. En vejez tienen el mismo orden de adultez con 48,7% y 17,7% respectivamente.

Con respecto a la actividad diaria que presenta dificultad permanente es: primera infancia: caminar correr y saltar 61,4%, hablar y comunicarse 59,9%. Infancia: pensar y memorizar 70,1% y hablar y comunicarse 56,8%. Adolescencia: pensar y memorizar 62,7%, caminar correr y saltar 49,6%. Juventud: pensar y memorizar 60,2%, caminar correr y saltar 45,8%. Adultez: caminar correr y saltar 73,2%, llevar mover utilizar objetos en las manos 59,7%. Vejez: caminar correr y saltar 86,5%, llevar mover utilizar objetos en las manos 74%.

Barreras que impiden desarrollar actividades diarias con mayor autonomía: Casa u hogar: Dormitorio: 9,3%, sala comedor: 9,4% baño: 29,2% escaleras: 69,1% pasillos y patios 41,2%. Espacio público: Andenes y aceras 70,1%, calles y vías 77,5%, parques plazas estadios teatros e iglesias 61,7%, terminales paraderos de transporte 63,1% y centros comerciales, tiendas y plazas de mercado 76,7%. Instituciones: Centros educativos 33,7% y centros de salud y hospitales 49,7%.

Salud y ámbito laboral: dificultades en la inclusión laboral, baja cualificación para el desempeño laboral, desconocimiento de la demanda laboral de la localidad.

4.6.3. Víctimas del Conflicto Armado (incluye todos los hechos victimizantes)

Salud ambiental (ambiente sano): de las 335 intoxicaciones notificadas el 0,9% (3) se presentó en víctimas del conflicto armado.

Convivencia social y salud mental: de las 1.232 personas residentes en la localidad notificadas a Sivim, el 6,7% son desplazadas. Por tipo de violencia el 100% denunció por violencia emocional, el 6,2% por negligencia, y física respectivamente, el 4,9% por económica y el 1,2% por abandono. En el 91,5% de los casos los agresores son desconocidos, seguido de padre, madre y expareja cada uno con el 1,2%. Esta situación dista del comportamiento general en donde la principal agresora es la madre, seguida del padre y la pareja. Por tipo de violencia se identifica que del total de notificación el grupo de discapacidad le aporta más a la violencia emocional con 8,1% seguida por violencia económica 4%, negligencia 1,7%, violencia física 1,5% y abandono 1,4%.

De las 717 personas residentes en la localidad de Fontibón notificadas al subsistema Sisvecos, el 2,2% son VCA. Del total, 12 se notificaron por ideación, 2 amenaza y 2 intento. Con respecto al intento, el mecanismo fue: arma corto punzante e intoxicación/envenenamiento, el escenario en los 2 casos es institución educativa y hogar respectivamente. De las 1.107 personas residentes en la localidad notificadas a Sivelce, el 0,1% se reconoce como desplazado, la razón por la cual se notificó fue por otros accidentes.

La problemática que afecta a esta población en su gran mayoría, tiene varios componentes iniciando por su desarraigo familiar, emocional, con sus tierras, su lugar de origen, en donde se evidencia situaciones emocionales muy fuertes con procesos de duelo no resueltos, que conllevan a situaciones de alerta permanentemente ya que estas personas pueden llegar a sentir delirios de persecución, acoso, depresión profunda, ideación suicida por amenazas,

extorsiones y en algunos casos hasta retención forzosa de algún miembro de su familia; la situación económica es muy importante en su día a día porque no cuentan con empleos formales que les garantice estabilidad económica, desempeñándose como vendedores ambulantes, ayudantes de construcción, servicios generales, lo cual es consecuencia de la falta de documentos de identidad, analfabetismo, falta de adaptación a la ciudad.

Seguridad alimentaria y nutricional: se identificaron dos gestantes con bajo peso al nacer lo que representa el 0,2% del total de gestantes notificadas por este evento y un niño menor de 5 años con talla baja (desnutrición crónica), representando el 0,1% de los niños notificados por esta causa.

Vida saludable y enfermedades transmisibles: de los 961 eventos notificados relacionados con enfermedades transmisibles 3 (0,3%) se presentaron en población víctima del conflicto armado; el evento notificado fue sospecha de sarampión (6,5%).

Vida saludable y condiciones no transmisibles: de las 1.586 personas notificadas al subsistema Sisveso, el 0,9% son víctimas del conflicto armado. El 53,7% tiene gingivitis, el 40% caries cavitacional, el 33,7% lesión mancha café, el 13,3% fluorosis y periodontitis y lesión mancha blanca cada uno 6,7%.

4.6.4. Ciudadanos habitantes de calle

Salud ambiental (ambiente sano): de las 18 intoxicaciones por medicamentos notificadas el 5,6% se presentó en un habitante de calle.

Convivencia social y salud mental: de las 1.232 personas residentes en la localidad de Fontibón notificadas al subsistema Sivim, el 0,1% es habitante de calle, quién denunció por violencia emocional y negligencia. En este caso la agresora es la madre, asemejándose al comportamiento de la notificación general en donde la primera agresora es la madre. Por tipo

de violencia se identifica que del total de notificación el grupo de discapacidad le aporta más a la negligencia con el 0,3% y violencia emocional con el 0,1%.

De las 717 personas residentes en la localidad de Fontibón notificadas al subsistema Sisvecos, 1 es habitante de calle, se notificó por ideación suicida. Por otro lado, y dado que la población habitante de calle es flotante dificulta continuidad en los tratamientos médicos de enfermedades (TBC, VIH, sífilis, sintomáticos respiratorios) convirtiéndolas en un problema de salud pública.

De las 480 personas residentes en la localidad notificadas a Vespa, el 5,6% son habitantes de calle y tienen consumo problemático de SPA. El tipo de droga que más usan es: 70,4% bazuco, 14,8% alcohol, 11,1% marihuana y 3,7% tabaco.

La falta del documento de identidad, afiliación al sistema general de seguridad social en salud, Ficha Sistema de Información para Registro de Beneficiarios (Sirbe) o carta de certificación como habitante de calle, genera barreras de acceso a los servicios de salud. Esta población se caracteriza por tener ineficientes redes de apoyo, consumo de SPA y alteraciones de la salud mental y física por la vulnerabilidad que presentan en calle.

Seguridad alimentaria y nutricional: pobreza por ingresos, inseguridad alimentaria y carencias nutricionales.

Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos: de los 154 eventos notificados relacionados con salud sexual y reproductiva 0,6% (2,6%) se presentó en población habitante de calle, el evento de notificación fue VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA, representando el 1,3% del total de notificaciones por esta causa.

Vida saludable y enfermedades transmisibles: de los 961 eventos notificados relacionados con enfermedades transmisibles 3 (0,3%) se presentaron en habitantes de

calle; los eventos notificados fueron sospecha de sarampión 1 y Vigilancia integrada de la rabia humana. La carga porcentual por evento es 2,2% y 0,3% respectivamente.

Vida saludable y condiciones no transmisibles: de las 1.586 personas notificadas al subsistema SISVESO, se notificó un habitante de calle con gingivitis y caries cavitacional.

4.6.5. Persona en Ejercicio de Prostitución

Convivencia social y salud mental: barreras de acceso a los servicios de salud para personas con vulnerabilidad manifiesta, debido a la forma en que se vinculan al SGSSS, pues en su mayoría hacen parte del régimen subsidiado de sus lugares de origen, y las posibilidades para su atención en el Distrito son solo en caso de urgencias, y no para enfermedades que se pueden presentar como producto del ejercicio de su actividad.

Dificultades en la salud mental de las personas en ejercicio de prostitución. El asumir doble identidad conlleva a problemas de depresión, baja autoestima e imaginarios. Así mismo, la mayoría de estas personas trabaja bajo el efecto de sustancias psicoactivas como lo son alcohol, tabaco, marihuana, bazuco entre otras, como salida para hacer más llevadera su situación. En este caso es necesario desarrollar campañas para el control del consumo y abuso de sustancias psicoactivas de este grupo poblacional.

Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos: la no prestación de servicios de salud a tiempo a estas personas, genera la propagación de enfermedades infectocontagiosas que no solo pasan por las Enfermedades de Transmisión Sexual, que son las más evidentes debido a las actividades que realizan, sino además cáncer de cuello uterino, enfermedades virales, tuberculosis, entre otras.

Salud y ámbito laboral: fomentar procesos de capacitación en artes y oficios que amplíen las posibilidades de vinculación laboral.

4.6.6. Lgbti (Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transgeneristas E Intersexuales)

Convivencia social y salud mental: de las 1.232 personas residentes en la localidad notificadas al subsistema Sivim, el 0,6% (8) son población LGBTI; 2 lesbianas, 4 Gais, 1 bisexual y 1 transgénero. Por tipo de violencia el 100% denunció por violencia emocional, el 50% por violencia física, el 37,5% por violencia sexual y por violencia económica y negligencia el 12,5% cada uno, el comportamiento de la notificación es similar al general en donde la proporción más alta de denuncia es por violencia emocional, seguida por violencia física y negligencia, para este caso la violencia sexual está en el cuarto lugar. Con respecto al agresor los de mayor proporción son los conocidos y las exparejas con el 25% cada uno, esta situación difiere del comportamiento general en donde la principal agresora es la madre, seguida del padre y la pareja. Por tipo de violencia se identifica que del total de notificación el grupo de LGBTI le aporta más a la violencia sexual con 1,8%, seguida de violencia física 1,2%, violencia económica 1%, violencia emocional 0,7% y negligencia 0,3%.

De las 717 personas residentes en la localidad de Fontibón notificadas al subsistema Sisvecos, el 1,2% son población LGBTI. Del total, 4 se notificaron por ideación y 4 por intento. Con respecto al intento, los mecanismos fueron: arma corto punzante, intoxicación / envenenamiento, arrojarse a objeto en movimiento, el escenario en los 4 casos respectivamente es institución educativa, hogar y establecimiento público.

Los jóvenes Lgbti que están en las edades entre 18 y 26 años manifiestan la existencia de prácticas culturales generadoras de discriminación, desconocimiento de los derechos a las personas, adjudicación de problemas psicopatológicos, en especial a las personas transgénero, así como las intervenciones quirúrgicas o prácticas inadecuadas para la transformación de su cuerpo y la justificación de la violencia a partir de la orientación sexual o identidad de género. La violencia institucional es otra manifestación que afecta a esta población a través de: desinformación o información inoportuna, pensamientos erróneos referente a las peticiones, trámites, necesidades y reclamos de los sectores Lgbti los cuales consideran son aplazables.

En la población Lgbti adulta, se identifican violencias como acciones u omisiones que causan daño o sufrimiento físico sexual, psicológico, económico o patrimonial por su orientación sexual o identidad de género. Así mismo, se presenta un daño psicológico con la degradación o control por medio de la intimidación, manipulación, amenaza, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal. Existe bajo nivel de empoderamiento tanto individual como colectivo, débil incidencia política, generando desconocimiento de sus derechos y de la política pública que lo acoge.

También por el tabú de la sociedad la población Lgbti tiene deterioro de sus relaciones familiares haciéndola susceptible a violencia intrafamiliar, conducta suicida debido a la depresión y baja autoestima. Se hace énfasis en la necesidad de un trato digno, incluyente y comprensible, retomando el entendimiento cultural y conceptual que encierra el trato al que debe ser expuesta esta población. Poco conocimiento en la atención diferencial de salud y deficiencias en las redes de apoyo institucionales y familiares incrementan los índices de violencias (discriminación y segregación), conducta suicida, consumo problemático de SPA y conductas sexuales de alto riesgo en la población Lgbti.

Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos: se identifica desinterés en los servicios ofrecidos por las EPS, debido a que su mayor interés está en la hormonización, situación en la cual las EPS, no cuentan con los programas necesarios como respuesta a esta necesidad. Ausencia de modelos diferenciales para las mujeres lesbianas, bisexuales y hombres y mujeres transgeneristas, hombre gay, bisexuales, en materia de acciones de promoción y prevención para la salud sexual y reproductiva.

Problemas con su salud física a causa de las modificaciones corporales, que realizan de manera inadecuada en lugares no certificados ni aptos para dichos procesos o en los mismos salones de belleza por sus propias compañeras de trabajo. El abordaje en la atención en salud no es diferencial para esta comunidad, los profesionales de la salud asumen una identidad de género y orientación sexual previa a la identificación personal del

usuario. Se evidencia negligencias en el reconocimiento de la identidad de género y la orientación sexual y una respuesta efectiva para el goce de derechos en salud.

Salud y ámbito laboral: la población Lgbti se caracteriza por trabajar en el sector informal en salones de belleza y peluquerías, con ausencia de garantías frente a la seguridad social, las normas de bioseguridad en muchos casos no son aplicadas lo cual los expone a enfermedades o accidentes laborales por uso de químicos, tijeras entre otros utensilios. Dentro de las dificultades presentes en esta labor se encuentra la baja remuneración económica, inestabilidad laboral y ausencia de prestaciones o seguridad social.

Así mismo y como complemento a esta labor, en algunos de estos establecimientos se puede observar el ejercicio de la prostitución especialmente de las mujeres trans, siendo Fontibón un punto estratégico para dicha labor por la cercanía al aeropuerto internacional el Dorado y al Terminal de transporte terrestre, ante este último son muy pocas las acciones desarrolladas debido a la negación por parte de las y los propietarios de los establecimientos.

4.6.7. Reciclador, Carretero, Pequeño Bodeguero

Las acciones integradas del espacio de trabajo, se llevan a cabo en la UPZ 53 (San Pablo) y UPZ 54 (Fontibón centro), donde se resaltan las siguientes características:

La UPZ Fontibón San Pablo se caracteriza por ser predominantemente industrial, sin embargo se identifican sectores residenciales y de uso de suelo compartido de allí que su economía gira en torno al funcionamiento de unidades de trabajo informal; así mismo posee áreas protegidas que comprende un sector del río Bogotá y su ronda, limitando con los barrios Prados de Alameda, Florencia y Puente Grande. La zona de ronda del Río Bogotá, se encuentra invadida desde el sector de la línea del ferrocarril esto genera problemas debido a que la calidad de vida de las familias que habitan este sector es deficiente debido a la proliferación de vectores, roedores y epidemias (respiratorias y gastrointestinales) por la cercanía del río y es allí donde se ubica la población recicladora. Así mismo esta zona posee

un alto riesgo por inundación causando un detrimento de los predios y generando una amenaza a toda la comunidad localizada en la ribera del río.

En su mayoría no posee vías pavimentadas lo que genera un gran riesgo de adquirir enfermedades de tipo respiratorio debido a la proyección de partículas, dentro de esta dimensión cabe nombrar la variante de Fontibón, la cual se ha constituido como el principal vía de ingreso y salida de la capital, caracterizándose por el tránsito de vehículos pesados. Así mismo en el eje de vías destapadas cabe mencionar las vías principales de los barrios Villa Andrea y Puente Grande.

Salud ambiental (ambiente sano): condiciones ambientales no adecuadas las viviendas por ubicación en lugares con carencia de servicios públicos tales como acueducto, alcantarillado, luz (zonas de invasión), infraestructura vial inadecuada, ubicación en zonas periféricas, de alto riesgo y de laderas de los ríos expuestos a sin número de focos de contaminación, que genera susceptibilidad a padecer enfermedades por vectores (transmisibles), enfermedades de piel y alergias.

Convivencia social y salud mental: problemáticas que afectan la salud mental, como el consumo de sustancias psico activas en jóvenes y adultos, violencia social e intrafamiliar.

Vida saludable y enfermedades transmisibles: la población recicladora, involucrada en el contacto con la basura y condiciones de trabajo precarias, no gozan de oportunidades concretas que les permitan el desarrollo pleno de sus habilidades, pues se exponen a riesgos para la salud y su integridad física permanentemente que son propios de su actividad y que no les permite contar con las garantías de seguridad social establecidas por la ley.

Salud y ámbito laboral: frente a las condiciones laborales presentan problemas de salud asociados a la labor que desempeñan en cuanto a salud ocupacional.

4.7. ACCIONES EN SALUD PÚBLICA Y EXPERIENCIAS EXITOSAS

Desde Salud Pública, la Subred desarrolló algunas acciones que abordaron a poblaciones diferenciales de la localidad, las cuales se relacionan a continuación.

4.7.1. Población Étnica

La referencia de la Política Pública de Etnias desarrolla acciones de posicionamiento, movilización y seguimiento a la política en espacios locales y comunitarios, abordando lo concerniente al tema de salud. En dichos espacios fueron trabajadas las problemáticas relacionada con la dimensión Convivencia Social y Salud Mental, abordándolas como tensiones en salud, e incluyéndolas en la agenda local para la búsqueda de soluciones.

La misma referencia resalta como experiencia exitosa la implementación del programa de medicina tradicional compuesto por un sabedor o medico tradicional, partera, enfermera y gestor. En articulación con el equipo de medicina tradicional se atendieron casos de gestantes y se brindó orientación en servicios con el equipo del espacio vivienda y Unidades de Servicios. Se gestionaron citas e inicio de controles a gestantes. Con la implementación del programa de medicina tradicional se ha logrado llevar orientación e información sobre SSR a familias étnicas, teniendo como resultado la sensibilización frente a estos temas. También cuenta como experiencia exitosa la articulación con la Secretaría de Desarrollo Económico, donde se realizó una capacitación sobre manejo financiera y contable a empresarios dueños de pescaderías pertenecientes a comunidades étnicas.

4.7.2. Población en condición de Discapacidad

Ante las problemáticas ambientales de adaptación a las condiciones urbanas que sufre la población VCA, la Subred ha liderado acciones desde salud ambiental, espacio público, y nutrición, tales como saneamiento básico, fumigación y cuidado del medio ambiente, construcción y cuidado de huertas urbanas. Se han adelantado también jornadas de

vacunación a niños, niñas, adultos mayores y madres gestantes y lactantes, difusión de programas y jornadas en los diferentes barrios, así como cuidado y manutención adecuada de mascotas. Desde el Espacio Vivienda se identifican familias con necesidades específicas para trabajo integral, y para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Otras acciones han sido la participación en el comité de derechos humanos y mesa efectiva para las víctimas, realización de jornadas de limpieza comunitaria, socialización de las políticas públicas de saneamiento básico, seguridad alimentaria y salud ambiental, y socialización del nuevo modelo en salud.

4.7.3. Población víctima del conflicto armado

Para la población VCA se construyeron espacios de participación comunitaria donde se permite socializar las estrategias de cuidado y auto cuidado, iniciando procesos organizativos para reciclaje adecuado de basuras, y construcción de huertas urbanas para fomentar la alimentación saludable y cuidado adecuado del entorno, previniendo de esta manera enfermedades de transmisión por vectores y riesgos nutricionales.

Entre las experiencias exitosas se cuenta la atención a la comunidad indígena Misak Misak como sujeto colectivo de derechos, acompañamiento psicosocial desde el componente comunitario de Papsivi (espacio vivienda), así como articulación desde gobernanza con los referentes de etnias y víctimas.

Por su parte, desde el Espacio de Vivienda se adelanta el proyecto de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado, Papsivi, con tres modalidades de atención: individual, familiar y comunitaria. El programa contribuye a minimizar el daño ocasionado por los hechos victimizantes en el marco del conflicto armado, mitigando los efectos psicosociales directamente relacionado con los hechos victimizantes, como problemas en la relación de pareja, en las relaciones familiares y en la adaptación al entorno, generando estrategias de cuidado y promoción de la salud mental.

Cuenta como experiencia exitosa la construcción de huertas caseras con la comunidad indígena Misak Misak, con la participación de adultos mayores que desde sus usos y costumbres ven la siembra como estrategia de liberación emocional y aporte a la alimentación saludable de su entorno familiar y comunitario. Como actividad rutinaria se realiza oferta de servicios institucionales, así como direccionamiento a Unidades de Servicios según patología.

4.7.4. Ciudadano Habitante de Calle

Las acciones para población ciudadana Habitante de Calle, están orientadas a la protección específica y detección temprana en salud.

Desde el Espacio Público se trabaja mediante el Servicios de Acogida. El equipo encargado realiza actividades de desarrollo comunitario e identificación del riesgo por medio de tamizajes en salud mental, y adelanta procesos de mitigación de riesgos y reducción de daños y acciones de promoción y prevención frente a la problemática del consumo de Sustancia Psicoactivas por medio de un equipo interdisciplinario (Psicólogo, Trabajador Social, Enfermera, Terapeuta Ocupacional, Educador Físico). Los servicios de acogida brindan además estrategias motivacionales orientadas al cambio, y fomentan la construcción de redes sociales para la inclusión social de la población en riesgo por consumo de sustancias psicoactivas, desde la escucha activa. La población identificada con este riesgo es canalizada a la oferta institucional del sector salud y entidades intersectoriales.

Otra herramienta de atención a esta población diferencial es el Equipo poblacional para población Habitante de Calle y LGBTI, conformado por psicólogo, trabajador social y enfermera. El equipo poblacional ofrece centros de escucha enfocados a la reducción de riesgos y mitigación de los daños ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas y afectaciones de salud mental, desde un abordaje diferencial de los ciudadanos habitantes de calle. También promueve la afiliación al sistema de seguridad social en salud, y trabaja en la reducción barreras de atención de servicios sociales y de salud.

Estas estrategias han sido exitosas en la localidad de Fontibón, donde se ha logrado atender en el periodo de abril a octubre de 2017 a 87 hombres y 7 mujeres habitantes de calle según base de datos de servicios de acogida con corte a octubre, y se han reportado 8 activaciones de rutas para el año 2017.

Otra experiencia exitosa ha sido la articulación de acciones con la Subdirección Local de Integración Social, con la comunidad y representantes territoriales, para incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población ciudadana habitante de calle. En aras de dicha articulación se viene acompañando las jornadas de desarrollo personal para población habitante de calle en el parque Atahualpa, ofreciendo la atención que desde Espacio Público se tiene para población habitante de calle.

4.7.5. Personas en Ejercicio de Prostitución

En la localidad de Fontibón no se reportaron actividades específicas para personas en ejercicio de prostitución.

4.7.6. Población Lgbti

Desde el Espacio Público, el Equipo poblacional que cuenta con los perfiles de enfermería, trabajo social, psicología y gestor, lleva a cabo acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde el enfoque diferencial, así como activaciones de ruta y notificación de casos a Sivim- Sisvecos. Entre dichas acciones se cuentan sesiones de abordaje a la salud sexual y salud reproductiva, transformaciones corporales, y exigibilidad del derecho a salud desde el enfoque diferencial.

Desde la referencia de la Subred para esta población, se generaron mesas de trabajo mensuales, contando con la participación de Distrito diverso de SLIS, equipo poblacional del Espacio Público, y las referencias Habitabilidad en calle y Mujer /Lgbti del componente Gobernanza. El objetivo de estas mesas fue realizar fortalecimiento y dar línea técnica para

la atención a la población Lgbti desde el enfoque diferencial en temas cómo salud mental, notificación de casos Sivim – Sisvecos, activaciones de ruta, proyectos especiales y establecimiento de acciones mensuales a nivel local dirigidos a la población y en articulación con las instituciones que cuentan con competencias desde el sector salud y social.

La cobertura poblacional que han tenido los programas de Salud Pública en el año 2017, de acuerdo la información suministrada por GESI de los espacios de vida cotidiana, fue la siguiente: Espacio vivienda: 2 hombres Gay 1 mujer Lesbiana. Espacio trabajo: Caracterización de UTIS 14 hombres Gay, 5 hombres transgénero, 4 mujeres transgénero y 1 persona intersexual. Espacio educativo: Cero personas de los sectores LGBTI identificadas. Espacio público: - Identificación Servicios de Acogida / SOJU: 1 hombre Gay, 1 persona bisexual, 1 hombre transgénero y 1 mujer transgénero. Comunidades Promotoras y Protectoras de la Salud: 26 hombres Gay, 61 mujeres lesbianas, 10 hombres transgénero, 52 mujeres transgénero.

Entre las experiencias exitosas se cuentan:

- Ejercicio de cartografía social con el equipo Accvsye, insumo para la identificación y caracterización de la población LGBTI, necesario para la posterior entrega de información y acceso a servicios de salud y sociales, trabajo intersectorial.
- Recorridos mensuales de identificación de la población desde el mes de abril en articulación con SLIS - Distrito diverso, educación sobre oferta institucional.
- Una jornada de prevención de trata de personas en la localidad de Fontibón, teniendo en cuenta sus dinámicas y el impacto que esta problemática genera por la ubicación de la Terminal de transporte y el aeropuerto el Dorado. La actividad contó con la participación de 130 hombres y 93 mujeres para un total de 223 personas.
- Una jornada intersectorial para identificación de la población y oferta de servicios "Fontibón parcha por la diversidad", se realizó toma de pruebas rápidas de VIH - Fonade.

4.7.7. Reciclador, Carretero, Pequeño Bodeguero

La población de recicladores, carreteros y pequeños bodegueros ha sido atendida a través de jornadas con diversos temas:

- En junio se realizó jornada en contra del trabajo infantil, en articulación con otros sectores, logrando el empoderamiento y la sensibilización frente al tema.
- En el mes de agosto se realizó una jornada de sensibilización con esta población frente al manejo de los residuos, teniendo en cuenta temas como recolección, clasificación y destino final de los residuos, y haciendo énfasis en el cuidado de la salud y la prevención de accidentes ante un inadecuado proceso de recolección.
- En el mes de octubre se realizó la jornada distrital abordando la desvinculación de niños y niñas de los escenarios de trabajo, y algunas estrategias de entorno de trabajo y prácticas seguras. Participó el sector salud y otros sectores de orden distrital y nacional.

Por su parte, el equipo de especialistas del espacio de trabajo realiza actividades con Grupos Organizados de Trabajo Informal GOTI, haciendo énfasis en población recicladora con el fin de sensibilizar a esta población en temas de autocuidado, prevención de enfermedades relacionadas con la actividad económica, y direccionamiento a servicios de salud.

5. ACCIONES EN SALUD PÚBLICA

Según la Guía Técnica del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) para la actual vigencia, *“en concordancia con el Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2016-2020 “Bogotá Mejor para Todos”, se construye el PSPIC, como una puesta de visibilización de las dinámicas de vida y formas urbanas que plantea la ciudad, con el fin de promover la salud, disminuir las vulnerabilidades, prevenir, controlar o mitigar riesgos, proteger y conservar la vida, dando respuestas que contribuyan al mejoramiento de las condiciones en salud de la población”*(23).

Es a través del PSPIC como la Subsecretaría de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), promueve la participación de actores y sectores con el fin de reconocer el carácter dinámico y colectivo de la salud y la corresponsabilidad de todos en la construcción de políticas que contribuyan a una vida saludable, garantizando la incidencia de todos en las decisiones públicas para garantizar el libre goce a una vida sana y con dignidad.

En este sentido, y teniendo en cuenta la estrategia de salud urbana, se implementa el PSPIC que hace parte del Modelo de Salud del Distrito Capital, favoreciendo la integración de los planes de beneficio a través de rutas de atención, promoviendo la participación ciudadana, la gestión intersectorial y la gestión colectiva del riesgo, en los espacios de vida cotidiana y los procesos transversales. De esta manera se busca incidir en los riesgos colectivos e individuales generados por las condiciones de vida de la población en el contexto urbano y rural, para prevenir y controlar la enfermedad, así como contribuir al mantenimiento de la salud (23).

La SDS entiende los espacios de vida cotidiana como los entornos donde se desarrolla la vida de las personas, y por tanto donde ocurre la exposición a riesgos en salud, algunos de estos riesgos tienen mayor posibilidad de ser intervenidos que otros para mejorar las condiciones de salud de la población (24). En el modelo de salud del Distrito, los espacios de vida cotidiana donde la Subred desarrolla acciones específicas en Salud Pública son: Espacio Público, Espacio Educativo, Espacio Vivienda, Espacio Trabajo.

Por su parte, los procesos transversales consolidan acciones para incidir en la carga de la enfermedad de la población de la ciudad y en la gestión del riesgo. Entre dichas acciones están: identificación, atención, control y manejo de eventos de interés en salud pública, también la formulación y seguimiento de las diferentes políticas (25). Las acciones de estos procesos requieren de un trabajo conjunto con los espacios de vida cotidiana y al interior de los mismos, de tal forma que se pueda abordar a la población, a las instituciones prestadores de salud (IPS) y a otros actores claves. Los procesos transversales que se describen en este documento corresponden a Vigilancia en Salud Pública (VSP), Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública (GPAISP) y Gobernanza. Su población objeto es: población en general, IPSs y establecimientos comerciales e institucionales.

Este capítulo busca visibilizar el impacto de las acciones realizadas a través del PIC en cada uno de los espacios y procesos transversales. Para documentar las acciones, se realizaron mesas de trabajo donde se solicitó a cada componente la información de su accionar, mediante un instrumento que indagaba qué se hizo (nombre, propósito de la acción), cómo se hizo (producto esperado y actividades a realizar) y dónde se intervino (localidad y UPZ) en el componente. En los casos posibles se solicitó el cálculo de indicadores que midieran el impacto de las acciones, para evaluar la respuesta desde Salud Pública.

A continuación, se describirá el resultado de las acciones de la Subred Sur Occidente en Salud Pública durante la vigencia marzo 2017 – febrero 2018, así como una espacialización de las mismas y el análisis de resultados de las acciones por cada componente.

5.1. ESPACIOS DE VIDA COTIDIANA

5.1.1. Espacio Público

El Espacio Público es el entorno de vida cotidiana abierto a los ciudadanos para el goce y beneficio igualitario de la población de la ciudad, que favorece la interacción social e

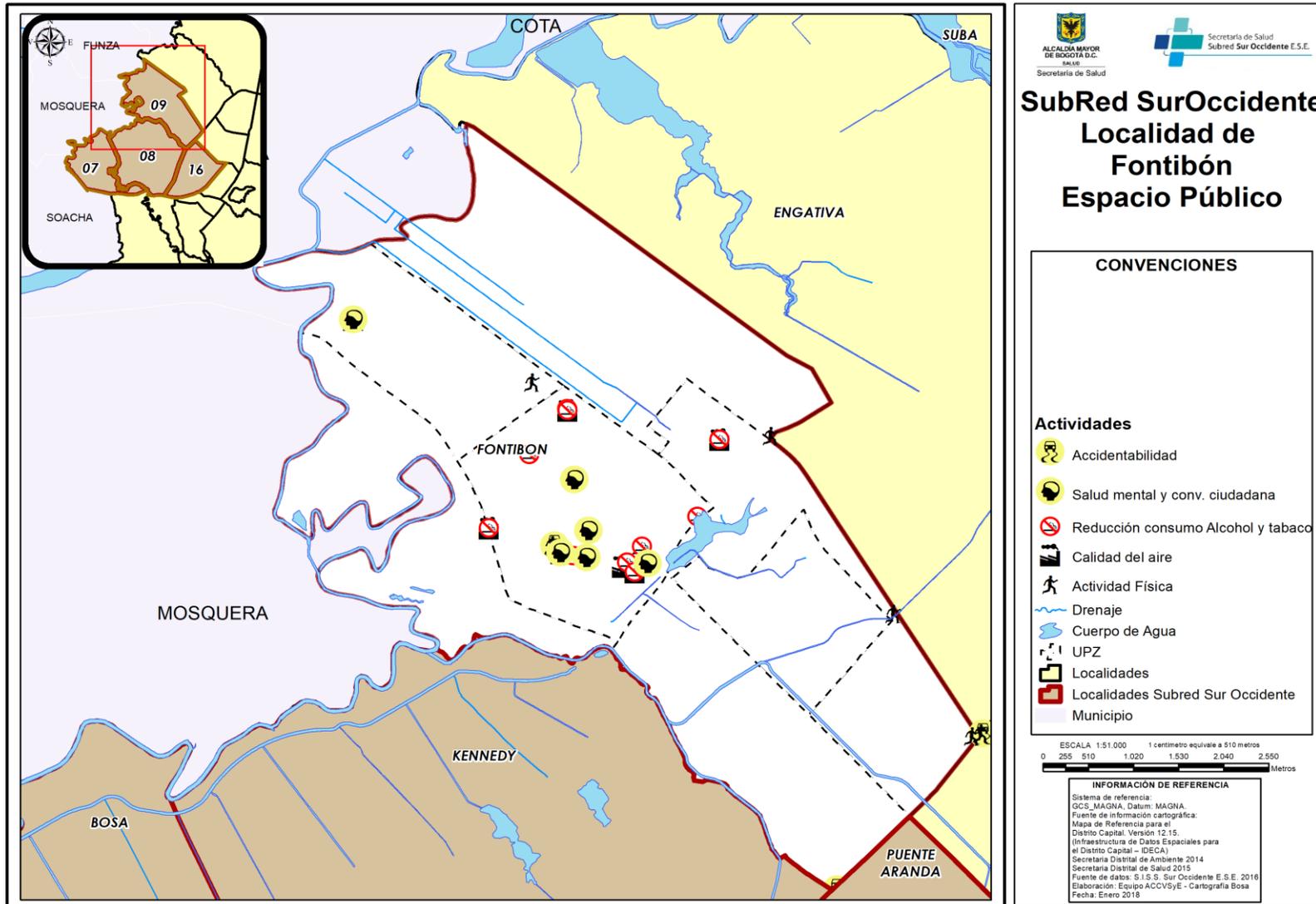
individual para la expresión comunitaria en un ambiente de vida natural o construido (24). En Salud Pública, este espacio cuenta con 2 acciones integradoras:

1. Gestión del Riesgo en Salud en el Espacio Público: busca contribuir al uso efectivo y goce del espacio público para el mejoramiento de la calidad de vida de los bogotanos, con acciones promocionales en escenarios colectivos priorizados. Se cuenta con dos componentes:
 - a. Constructores del espacio Público: comprende acciones de identificación de riesgos colectivos en salud e intervenciones itinerantes que permitan a los individuos y colectivos tomar medidas preventivas que protejan la salud. Para esto se proponen tres estrategias:
 - Acciones Itinerantes: se realizan acciones cortas y repetitivas comunicacionales que generen recordación para el enganche en el fomento de prácticas del cuidado de la salud.
 - Caracterización y monitoreo del riesgo en salud en el Espacio Público: caracterización urbanística, social y espacial del entorno y monitoreo del riesgo.
 - Puntos Cuídate Se Feliz: se desarrollan capacidades, canalización a servicios sociales y sanitarios a personas con riesgos identificados relacionados con las condiciones crónicas y nutricionales.
 - b. Este componente contempla tres estrategias
 - SOJU: servicios de orientación para adolescentes y jóvenes entre los 10 y 26 años con consumos iniciales de SPA.
 - Servicios de acogida: espacios comunitarios para el abordaje integral del consumo de SPA.
 - Línea Psicoactiva: estrategia Integral de Salud Mental no presencial dirigido a población en general con afectación en consumo de SPA legales e ilegales para servicios de información, orientación, intervención, canalización y seguimiento.

2. Comunidades Promotoras y Protectoras de la salud siendo su objetivo es apropiar prácticas de promoción y protección de la salud que permitan el desarrollo de competencias para el cuidado de la salud, encaminados al fortalecimiento de vínculos y relaciones sociales de la población.

En el mapa No 14, se puede evidenciar que Fontibón es la UPZ donde se concentra más del 80% de las acciones siendo las actividades de prevención de consumo de SPA, las relacionadas con salud mental y calidad del aire las que más prevalecen, en forma aislada se desarrollan acciones de salud mental y actividad física y en Capellanía prevención e consumo de SPA, Calidad del aire y actividad física. En cuanto a accidentalidad como punto estratégico en límites con la localidad de Puente Aranda y Teusaquillo en la UPZ Ciudad Salitre Occidental.

Mapa 14. Espacialización acciones integradoras, Espacio Público, localidad Fontibón, abril – diciembre 2017



Análisis de resultados de las acciones en Espacio Público

Acción Integrada 1 Gestión del Riesgo En Salud Publica

Componente 1. Constructores del Espacio Público

- Acciones Itinerantes: Se realizaron 47 en las siguientes UPZ Fontibón, Ciudad Salitre Occidental, Granjas de Techo, Capellanía, Fontibón San Pablo y Modelia.

Los temas se priorizan desde el nivel central para todo el Distrito de acuerdo a los resultados del diagnóstico de identificación de riesgo de puntos críticos enfocados en movilidad, alimentos y recreación, en este periodo se priorizo la adopción de hábitos saludables para la comunidad, destacando: prevención de la ERA con énfasis en lavado de manos, movilidad responsable, uso de bicicleta, salud oral, salud del viajero, reducción del consumo de tabaco, salud mental, vacunación, promoción de la lactancia materna y buen manejo de alimentos.

El impacto de las acciones realizadas se encuentra determinado en relación a la apropiación y recordación de la información por parte de la comunidad, generando una conciencia de cambio en hábitos y estilos de vida de los participantes.

Estas acciones son relevantes para esta localidad dado que en Fontibón la mortalidad por ERA en el año 2014 para enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores fue de 30,8 por 100.000 habitantes y para infecciones respiratorias agudas de 7 por 100.000 habitantes. El tema de patrones de movilidad fue relevante ya que los tiempos de desplazamiento diario y la calidad del medio de transporte son condiciones fundamentales para el ingreso y salida de la localidad, ya que cuenta con vías de malla arterial principal con flujos de alto tráfico, cuando los tiempos de desplazamiento son muy largos, estos empiezan a copar las horas de descanso de las personas que normalmente deberían dedicarse al esparcimiento, la vida familiar y social. Este déficit de tiempo

genera tensiones tanto en los espacios familiares (relaciones padres-hijos, relaciones conyugales) como a nivel individual (estrés, cansancio).

Otro de los indicadores en los cuales es necesario reforzar es lactancia materna, la cual tuvo una mediana para el año 2016 de 3,3. De igual forma se afecta positivamente en el desarrollo de estas acciones lo relacionado con salud oral, reducción de enfermedades transmitidas por alimentos, violencia intrafamiliar, maltrato infantil y consumo de SPA siendo estas problemáticas álgidas en esta localidad.

Se resalta por parte de la comunidad la metodología de puestas en escenas de situaciones cotidianas ya que estas permiten la movilización y participación de la población de los diferentes momentos curso de vida y grupos poblacionales, generando cambios en la responsabilidad social en el espacio público.

Para mejorar se consideran tres aspectos fundamentales: aumentar el equipo de trabajo para el desarrollo de las acciones, reducir temas a tratar y enfatizar los relacionados a las metas de interés, que para esta localidad se sugiere: calidad del aire, ruido y radiación electromagnética, movilidad, enfermedad del viajero y en ERA enfatizar en las enfermedades de tipo crónico y generar un instrumento de medición de percepción del impacto de las acciones itinerantes.

- Caracterización y monitoreo del riesgo: la caracterización se desarrolló en la UPZ 114 Modelia (priorizada desde el nivel central) con un total de 6 barrios intervenidos, de los cuales ninguno se clasifica como alto riesgo y el 33,3% se clasifica en riesgo medio según la semaforización de percepción del riesgo, esto asociado a las malas prácticas en la disposición final de los residuos sólidos.

El proceso de caracterización barrial, es pertinente puesto permite tener información de primera fuente, al recoger el sentir de la comunidad, tanto desde las prácticas cotidianas, hasta el conocimiento que manejan las organizaciones sociales como las Juntas de

Acción Comunal. Esto es acompañado de la observación en campo del equipo de caracterización, conformado por dos profesionales uno ambiental y otro social, y por gestores que tienen experiencia en el territorio. Estas acciones responden a una caracterización aproximada a los riesgos identificados.

La articulación de los diferentes componentes del espacio público, se ha puesto en marcha en algunos barrios identificados con riesgos altos y medios, sin embargo, estas acciones, en su mayoría, no están directamente relacionadas con la caracterización del riesgo identificado, y aún no se ha podido medir su nivel de impacto, sobre todo, por la condición de los riesgos, que pueden obedecer a determinantes estructurales y de condición de cambios culturales.

Como fortalezas se identifican: la comunicación directa con los actores territoriales ya que permite tener una visión sobre los principales riesgos que se presentan en cada barrio, la articulación con el equipo de Vigilancia Comunitaria y el geógrafo del componente de Gobernanza vitales para poder tener un acercamiento a la comunidad certero, puesto se han afinado los métodos tanto en el reconocimiento geográfico del espacio, así como la experiencia en la intervención con los habitantes de cada barrio y poder llevar las acciones del espacio público a los barrios identificados con riesgo altos o medios, es la primera apuesta a disminuir, en algún grado, la presencia de riesgos en el territorio.

Como aspectos a mejorar se sugiere que las categorías y variables de los instrumentos de recolección de información son muy cerradas, pues cada territorio vive diferentes dinámicas frente a cada riesgo identificado, por otra parte, no hay claridad desde nivel central frente al tipo de articulación con otros componentes de salud pública para dar respuesta a los riesgos identificados.

- Puntos Cuídate se Feliz: ubicación de un punto dentro de la localidad rotado en las UPZ Fontibón, Fontibón San Pablo, Zona Franca, Ciudad Salitre Occidental y Aeropuerto El Dorado con una cobertura 62,5% del total de UPZ de la localidad. En el periodo se

tamizaron un total 6.491 personas mayores de 18 años identificando riesgo cardiovascular alto en el 2,8% (183) y riesgo cardiovascular medio en el 28,1% (1.801).

El principal impacto de esta actividad es en la detección temprana y/o canalización oportuna para enfermedades crónicas tales como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, EPOC, síndrome metabólico, riesgos cardiovasculares por consumo de tabaco y alcohol, inadecuados hábitos alimentarios y de actividad física, al igual que la contaminación del aire, lo cual es relevante para esta localidad pues de acuerdo al informe de morbilidad de la SDS año 2016 estas enfermedades se encuentran en las primeras causas de consulta con la siguiente proporción: 19% hipertensión arterial, 5,8% diabetes mellitus y 2,6% obesidad. Se resalta que hay un reconocimiento y satisfacción de la comunidad con la actividad.

Como aspectos a mejorar se destaca: el aplicativo de registro de personas tamizadas presenta algunas falencias tales como: no poder generar salidas de información por UPZ, ni barrio, no bloquea usuarios repetidos, ni histórico de la información por cada usuario; en la activación de rutas no hay respuesta oportuna de las EAPB, principalmente en el régimen contributivo. No se tiene planteado seguimiento a los usuarios menores de 50 años con sobrepeso y obesidad, en articulación con programas y PyD y/o diseñar estrategias (alertas a través de correo electrónico, mensajes de texto) que puedan realizar el seguimiento trimestral desde el componente.

Jornadas: total participantes a nivel local 870 personas. La UPZ Modelia aporta el 44% con las realizadas por el día contra la trata de personas y día de la lucha contra el tabaco. La UPZ Fontibón aporta el 56% con los temas de eliminación del consumo de alcohol, jornada de la Juventud, día mundial de la alimentación y discapacidad.

Mediante el desarrollo de estas jornadas se logra:

- Promover la importancia de espacios libres de humo de tabaco y la reflexión de los daños sociales, económicos y ambientales por el consumo de este.

- Reconocimiento por parte de la población asistente del flagelo de la trata de personas, además de la identificación de posibles riesgos y como evitarlo y denunciarlo.
- Sensibilización y concienciación pública sobre la migración y su relación con la alimentación, agricultura sostenible y autoconsumo. Socialización de alimentación complementaria en menores de 6 meses a un año. Relación que existe entre alimentación saludable y prevención de enfermedades crónica.
- Fortalecer el reconocimiento del cuidado de la salud en el joven y socialización de los servicios de salud para esta población.
- Fortalecimiento en los participantes de enfoque diferencial, así como elementos de autonomía, autocuidado, cuidado mutuo y derechos en salud. se avanzó en el registro de personas con discapacidad y orientación en parar acceder a servicios de salud.

Componente 2. Vincúlate

De acuerdo al subsistema de Vigilancia Epidemiológica del Consumo de SPA para el año 2016 Fontibón aporta el 1,5% a la notificación del Distrito y el 45% de la notificación se concentra en la UPZ Fontibón, seguida de la UPZ Ciudad Salitre Occidental con el 7%, siendo las etapas de juventud y adolescencia las que más concentran esta problemática con el 50,6% y 25,9% respectivamente, lo cual evidencia la pertinencia de realizar acciones preventivas realizadas desde este componente.

- Servicio de Orientación Juvenil: para el periodo no aplica esta actividad en la localidad.
- Servicio de Acogida: de la población que participó en las acciones en el 67% se identificó un riesgo alto y en el 33% riesgo moderado. Se dio cobertura al 50% de las UPZ donde el mayor número de población a la cual se le aplicó pruebas de detección del consumo para detección de riesgo con más del 85% corresponde a la UPZ Fontibón.

En el periodo se logró brindar un abordaje integral a las personas que presentaban uso y abuso de sustancias psicoactivas por medio de la detección del riesgo, la intervención breve y los procesos de canalización y orientación que se trabajaron por los diferentes

perfiles que integran el componente, frente a las consecuencias negativas para la salud, y motivar al cambio, así como la construcción de redes sociales para la inclusión social de la población en riesgo por consumo de sustancias psicoactivas, desde la escucha activa.

Para lograr un mayor impacto en esta actividad se debe trabajar de forma articulada a nivel Distrital con las diferentes entidades que le brindan atención a las personas con problemáticas asociadas al consumo de sustancia psicoactivas un proceso de rehabilitación, con la finalidad de disminuir las barreras de acceso a estos servicios.

Dentro las dificultades en el desarrollo de la actividad se identifican: convocatoria para reunir a las personas en un mismo espacio y horario para conformar el grupo, debido a que la población es flotante y demuestran poco interés en su autocuidado, la información que dan los participantes no es verídica lo que dificulta los procesos de seguimiento.

- Línea SPA: para la localidad 195 casos fueron abordados con una canalización de 85 personas (43,6% de efectividad). A nivel general la línea muestra un balance positivo, ya que la receptividad y necesidad de la población en general para buscar ayuda frente a la problemática del consumo de SPA, y otros motivos en salud mental ha permitido el aumento y uso de esta herramienta de atención no presencial en salud mental.

Acción Integrada 2 Comunidades Promotoras y Protectoras de la Salud

De las personas participantes logran adherencia a las iniciativas comunitarias en salud el 94% (298). Estas acciones se ejecutan teniendo como base la lectura de necesidades del contexto en que se tienen planeadas las actividades y las realidades diversas de las y los integrantes de los grupos objeto, por ende, estas tienen una estrecha relación entre lo que se evidencia en la cotidianidad y la respuesta desde lo preventivo y promocional que se oferta por el equipo, dando respuesta a los planteamientos, necesidades o situaciones que manifiestan las personas asistentes.

Como experiencia significativa para esta localidad se resalta la intervención de SAN donde se fortalecieron las prácticas saludables en la alimentación buscando el beneficio de la salud y la disminución de las complicaciones de las enfermedades crónicas, se evidenció gran compromiso, interés y participación de los grupos de la localidad.

5.1.2. Espacio Educativo

El Espacio Educativo aborda aquellos espacios sociales institucionalizados cuya función específica es educar a los ciudadanos en el transcurso de su vida. Desde Salud Pública se aborda a la población estudiantil de colegios oficiales y no oficiales con el fin de modificar estilos, modos y condiciones de vida identificados como riesgos en salud.

Este Espacio se desarrolló a través de la acción integradora Sintonizarte, la cual se define como un conjunto de acciones pedagógicas para favorecer la apropiación de conocimientos, actitudes y prácticas saludables a través de metodologías conversacionales reflexivas, lúdicas, y comunicativas. La acción integradora está compuesta por dos ejes estratégicos (Promoción de vida saludable y gestión de la salud para el mejoramiento de entornos escolares), y por cinco componentes (Acompañarte, Amarte, Cuidarte, Disfrutarte y Explorarte) (26).

El eje de “Promoción de vida saludable”, se orienta a promover acciones colectivas e individuales incluyentes y diferenciales que generen conocimientos, habilidades y prácticas, y que favorezcan un ambiente saludable en la comunidad educativa involucrada. El segundo eje, “Gestión de la salud para el mejoramiento de entornos escolares”, comprende acciones de gobernabilidad que generen modificaciones al entorno escolar. Ambos ejes se desarrollan a través de los cinco componentes de la acción integradora, los cuales se relacionan a continuación (26).

Componente Acompañarte: se realizan acciones que favorecen la promoción de salud mental a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida, en pro de evitar la aparición de eventos que afectan la calidad de vida de los miembros en la comunidad educativa. Incluye i)

conformación de grupos promotores de salud mental y convivencia, que deben desarrollar iniciativas preventivas y de difusión en el colegio, y ii) la identificación de estudiantes con riesgos psicosociales mediante tamizaje en salud mental y activación de rutas(26).

Componente Amarte: las acciones de este componente promueven la salud sexual y reproductiva y los derechos de la comunidad educativa en esta materia. El componente sirve también como herramienta de detección temprana y atención de los eventos relacionados con la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, que se presentan en espacios de educación. Incluye la articulación del componente con el Proyecto de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC) del colegio, la asesoría a docentes sobre el tema, y el trabajo pedagógico con los estudiantes. La estrategia presenta diferencias de contenido según se trate de estudiantes de primaria o de bachillerato(26).

Componente Disfrutarte: componente que promueve prácticas de alimentación saludable, actividad física, importancia del movimiento, uso adecuado del tiempo libre y cuidado del cuerpo, mediante el desarrollo de estrategias de gestión para el mejoramiento de entornos, así como estrategias de comunicación creativa y de conversación reflexiva y crítica alrededor de estos temas (26).

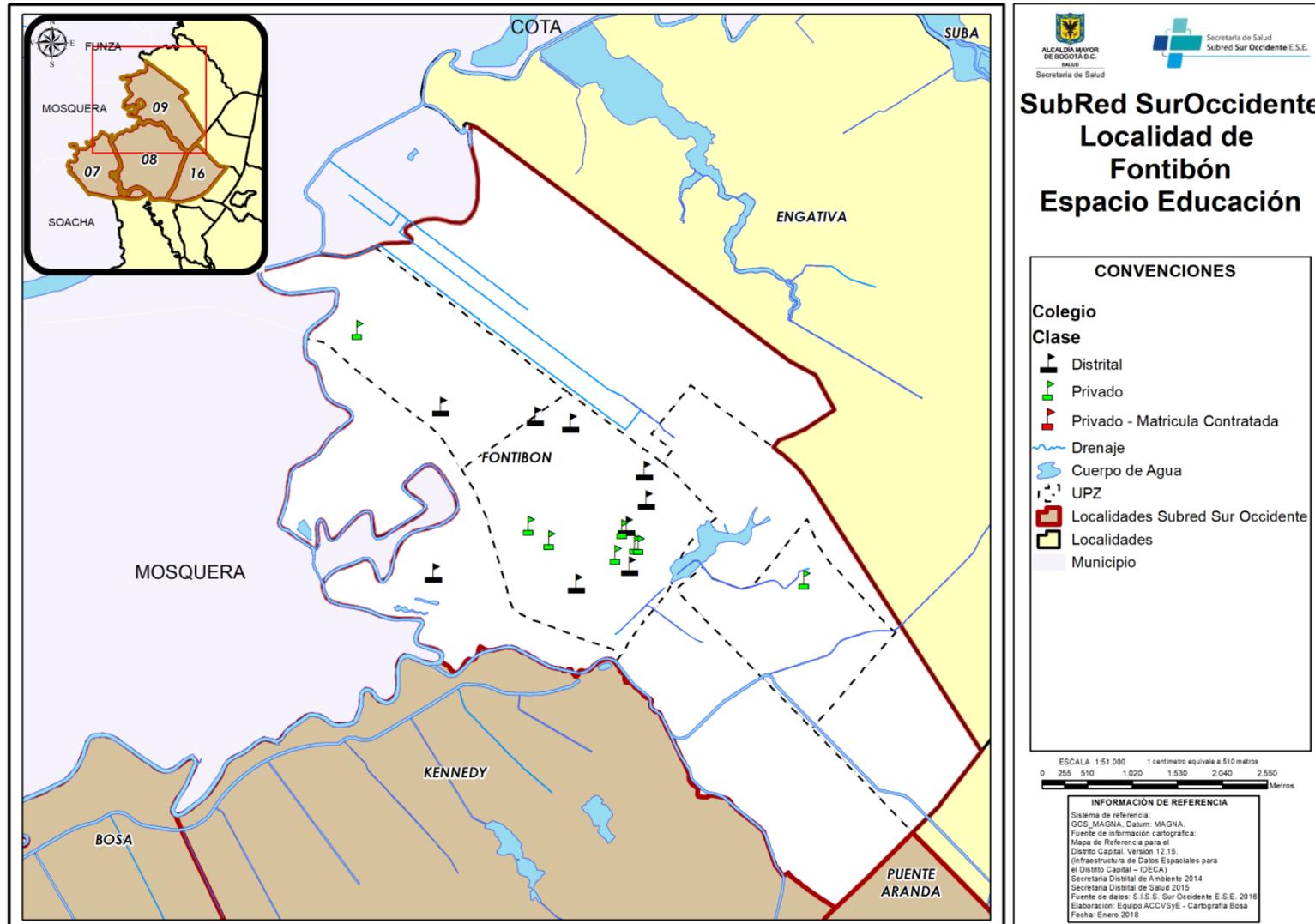
Componente Cuidarte: Este componente involucra las dimensiones de “vida saludable y enfermedades transmisibles”, y “vida saludable y condiciones no transmisibles”. Está orientado hacia la construcción y resignificación de la calidad de vida del ser humano, al bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas de transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludable en el espacio educativo. Entre los temas abordados en las sesiones propuestas están: lavado de manos, higiene oral y prevención de enfermedades transmitidas por vectores (26).

Componente Explorarte: componente orientado a identificar de manera colectiva riesgos ambientales que afectan la salud, y a desarrollar estrategias para la creación de condiciones y oportunidades que favorezcan ambientes físicos y psicosociales seguros. El componente

promueve la interacción con organizaciones y actores pertinentes para la realización de las estrategias escogidas, y con ello promueve también el desarrollo humano en aras de incidir en la calidad de vida de la comunidad educativa. Incluye tanto la asesoría técnica a docentes como las sesiones pedagógicas y jornadas de salud ambiental con los estudiantes (26).

La UPZ con mayor cobertura en las acciones de Espacio Educativo fue Fontibón Centro con trece colegios, seguida de Fontibón San Pablo con dos, y Zona Franca y Modelia con un colegio cada una. Las instituciones educativas fueron seleccionadas a través de un ejercicio de articulación entre SED y SDS; se revisaron las bases de datos del Sistema de Alertas de los colegios donde los orientadores reportan variables como abuso y violencia, accidentalidad, conducta suicida, consumo de SPA, deserción escolar, gestación, y necesidades educativas transitorias. La información de estas bases se comparó con los datos de notificación de eventos al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, y teniendo en cuenta ambas fuentes se hizo la selección final.

Mapa 15. Cobertura acciones Espacio Educativo, localidad de Fontibón, abril – diciembre 2017



Análisis de resultados de las acciones en Espacio Educativo

Se realizan unidades de análisis con cada una de las instituciones educativas priorizadas, en donde se identificaron necesidades asociadas a las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública o componentes. Las siguientes fueron las situaciones que dieron lugar a la priorización realizada, y que pueden orientar acciones futuras en la localidad.

- *Acompañarte*: según los casos notificados al sistema de alertas, en la localidad se evidencia un alto índice de consumo de SPA. También un elevado número de casos de violencia y abuso.
- *Amarte*: para Fontibón se encuentran las notificaciones de algunos casos de abuso sexual, se evidencia un desconocimiento en la mayoría de la comunidad educativa sobre los derechos sexuales y reproductivos.
- *Explorarte*: Se identifica prevalencia de enfermedades auditivas por cercanía al aeropuerto por exposición al ruido de los aviones.

En todos los colegios priorizados se aplicaron los cinco componentes de la acción integradora SINTONIZARTE. En cada colegio se escogió un curso distinto para aplicar cada componente, esperando que la intervención tuviera eco en el resto de la institución a través de mecanismos de difusión disponibles. A continuación se expone el número de colegios en los cuales se desarrolló cada componente, en cada UPZ de la localidad.

Tabla 58. Cobertura Espacio Educativo por UPZ, localidad de Fontibón, abril – diciembre 2017

UPZ	NÚMERO DE COLEGIOS CON COBERTURA ESPACIO EDUCATIVO					Total Acción SintonizarTE
	Componente Acompañarte	Componente Amarte	Componente Cuidarte	Componente Disfrutarte	Componente Explorarte	
Modelia	1	1	1	1	1	1
Fontibón	13	13	13	13	13	13
Fontibón san Pablo	2	2	2	2	2	2
Zona franca	1	1	1	1	1	1
Total	17	16	16	17	16	17

Fuente: Registros Espacio Educativo, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, 2018

La efectividad de cada estrategia se debía medir a través de la comparación de resultados entre el pretest y el postest aplicado a los estudiantes que participaron de la misma. A la fecha no fue posible realizar este ejercicio, debido a que se cuenta con un porcentaje muy pequeño de postest digitados. Sin embargo se han identificado algunos resultados en la localidad de manera cualitativa.

Como elementos positivos del impacto, el equipo del espacio educativo evidenció que la metodología de los círculos conversacionales en padres y estudiantes y el acompañamiento en aula generaron respuestas positivas y aprendizajes significativos de los asistentes. La modalidad de círculo reflexivo genera una actividad más amena y participativa, eliminando barreras que se tenían cuando se hacían asistencias técnicas, permitiendo a padres, docentes y estudiantes contar sus experiencias y generar confianza con el profesional.

Como aspecto por mejorar se identificó que la cobertura del programa es insuficiente para la magnitud de las problemáticas encontradas en la localidad, y aun para aquellas identificadas en las instituciones priorizadas. La meta asignada desde el nivel distrital no tuvo la cobertura requerida para estas instituciones. De los estudiantes matriculados en los colegios oficiales donde se implementó la acción integradora Sintonizarte (18.394), el 18,1% (3.327) participó directamente en actividades de la estrategia, lo que representa el 14,6% del total de estudiantes matriculados en todos los colegios oficiales de la localidad.

Tabla 59. Cobertura Espacio Educativo en Colegios Oficiales, localidad de Fontibón, abril – diciembre de 2017

Variables	Localidad Fontibón	
	No	%
Colegios Oficiales	11	
Colegios oficiales atendidos por Espacio Educativo	8	72,7%
Estudiantes Matriculados en Colegios oficiales	22.773	
Estudiantes atendidos por Espacio Educativo en Colegios Oficiales	3.327	14,6%

Fuente: SISS Sur Occidente, Registros Espacio Educativo, 2018

Otros aspectos por mejorar de cada componente del Espacio son las siguientes:

- En el componente Amarte, hace falta incluir el seguimiento a gestantes adolescentes.
- En el componente Acompañarte, falta incluir seguimiento a los casos identificados con riesgos psicosociales.
- En el componente Cuidarte, la cobertura destinada para la estrategia facilitadores de sociedad es insuficiente teniendo en cuenta la cantidad de colegios con estudiantes de inclusión o niños con discapacidad.

Entre las fortalezas mencionadas por el Espacio en la presente vigencia están el alto nivel de compromiso del equipo de trabajo, la coordinación de acciones entre Secretaria Distrital de salud y Secretaria de Educación que facilitó la articulación con las instituciones educativas, la receptividad del programa por parte de las direcciones locales de educación en la mayoría de colegios, la articulación con las orientadoras para el proyecto de educación sexual, y la permanencia de los lineamientos durante la vigencia a la cual solo se le hizo un ajuste en este periodo.

Finalmente se identificaron algunas situaciones externas que generaron limitaciones para la implementación de la estrategia:

- Paro distrital de maestros, que retrasó las actividades del Espacio.
- Cronogramas establecidos desde inicio de año de las instituciones educativas que dificultó la aceptación de la estrategia en unos colegios y en otros la impidió.
- Falta de tiempo de los docentes para poder implementar actividades con ellos
- Reducción de horas dispuestas por SDS para el desarrollo de las acciones durante la presente vigencia, y del talento humano destinado para ello.

5.1.3. Espacio Vivienda

El espacio vivienda cuenta con 3 acciones integradoras a saber: 1) “Cuidado para la salud Familiar” que fortalece los procesos de cuidado en las familias reconociendo los patrones culturales, sociales, ambientales en la cual se identifican riesgos colectivos e individuales. 2)

“Cuidado para las personas, familias y cuidadores de las instituciones” y 3) “Atención Psicosocial dirigida a víctimas del conflicto armado en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas” (27).

Cuidado para la salud familiar:

Esta acción integradora tiene tres componentes; i) gestión del riesgo, ii) acciones en familia, y iii) hogares comunitarios de bienestar (HCB) (27).

Atención psicosocial diferencial para personas, familias, víctimas. (PAPSIVI)

Su objeto es el de favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generado a las víctimas, sus familias, y comunidad, como consecuencia de las graves violaciones de los Derechos Humanos. Esta acción integradora abarca tres componentes: i) atención individual y grupal, ii) atención familiar individual y grupal, y iii) atención comunitaria individual y grupal (27).

Instituciones persona mayor:

Esta acción integradora fortalece factores protectores de la salud individual y colectiva de forma conjunta con las personas mayores y cuidadores para la protección de la salud y la prevención, control y disminución de la exposición a riesgos mediante la implementación de un proceso que fortalezca potencialidades, capacidades y autonomía (27).

Población institucionalizada:

Su objeto es el de fortalecer los factores protectores de la salud individual y colectiva, de forma conjunta con las personas y cuidadores, mediante la implementación de centros de escucha para el fomento de la promoción de la salud, la prevención, control y disminución de la exposición a riesgos, así como el fortalecimiento de potencialidades en el cuidado de la salud individual y colectiva para cambiar su realidad y tomar sus propias decisiones (27).

A continuación, se presenta la espacialización de las acciones integradoras del espacio vivienda, correspondiente a las actividades realizadas desde cada uno de sus componentes:

Cuidado para la salud familiar:

Las actividades que se desarrollan bajo esta acción integradora se llevan a cabo en todas las UPZ que hacen parte de la localidad de Fontibón, con algunas diferencias entre sus componentes. La implementación de gestión del riesgo y de acciones en familias se realiza en las 8 UPZ de la localidad. Con respecto a los hogares comunitarios de bienestar, se intervinieron 17 HCB, distribuidos en 4 UPZ así:

- Fontibón, seis (6) HCB ubicados en los barrios Fontibón, Versalles, Boston, Palestina y Veracruz.
- Fontibón San Pablo, cinco (5) HCB ubicados en los barrios El Refugio y San Pablo.
- Zona Franca, cinco (5) HCB ubicados en los barrios Zona Franca, Kasandra y Moravia.
- Capellanía, un (1) HCB ubicado en el barrio San José.

Atención psicosocial diferencial para personas, familias, víctimas. (Papsivi)

Esta acción integradora se ejecuta en la Subred Sur Occidente como un proyecto especial el cual desarrolla sus actividades en los Centros Locales de Atención a Víctimas de las localidades de Bosa, Rafael Uribe, Suba y Chapinero. Sus usuarios o beneficiarios son personas que residen en todas las localidades de Bogotá y que asisten a estos CLAV para recibir atención psicosocial. Específicamente residentes de la localidad de Fontibón se han abordado 121 personas, dada la confidencialidad con la que se deben tratar los datos no es posible espacializar su lugar de residencia.

Instituciones persona mayor:

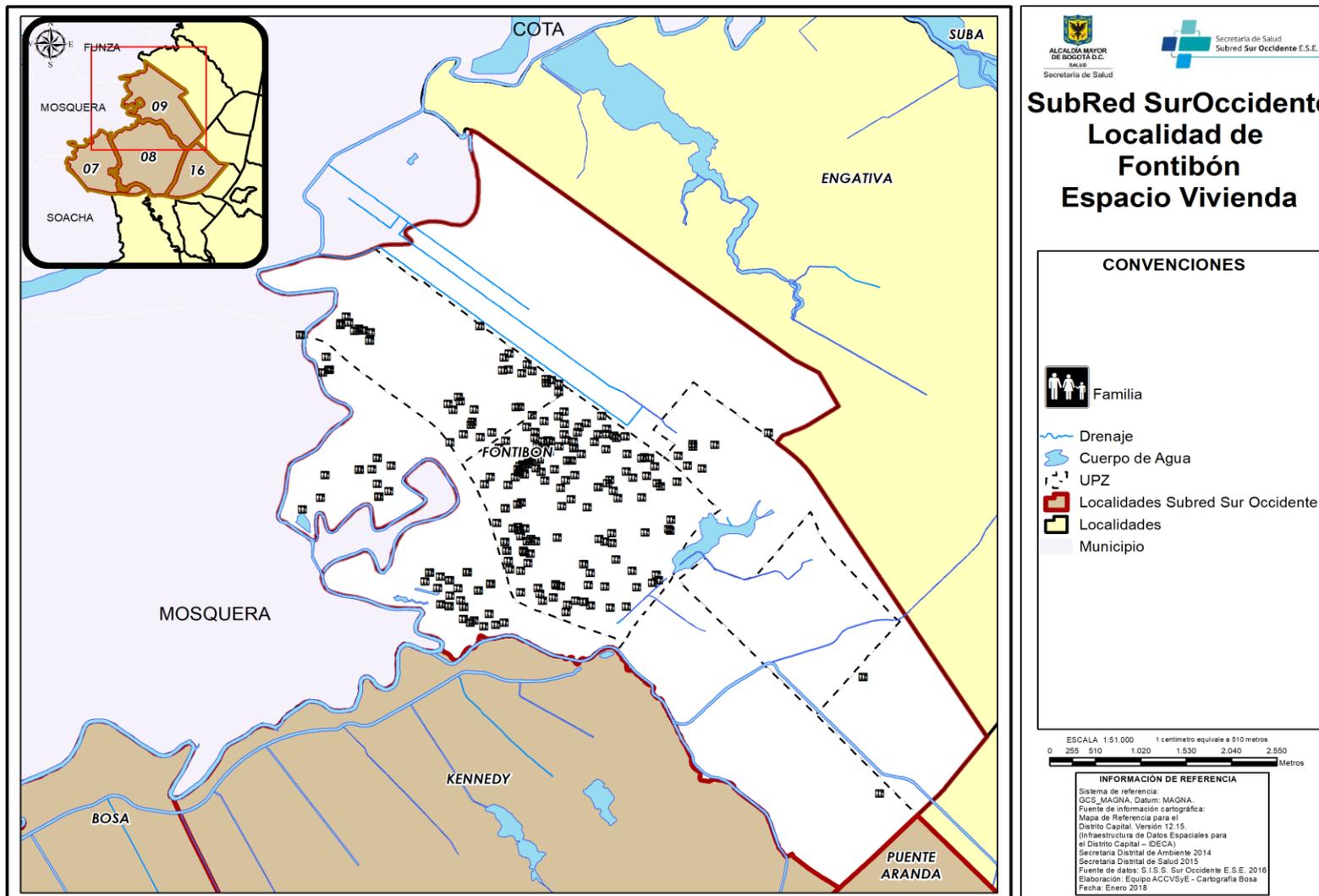
En la localidad de Fontibón se realizan acciones en 6 instituciones de persona mayor distribuidas por UPZ de la siguiente manera:

- UPZ Fontibón, una (1) en el barrio Fontibón.
- UPZ Modelia, cinco (5) en el barrio Modelia.

Población institucionalizada:

En la localidad de Fontibón no se realizaron acciones en población institucionalizada.

Mapa 16. Cobertura acciones integradoras, espacio vivienda, localidad de Fontibón, abril – diciembre 2017



La UPZ con mayor cobertura en las acciones realizadas desde el espacio vivienda es Fontibón (75), seguida por Fontibón San Pablo (76) y Zona Industrial (77), esto debido a las condiciones de vulnerabilidad en que viven las personas que residen en estas UPZ.

Análisis de los resultados de las acciones integradoras

El siguiente apartado describe los principales resultados alcanzados desde las intervenciones realizadas por el equipo del espacio vivienda en cada una de sus acciones integradoras y componentes.

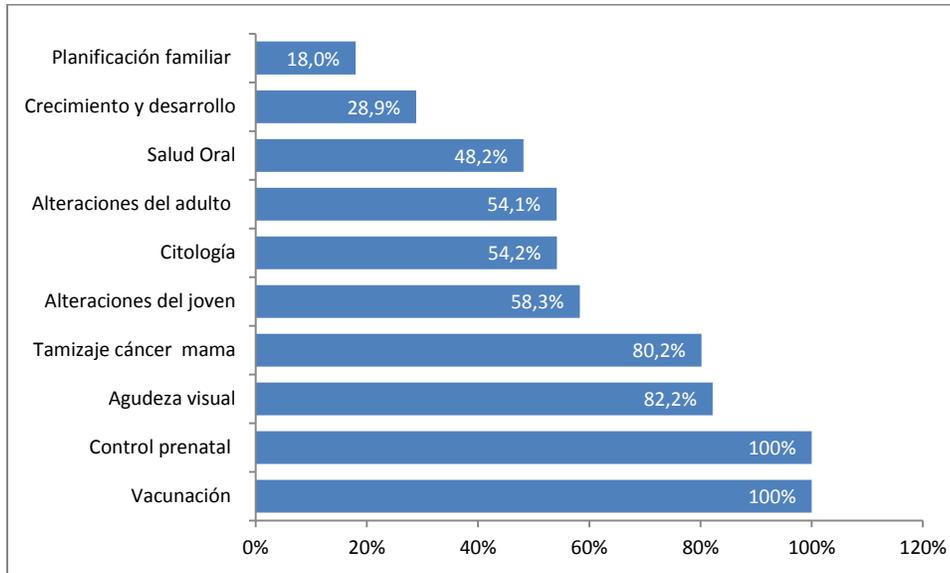
Cuidado para la salud familiar:

Con respecto a esta acción integradora se efectuaron intervenciones en sus tres componentes de la siguiente manera:

- **Gestión del Riesgo:** las personas abordadas son aquellas afiliadas a la EAPB Capital Salud que no han acudido a programas de protección específica (PyD) y detección temprana, en este orden de ideas se han intervenido un total de 5.981 usuarios (lo que equivale al 51,9% del total de beneficiarios identificados) con visita efectiva residentes en la localidad de Fontibón a quienes se les evalúa el riesgo para la identificación de alertas. Del total de individuos abordados al 0,2% se clasificó con prioridad alta, al 63% con prioridad media y al 36,7% con prioridad baja. A las personas con prioridad alta se les efectuó activación de ruta según el grupo de riesgo, a las de prioridad media se les realizó activación de ruta de promoción y mantenimiento de la salud y a las de prioridad baja recibieron educación en estilos de vida saludable, derechos y deberes en salud y acciones de protección específica y detección temprana.

Del total de personas con activación de ruta de promoción y mantenimiento de la salud el 45,7% asistieron control de PyD. A continuación se muestra por programa la proporción de usuarios que asistieron a controles luego de la activación de la ruta por parte del equipo de salud.

Gráfica 48. Proporción asistencia por programa luego de activación de ruta, espacio vivienda, abril - diciembre 2017



Fuente: Subred Sur Occidente, matriz respuesta espacio vivienda, abril - diciembre 2017

La implementación del componente de gestión de riesgo incluye acciones específicas en la población con mayor vulnerabilidad, su implementación ha contribuido a disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud de las personas abordadas, de igual manera ha permitido disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud y ha impactado directamente en la ampliación de coberturas de los programas de PyD. Estas actividades repercuten positivamente en el indicador de costo efectividad de las instituciones de salud, soportado en que la prevención en salud es más económica que el tratamiento de enfermedades. De la misma manera se ha identificado que los usuarios están mucho más satisfechos con los servicios prestados repercutiendo directamente en la confianza y en la demanda efectuada por cada uno de los beneficiarios al sector.

Pese a las acciones implementadas por el Distrito y la Subred para que los usuarios puedan acceder al sistema, la capacidad instalada de los servicios de PyD, es la principal limitante para la no asignación de citas al 100% de los usuarios abordados por el

componente de gestión del riesgo, la demanda ha desbordado la oferta institucional. También, se han identificado beneficiarios que pese a la asignación de la cita no asisten a esta, aludiendo: condiciones sociales, laborales y económicas que interfieren con su cumplimiento, olvido pese a los llamados telefónicos recordando la cita y finalmente se ha identificado desinterés frente a la importancia de acceder a los servicios de salud, reconociendo falta de corresponsabilidad.

Por otro lado, las dinámicas familiares, comunitarias y socio-económicas también generan inconvenientes en el desarrollo de las acciones implementadas causando que los procesos no se completen y los compromisos pactados no se logren cumplir.

- Acciones en Familia: en este componente se efectúan acciones centradas en la familia de acuerdo a las prioridades identificadas que conduzcan al mantenimiento y promoción de la salud. La intervención es de 719 familias residentes en la Localidad de Fontibón que incluye valoración del riesgo social y ambiental, concertación e implementación del plan familiar, monitoreo y evaluación. Durante este proceso se realizan acciones de IEC (información, educación y comunicación) las cuales se apoyan en herramientas metodológicas que propenden por una mayor aprehensión en todas las dimensiones trabajadas con el fin de promover la transformación de los contextos de acuerdo a las necesidades y riesgos encontrados, así mismo de acuerdo a la identificación de riesgos se realiza abordaje integral de la familia con el equipo multidisciplinario (enfermeras, psicólogos, y técnico ambiental).

Una vez finalizada la intervención (4 meses de seguimiento), se lleva a cabo un proceso de monitoreo y evaluación, el cual tiene como objetivo identificar la transformación de los riesgos existentes al iniciar el proceso dentro del espacio vivienda, logrando identificar un cambio positivo en el 98% de las familias abordadas.

Específicamente por prioridades se identifican los siguientes logros durante la implementación de los planes familiares, teniendo en cuenta que el abordaje se efectúa por la canalización por parte de Vigilancia en Salud Pública (VSP).

- Morbilidad materna extrema: el seguimiento efectivo a gestantes remitidas por VSP es del 42,2%, con respecto a las gestantes con seguimiento no se presentaron en ellas mortalidades perinatales y/o maternas.
- Sífilis gestacional: el seguimiento efectivo fue del 86,7%, de las gestantes remitidas por VSP. De las gestantes con seguimiento el 92,3% realizaron el tratamiento al igual que el 84,4% de las parejas, el 92,3% de las gestantes identificadas sin control prenatal asistieron a este. Finalmente ninguno de los casos de sífilis gestacional abordados terminaron en sífilis congénita.

Se ha identificado que gestantes con sífilis gestacional no completan el tratamiento asociado al número de dosis y a la logística para su acceso (desplazamiento a la Unidad de Salud), así mismo se reconoce un alto porcentaje de reinfección, dado que la pareja no accede al tratamiento por falta de consciencia frente a las consecuencias y secuelas que puede generar la enfermedad en la gestante y por ende en el recién nacido y la intimidación por la forma en que se realiza el procedimiento (inyectado).

- Desnutrición aguda en menores de 5 años: se intervinieron el 64,1% de los casos remitidos por VSP, de estos, el 79,7% de los niños y niñas tuvieron ganancia de peso para la edad, el 97,6% de los menores identificados sin control de crecimiento y desarrollo asistieron a la consulta y el 100% se encuentran vinculados a un programa de apoyo alimentario.

Las limitaciones económicas, las creencias culturales y las patologías de base de los niños y niñas abordadores son las razones más comunes por las cuales los menores no tienen la ganancia de peso esperada para la edad.

- Bajo peso al nacer: el abordaje por parte del equipo de vivienda fue del 48,7% de los niños y niñas remitidos por VSP, de estos, el 100% tuvo ganancia de peso y el 100% de los menores identificados sin control de crecimiento y desarrollo asistieron a la consulta.

- Conducta suicida: del total de niños y niñas menores de 17 años remitidos por VSP por presentar conducta suicida (ideación, amenaza e intento) ninguno tuvo reincidencia del evento.
- Violencia sexual y económica: del total de casos remitidos por VSP (niños menores de 5 años y gestantes) se abordó el 56,3% de los eventos reportados por violencia sexual y el 58,7% por violencia económica.

La implementación de medidas preventivas que incluyen la modificación de factores de riesgo y refuerzan factores protectores modificables, el abordaje integral que involucra no solo al individuo priorizado sino a su familia, el trabajo interdisciplinario, entre otros, son acciones que han logrado contribuir a evitar que ocurran eventos no deseados en la salud de los usuarios abordados, sin embargo es importante ampliar los criterios para la priorización de los beneficiarios, ya que, se ha identificado población vulnerable con riesgo de eventos no deseados que no son población objeto y que dada su condición deben ser priorizados.

Sin embargo, durante el proceso existen situaciones individuales, familiares, sociales, y económicas, que no permiten que se lleven a cabo las actividades encaminadas a mitigar los factores de riesgo en salud, las visitas fallidas por inconsistencias en las direcciones, el rechazo de los usuarios para el abordaje, la migración de las familias, y la falta de tiempo, son las principales causas por las cuales no se logra acceder al 100% de las personas remitidas por parte de VSP.

- Hogares Comunitarios de Bienestar (HCB): para este componente se efectúa el fortalecimiento de capacidades de las madres comunitarias bajo la implementación del AIEPI comunitario y las 18 prácticas claves, así mismo se realizan talleres con los padres de familias sobre temas de interés como lo son pautas de crianza, signos de alarma de enfermedades prevalentes de la infancia, alimentación complementaria, entre otros, realizando como mínimo tres talleres por HCB. Con los niños se efectúan actividades lúdicas sobre lavado de manos, alimentación saludable y control de placa. En este mismo

espacio se verifica que el esquema de vacunación de los menores este al día con respecto a la edad y la asistencia a control de crecimiento y desarrollo, de igual manera y con el fin de que los niños y niñas adquieran habilidades frente al cuidado de un ser vivo se implementa la actividad “mi mascota verde”.

En Fontibón se abordaron 17 HCB, con 148 niños y niñas menores de 5 años y 17 madres comunitarias. La intervención realizada incluye construcción, implementación, seguimiento, evaluación y monitoreo del plan de acción el cual incluye las actividades anteriormente mencionadas.

Es de esta manera que el 100% de los niños y niñas abordados tenían el esquema de vacunación completo para la edad, el 100% de los niños y niñas identificados sin control de crecimiento y desarrollo en el momento del seguimiento han asistido a la consulta y el 100% de las madres comunitarias intervenidas implementan las 18 prácticas del AIEPI comunitario.

En el marco de las acciones realizadas en los Hogares Comunitario de Bienestar se llevan a cabo actividades de IEC (información, educación y comunicación) encaminadas hacia el mantenimiento de la salud que permiten mejorar los estilos y condiciones de vida saludable los cuales contribuyen a favorecer la salud de los niños, niñas, madres comunitarias y padres de familia.

En el proceso de implementación se destaca el compromiso y corresponsabilidad tanto de las madres comunitarias como de los niños, niñas, padres de familia, asociaciones y Centro Zonal, que contribuyeron a que las acciones realizadas se desarrollaran con éxito y se lograran los resultados esperados, de igual manera la interdisciplinariedad del equipo de trabajo (odontología, terapia, técnico ambiental, psicología, nutrición y enfermería) permitió el abordaje integral y por ende el reconocimiento y satisfacción de la comunidad ante las actividades desarrolladas. Como acciones de mejora y teniendo en cuenta el abordaje realizado es importante aumentar la cobertura local de los HCB intervenidos.

Atención psicosocial diferencial para personas, familias, víctimas. (Papsivi)

En esta acción integradora, se intervienen 121 personas víctimas en tres componentes; atención individual y grupal 13 beneficiarios, atención familiar 82 beneficiarios y atención comunitaria 26 beneficiarios. Entre las acciones realizadas se encuentran: i) búsqueda activa, focalización y contacto con las víctimas. ii) acercamiento y reconocimiento de necesidades de atención psicosocial y recursos de afrontamiento. iii) atención psicosocial. iv) Valoración para continuidad o cierre. v) seguimiento.

Como resultado de la intervención realizada con las víctimas se identifica que el 63% de los beneficiarios presentan expresiones de bienestar y satisfacción con restauración de roles y actividades. El 16% tiene expresiones de bienestar y satisfacción por cambios alcanzados. El 10% manifiestan nuevos sentidos y formas de enfrentar la violencia, el 6% identifican formas eficientes y funcionales de enfrentar las dificultades. Por otro lado, en el 73,6% de las familias abordadas se percibe organización y funcionamiento eficaz con capacidad para enfrentamiento de situaciones, tensión y problemas. El 8,2% de las familias tienen la capacidad de darle nuevos sentidos a la experiencia de los hechos de la violencia.

Instituciones persona mayor:

En esta acción integradora se abordaron 6 instituciones de persona mayor efectuando la construcción, implementación, seguimiento, evaluación y monitoreo del plan de acción. Durante la intervención se realizan actividades de fortalecimiento en buen trato, alimentación saludable, lavado de manos, actividad física, cambios de posición y lubricación de piel, punto azul, manejo botiquín tipo B, uso adecuado de los elementos de aseo por áreas, manejo de residuos según clasificación, manejo de los productos químicos y protocolos, entre otros.

El 100% de las instituciones de persona mayor intervenidas implementan prácticas adecuadas de protección integral a personas mayores.

Las actividades efectuadas en el marco de la gestión del riesgo en salud se articulan con procesos de información, educación y comunicación los cuales permiten que las personas

institucionalizadas tengan un mayor nivel de calidad de vida, para esto se lleva a cabo la valoración de factores protectores y de riesgo ambientales y sociales con el propósito de potenciar los factores protectores, disminuyendo situaciones de riesgo para la salud y la vida, desde la perspectiva del cuidado oportuno y con calidez.

Si bien las actividades desarrolladas buscan mejorar la calidad de vida de las personas institucionalizadas, estas, están encaminadas principalmente al concepto favorable de IVC. En este orden de ideas y con el fin de que el trabajo sea aún más integral se hace pertinente que el abordaje incluya directamente a las personas mayores esto con el propósito de potencializar el trabajo realizado. De igual manera es importante ampliar la cobertura local de las instituciones beneficiarias. Por otro lado, y en el marco del proceso que se lleva a cabo para que se obtenga un concepto de IVC favorable, se ha evidenciado que aquellas instituciones que no lo alcanzan y dada la normatividad tan laxa se presenta abandono del proceso el cual incluye el cierre y traslado de la institución al igual que el cambio de nombre.

Se evidenció que tener en el equipo un gerontólogo hace que la implementación sea más enfocada hacia el proceso de vejez y envejecimiento y se dignifiquen en este sentido los trabajos implementados, adicionalmente el posicionamiento y satisfacción de las personas involucradas en el proceso ante los temas desarrollados, facultó el liderazgo por medio del apadrinamiento de instituciones, el cual permitió que aquellas que no tuvieran concepto favorable de IVC lo alcanzaran. Por otro lado y como actividad extra, se involucró a la familia de las personas institucionalizadas con el fin de llevar a cabo un proceso integral que permitiera disminuir los riesgos en salud. Como acción de mejora y dado el alcance del proceso se hace pertinente que dentro del equipo de trabajo se incluya un técnico ambiental que lidere el proceso.

5.1.4. Espacio trabajo

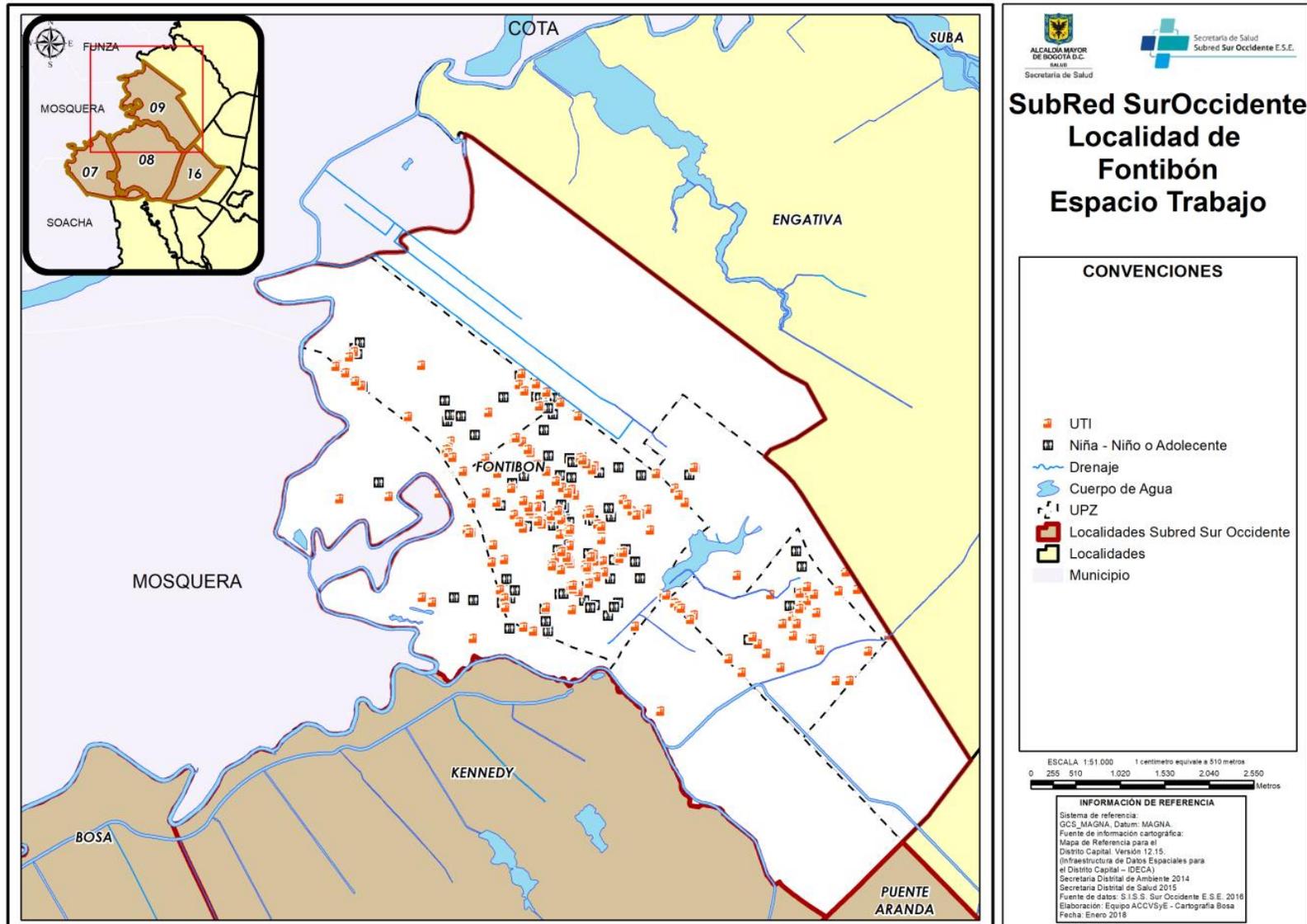
El espacio Trabajo es el escenario donde las personas desarrollan actividades económicas para garantizar el sustento material propio y de sus familias. En Salud Pública, este espacio

materializa la política para la salud y calidad de vida en entornos laborales. Su accionar busca transformar las percepciones y prácticas relacionadas con la labor que inciden en las condiciones de salud del trabajador o trabajadora, y en la calidad de vida de la población del sector informal de la economía, en articulación con actores institucionales e intersectoriales, entendiendo el trabajo como un determinante de la salud en la población económicamente activa (24).

Se cuenta con 2 acciones integradoras: “Ruta para alejarse del trabajo infantil” donde se desvincula de manera progresiva a los niños niñas y adolescentes de las peores formas de trabajo infantil y la “Estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud”.

En la localidad se observa una concentración de UTIS sobre la Av Centenario o Variante, las cuales son relacionadas con la actividad de transporte como talleres mecánicos, negocios de lujos, parqueaderos, montallantas, etc. Respecto a la distribución de UTIS y niños y niñas adolescentes en la UPZ Fontibón Centro, las UTIS se encuentran distribuidas por toda la UPZ, así como los niños y niñas trabajadoras. En la UPZ San Pablo las UTIS se encuentran localizadas principalmente en el barrio El Refugio, La Zelfita, mientras que los niños y niñas trabajadoras se localizan en el sector de San Pablo, La Perla, El Refugio y una parte en el sector de Puente Grande. En la UPZ Modelia las UTIS se localizan en la parte central de la UPZ, relacionadas con atención al público como misceláneas, restaurantes, cafeterías, peluquerías, etc. La población menor trabajadora es baja en esta UPZ. En la UPZ Zona Franca tanto UTIS como niños y niñas trabajadores se encuentran en menor proporción respecto a las demás UPZ a pesar de que en esta UPZ se encuentra localizada la Zona Franca de Bogotá.

Mapa 17. Cobertura acciones integradoras, Espacio Trabajo, localidad de Fontibón, abril – diciembre 2017



Análisis de los resultados de las acciones integradoras

1. Acción Integradora: ruta para alejarse del trabajo infantil” donde se desvincula de manera progresiva a los niños niñas y adolescentes de las peores formas de trabajo infantil

En la localidad de Fontibón para la población entre los 5 y 14 la desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil es del 76%. Estas actividades se identificaron en UTIS localizadas en las UPZ de Fontibón y San Pablo, donde los menores desarrollaban actividades relacionadas con la atención al público, oficios domésticos, cuidadores de otros menores y ventas ambulantes. En las actividades que se llevaron a cabo se detectaron riesgos asociados a estas actividades como accidentes caseros, cortaduras, quemaduras, exposición a rayos UV y factores sociales como la desescolarización, bajo rendimiento académico, trastornos comportamentales, etc.

Para la población comprendida entre los 15 y 17 años el porcentaje de adolescentes trabajadores con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil es del 9%. Las UPZ donde se abordó esta población son: Fontibón, Modelia y Zona Franca, donde desarrollaban actividades como las ventas ambulantes, atención en peluquerías, venta de flores y actividades propias del reciclaje, los riesgos son básicamente los mismos que con la población de 5 a 14 años.

2. Acción Integradora: estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud.

El porcentaje de UTIS que implementan la estrategia de entornos laborales saludables es del 80%, con respecto a las UTIS identificadas en las UPZ Fontibón, San Pablo, Modelia y Capellanía, especialmente en las UPZ San Pablo y Capellanía se concentra gran parte de la actividad industrial de la localidad, mientras que en las UPZ Fontibón y Modelia son UPZ con características comerciales y residenciales donde se identificaron UTIS con

actividades relacionadas con la atención al público como tiendas, supermercados, panaderías, misceláneas, etc.

Para las UTIS de mediano impacto, el porcentaje de implementación fue del 86%. En cuanto a las actividades desarrolladas por estas, se encuentran bodegas de reciclaje localizadas en la UPZ San Pablo y Fontibón y de manufacturas en la UPZ San Pablo y Zona Franca, mientras que las UTIS relacionadas con la atención al público como salones de belleza, restaurantes y peluquerías se concentran en las UPZ Modelia, San Pablo y Fontibón. En estas UTIS se identificaron riesgos asociados a la exposición de sustancias químicas, uso no adecuado de elementos de protección personal, accidentes por uso de maquinaria pesada y de corte, que genera impactos en la salud como dolores articulares, dolor de cabeza, lesiones osteomusculares, entre otras.

5.2. PROCESOS TRANSVERSALES

5.2.1. Vigilancia en Salud Pública (VSP)

La Vigilancia de la Salud Pública es un proceso de monitoreo crítico de los determinantes y condiciones de la salud colectiva que permite fundamentar la evaluación de las acciones emprendidas, implica que su abordaje contemple la vigilancia demográfica, vigilancia epidemiológica, servicios de salud y la relación de las condiciones ambientales y la salud. El desarrollo de este abordaje implica tres acciones integradas: 1) gestión de la información para la VSP, 2) intervenciones individuales y colectivas en la VSP y 3) análisis y retroalimentación de la información de la VSP (28).

La Vigilancia en Salud Pública Distrital, incorpora el monitoreo de eventos que son de gran impacto en la salud de la población de la ciudad y que aún no están considerados en el sistema nacional de Vigilancia de la salud pública y está conformada por los siguientes subsistemas: Sivigila, estadísticas vitales, SSR, Sisvea, Sivim, Sivelce, Sisvecos, Vespa,

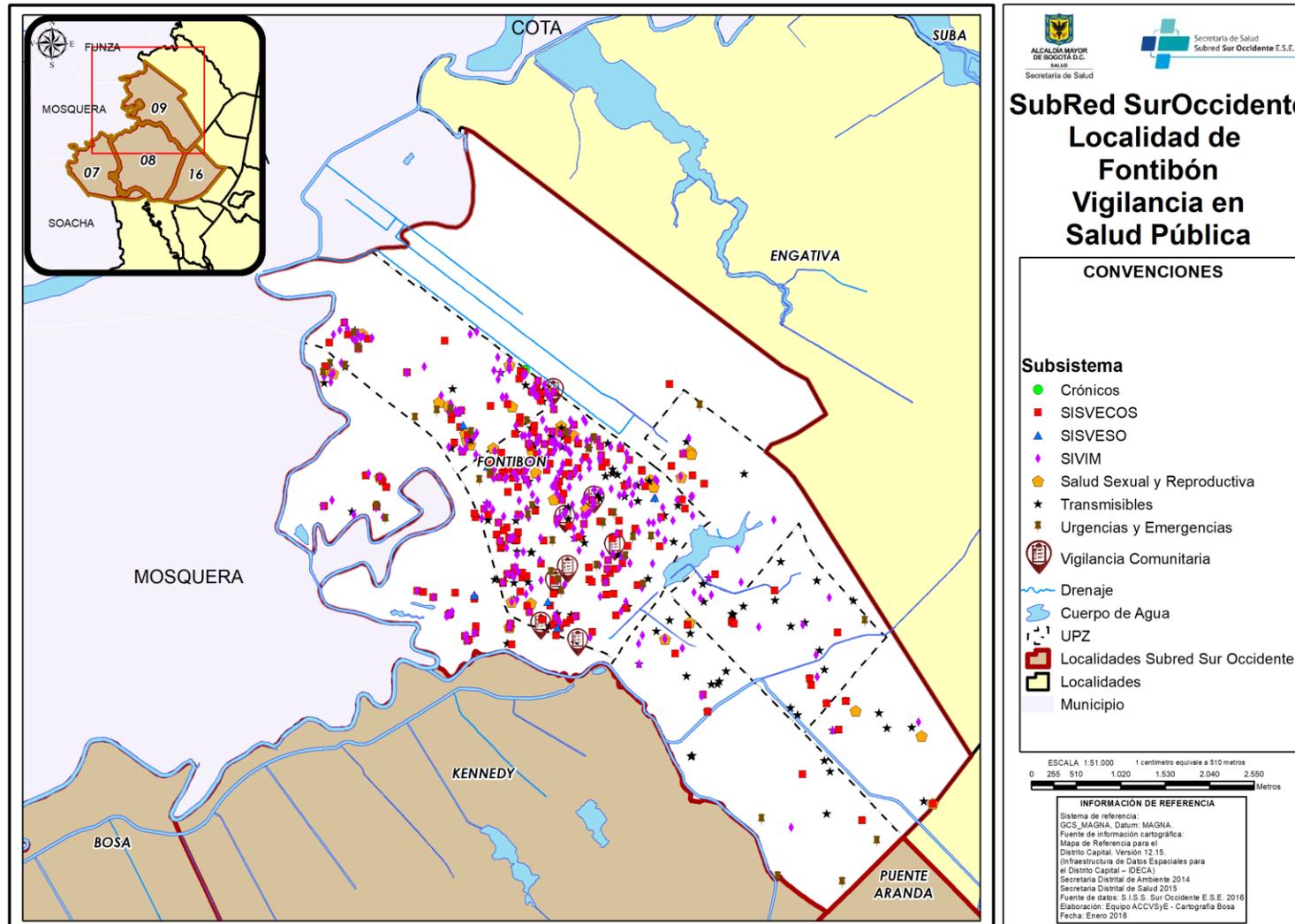
Sisvan, Sisveso, Sivistra, crónicas, discapacidad, vigilancia comunitaria y atención de urgencias y emergencias (28).

A continuación, se presenta la espacialización de las acciones integradoras de VSP, correspondiente a Intervenciones individuales en los subsistemas de Salud Mental (Sivim, Sisvecos), Transmisibles (transmisibles y SSR-MI), Seguridad Alimentaria y Nutricional (Sisvan), no transmisibles (Crónicos y Sisveso), urgencias y emergencias y vigilancia en salud pública comunitaria.

El mapa muestra una distribución de intervenciones que tiene a la concentración hacia el centro de la localidad en la UPZ Fontibón Centro que tiene el mayor número de habitantes en la localidad, en menor proporción se encuentra la UPZ Fontibón San Pablo, mientras que la UPZ que reporta el menor número de intervenciones es Aeropuerto El Dorado.

En general, se puede evidenciar que la mayor proporción de intervenciones corresponden al componente de Salud Mental con los subsistemas Sivim y Sisvecos que corresponden al 28% y 27% de las intervenciones de VSP realizadas en la localidad de Fontibón.

Mapa 18. Cobertura de intervenciones epidemiológicas de campo, VSP, localidad de Fontibón, abril - octubre 2017



Análisis de los resultados de las acciones integradoras

El desarrollo de las acciones de Vigilancia en Salud Pública se describe por cada uno de los subsistemas que la componen, enmarcadas en las tres acciones integradoras que implica, durante el período abril a octubre de 2017.

En la acción integradora de gestión de la información, participan todos los subsistemas definidos por las actividades de actualización y mantenimiento de las UPGD-UI que conforman la red de operadores de la Vigilancia en Salud Pública y la gestión informática de cada uno de los subsistemas.

Para la acción integradora de análisis de la información, durante la vigencia se elaboró el Anuario VSP 2016 y el boletín epidemiológico del primer semestre de 2017, donde se realiza el análisis epidemiológico de los eventos sujetos a vigilancia en el cual participan cada uno de los componentes. Además, de manera mensual se realiza el COVE local con la participación de todos los componentes con temáticas que dan cuenta de situaciones o eventos en salud prioritarios acordados y de forma bimensual por cada dos localidades se realiza el COVECOM para el análisis de información a partir de las necesidades sentidas de la comunidad. Asimismo, se realizan las matrices de seguimiento a indicadores trimestrales correspondientes a los subsistemas de análisis demográfico, salud materno infantil y salud sexual y reproductiva, Sivigila y Urgencias. Finalmente, se realizan unidades de análisis de los eventos priorizados de morbilidad y mortalidad según sea el caso, de acuerdo a protocolos definidos.

- Sivigila: este componente comprende las tres acciones integradoras de VSP, en las asistencias técnicas a UPGD y UI y la ampliación de la red, durante el período abril a octubre de 2017, se realizaron 57 asistencias técnicas, a pesar de que no se cuenta con una meta específica para esta actividad. Por otro lado, se cuenta con 2.383 eventos notificados. Desde salud sexual y reproductiva se priorizan dos UPGD y se realizan cinco

asistencias técnicas y ocho capacitaciones en eventos relacionados, para el subsistema de transmisibles se realizan 29 asistencias técnicas a UPGD.

En cuanto las intervenciones, desde el componente de salud sexual y reproductiva se realizan 41 intervenciones efectivas y 18 fallidas y se priorizan 68 casos de sífilis gestacional y congénita, en el subsistema de eventos transmisibles se realizan 120 intervenciones, que permiten el seguimiento de los casos, así como aplicación de medidas de control y mitigación, en caso de ser necesario, sin embargo se evidencian dificultades como la notificación tardía de los eventos o la negación de los usuarios para realizar las intervenciones.

Frente al análisis se realizaron 32 unidades de análisis de eventos de morbimortalidad en SSR y 10 análisis en el componente transmisibles, gracias a los cuales se logra profundizar en las causas y atención en salud de los eventos analizados, empero se ha evidenciado falta de compromiso y ejecución de acciones en las instituciones frente a los hallazgos que requieren formulación de planes de mejoramiento.

- Estadísticas Vitales: el subsistema responde a las acciones integradoras de gestión y análisis de la información para el adecuado registro de los hechos vitales, en este sentido, durante la vigencia se desarrollaron 26 asistencias técnicas que corresponden al 100% de las UPGD que registran hechos vitales en la localidad, para fomentar el compromiso en el correcto diligenciamiento de los certificados de defunción por parte del personal médico.
- Sivim: la implementación de este subsistema agrupa las tres respuestas integradoras de la VSP, referente a las intervenciones epidemiológicas de campo se encuentra que para el período abril a octubre de 2017, se intervinieron 540 casos de violencia, lo que equivale al 13% del total de la Subred, dando seguimiento a la totalidad de casos reportados de acuerdo a las directrices del subsistema, aunque dentro de las limitaciones se encuentra el alto número de vistas fallidas por falencias en la calidad del dato.

- Sivelce: en este subsistema se realiza investigación epidemiológica de campo a los casos de personas que acuden a los servicios de urgencias por lesión de causa externa, donde se indaga por la calidad de la atención, antecedentes de salud, riesgos vitales frente a la lesión y estado de salud actual de la persona, para el período se notificaron 62 casos en la Subred y se realizaron 17 intervenciones en la localidad. Durante la vigencia se ha observado un incremento en la notificación por parte de los servicios de urgencias, no obstante, se ha presentado un importante número de visitas fallidas debido a fallas en la calidad del dato y resistencia de los usuarios a la intervención.
- Sisvecos: en el subsistema se realiza IEC a los casos de personas con conducta suicida donde se realiza mitigación de factores de riesgo para reincidencia de la conducta, para el período se notificaron 2.341 casos en la Subred, de los cuales 386 intervenciones se realizan en Fontibón, aunque existe un importante número de visitas fallidas debido a problemas en la calidad del dato.
- Sisvan: durante el período este subsistema realiza 14 visitas de asesoría, asistencia técnica y mantenimiento a las UPGD, donde se lleva a cabo el censo de equipos antropométricos y talleres de antropometría, además se efectúa vigilancia y seguimiento a los eventos de mortalidad por y/o asociada a la desnutrición (evento 112) bajo peso al nacer (evento 110) y desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años (evento 113) a través de 350 intervenciones. Adicionalmente se realiza seguimiento de indicadores del estado nutricional de la población incluida en las bases de notificación mensual y monitoreo de la SAN del escolar en tres colegios centinela.

Las anteriores intervenciones son pertinentes ya que fortalecen el proceso y responden al riesgo identificado, no obstante, las estrategias para la SAN escolar se quedan cortas frente a la demanda y problemáticas de la población escolar identificadas.

- Sisveso: durante el período en el subsistema se notifican a través de la vigilancia centinela 876 individuos con eventos priorizados (Caries cavitacional, lesión mancha

blanca, lesión mancha café, gingivitis, periodontitis y fluorosis) para esta vigencia la meta establecida se disgrega por grupo de edad, con gran énfasis en los siguientes grupos poblacionales: 0 a 4 años, 5 a 9 años y mayores de 60 años, además se notifican 108 individuos en la vigilancia de la población control. Por otro lado, se realizan 16 asistencias técnicas, ante esto, se encuentra que el número de asistencias propuesto por nivel central ha sido insuficiente para permitir una operación regular y con los criterios de calidad que se espera en un sistema de vigilancia.

Con el fin de identificar factores sociodemográficos, culturales y económicos que permitan establecer las causas de las enfermedades relacionadas con salud oral, se han llevado a cabo siete IEC, adicionalmente en este marco se identifican factores de riesgo y protectores que permitan mitigar las problemáticas de salud oral. Por otro lado, se realiza una unidad de análisis de alto impacto en salud oral, a menores de 5 años o gestantes con criterios de alerta.

- Sivistra: en el subsistema se realizan asistencias técnicas para fortalecer la notificación de eventos (accidentes y enfermedades), que ocurren en los trabajadores informales, orientando criterios de priorización. En esta vigencia, en las asistencias técnicas en UPGD, se priorizan los eventos de accidentes (moderados y graves) y de enfermedades; aquellas que afecten el sistema respiratorio, cáncer, hipoacusias, dermatitis o dermatosis, alteraciones neuromotoras asociadas a la exposición a agentes químicos, entre otras, en este sentido se realizaron 15 asistencias. Asimismo, se realizan 129 intervenciones epidemiológicas de campo de alto impacto, se implementa la vigilancia de las condiciones de riesgo químico, para determinar el nivel de riesgo y las posibles condiciones en salud asociadas a esta exposición, también se realizan 31 intervenciones de control, a través de las condiciones psicosociales de los trabajadores del sector informal, determinando el nivel de riesgo asociado.

Aunque las acciones planteadas se consideran pertinentes y suficientes, existe una baja notificación de eventos por diferentes espacios y por las UPGD, por lo que es necesario realizar búsqueda activa por parte de los profesionales para las intervenciones.

- Crónicas: en el subsistema se realizan durante el período tres asistencias técnicas a las UPGD enfocadas en el ajuste de casos y capacitación sobre AIEPI clínico en cáncer infantil, retroalimentación de ajuste de casos y medición de los indicadores de calidad en la atención para cáncer infantil, de mama y cuello del útero. Aunque esta actividad se adapta a la realidad y da respuesta a una prioridad, se hace necesario incluir a todas las UPGD que desarrollen acciones de detección temprana así como el tiempo destinado al proceso.

Asimismo, se realizaron dos IEC para describir la atención recibida en las IPS posterior al desenlace de la patología, con la mirada de la familia la que no siempre coincide con la de las instituciones, develando entre otras cosas, la efectividad de la información que se imparte a los familiares de los usuarios y que se registra en las historias clínicas. Además, se realizan tres unidades de análisis de eventos bajo vigilancia. Como actividad adicional se desarrolla un taller de prevención del cáncer por solicitud de la comunidad logrando posicionamiento y reconocimiento del componente en las EAPB y UPGD dentro de la gestión del riesgo de la morbilidad en la subred.

- Discapacidad: se realizaron 16 asistencias técnicas a UPGD para el seguimiento al proceso de calidad y oportunidad en la identificación de personas con Discapacidad, no obstante, el número propuesto por nivel central ha sido insuficiente para permitir una operación regular y con los criterios de calidad que se espera en el subsistema. Además, se ha realizado el registro de localización y caracterización de 852 personas con discapacidad a través de la estrategia de puntos fijos, visitas domiciliarias, visitas institucionales, búsqueda activa de población en la red local de atención en salud y del registro itinerante en espacios del PIC, lo que permite recoger información

sociodemográfica de la población y mejorar procesos de inclusión y visibilización en este grupo poblacional.

- Vigilancia Comunitaria: en el período se han realizado 11 asistencias técnicas a unidades informadoras donde se realiza sensibilización en temas de promoción y prevención de la salud así como de eventos de interés en salud pública, notificando en la base de identificación 55 problemáticas priorizadas. Además se realiza 1 COVECOM en la UPZ Fontibón sobre el manejo de la enfermedad respiratoria aguda. Por otro lado, se realizaron seis Intervenciones Social Epidemiológicas de Campo, con el fin de identificar y analizar las situaciones y los problemas colectivos que afectan la salud y calidad de vida de las comunidades haciendo énfasis en las UPZ priorizadas con un enfoque de salud urbana con participación social y ciudadana.
- Atención de urgencias y emergencias en salud pública: durante periodo de abril a octubre de 2017 se realizan acciones encaminadas a la atención de manera organizada para la respuesta ante urgencias y emergencias a nivel local, que incluye: logística, caracterización del evento, articulación con otros sectores, medidas de control y/o mitigación, informes o reportes del evento (36 brotes atendidos), asistencia a los diferentes espacios distritales y locales de carácter interinstitucional y a los espacios institucionales a los que se fue convocados en desarrollo de las Urgencias y Emergencias en salud pública, con 12 reuniones de línea y se participa activamente en las diferentes sesiones de fortalecimiento, programados según necesidad y oportunidad.

Aunque se da cumplimiento al 100% de los casos notificados y adicionalmente de los identificados durante la búsqueda activa que se realiza por el ERI, que es equipo integral, el volumen de notificación muchas veces no coincide con lo programado para la facturación, adicionalmente, se considera que los criterios impuestos por los lineamientos distritales no abarcan a toda la población.

La VSP al tener una función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, por vigilar eventos de interés nacional e internacional, se convierte en uno de los principales pilares de la salud pública, siendo todas sus acciones de carácter prioritario y de obligatorio cumplimiento. Lo anterior permite que las acciones se mantengan en el tiempo y no estén sujetas a programas de gobierno, planes institucionales, entre otros.

No obstante, se presentan varias limitaciones en el proceso de vigilancia, como la inadecuada notificación por parte de las UPGD por alta rotación del personal, falta de compromiso y sobrecarga de funciones, alta demanda de intervenciones que se ve limitada por las metas establecidas y la disponibilidad de equipos de respuesta, tiempos limitados para el desarrollo de la totalidad de actividades, problemas con la calidad del dato que aumenta el número de intervenciones fallidas.

5.2.2. Vigilancia Epidemiológica Ambiental (Sisvea)

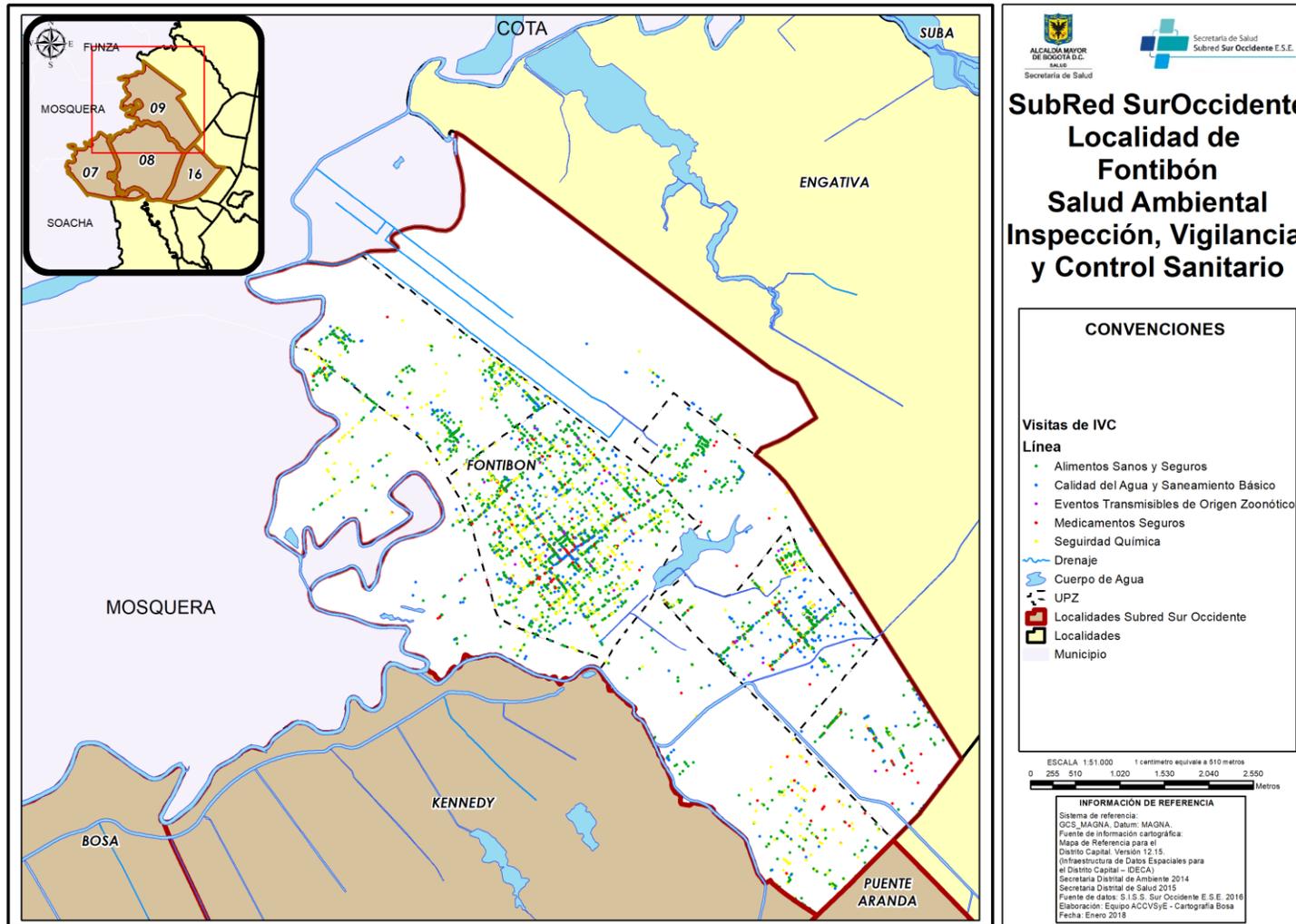
Tiene como fin ejecutar un monitoreo crítico de los factores ambientales que inciden sobre el proceso salud enfermedad de la población de la Subred. Está conformado por las siguientes líneas en las cuales a parte de las acciones locales a realizar también proyectos de cobertura Distrital, señalados a continuación:

1. Línea de Aire, Ruido y Radiaciones Electromagnéticas: acciones
 - Encuestas de caracterización para ERA por contaminación del aire y sobre efectos auditivos y/o extra auditivos asociados a ruido por emisión.
 - Comunicación social del riesgo sobre contaminación del aire, control de niveles de ruido, disminución de la exposición a radiación electromagnética, disminución de intoxicaciones por monóxido.
 - Definición de unidades centinela de exposición a contaminación del aire, ruido y radiación electromagnética
 - Operativos de control en las temáticas de la línea
 - Quejas atendidas relacionadas con temáticas de la línea.

2. Línea de Alimentos sanos y seguros
 - Inspección, vigilancia y control sanitario
 - Proyecto de Cobertura Distrital: vigilancia intensificada a refrigerios y catering
3. Línea de Calidad del Agua y Saneamiento Básico
 - Inspección, vigilancia y control sanitario
 - Proyectos de Cobertura Distrital: i) vigilancia intensificada Subsistema Distrital para la protección y control de la calidad del agua para consumo. ii) Vigilancia intensificada en instituciones protectoras de la persona mayor. iii) Observatorio de Salud Ambiental.
4. Línea de Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico
 - Vacunación antirrábica canina y felina, esterilización canina y felina, observación y seguimiento al animal agresor, IVC sanitario.
 - Proyecto de Cobertura Distrital: operación del centro de zoonosis
5. Línea de Medicamentos Seguros
 - Inspección, vigilancia y control sanitario.
 - Proyecto de Cobertura Distrital: acciones vigilancia intensificada a equipos biomédicos
6. Línea de Seguridad Química
 - Inspección, vigilancia y control sanitario
 - Proyectos de Cobertura Distrital: i) acciones vigilancia intensificada a empresas aplicadores de plaguicidas y/o lavado de tanques de agua potable a nivel del distrito capital. ii) vigilancia intensificada – prevención integral en salud ambiental – PISA.

En el mapa se observa una distribución local, evidenciando una mayor concentración de visitas de IVC sanitario en la UPZ Fontibón que concentra la mayor cantidad de predios con uso comercial de la localidad, seguida de las UPZ Fontibón San Pablo, Capellanía y Modelia que tienen una proporción media de predios con usos comerciales mientras que las UPZ Ciudad Salitre Occidental, Granjas de Techo y Zona Franca tienen la menor concentración de intervenciones debido a su baja cantidad de predios de usos comerciales, finalmente la UPZ Aeropuerto El Dorado tiene la menor cantidad de intervenciones debido a la baja cantidad de comercio.

Mapa 19. Cobertura de visitas de Inspección, vigilancia y Control Sanitario, Subsistema Sisvea, localidad de Fontibón, abril – diciembre 2017



La distribución de las intervenciones en la localidad se localizan en corredores viales netamente comerciales en su mayoría, otros mayoritariamente comerciales, otros en vías cercanas o vías que intersectan a los corredores comerciales de vías principales y en muy baja proporción comercios barriales alejados de las zonas comerciales principales y secundarias descritas antes. La UPZ Fontibón se caracteriza por albergar la mayoría de intervenciones, debido a que gran parte de predios residenciales cercanos a ejes comerciales han sido modificados para tener un uso comercial en el primer piso, e incluso hasta en segundos pisos.

Esta UPZ se caracteriza por ser el eje central de formación catastral de la localidad desde sus inicios como municipio e incluso desde la época colonial centrando no solo el comercio local sino la mayoría de la oferta de bienes y servicios de la localidad; en las UPZ Capellanía y Fontibón San Pablo se encuentran predios residenciales cercanos a ejes comerciales que han sido modificados para tener también un uso comercial en el primer piso e incluso hasta en segundos pisos. Finalmente en las UPZ Ciudad Salitre Occidental y Modelia se da la misma situación anterior en la ubicación de estos predios modificados, con la diferencia que su modificación no es parcial sino en la mayoría de los casos total.

En general, se puede evidenciar que la mayor proporción de visitas de Inspección, Vigilancia y Control Sanitario corresponden a la Línea de Alimentos Sanos y Seguros con el 53% de las visitas de SISVEA durante el 2017.

Análisis de los resultados de las acciones integradoras

El desarrollo de las acciones de SISVEA se describe por cada uno de las líneas que la componen.

1. Línea de Aire, Ruido y Radiaciones Electromagnéticas

- Se Aplicaron 1.129 encuestas de caracterización de posibles factores de riesgo de enfermedad respiratoria por exposición a contaminación del aire y sobre efectos auditivos y/o extra auditivos asociados a ruido por inmisión con el propósito de analizar los riesgos que tiene la comunidad frente a enfermedades respiratorias por

contaminantes del aire, efectos auditivos asociados a ruido por inmisión y síntomas de salud no específicos asociados a radiaciones electromagnéticas.

- Se realizaron 40 capacitaciones de comunicación social del riesgo para divulgar beneficios para la salud del control de los niveles de contaminación del aire, control de niveles de ruido, disminución de la exposición a radiación electromagnética, disminución de intoxicaciones por monóxido con el propósito de sensibilizar a la población sobre efectos en salud por contaminantes atmosféricos, ruido, exposición a radiaciones electromagnéticas, intoxicaciones por monóxido y efectos en salud por consumo o exposición al humo del tabaco.
- Se definieron 13 unidades centinela de exposición a contaminación del aire, ruido y radiación electromagnética para la vigilancia con el propósito de la caracterización sanitaria y ambiental de los establecimientos.
- Se efectuaron 80 operativos de control con el propósito de realizar inspección, vigilancia y control sobre el cumplimiento a la ley 1335 del 2009, en caso de evidenciar incumplimiento se remite a la Entidad encargada (Policía y/o Alcaldía) para que se tomen acciones pertinentes.
- Se atendieron 19 quejas relacionadas con temáticas de la línea contaminación del aire intramural y extramural, instalación de infraestructura eléctrica y de comunicaciones, niveles de monóxido de carbono intramural y niveles de emisión de ruido.

2. Línea de Alimentos sanos y seguros

- Se realizó la acción de IVC sanitario realizando 5.297 intervenciones de las cuales 695 favorables, 1.585 pendientes, 2.920 favorables con requerimientos, 41 desfavorables y 56 negocios terminados; se realizaron actividades de información y comunicación con 13 capacitaciones a 375 personas; se desarrollaron 29 operativos; se hicieron 159 muestreos de alimentos y bebidas; se efectuaron 130 visitas de diagnóstico a establecimientos de expendio de carne y productos cárnicos comestibles dando cumplimiento del decreto 1500 de 2007 y sus reglamentos técnicos complementarios para almacenamiento y/o distribución de carne y productos cárnicos comestibles las cuales no se conceptúan; se realizaron 7 atenciones de eventos de interés en salud

pública asociados con el manejo de alimentos; se desarrollaron 25 visitas a depósitos de leche, de vigilancia intensificada a leche, emitiéndose 13 conceptos sanitarios favorables, 3 favorables con requerimiento, 9 pendientes, 70 no conceptuados y 0 terminados, de estas visitas 78 fueron con muestreo; se ejecutaron 6 operativos de control de vehículos transportadores de leche higienizada y alimentos. Todo lo anterior con el propósito de realizar visitas de inspección, vigilancia y control de acuerdo a la normatividad sanitaria, con el fin de contribuir a garantizar la prevención y control de los diferentes factores de riesgo y determinantes que puedan afectar la calidad e inocuidad de los alimentos y bebidas.

3. Línea de Calidad del Agua y Saneamiento Básico

- Se realizó la acción de IVC sanitario con 1.512 intervenciones en salud pública, que consistieron en visitas a establecimientos abiertos al público en la localidad emitiéndose 459 conceptos sanitarios favorables, 786 favorables con requerimientos, 16 pendientes, 219 se les aplaza la emisión de concepto, 6 terminados y 21 desfavorables; 5 sitios de alto impacto no conceptuados; se atendieron por solicitud del interesado 11 viviendas en riesgo; se ejecutaron 5 operativos de juguetes; en vigilancia intensificada en instituciones protectoras de la persona mayor se realizaron 761 visitas de inspección, vigilancia y control de establecimientos a nivel distrital conceptuadas así: 169 favorables, 393 favorables con requerimiento, 172 desfavorables, 27 terminados y 112 con asesoría. Todo lo anterior con el propósito de garantizar las condiciones higiénicas y sanitarias de cada uno de los establecimientos objeto de la vigilancia de esta línea al igual que los productos que allí se expenden, acorde a la normatividad existente y se debe aplicar los aspectos técnicos descritos en este documento.

4. Línea de Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico

- Se cumplió con la vacunación antirrábica canina y felina a 3.956 caninos y 1.765 felinos para un total de 5.721 con el fin de evitar casos de rabia.

- Se realizó esterilización canina y felina a un total de 2.759 animales (403 machos caninos, 955 hembras caninas, 492 machos felinos y 909 hembras felinas) con el propósito de controlar el crecimiento poblacional canino y felino a través de la estrategia de esterilización quirúrgica dirigida a caninos y felinos (incluye machos y hembras) de forma gratuita, continua, permanente y masiva, y a su vez promover, sensibilizar y educar a la comunidad que accede al programa acerca de la tenencia adecuada y responsable de los animales de compañía.
- Se observaron y siguieron a 87 animales agresores (canino y felino) con el fin de verificar su estado, buscando con ello establecer la presencia o no del virus rábico en el mismo, dando con ello cumplimiento a lo establecido en el protocolo de vigilancia de la rabia, el seguimiento y observación se realiza durante 15 días.
- Se realizaron acciones de IVC sanitario visitando un total de 134 establecimientos veterinarios con los siguientes resultados: terminados 4, concepto desfavorable 2, concepto favorable 41, concepto favorable con requerimiento 70, concepto pendiente 11 y 6 que se aplaza emisión del concepto. Lo anterior con el propósito de verificar las condiciones higiénicas sanitarias de los establecimientos médicos veterinarios (clínicas y consultorios veterinarios).

5. Línea de Medicamentos Seguros

- Se realizó la acción de IVC sanitario efectuando un total 657 visitas a establecimientos, de los cuales, 156 tuvieron concepto favorable, 300 favorable con requerimientos, 95 se aplaza la emisión del concepto, 100 con concepto desfavorable y 6 terminados.

6. Línea de Seguridad Química

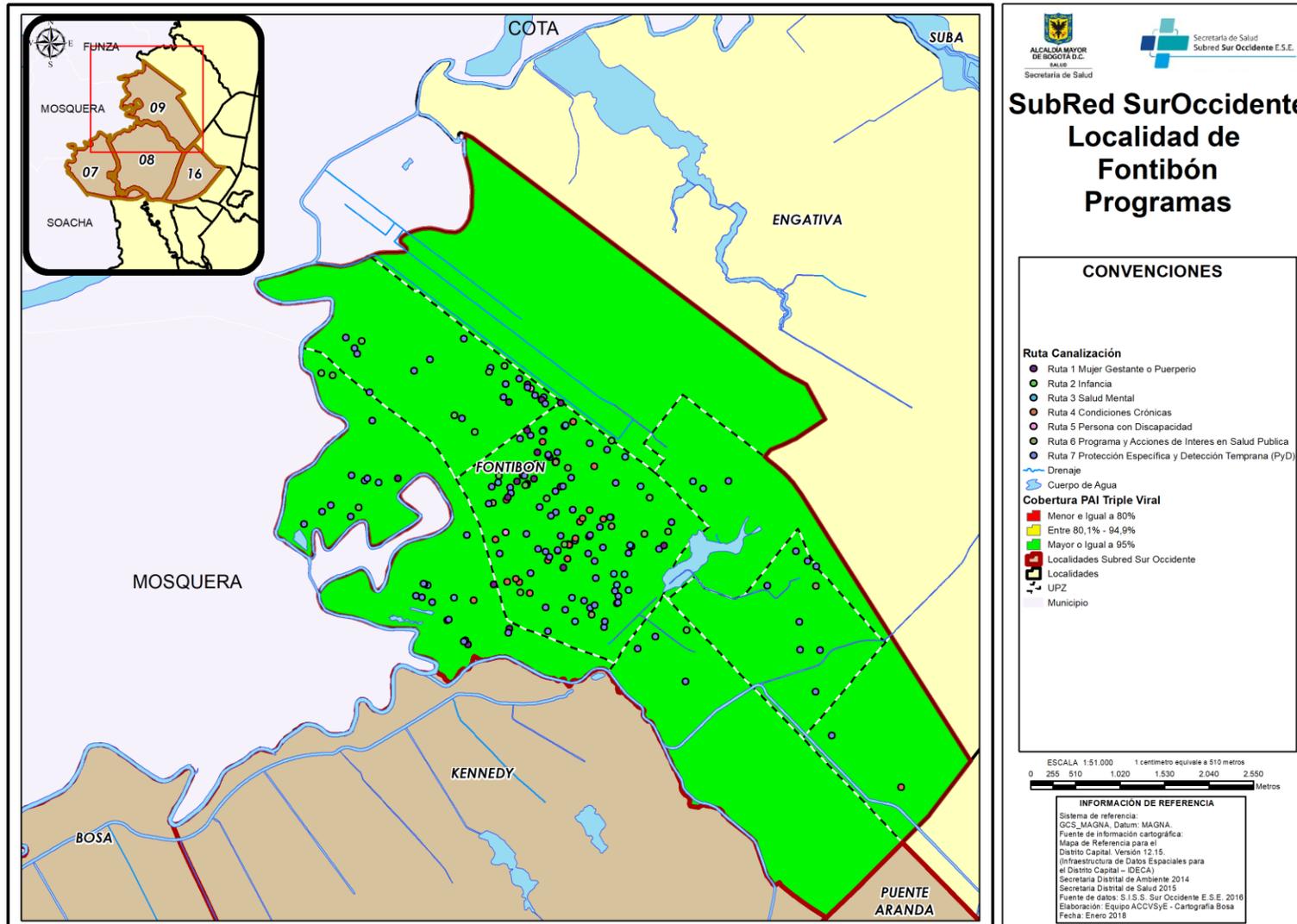
- Se realizó la acción de IVC sanitario con 1.765 visitas a establecimientos industriales; conceptos sanitarios favorables 548, aplazados 321, favorables con requerimientos 818, desfavorables 40 y establecimientos terminados 38. Su objetivo fue verificar el cumplimiento de las condiciones higiénicas y sanitarias definidas en la Ley 9 de 1979 (Código Sanitario Nacional) y sus normas reglamentarias, en establecimientos con

actividades económicas industriales, comerciales o de servicios, en los cuales se emplean sustancias químicas en cualquiera de sus etapas de vida: producción, manejo, almacenamiento, o comercialización, y en aquellos en los que se realicen servicios de estética ornamental y de estética facial y/o corporal.

5.2.3. Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública (Gpaisp)

El proceso transversal es un conjunto de intervenciones sectoriales e intersectoriales que busca dirigir, planear, regular y organizar la gestión del riesgo desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos, para contribuir a buenos resultados en salud en las personas, familias y comunidades, bajo los enfoques de Derechos, Determinantes, Curso de vida y Poblacional, y en articulación con actores sociales (25). Se implementa a través de la “Acción Integrada en Salud AIS” para la gestión compartida del riesgo, en el marco de operación del PIC, y guarda relación con los planteamientos de dimensiones prioritarias y transversales del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Mapa 20. Cobertura acciones integradoras, programas, localidad de Fontibón, abril – diciembre 2017



Análisis de los resultados de las acciones integradoras

GPAISP cuenta con una acción integrada “Proceso de articulación para la atención integrada de las personas, familias y comunidad”. A su vez, la acción integrada se desarrolla a través de 5 componentes que son:

1. **Planeación:** Planificar y orientar la gestión operativa, donde se cualifica las apropiaciones conceptuales del talento humano y el seguimiento a las IPS que presentan dificultades para la adquisición de la información.
2. **Gestión y administración del PAI,** este componente trabaja en pro de mantener las coberturas de vacunación por encima del 95% en niños y niñas menores de un año y de un año con todos los biológicos incluidos, en la localidad de Fontibón para el año 2017. La población abordada para los biológicos trazadores pentavalente (menores de 1 año) y triple viral (niños de 1 año) fue de 3.548 y 3.906 respectivamente, logando una cobertura de 87,2% para pentavalente y 93,9% en triple viral.
3. **Gestión y Ejecución de Acciones Extramurales:** este componente tiene diferentes estrategias para llegar a la población, a continuación, se especifican:
 - Fiebre Amarilla para Viajeros, se han entregado un total de 94.000 dosis, de la cuales se han aplicado a noviembre 81.708 dosis.
 - Jornadas extramurales de intensificación: se llevan a cabo jornadas en diferentes temas que se trabajan en articulación con los 4 espacios (educativo, vivienda, público y trabajo) y se realizan en las 4 localidades que integran la Subred Sur Occidente.
4. **Gestión en IPS:** en este componente, se realizan asistencias técnicas a las IPS públicas y privadas que hacen parte de la Subred con el fin de mantener a los profesionales actualizados y capacitados en diferentes temas de interés en salud pública; adicionalmente, se realiza el proceso de adaptación e implementación de las RIAS en las

instituciones, para el año 2017 se intervinieron en la localidad de Fontibón 17 IPS (7 públicas y 10 privadas).

5. Gestión de medicamentos (Biológicos), insumos y dispositivos médicos: la entrega de medicamento de TBC, lepra y ETV al 100% de usuarios en la subred según la necesidad y la ubicación de los casos de tuberculosis, Lepra y ETV, disminuyendo barreras; para la localidad de Fontibón en el año 2017 se captaron 63 pacientes diagnosticados y se suministraron 15.705 medicamentos que ayudaron a impactar la salud de los usuarios diagnosticados con dichas enfermedades transmisibles.
6. Activación de rutas: se realiza gestión y seguimiento a casos de prioridad alta (ruta 1 a la ruta 6) reportados por cada uno de los espacios de vida (vivienda, trabajo, público y educativo), la ruta 7 de canalización protección específica y detención temprana, buscando disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud de la población. Para la localidad de Fontibón en el año 2017 se realizaron 320 activaciones de rutas: donde se evidencia una atención efectiva de 34, atención programada de 8, usuarios aceptado 10, usuario rechazado 29 y casos que se encuentran en trámite 65. Según la aceptación étnica de los usuarios el 0,3% (1) pertenecen a comunidad indígena, 0,8% (3) pertenecen a comunidad afrocolombiana y el restante no se identifica en ninguna etnia.

5.2.4. Gobernanza

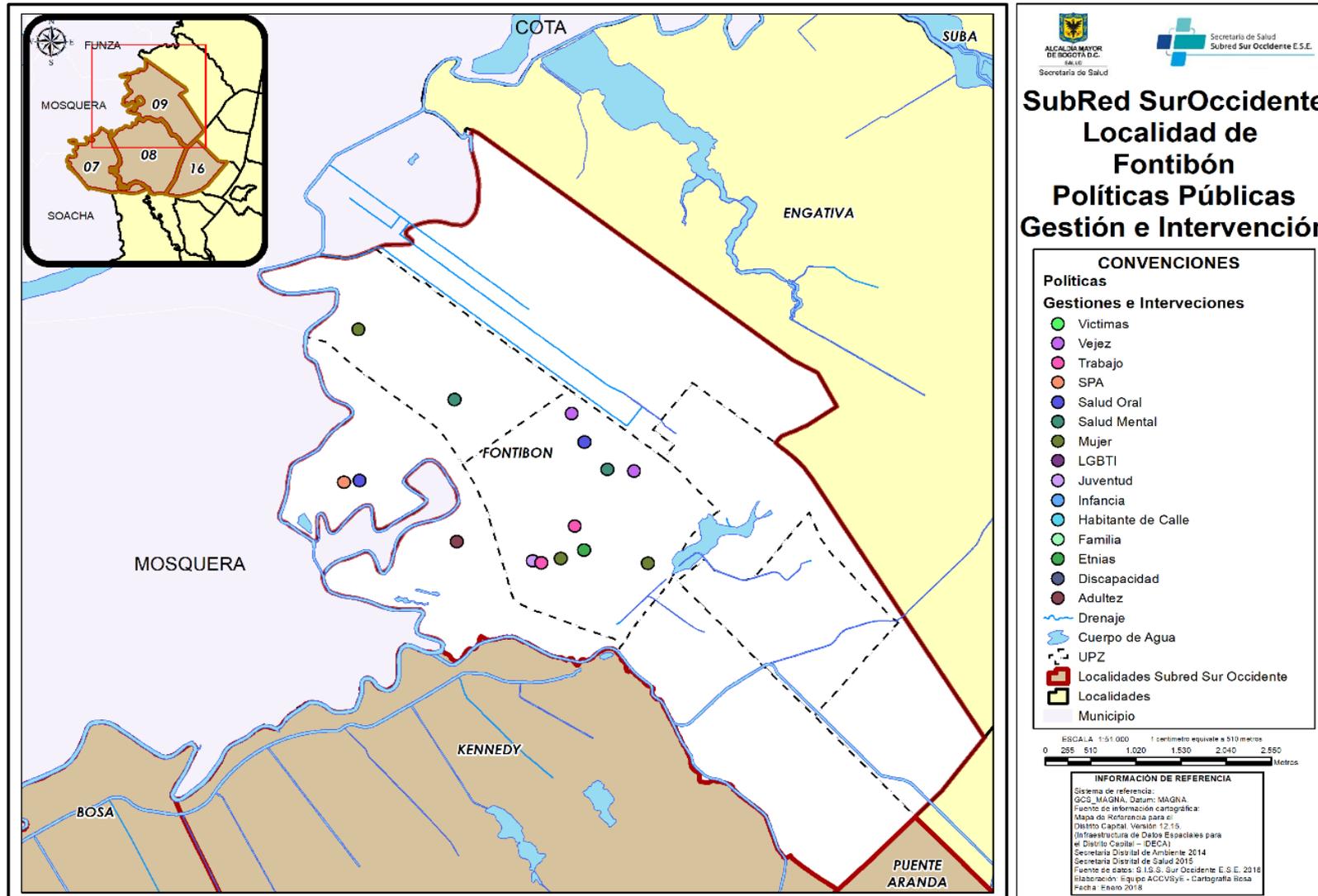
La Gobernanza en salud, se entiende como un proceso dinámico, sistémico, integral, participativo y estratégico, que permite incidir de forma activa en las agendas políticas de otros sectores para modificar las condiciones que son determinables y que están involucradas en la protección de la vida y la prevención de la enfermedad, identificadas y priorizadas en las diferentes escalas del territorio (Distrito, localidades y UPZ) a partir de la generación de conocimiento sobre las relaciones entre las condiciones, la calidad de vida con la salud y la enfermedad (25).

Gobernanza cuenta con una acción integradora la cual se integra con tres componentes a saber: “posicionamiento de las políticas públicas para incidir en los riesgos colectivos y favorecer la salud y la calidad de vida”, el segundo componente es “generación de conocimiento sobre las relaciones entre condiciones calidad de vida, salud y enfermedad” y el tercer componente es estrategia de articulación de las intervenciones de ‘información en salud’ y ‘educación y comunicación para la salud’ del PSPIC” (29).

Para el primer componente, la Subred cuenta con 6 profesionales en las políticas de curso de vida a saber: infancia y adolescencia, juventud, adultez, vejez y familias. Para las políticas poblacionales según condición, situación y diversidad sexual se cuenta con 2 referentes para discapacidad, 1 para etnias, 2 para Lgbti y mujer, 1 para habitante de calle y personas en ejercicio de la prostitución, y 1 profesional para personas víctimas del conflicto armado. Finalmente se cuenta con 2 profesionales para las políticas de Seguridad alimentaria y nutricional, 2 profesionales para Gestión y salud ambiental, 2 profesionales para las políticas de salud mental y SPA, 1 profesional para la política de salud de los trabajadores y 1 profesional para la política de salud oral.

A continuación, se presenta la gestión política y las intervenciones realizadas por las políticas en la vigencia:

Mapa 21. Gestión e intervención de las políticas públicas, localidad de Fontibón, abril - diciembre 2017



Análisis de los resultados de las acciones

Para materializar la gestión de políticas de interés en salud pública, en Gobernanza, para el posicionamiento político se describen los siguientes espacios locales e institucionales:

Consejo local de Gobierno: en este espacio se realiza presentación de cada uno de los comités y consejos, articulación de estrategias planes y programas y la territorialización de la política distrital en lo local. Una de las debilidades que se continúa presentando es la ausencia de algunos sectores y el incumplimiento a los compromisos asignados lo que limita la operación del escenario. En este sentido la ESE, presenta acciones que desde la Subred ayudan a subsanar las necesidades presentadas desde el ámbito de seguridad y convivencia.

Comisión Intersectorial de Participación (CLIP): es un espacio local que busca posicionar el Sistema Distrital de Participación y ser el ente asesor en el nivel local para su implementación, durante esta vigencia se sesiono de manera mensual, uno de los principales objetivos propuestos fue el fortalecimiento de la participación teniendo en cuenta las necesidades locales con énfasis territorial, de esta manera se propusieron estrategias de análisis para comprender los niveles de participación y las estrategias para su abordaje.

Unidad de Apoyo Técnico (UAT): se considera un escenario local que busca fortalecer la articulación intersectorial en pro de afianzar los mecanismos con los que se opera la política social a través de las mesas redes y consejos. En la actualidad es coordinado por la Subdirección Local de Integración Social con la participación de los diferentes sectores locales. Desde la Subred se ha dado el acompañamiento y participación activa y permanente desde la Coordinación de Gobernanza para la localidad. Para este periodo se tienen avances respecto a revisión de agenda social y preparación y ejecución de CLOPS.

Movilización social y participación: se presenta el mapa de actores que da cuenta de la activación de redes en la localidad, por cada política y programa.

Direccionamiento Estratégico: se orientó técnica y operativamente el desarrollo del proceso de Gobernanza, mediante la planeación, ejecución, verificación y ajuste de las acciones sectoriales, institucionales y locales, con el fin de responder a las necesidades de la población, en concordancia con los postulados de las políticas y programas de salud pública.

Además, se orientó a los equipos de espacios para la planeación y ejecución de las acciones a nivel territorial por medio del formato del plan operativo estratégico, esto permitió realizar un ejercicio de fortalecimiento de capacidades, donde además se reconocieron las necesidades en salud de la población.

El componente 2 de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad (Accvsye), facilita el reconocimiento de los elementos estructurales y específicos alrededor de los eventos, necesidades y prioridades en salud, el análisis realizado se usa por los diferentes actores, institucionales y comunitarios y en los procesos de seguimiento y evaluación de planes y programas del componente de Gobernanza.

Agenciamiento en las instancias locales: en cuanto a la agenda sectorial local se ha avanzado articuladamente entre el componente de políticas y análisis, con el apoyo de los espacios locales en la construcción de un documento bajo una versión adaptada de la metodología BIT PASE. En el marco de este ejercicio se identificaron tensiones, precursores y generadores para cada una de las localidades, se documentaron a partir de la información disponible y se priorizaron. Complementadas con la descripción de la oferta sectorial para la formulación de propuestas de acción en estos mismos niveles en relación con nodos de relación geográfica. Este producto cuenta con un documento concreto por localidad con tensiones identificadas y georreferenciadas y propuestas de acción.

En cuanto a la participación en las instancias locales de coordinación de las políticas públicas para la implementación, seguimiento y monitoreo de los planes de acción local se desarrolla de manera permanente en la localidad. Se tienen dificultades en aquellas políticas que no cuentan con espacios normados tales como habitante de calle y salud oral; o que no

se convocan de manera regular como en el caso de etnias y víctimas, pero en términos generales hay un buen ejercicio de posicionamiento e incidencia del sector salud en dichos espacios. Se ha venido trabajando en la construcción de una proyección de incidencia en los espacios locales como sector, lo cual se ha articulado con la agenda sectorial local, los planes de acción de las políticas y la estrategia de abordaje territorial.

Para orientar técnicamente la estructuración de las actividades a desarrollar en el marco de las jornadas locales programadas por el espacio público se definió un procedimiento interno del PIC que vincula en la planeación a los referentes de políticas, integrantes del componente 3 y profesionales de apoyo del espacio público, el cual ha permitido desarrollar concertada y oportunamente la planeación de las jornadas, implementar y documentar de manera sistemática el ejercicio.

Respuestas territoriales en el marco de planes locales sectoriales e intersectoriales: en este sentido se construyó el plan estratégico del proceso transversal gobernanza. Se conformaron 4 grupos funcionales (infancia, juventud, adultez, vejez) y 6 equipos técnicos (discapacidad, salud oral, salud mental, salud ambiental, trabajo y SAN), lo cuales tienen establecidos encuentros mensuales.

Para la construcción del componente sectorial en los planes de acción de las políticas públicas los principales avances están en las políticas de infancia y vejez, bajo la rectoría de la Secretaría de integración social y de acuerdo con la metodología propuesta por la Secretaría Distrital de Planeación. Por otra parte, hay otras políticas que han avanzado en la construcción de sus planes de acción bajo la batuta de los entes rectores de la política como es el caso de discapacidad que cuenta con planes articulados entre lo distrital y lo local, contruidos con participación comunitaria y validados por el sistema distrital de discapacidad. Las políticas de juventud, adultez, habitante de calle y familia a pesar de contar con la rectoría de la Secretaría de Integración Social no muestran avances significativos en la construcción de sus planes de acción local, en algunos casos relacionados con la ausencia de espacios de participación consolidados.

Como Fortalezas en el proceso la política de infancia y adolescencia manifiesta el reconocimiento de los actores intersectoriales, articulación en actividades que promueven calidad de vida digna para los niños, niñas y adolescentes.

Se ha hecho entrega y divulgación de indicadores trazadores, agenda sectorial y diagnóstico local como insumos para la elaboración del panorama situacional de los niños, niñas y adolescentes de la localidad. Así mismo, se ha participado en los espacios de incidencia como el COLIA, mesa PETI, Mesa RIAPI y Red del buen trato, que han permitido reconocer los actores intersectoriales en lo local, identificar problemáticas y articulación de respuestas intersectoriales para la población de niños, niñas y adolescentes de la localidad.

Como debilidades se encuentra la falta de duplas de vacunadoras PAI que ha afectado los ejercicios que se realizaban al interior de los jardines infantiles. A pesar de contar con profesionales certificados en la estrategia AIEPI no se definen acciones claras desde los lineamientos de la política para el desarrollo de acciones de formación y promoción.

En la política de juventud como fortalezas se encuentran las acciones específicas que tiene espacio público y escolar para jóvenes, la articulación con las entidades como la Alcaldía Local y el IDPAC y la Secretaria de Integración Social. Como debilidades están la no constancia en la entrega de insumos como lo son las pruebas rápidas de VIH y SIFILIS, la poca disponibilidad de las acciones de Cuídate y se feliz dadas sus programaciones, las acciones de SOJU que para esta localidad la cobertura no es suficientes para la demanda y la dificultad de participación y organización de los jóvenes de la Localidad.

La política de adultez tiene como fortalezas la participación activa en la mesa de productividad de zona franca y el acompañamiento de SDIS en la planeación de jornadas para identificación e intervención de trabajadores recicladores y bodegueros. Como debilidades no se lleva a cabo el comité local de adultez - COLA, dado que la Política Pública se encuentra en evaluación por parte de la Secretaría Distrital de Integración Social, no se

cuenta con un plan de acción de la política pública formalizado, que permita orientar las acciones de manera armonizada.

Como limitaciones se tiene que es una política muy demandante con bastante incidencia y las acciones desde los espacios al igual que el talento humano no son suficientes para dar respuesta a esta demanda; es indispensable enfocar acciones en este grupo poblacional tales como identificación de factores de riesgo, acceso oportuno a servicios de salud, educación en salud enfocada desde las particularidades de las personas mayores.

En la política pública para las familias se evidencia como debilidad, el desconocimiento por parte de los ciudadanos de su existencia por lo que se ha venido estructurando una propuesta de acciones muy específicas para posicionar las acciones desde el sector salud con la política pública.

Para la política pública de la mujer y equidad de géneros, están como fortalezas la articulación con las respuestas operativas de Secretaría Distrital de la Mujer resulta importante para la implementación de las acciones de apoyo desde el sector, esto sumado a la articulación con la referencia de rutas transectoriales y PIC POS, salud mental y el equipo de análisis resultan en el cumplimiento de acuerdos y el fortalecimiento de la política. Es positiva la articulación con enlace SOFIA y el recurso dirigido a mujeres desde el plan de desarrollo local en ejecución desde ONU Mujer. Como debilidades, no hay una respuesta particular para el sector de mujeres por lo cual las peticiones de acciones educativas no pueden ser cumplidas o programadas con facilidad, lo cual reduce las acciones colectivas específicas en temas de riesgo para las mujeres, en la vigencia solo se realiza una jornada programada desde SDS por lo cual las acciones de educación deben ser cubiertas desde la referencia y debido a su periodicidad solo se generan compromisos para fechas emblemáticas, sin embargo resulta difícil gestionar respuestas como cuídate y se feliz o acciones con profesionales debido a los tiempos de ejecución y la programación de SDS de las acciones de los equipos operativos de espacio público.

La política pública de Lgbti identifica como fortaleza el aliado estratégico “espacio público” el cual es un brazo operativo de las acciones de identificación poblacional, activación de rutas y mitigación del riesgo. La división de acciones entre dos referentes para la política optimiza procesos y permite un mayor alcance en el impacto de los compromisos, así como la gestión más organizada de procesos locales. Como debilidades, aunque el equipo poblacional resulta indispensable para las acciones en las localidades, su operación con dos poblaciones sumada a la rotación entre las actividades poblacionales y otras acciones del espacio reduce su impacto local además de interrumpir procesos que se desarrollan cuando no hay continuidad de los profesionales en las acciones con una población que es usualmente reacia a procesos de IEC.

En la política pública de discapacidad se evidencia como fortaleza las acciones realizadas con la participación de actores locales, las cuales favorecen la ejecución de las mismas, como debilidad se presenta la falta de compromiso de algunas entidades y la falta de presupuesto para la ejecución de las actividades.

En la política pública de etnias se identifica la implementación de la estrategia de medicina ancestral y la aprobación y publicación de acciones afirmativas como fortalezas. Como debilidades se presenta la imposibilidad de articulación con la comunidad dado a sus dinámicas culturales, jornadas y tiempos para asistir a las actividades programadas.

En la política pública de las personas víctimas del conflicto armado se evidencia como fortalezas la articulación con alta consejería, secretaria de integración social, quilombos, PAI, espacio vivienda (Papsivi) espacio público para trabajo de medicina ancestral, así como el acompañamiento de la personería local, la articulación interinstitucional y la participación comunitaria. Como debilidades se encuentra la falta de corresponsabilidad por parte de la población con las acciones institucionales que se proponen para generar espacios efectivos de participación ciudadana. Por falta de quorum no siempre se realiza el comité mensual, lo que paraliza los procesos y articulaciones propuestas para las actividades a desarrollar.

En la política pública para la habitabilidad en calle se presentaron como fortalezas las acciones específicas que tiene espacio público para población habitante de calle, como lo son el Equipo Poblacional de Habitante de Calle y Lgbti y los servicios de acogida, quienes trabajan desde la mitigación de riesgo y reducción de daño del consumo de SPA. Como debilidades se encuentran: la no constancia en la entrega de insumos como pruebas rápidas de VIH y sífilis y la falta de jornadas de vacunación para población habitante de calle (tétano).

En la política de seguridad alimentaria y nutricional se identifica como fortaleza a nivel sectorial e intersectorial el interés en el trabajo articulado frente a las problemáticas y riesgos identificados, lo que genera acciones adecuadas de articulación y gestión. Como debilidades no se cuenta con el suficiente personal con el perfil de nutrición y dietética, por lo cual se ve limitado el accionar frente a las problemáticas y riesgos identificados generando poca cobertura, identificación y abordaje de los mismos.

En la política de salud oral se encontraron como debilidades inconsistencia en base de datos y las instituciones no tienen dentro de sus lineamientos acciones de salud oral obligatorias.

En las políticas de salud mental y SPA se presenta como fortalezas el empoderamiento técnico a la comunidad e instancias de participación y el trabajo en equipo con sectores comprometidos con la estrategia, mejorando las condiciones para la vida y la salud de la población. Como debilidades están presupuesto y cobertura limitada, no se cuenta con talento humano suficiente, en cuanto a sectores, se cambia constantemente de referente, lo que hace que se recargue la responsabilidad solo al sector salud.

Para la política de Salud ambiental como fortalezas la competencia técnica y operativa de los equipos que realizan las acciones de salud ambiental en el marco de la implementación de la política pública y el conocimiento de las condiciones en salud ambiental de los territorios. Así mismo, la movilización de organizaciones de base social, entorno a las problemáticas en salud ambiental que afectan las condiciones de vida de las comunidades, en especial en territorios que presentan mayor grado de vulnerabilidad. Como debilidades se encuentra que

el enfoque inadecuado de la educación ambiental en los procesos de cambio cultural, ha propiciado el arraigo de hábitos inadecuados, que redundan en una falta de apropiación del entorno físico por parte de la comunidad. La población, en general, carece de interés por fortalecer procesos de movilización comunitaria y de promover procesos que garanticen la sostenibilidad de acciones de mitigación del impacto ambiental que se presenta, de manera creciente, en la localidad.

Por último, en la política de salud de los trabajadores se evidencia como fortalezas que los espacios sectoriales e intersectoriales se encuentran comprometidos con las necesidades de la población trabajadora informal y sus acciones están dirigidas a dar respuestas oportunas, activando rutas, orientando en el efectivo proceso de prevención de la salud laboral y prevención de eventos ATEL.

Como debilidades se encuentra la reprogramación de los espacios intersectoriales, que causan contratiempos en las acciones periódicas que se programan, así mismo, hay metas o acciones que se deben cumplir en los espacios y que por su nivel de prioridad no permiten abordar las diferentes temáticas como se habían establecidos en los planes locales por política.

El tercer componente de gobernanza está encaminado a orientar y armonizar las diferentes intervenciones de “Información en salud y de Educación y Comunicación para la salud” del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) en los espacios de vida cotidiana (vivienda, educativo, trabajo y público) y las acciones de los Procesos transversales (Gobernanza, Programas y Acciones de interés en Salud Pública, y Vigilancia en Salud Pública), por medio de soporte técnico y operativo en el uso de estrategias pedagógicas y de comunicación, así como de herramientas tecnológicas, digitales y de difusión, acordes con el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y las necesidades en información, educación y comunicación de la población de la Sub Red Sur Occidente.

Como logros de este componente se tiene la visibilización de las acciones transversales del PSPIC de la Subred Sur Occidente a través de las diferentes estrategias para la construcción de mensajes de información en salud, llegando a la comunidad, a través de la difusión en medios electrónicos (Facebook, Twitter, Página Web, boletín interno institucional). La participación activa en Jornadas distritales, locales y acciones itinerantes, lo cual incrementa los conocimientos de salud en la población.

Así mismo, el posicionamiento del proceso de fortalecimiento de capacidades en la Subred Sur Occidente en los diferentes espacios y procesos, que se evidencia con el reconocimiento del trabajo realizado por el equipo IEC con los diferentes grupos de colaboradores, el fortalecimiento de habilidades y capacidades a los colaboradores de los diferentes espacios y procesos del PSPIC que favorecen el accionar con la comunidad, los resultados sobresalientes en las evaluaciones frente a los instrumentos que se aplican para medir percepción de los colaboradores de acuerdo al desarrollo de la actividad, las metodologías implementadas y los conocimientos previos y aprendizajes adquiridos. Durante el desarrollo de los talleres se generaron espacios de reflexión y análisis con ejemplos y vivencias aplicables a su rol cotidiano lo que permitió evidenciar mayor interés y participación de los colaboradores durante las sesiones.

Como dificultades se encuentra que las piezas comunicativas desde SDS llegan un poco tarde, a veces hasta un día antes de la jornada y/o campaña, no siendo un proceso óptimo para su desarrollo de difusión, los colaboradores no cuentan dentro de su lineamiento con un tiempo definido y destinado para participar en los fortalecimientos lo que implica la falta de asistencia y continuidad en el proceso sobre todo en el espacio educativo que canceló la capacitación en algunas sesiones, de igual manera con los procesos transversales la programación no es fácil debido a la falta de tiempos administrativos para desarrollar estos espacios y la falta de suministro de los recursos para la elaboración de materiales didácticos que facilitan el desarrollo de las actividades comunicativas.

6. ANÁLISIS Y SÍNTESIS

Para analizar la situación de salud y la calidad de vida de la localidad se parte de la interacción entre la población, territorio, ambiente y sociedad, que evidencia las implicaciones de los procesos políticos, económicos, sociales y ambientales sobre la salud de las poblaciones en las escalas del territorio a nivel local y por UPZ.

Teniendo en cuenta las particularidades de la localidad, las condiciones de vida y determinantes, así como los indicadores de morbi-mortalidad, estadísticas y experiencias en campo desde el PIC se realizó una identificación de situaciones tensionantes (problemáticas) en los territorios y sus respectivos determinantes sociales en salud, las cuales fueron soporte para la formulación de propuestas de acción, que serán consideradas en los diferentes escenarios locales para la construcción de agendas locales.

Para identificar las tensiones en salud locales, se utilizó como metodología una adaptación de la estrategia PASE a la equidad en salud desde el abordaje de las dimensiones prioritarias del PDSP 2012-2021 la cual se adopta por las entidades territoriales departamentales y distritales para definir Planes Territoriales de Salud. A partir de esta adaptación, el equipo de Accvsye de la Subred Sur Occidente aportó a la priorización y a las propuestas acción en el marco de la gobernanza.

Así mismo, se identificaron aquellas zonas en las cuales se concentran más necesidades y desigualdades, con el fin de brindar elementos para el análisis de los equipos y sectores que puedan participar en la generación de propuestas a implementar en los diferentes territorios.

Teniendo en cuenta tanto las situaciones tensionantes, como sus determinantes y comprendiendo las dinámicas del territorio, se realizaron mesas de trabajo con los espacios de vida cotidiana y los procesos transversales con el fin de poder validar la información y orientar las acciones de las agendas sectoriales respondiendo a las necesidades identificadas, es así, como de manera conjunta se llega a un análisis de la respuesta y posibles recomendaciones para la articulación de las próximas agendas sectoriales, partiendo de las necesidades y dinámica del territorio.

La información consignada fue suministrada por el componente 1 y 2 de Gobernanza, los procesos transversales y los espacios de vida cotidiana y el componente de Programas y Acciones de la Subred Sur Occidente y se consolidó en mesas de trabajo. Desde nivel central se dictaron talleres para la metodología, instrumentos de recolección de la información y análisis de la misma

6.1. METODOLOGÍA

La metodología se soporta conceptualmente del modelo para el análisis de balances, interacciones (relaciones) y tensiones entre las dinámicas poblacionales, ambientales, sociales y económicas (BIT PASE) y el modelo de determinantes de la salud desde el enfoque del PDSP 2012-2021. De él emergen una serie de postulados, principios y fundamentos acerca de la concepción del desarrollo, la población y la planeación, que han sido adoptados en el marco de la adaptación del modelo a las condiciones del PDSP y de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud (30).

El modelo BIT PASE, comprende los procesos de salud-enfermedad como el resultado de la trama de relaciones que se dan entre las dinámicas demográficas, ambientales, sociales y económicas (PASE) presentes en el territorio y las dimensiones prioritarias para la vida establecidas en el PDSP, lo cual puede contribuir a la consecución de este objetivo, pues permiten enfocar las respuestas de forma integral e integrada, en donde la acción de los distintos sectores se enfoque al servicio de las metas y objetivos de política concertados (30).

La documentación de las situaciones tensionantes con sus respectivos eventos, precursores y generadores, permitirán dar aproximaciones que van más allá de la actuación sectorial y avanzan hacia la confluencia de los diversos sectores, tanto institucionales como comunitarios, en el marco de las agendas locales lideradas por el proceso de gobernanza. Esto, además requiere de un cambio en la gestión de las autoridades sanitarias y en las administraciones territoriales, quienes ahora tienen el doble reto de alcanzar los resultados sectoriales, de movilizar y articular los esfuerzos y recursos de la comunidad, así como de los

demás sectores que tienen responsabilidades y competencias frente a las condiciones poblacionales, ambientales, sociales y económicas de las cuales depende la salud (31).

Para el diligenciamiento de la matriz 1 Insumos para la construcción de agendas locales (anexo) se tuvieron en cuenta para la identificación de situaciones y eventos según momentos de curso de vida las siguientes definiciones:

- Tensión: una tensión en salud no es equivalente a un problema de salud. Éste, por lo general, se entiende como una dificultad, un estado indeseable, una carencia, una limitación, una situación que impide el disfrute de la salud. Una tensión en salud se define como *“el conjunto de presiones provenientes de una o varias dimensiones del desarrollo o de las dimensiones prioritarias para la vida, que actúan en diferentes direcciones y generan niveles de estrés que deterioran el estado de salud de una población”*. Las tensiones en salud surgen cuando la relación entre cualquier par de dimensiones del desarrollo no fluye de manera armónica, es decir, cuando el intercambio de bienes, servicios, información, poder, tecnología, etc., resulta desigual y genera presiones indeseables o dañinas en alguno de los aspectos de la salud del colectivo (31).
- Precursor: responde a quién o qué ocasiona de manera directa la situación o evento indeseable.
- Generadores: responde a cuáles aspectos generan la situación o cuáles actúan como determinantes, que se relacionan con el precursor y generan de forma directa la situación o evento.
- Localización: dónde se presentan, localidad o localidades son las más afectadas.

Para la valoración de cada uno de los criterios se tuvo en cuenta una calificación de 1 a 3 en donde 1 es la menor calificación y 3 es la calificación más alta.

Para la priorización de las situaciones en salud se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- Afectación en los territorios: describa la situación y califique.
- Cronicidad: describa, desde hace cuánto tiempo viene ocurriendo la situación o evento.

- Magnitud: grado en que afecta a la población.
- Severidad: impacto que tiene en la población.
- Efectividad: capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera; lo relacionan con los recursos empleados.
- Sectorial: respuesta que ha brindado el sector.
- Intersectorial: intervención de otros sectores.

Para diligenciar la matriz 2 se tuvieron en cuenta además los siguientes conceptos:

- Reforzadores: aquellos factores presentes en el entorno que agudizan las situaciones de inequidad o agravan su impacto sobre la salud.
- Liberadores: aquellos factores que coadyuvan a superar las inequidades o a minimizar su impacto sobre la salud (32).

Para la valoración final de las tensiones se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Implicaciones: describir las consecuencias de la tensión.
- Afectación en los territorios: UPZ, barrios, territorios, etc. afectados por esta situación en la localidad.
- Cronicidad: describa, desde hace cuánto tiempo viene ocurriendo la situación o evento.
- Intensidad gravedad: qué tan grave es la tensión.
- Reforzador: qué tanto agrava la situación o condición presente el reforzador
- Efectividad: capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera; lo relacionan con los recursos empleados.

Luego de espacializar las tensiones, se dio paso a la identificación de nodos y las relaciones en estos de tal forma que se pudiera construir la matriz 3 que contiene los nodos de relaciones identificados en el ejercicio de lectura, comprensión y relación entre tensiones, resultados esperados por cada nodo identificado, propuesta de objetivos estratégicos por nodo y de acuerdo a resultados esperados, propuesta de acciones desde el abordaje sectorial, propuesta de acciones desde el abordaje intersectorial, responsables y espacios de posicionamiento.

Para el diligenciamiento de la matriz 1 se convocaron mesas de trabajo con los espacios de vida cotidiana, referentes del componente 1 de gobernanza, referente de componente programas y acciones, representante de Vigilancia en Salud Pública y el equipo del componente 2 de gobernanza.

Para el diligenciamiento de la matriz 2 y 3 se estableció un taller desde nivel central en el que se hicieron mesas de trabajo donde cada Subred debía valorar las tensiones, espacializarlas e identificar los nodos para realizar las propuestas de acción. Este proceso tuvo varias sesiones, que permitieron perfeccionar el trabajo.

Al tener establecidos los nodos para la localidad se procedió a validar la información tanto con los espacios como los procesos transversales, así mismo, se participó en espacios como las Unidades de Asistencia Técnica de la localidad, grupos funcionales, mesas intersectoriales con el fin de complementar la información y articular la Estrategia de Abordaje Territorial y los recorridos liderados por el componente geográfico y espacial del equipo Accvsye.

Finalmente se construyó el capítulo articulando los hallazgos de los anteriores capítulos, el resultado de la priorización de tensiones e identificación de nodos y la puesta en marcha de las propuestas para la agenda sectorial con las respectivas recomendaciones.

6.2. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO, IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE TENSIONES Y CONSTRUCCIÓN DE NODOS

6.2.1. Identificación y priorización de tensiones

Al inicio del ejercicio local se obtuvieron 26 tensiones de las cuales 10 tenían semaforización roja, 10 tenía semaforización amarilla y 6 estaban en semaforización verde. A continuación se muestran los eventos que quedaron en verde, es decir con acciones de mantenimiento:

Tabla 60. Eventos valorados en verde de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones, localidad de Fontibón, año 2017

Evento o situación indeseable	Valoración
Morbi-mortalidad por eventos transmisibles en la primera infancia (Meningitis)	5,0
Desprotección en niños y niñas menores de 5 años con diferentes tipos de discapacidad	5,0
Lesiones de causa externa "quemaduras y accidentes caseros" en primera infancia	5,0
Pobreza oculta adultez y vejez	5,0
Entornos inseguros y ambientes insalubres que generan problemas de convivencia social	4,9
Morbi-mortalidad por eventos transmisibles en la primera infancia (Tosferina)	4,6

Fuente: Subred Sur Occidente, Tabla 1 Insumos para la metodología de la construcción de tensiones para las agendas locales, 2017

Los eventos que quedaron en amarillo, son aquellos a los cuales se les debe implementar por ser una alarma en salud son:

Tabla 61. Eventos valorados en amarillo de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones, localidad de Fontibón, año 2017

Evento o situación indeseable	Valoración
Accidentes de tránsito toda la población	9,0
Conducta suicida en adolescencia, juventud	9,0
Trabajo infantil	8,9
Cáncer en menor de 18 años (Infancia y adolescencia)	8,7
Agresión por animal potencialmente transmisor de rabia en toda la población	8,0
Poca adherencia a los tratamientos médicos vejez	8,0
Aumento de la prevalencia de Morbilidad por tuberculosis en población adulta y en la vejez	7,4
Prevalencia de Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS)	7,4

Evento o situación indeseable	Valoración
en la población adolescente y joven	
Cutting en infancia y adolescencia	7,2
Dificultad para ingresar al sector productivo juventud y adultez	6,3

Fuente: Subred Sur Occidente, Tabla 1 Insumos para la metodología de la construcción de tensiones para las agendas locales, 2017

De estos eventos se decidió priorizar la conducta suicida, por ser un fenómeno que ha venido en aumento y que cada vez afecta más a las edades tempranas. El evento de Cutting se tratará en el evento de conducta suicida semaforizado en rojo, así como el evento poca adherencia a los tratamientos que se tomará como un generador del evento de enfermedades crónicas también semaforizado en rojo. Los eventos semaforizados en rojo fueron:

Tabla 62. Eventos valorados en rojo de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones, localidad de Fontibón, año 2017

Evento o situación indeseable	Valoración
Desnutrición en menor 5 años	12,0
Enfermedades crónicas adultez y vejez	12,0
Enfermedad laboral y accidente de trabajo adultez y vejez	11,5
Violencia intrafamiliar toda la población	10,6
Maltrato Infantil	10,4
Alta prevalencia de enfermedades respiratorias en población menor de 5 años y mayor de 60 años	10,3
Prevalencia de problemas en salud oral primera infancia	10,2
Malnutrición por exceso en primera infancia e infancia	10,0
Maternidad y Paternidad temprana en la adolescencia y juventud	10,0
Consumo problemático de SPA en adolescentes, jóvenes y adultos	9,8

Fuente: Subred Sur Occidente, Tabla 1 Insumos para la metodología de la construcción de tensiones para las agendas locales, 2017

Al realizar el ejercicio de la matriz 2 con los referentes de políticas, el equipo del componente 1 y líder de gobernanza, los referentes de espacios y programas y los representantes de VSP, se llegó al acuerdo de agrupar la malnutrición ya sea por déficit o por exceso (desnutrición y enfermedades carenciales por micronutrientes) o por exceso (sobrepeso y obesidad) y agrupar el maltrato infantil con la violencia intrafamiliar por ser similares en los componentes de la tensión. Finalmente se desarrollaron 8 eventos semaforizados en rojo y 1 evento semaforizado en amarillo:

Tabla 63. Eventos valorados en rojo y amarillo de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones, localidad de Fontibón, año 2017

Número de la tensión	Evento	Valoración final
1	Prevalencia de problemas en salud oral	9,4
2	Estado Nutricional en sobrepeso y obesidad y Desnutrición	9,4
3	Alta prevalencia de enfermedades respiratorias en población menor de 5 años y mayor de 60 años	9,3
4	Violencia intrafamiliar y maltrato infantil	9,3
5	Maternidad y Paternidad temprana	9,3
6	Consumo problemático de SPA en adolescentes, jóvenes y adultos	9,3
7	Enfermedades crónicas	9,2
8	Enfermedad laboral y accidente de trabajo en el sector informal por falta de elementos de protección, condiciones dignas	9,2
9	Conducta suicida	7,5

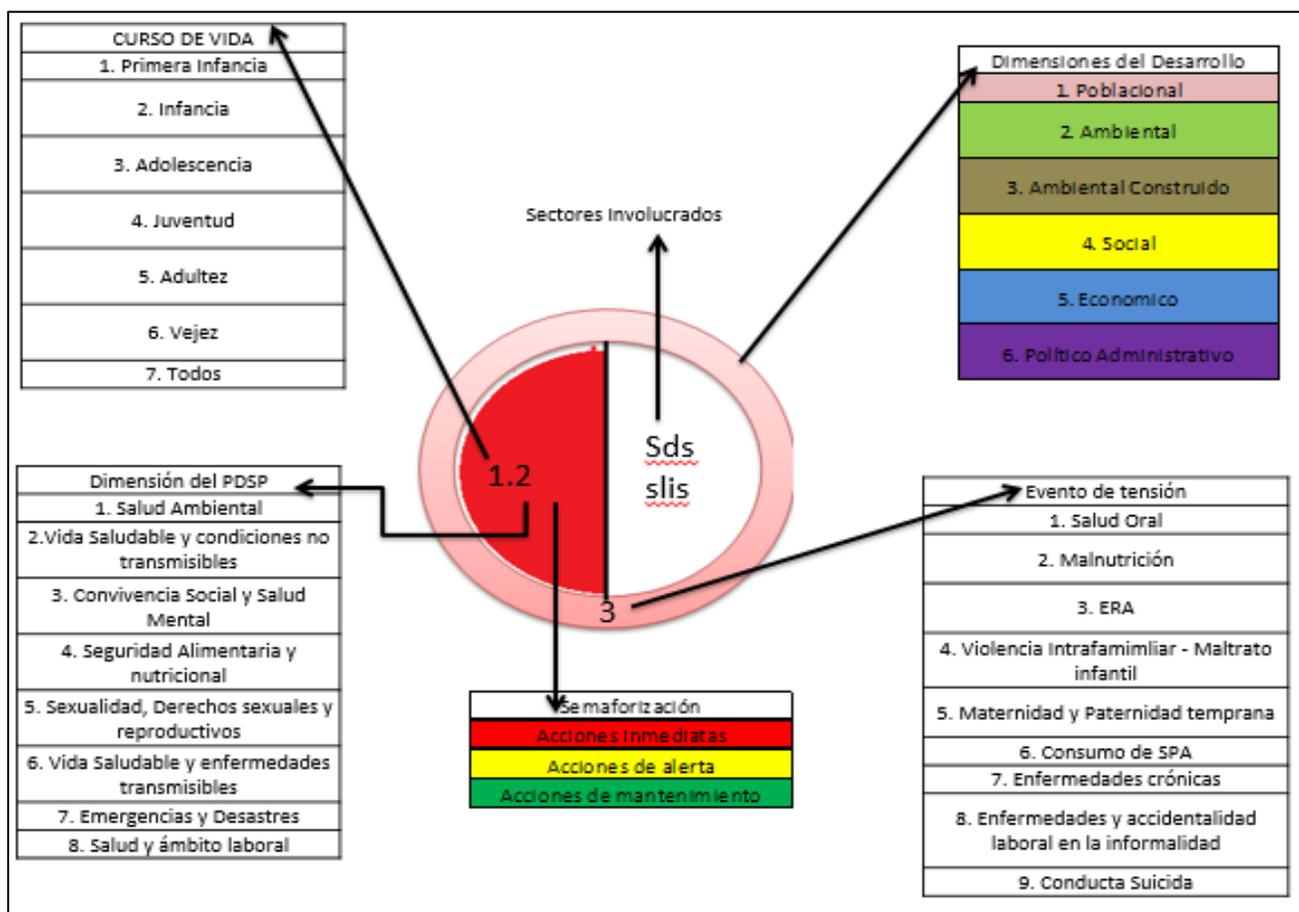
Fuente: Subred Sur Occidente, Tabla 1 Insumos para la metodología de la construcción de tensiones para las agendas locales, 2017

Luego se realizó un ejercicio de localización con las tensiones seleccionadas en la localidad priorizándolas de tal forma que se pudieran presentar propuestas de respuesta y así poder encontrar los nodos de relaciones entre estas tensiones.

6.2.2. Espacialización de los nodos

Para poder ubicar en el territorio las tensiones priorizadas para la localidad se estableció una convención, de tal forma que se pudieran identificar los elementos que convergen en cada una de estas.

Figura 1. Convenciones para identificar los elementos de las tensiones en el mapa



Fuente: SDS, Metodología para ubicación de tensiones identificadas en el territorio, 2017

Al ubicar en el mapa las tensiones se procedió a identificar esos posibles nodos que tienen relaciones entre sí y comparten elementos que permiten intervenir e impactar no sólo una tensión sino varias al tiempo.

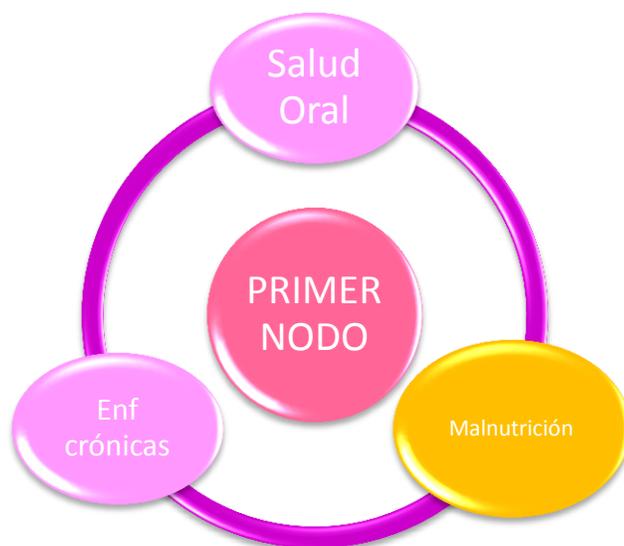
6.2.3. Descripción de los nodos

Mediante el ejercicio de reconocer la relación entre las tensiones en el territorio de la localidad de Fontibón se establece la configuración de tres nodos. Es de esta manera que por medio de los nodos se entiende como a pesar de ser una localidad considerada dentro de las más aventajadas en el Distrito Capital, persisten situaciones de desigualdad al interior de sus UPZ, con territorios donde permanece la vulnerabilidad y la fragilidad social.

Primer Nodo “Prácticas culturales y estilos de vida que aumentan las condiciones mórbidas en la población”.

El primer nodo es predominantemente poblacional y confluyen tres tensiones a saber: dos enmarcadas en la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles; enfermedades relacionadas con salud oral, priorizando a la primera infancia y enfermedades crónicas, priorizando a los adultos y una en la dimensión seguridad alimentaria y nutricional; malnutrición, priorizando todos los momentos del curso de vida.

Figura 2. Primer nodo de relaciones y tensiones, localidad de Fontibón, año 2017



Fuente: SDS, Metodología para ubicación de tensiones identificadas en el territorio, 2017

Mediante el ejercicio de reconocer la relación entre las tensiones en el territorio de la localidad de Fontibón se estableció que para las enfermedades relacionadas con la salud oral la UPZ 75 es la más crítica, con respecto a las enfermedades crónicas son las UPZ's 75 y 76 y frente a la malnutrición son las UPZ's 75, 76, 77, 112 y 114.

Los estilos de vida poco saludables conllevan a hábitos inadecuados, bajos recursos económicos, ausencia de controles médicos y ritmo de vida enmarcado en el consumo que no promueve el auto cuidado.

La baja percepción del riesgo de la salud oral en la primera infancia por parte de los padres y nivel educativo de los cuidadores de los menores, debido a que no se tiene la cultura de la higiene oral son condicionantes importantes para que se presenten las enfermedades relacionadas con la salud oral en este momento del curso de vida. Igualmente la poca importancia de la salud oral en la primera infancia debido a la muda de dientes, los medios de comunicación que no promueven hábitos de higiene, sino que se dedican a la promoción de los productos de higiene oral sin ningún fin educativo, la edad de los menores quienes por si solos no pueden asumir su cuidado oral y adquieren los patrones de conducta de sus cuidadores, son factores que aumentan la problemática.

En la malnutrición la dinámica social dificulta la alimentación casera y saludable en los hogares, llevando a la compra de alimentos procesados con alto contenido de grasa saturada, carbohidratos simples, grasas trans, sodio, entre otros, nutrientes perjudiciales para la salud, así como la disminución del consumo de frutas y verduras. Por otro lado, el mundo del consumo, la globalización, la falta de tiempo y la sociedad inmersa en el uso de las tecnologías de la información, hace que la actividad física no sea vista como una práctica rutinaria sino ocasional y en ocasiones nula. Por otro lado, la oferta desbordada de los alimentos con bajo aporte nutricional o elevado aporte de grasas saturadas, carbohidratos simples que las grandes industrias promueven, desmedidamente condicionan el consumo de alimentos y con ello el estado nutricional de la población.

Con respecto a las enfermedades crónicas, el sedentarismo y los estilos de vida no saludables al igual que la detección inoportuna de la enfermedad y poca adherencia al tratamiento son factores que conllevan a que estas se presenten y se exacerben, aunado a la promoción del consumo de alimentos con calorías vacías, barreras de acceso a los servicios de salud y gestión clínica ineficiente.

En cuanto a las enfermedades relacionadas con la salud oral, el momento del curso vital priorizado es primera infancia, para el año 2016 y de acuerdo al reporte realizado por el subsistema Sisveso la tasa de estas enfermedades es de 137,6 por cada 10.000 niños y niñas menores de 6 años, las principales afectaciones se relacionan con la gingivitis y la caries cavitacional. De acuerdo a las 20 causas de morbilidad para el año 2017 el 32,3% de las atenciones en niños y niñas menores de 6 años fueron por enfermedades relacionadas con la salud oral.

Con respecto a la malnutrición y de acuerdo a datos arrojados por la base Sisvan el 12,6% de los niños y niñas menores de 6 años tienen exceso de peso, el 25,2% de los menores de 6 a 11 años presentan la misma condición al igual que 27,5% de los adolescentes, frente a las gestantes más del 50% lo padece. Por otro lado, en menores de 5 años la prevalencia de desnutrición global es del 2,8% y la prevalencia de desnutrición crónica de 12,3%. Desde otra perspectiva y de acuerdo a las 20 primeras causas de morbilidad para el año 2017 el 1,6% de las atenciones fueron por obesidad.

El ejercicio de desigualdades revela un aumento de la desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años, pasando de 3,7% a 4,3%, dejando ver como este indicador pasa de comportarse como el de una localidad aventajada a uno de una localidad de nivel medio, es decir reducción en la calidad de vida. La alimentación es uno de los primeros elementos que se modifican en el momento en que las condiciones económicas disminuyen afectando tanto su calidad como cantidad, esta condición repercute directamente en el estado nutricional siendo mucho más sensible en los niños y niñas menores de 5 años.

El comportamiento de la morbilidad por RIPS según la agrupación 6/67 muestra que las enfermedades cardiovasculares concentran el 6,5% de las atenciones en el servicio de consulta externa, el 4,8% de las hospitalizaciones y el 3,0% de las urgencias. Por otro lado y de acuerdo a las 20 primeras causas de morbilidad para el año 2017 el 27,4% de las atenciones están relacionadas con enfermedades crónicas. Específicamente en la adultez representan el 25,9% distribuidas así hipertensión 17,0%, hiperlipidemia mixta 2,9% diabetes el 3,0% y la obesidad 3,0%.

Análisis de la Respuesta

Desde el espacio público se efectúan acciones itinerantes abordando temas como alimentación saludable, recreación, promoción de la lactancia materna, buen manejo de alimentos, salud oral, recreación, uso de la bicicleta, reducción del consumo de tabaco, entre otras, priorizando las UPZ 75 y 76. El mayor impacto generado, se encuentra determinado en relación a la apropiación y recordación de la información por parte de la comunidad

Así mismo por parte de espacio público se efectuó la ubicación de un punto dentro de la localidad rotado en las UPZ Fontibón, Fontibón San Pablo. En el periodo se tamizaron un total 6.491 personas mayores de 18 años identificando riesgo cardiovascular alto en el 2,8% (183) y medio en el 28,1% (1.801). Frente a estas acciones se logra la detección temprana y/o canalización oportuna para enfermedades crónicas tales como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, EPOC, síndrome metabólico, riesgos cardiovasculares por consumo de tabaco y alcohol, malos hábitos alimentarios y de actividad física,

Desde el espacio educativo se desarrolla a través de la estrategia disfrutarte la promoción de prácticas de alimentación saludable, actividad física, uso adecuado del tiempo libre y cuidado del cuerpo. La UPZ con mayor cobertura en las acciones de Espacio Educativo fue Fontibón Centro con trece colegios, seguida de Fontibón San Pablo con dos, y Zona Franca y Modelia con un colegio cada una.

Por medio del espacio vivienda, desde el componente de familias se realizan visitas integrales a niños y niñas con desnutrición aguda, dando cobertura de aquellos usuarios remitidos desde el área de VSP, entre las acciones realizadas se encuentran las educativas sobre lactancia materna, alimentación complementaria, hábitos alimentarios saludables, actividad física entre otras. Así mismo se realiza el abordaje integral el cual incluye un profesional en nutrición.

Por parte del área de VSP por medio del subsistema Sisvan se lleva a cabo la vigilancia y seguimiento a los eventos de mortalidad por y/o asociada a la desnutrición (evento 112), bajo peso al nacer (evento 110) y desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años (evento 113). Así mismo por medio del Sisvan escolar se realiza tamizaje en colegios centinela de peso y talla y acciones relacionadas con alimentación saludable.

Por parte del subsistema Sisveso se efectúa seguimiento por medio de la vigilancia centinela. Referente a las investigaciones epidemiológicas de campo, se realizan para identificar factores sociodemográficos, culturales y económicos que permitan establecer las causas de los resultados en salud oral y establecer factores de riesgo, protectores para así mitigar los resultados no deseados de la población.

En general se identifica que las acciones realizadas desde salud pública tienen una baja cobertura frente a la demanda local, así mismo se evidencia que la respuesta se concentra en las UPZ 75 y 76 que si bien agrupa la mayor proporción de población vulnerable, quedan descubiertas parcial o totalmente las UPZ 77, 112 y 114.

Segundo Nodo “Dinámicas sociales y familiares que afectan la salud mental de la población”.

El segundo nodo es predominantemente social y confluyen cuatro tensiones a saber: tres relacionadas con la dimensión convivencia social y salud mental; violencia intrafamiliar y

maltrato infantil, conducta suicida y consumo problemático de SPA, y una en la dimensión sexualidad y derechos sexuales y reproductivos; maternidad y paternidad temprana.

Con respecto a la territorialización, la UPZ 75 está altamente afectada por problemáticas como lo son maternidad y paternidad temprana, conducta suicida y violencia intrafamiliar y maltrato infantil. En la UPZ 76 se identifican prioridades referente a violencia intrafamiliar y consumo problemático de SPA. Para la UPZ 77 el consumo problemático de SPA, la maternidad y la paternidad temprana son las problemáticas más sentidas al igual que en la UPZ 115 el consumo problemático de SPA.

Figura 3. Segundo nodo de relaciones y tensiones, localidad de Fontibón, año 2017



Fuente: SDS, Metodología para ubicación de tensiones identificadas en el territorio, 2017

Las condiciones socioeconómicas desfavorables que beneficia un ambiente familiar cargado de estrés, falta de redes de apoyo familiar y trastornos mentales no tratados, son las posibles causas de que se presente el segundo nodo local.

Específicamente para la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil se considera que las condiciones precarias de habitabilidad incluida el hacinamiento son escenarios propicios para la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil. Estas situaciones están dadas por los modelos socioeconómicos y culturales marcados por el conflicto interno y el machismo, ausencia del rol cuidador o su delegación a terceros.

Por otro lado, la falta de normatividad rígida frente a sanciones para el victimario, la omisión en la notificación dadas las implicaciones legales que ésta trae, la no credibilidad en las instituciones ante el apoyo débil, las prácticas sexuales engañosas, el conflicto armado, la sociedad machista, racista y homofóbica son factores que contribuyen a que la violencia e violencia infantil se siga presentando, incluso, en mayores proporciones.

La dificultad para acceder a métodos anticonceptivos de manera gratuita, la no continuidad en la oferta de programas y estrategias dirigidas para los jóvenes, ausencia de proyectos de vida en los adolescentes y jóvenes, barreras de acceso al sistema de salud, redes sociales que propagan la sexualidad temprana son factores que están contribuyendo a que la maternidad y paternidad temprana se siga presentado. Aunados la no planificación familiar, sexualidad irresponsable ante el conocimiento de métodos anticonceptivos, la falta de oportunidades y desaprovechamiento y la ausencia de motivación e incentivos para ejercer una vida productiva sana.

El consumo problemático de SPA puede ser causado por el uso inadecuado del tiempo libre dado por situaciones como la deserción escolar o la poca oferta de servicios para el aprovechamiento del tiempo libre, así mismo, el fácil acceso y disponibilidad de SPA, como la presencia de consumo de estas sustancias en círculos sociales o familiares fomenta el consumo.

Asimismo, el microtráfico en lugares de fácil acceso o lugares estratégicos de mayor afluencia, el acceso gratuito a SPA generando adicciones en la población, cobertura ineficiente de los programas de rehabilitación, psicología, psiquiatría, la normalización entre los jóvenes del consumo de SPA, el fomento por las redes sociales del consumo de sustancias, así como los contenidos programáticos de los canales de televisión y la música contribuyen al consumo temprano de sustancias psicoactivas.

Como posibles desencadenantes de la conducta suicida se encuentran; la deserción escolar y desescolarización, acoso escolar por parte de los compañeros, por parte de la familia o por parte de pares, falta de proyecto de vida, consumo de SPA, violencia Intrafamiliar, abuso sexual, poca oferta de servicios para uso de tiempo libre, ausencia o inadecuado tratamiento de trastornos mentales y depresión. Como reforzadores de esta problemática se encuentran: la deficiente intervención del estado frente a la salud mental, conductas suicidas dentro del hogar, difícil acceso a la educación superior, la no implementación de enfoque de derechos y enfoque diferencial en todas las instituciones, servicio de atención en salud mental deficiente.

El 3,8% de las notificaciones de eventos de interés en salud pública son relacionados con la violencias; el 31,2% de las víctimas sufren violencia intrafamiliar, el 29,9% maltrato infantil, el 35,9% violencia sexual y el 32,3% violencia de género, el 73,3% de las personas notificadas son del sexo femenino, el 23,4% de las víctimas son adultas, el 19,6% jóvenes, el 18,4% están en la primera infancia, el 18% son adolescentes, el 12,9% infantes y el 7,7% adultos mayores. De acuerdo a la base de datos SIVIM el 8% de las agresiones se realizan bajo el efecto de drogas psicoactivas.

La estratificación por desigualdades revela que las localidades menos aventajadas son las que tienen tasas de fecundidad en adolescentes más altas con respecto a las más aventajadas, Fontibón se comporta para el año 2011 como una localidad aventajada, y para el año 2014 como una de nivel medio, indicando que sus condiciones de calidad de vida disminuyeron, con respecto a la fecundidad en adolescentes el indicador se redujo tanto para

las de 10 a 14 años como para las de 15 a 19 años, esta situación se presentó tanto en las localidades aventajadas como en las menos aventajadas.

Si bien el embarazo a temprana edad se constituye como una problemática para las familias y el Estado, por sus implicaciones, no solo biológicas, sino en términos del capital humano, es importante destacar que la tasa de fecundidad en adolescentes de la localidad de Fontibón muestra un comportamiento descendente entre el año 2011 y 2016, la disminución en el número de nacimientos en adolescentes en este periodo de tiempo ha sido del 31,8%, siendo este más marcado en el grupo de 10 a 14 años con un 64,7%, para el grupo de 15 a 19 años este descenso fue del 30,8%.

La conducta suicida representa el 7,1% de la notificación local, el 74,4% de los reportes son por ideación suicida, 17,2% por intento y el 7,3% por amenaza. El 27% de personas notificadas tienen una red familiar débil y el 10,3% estresante, así mismo, el 46,8% presentan una disfunción familiar severa y moderada, factores que pueden desencadenar el suceso. Adicionalmente, el 6,9% de las personas efectúan el evento bajo el efecto de sustancias psicoactivas (alcohol principalmente).

Por desigualdades la ideación suicida en la localidad de Fontibón revela un aumento preocupante que pasa de una tasa de 4,8 por 10.000 habitantes a una de 7,4 entre el año 2011 y 2014, los indicadores más altos para este evento se registran en las localidades menos aventajadas, la tasa para el año 2014 tiene un comportamiento similar al registrado por las localidades menos aventajadas, indicando una alerta local para esta problemática.

El consumo de SPA también es un factor de riesgo para las enfermedades crónicas, y este, a su vez, puede terminar en conductas agresivas que generan violencia intrafamiliar, ruptura de vínculos familiares, baja autoestima, conductas suicidas entre otros. De acuerdo al subsistema de vigilancia Vespa el consumo abusivo de sustancias psicoactivas representan 1,5% de la notificación total de la localidad de los eventos de interés en salud pública. El 50% de las personas notificadas son jóvenes y las drogas de inicio en el 100% de los casos son

sustancias permitidas como lo son el alcohol y el cigarrillo, la marihuana es la droga que más emplean en la actualidad.

Desde la parte espacial, la localidad de Fontibón tiene lugares propicios para facilitar el consumo de este tipo de sustancias. Desde la Estrategia de Abordaje Territorial y en el recorrido de apropiación territorial se identificaron algunos lugares como la ronda del río Bogotá o zonas despobladas y solitarias como el trayecto del ferrocarril que atraviesa la localidad, o el humedal del meandro del Say en la UPZ 77, como lugares propicios para el consumo de SPA, convirtiéndose también en zonas inseguras. Cabe mencionar que esta problemática es muy común en los parques llamados de bolsillo. Sin embargo, otro tipo de determinantes como la pobreza y la falta de oportunidades son factores que inciden en el consumo de SPA. En el recorrido esta problemática se evidenció en las zonas periféricas de la localidad como el barrio Kassandra y Villa Andrea en las UPZ 77 y 76 respectivamente.

Análisis de la Respuesta

El componente “Vincúlate” en el espacio público realiza acciones promocionales para la disminución del impacto del consumo de Sustancias Psicoactivas a partir de la promoción de prácticas saludables y la prevención del consumo con dos estrategias: servicio de acogida identificando en la población el riesgo de consumo y efectuando canalización a otras instituciones, dando cobertura al 50% de las UPZ., el mayor número de población a la cual se aplicó pruebas para detección de riesgo con más del 85% corresponden a UPZ Fontibón. Se bordaron 85 casos por medio de la línea de SPA.

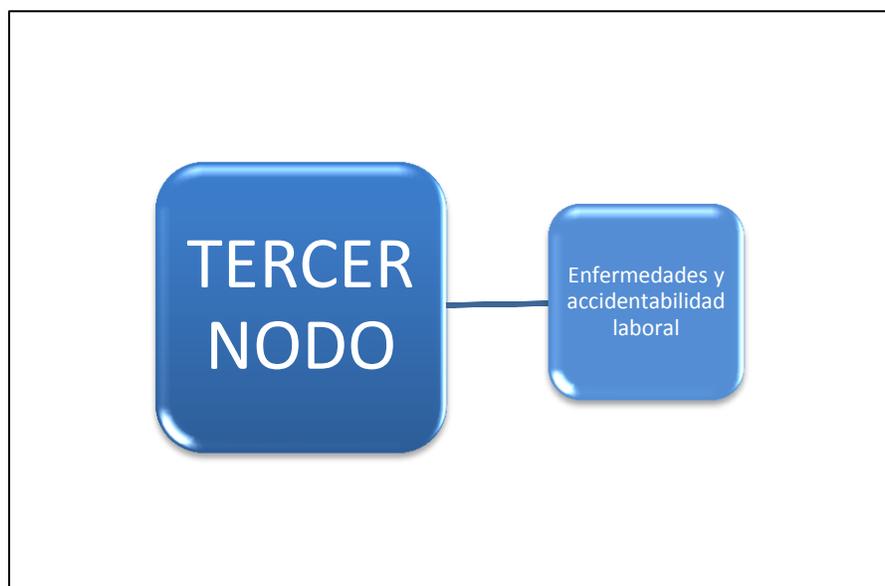
Se trabaja desde la promoción y prevención de consumo de SPA, focalizadas a población en riesgo, la política de SPA ya está validada y se ofrecen servicios en la estrategia SOJU y acogida, la línea SPA 018000112439 y activación de rutas, identificación de estudiantes con riesgo psicosocial y Acompañarte con círculos reflexivos, está también el CAD las Delicias para apoyo a jóvenes en consumo.

En general se identifica que las acciones realizadas desde salud pública tienen una baja cobertura frente a la demanda local, así mismo se evidencia que la respuesta se concentra en las UPZ 75 y 76 que si bien agrupa la mayor proporción de población vulnerable, queda descubierta parcial o totalmente la UPZ 115.

Tercer Nodo “Economía informal como fenómeno que vulnera las condiciones dignas y seguras de trabajo”.

En el tercer nodo es predominantemente económico y se enmarca en la dimensión salud y ámbito laboral; enfermedades y accidentabilidad laboral. Al ubicar en que UPZ’s se centralizan las problemáticas relacionada con enfermedades y accidentabilidad laboral, se priorizan las 75, 76 y 115.

Figura 4. Tercer nodo de relaciones y tensiones, localidad de Fontibón, año 2017



Fuente: SDS, Metodología para ubicación de tensiones identificadas en el territorio, 2017

La tensión de tipo económica presente en los dos nodos de relaciones locales se entiende a partir de generadores como el empleo y los ingresos están íntimamente relacionados

determinantes estructurales que condicionan la calidad de vida y salud de las personas, visto a partir de determinantes intermedios donde una incertidumbre en el ingreso mensual puede generar estrés, depresión, enfermedades mentales, violencia intrafamiliar, maltrato infantil entre otros. Así mismo, las personas con ingresos bajos pueden presentar inseguridad alimentaria derivando directamente en el estado de salud de los niños y niñas (desnutrición y anemia), el acceso a los servicios de salud es más complicado debido al recurso económico y el transporte y adquisición de medicamentos. Además de ocasionar una alta movilidad entre el régimen contributivo y el subsidiado, debido a los periodos de transición entre los contratos formales de corto plazo y el desempleo. En muchos casos, las personas no cuentan con la asesoría necesaria para afrontar estos periodos de desempleo, lo cual genera la no afiliación en salud.

Factores reforzadores como la informalidad laboral genera vulnerabilidad frente a la temporalidad, salarios precarios y desprotección social, reflejadas en problemáticas de salud, expresadas en el deterioro de la salud física y mental. Este tipo de trabajadores no asisten en busca de atención médica para el cuidado de problemas que consideran menores, dado que si dejan de trabajar un día ponen en riesgo su trabajo. Entre las enfermedades laborales que pueden padecer se encuentran: fatiga, pérdida de la audición, pies hinchados, dolor bajo de la espalda y alteración de la voz. Además, en relación a las condiciones de trabajo se identifican riesgos por levantamiento de cargas pesadas, posturas inadecuadas, trabajos repetitivos y organización inadecuada del trabajo. La situación que empeora esta situación es la desprotección frente a la seguridad social, ya que estos trabajadores no tienen acceso a una ARL y/o EPS lo que pone en riesgo su bienestar y calidad de vida por la falta de tratamiento. Esta problemática se evidenció durante el recorrido de apropiación territorial en las UPZ 76, 77 y 75, en la zona ubicada sobre la Avenida Centenario en el cual se encuentran localizados talleres de mecánica especialmente de transporte pesado, en su mayoría en condiciones de trabajo informal.

Análisis de la Respuesta

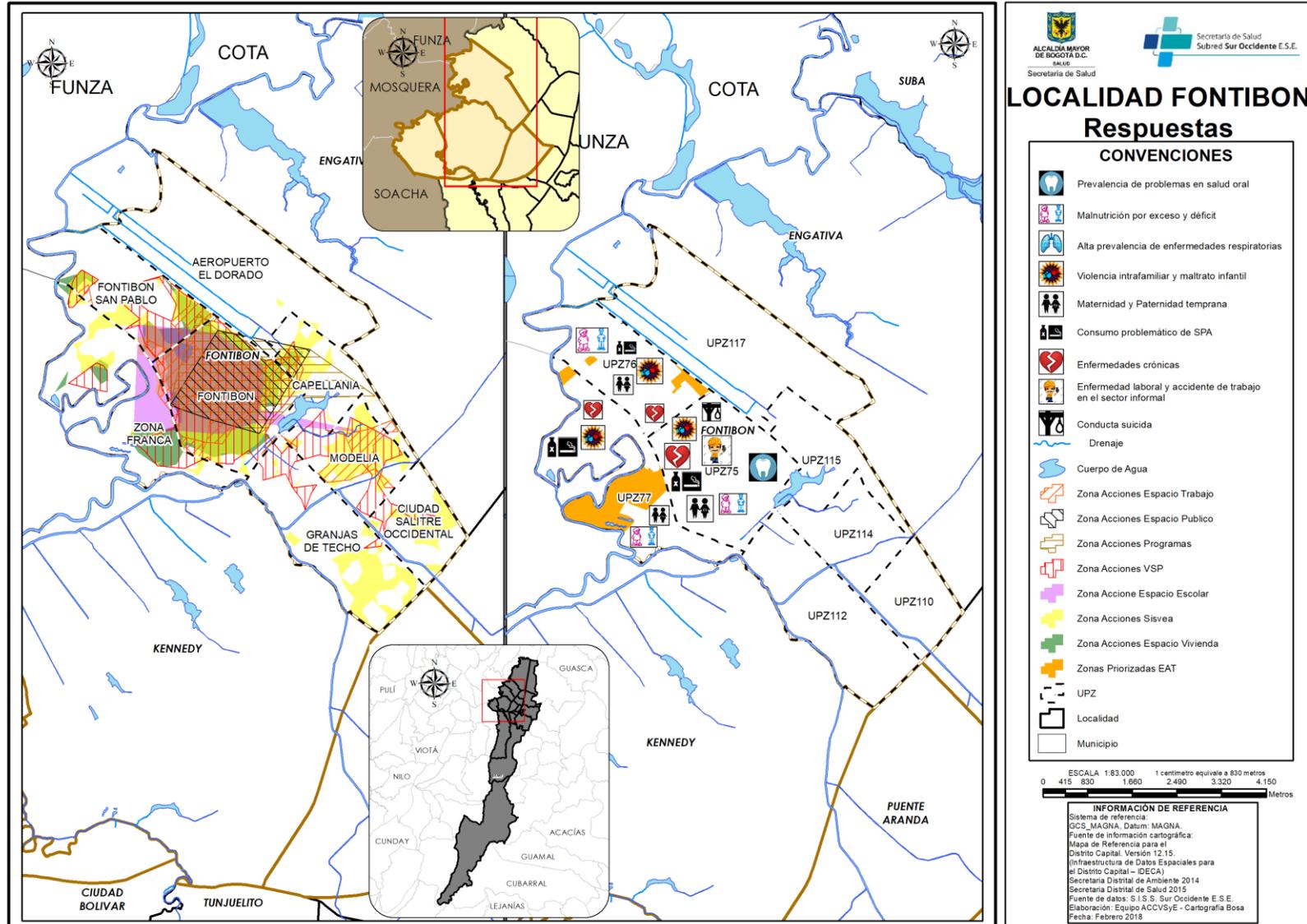
En el espacio trabajo por medio de la acción integradora entornos laborales saludables, se abordan UTIS con el fin de promover prácticas saludables para los trabajadores y de esta manera evitar los accidentes y enfermedades laborales, así mismo se realiza identificación de población a riesgo y canalización.

Desde el área de salud pública por medio del subsistema Sivistrera se realizan asistencias técnicas para fortalecer la notificación de eventos (accidentes y enfermedades), que ocurren en los trabajadores informales, orientando criterios de priorización. Asimismo, se realizan intervenciones epidemiológicas de campo de alto impacto, de riesgo químico con el fin de determinar los riesgos

6.3. VALIDACIÓN DE CONTENIDOS

Con el fin de realizar validación de contenidos, se programaron y ejecutaron unidades de análisis con los diferentes espacios, programas y componentes de la Subred, en donde se socializaron los hallazgos del proceso de configuración inicial del territorio buscando que los participantes validaran o replantearan la información obtenida en el ejercicio de identificación de tensiones y construcción de nodos.

Mapa 23. Respuestas en Salud Pública y Recomendaciones de la Acción, localidad de Fontibón



6.4. RECOMENDACIONES

Generar una ruta de promoción y prevención donde los niños y niñas que asistan a servicios de PyD o resolutivos se les garantice el acceso al 100% de las acciones contempladas en el plan de beneficios (salud oral, crecimiento y desarrollo, vacunación, nutrición, etc).

Focalizar la cobertura de las acciones en salud oral que se realizan en el plan de acciones colectivas con énfasis en la población menor de 5 años a través del tamizaje por perfil en el espacio vivienda en el componente de acciones familiares, actividades de IEC con énfasis en salud oral, nutrición y actividad física en las jornadas de espacio público.

Para el ingreso a los programas y proyectos de atención a la primera infancia en Secretaría de Integración Social e ICBF, entre otros, incluir como requisito los controles en salud oral.

A través de estrategia cuidarte (espacio educativo) y el componente de acciones en HCB (espacio vivienda) articular con directores locales, rectores, docentes y madres comunitarias la inclusión de elementos de salud oral como requisito para la práctica de hábitos favorables durante la jornada escolar, así como los tiempos necesarios para el desarrollo de la misma.

Implementación y seguimiento de programas de hábitos alimentarios saludables y estilos de vida saludables con enfoque diferencial con énfasis en la población étnica que les permita asimilar los cambios culturales en contexto de ciudad, específicamente en las UPZ 75, 76 y 77 de la localidad de Fontibón.

Implementar un programa de hábitos y estilos de vida saludable en la población étnica desde un enfoque de cambio cultural con énfasis en los cambios en contexto de ciudad.

Desarrollar estrategia de Huertas urbanas con población vulnerable, de las UPZ 75, 76 y 77a través de asistencias técnicas, acompañamientos y generación de conocimiento, entorno a

los temas de soberanía y seguridad alimentaria nutricional en articulación con otros sectores (IPES, SLIS, ambiente, jardín botánico.

Implementación de huertas urbanas con población indígena.

Implementar la capacitación a personal de salud (salud pública y asistencial) que atiende niños y niñas en prácticas de AIEPI comunitario y la implementación de AIEPI clínico.

Fortalecer la implementación de la tienda escolar de acuerdo a la resolución 2092 de 2015, realizando los respectivos, acompañamientos y seguimientos.

Articular esfuerzos sectoriales e inter institucionales para el desarrollo de una propuesta de programa de actividad física para todos los momentos del curso de vida.

Ampliar cobertura en espacio vivienda en la intervención psicosocial para todos los momentos del curso de vida remitidos por Sivim con mayor énfasis en las UPZ 75, 76 y 77.

Capacitar a los profesionales en atención de primeros auxilios para salud mental y posicionar la política pública de salud Mental y la política de consumo de SPA en espacios donde no se ha podido acceder.

Fortalecer las temáticas de rutas de violencia en los diferentes espacios en los que asisten las personas mayores, así como fortalecer y aumentar iniciativas comunitarias en salud mental y buen trato.

Diplomados para padres relacionados con la prevención de la violencia intrafamiliar maltrato infantil, conducta suicida, prevención del embarazo en adolescentes y consumo de SPA.

Generar espacios en los cuales sea posible dictar charlas para padres de familia y que puedan certificarse en temáticas relacionadas con la prevención de la violencia intrafamiliar, comunicación asertiva, pautas de crianza, resolución de conflictos.

Realizar un convenio con universidades para que el profesional en formación realice seguimiento a casos puntuales de violencia.

Generar espacios para fortalecimiento del talento humano de las instituciones para la atención adecuada a víctimas del conflicto armado de forma digna y respetuosa.

Generar convenios con universidades para realizar capacitación y educación continuada a profesionales de los diferentes sectores en temas como identificación prevención oportuna de violencia intrafamiliar y maltrato infantil.

Generar espacios de sensibilización dirigidos a los adolescentes acerca de maternidad y paternidad temprana, prácticas sexuales y métodos de planificación, en las consultas que hagan en los servicios de salud en las UPZ Fontibón Centro, San Pablo y Zona Franca, en los barrios Atahualpa, el Carmen, el Charco, La Giralda, Kasandra, Bohíos.

Implementar el servicio amigable para jóvenes en la localidad de Fontibón con demanda inducida, así como posicionar la oferta de servicios como embarazo en adolescentes, consumo de SPA y conducta suicida

Ampliar la cobertura de Instituciones Educativas con la estrategia sintonizarte, cambiando la priorización por cursos, sino, teniendo en cuenta las problemáticas de cada institución.

Crear alianzas estratégicas con la Secretaría de Educación y la Secretaría de Integración Social para la ejecución de proyectos que involucren acciones de salud sexual y reproductiva con jóvenes logrando un abordaje integral.

Promover acciones intersectoriales para mejorar las condiciones socioeconómicas de jóvenes y fortalecer la construcción de proyectos de vida que ofrezcan alternativas no basadas en la maternidad y la paternidad como principios.

Construcción de estrategia conjunta (enlace SOFIA - Subred) para fortalecer el enrutamiento básico por parte de profesionales de trabajo social en casos de violencia sexual.

Ampliar la cobertura de consulta, tratamiento y control del Centro de Atención a Drogodependientes -CAD- no sólo para consumo inicial de SPA sino para consumo problemático.

Ofertar la cápita de la subred con Capital Salud para la remisión de casos al Centro de Atención a Drogodependientes -CAD-.

Implementar nuevamente los CAMAD Centros móviles de atención a Drogodependientes, con el fin de garantizar la consulta y controles de los ciudadanos habitantes de calle con consumo problemático de SPA.

Ampliación e implementación de unidades de salud mental.

Garantizar la expedición de la carta de población especial (habitante de calle) por parte de Secretaria Distrital de Integración Social, para que los ciudadanos habitantes de calle que deseen iniciar tratamientos y controles para deshabituación de consumo o rehabilitación lo puedan realizar sin presentar barreras de aseguramiento.

Fortalecer procesos interinstitucionales con SDIS e IDIPRON para el manejo y tratamiento de la población con habitante de calle o en riesgo de habitar la calle por problemas de consumo de SPA.

Crear cuadrantes de seguridad para SPA de tal forma que se pueda vigilar el microtráfico en los entornos escolares y los parques.

Aumentar en un 50% jornadas de identificación de condiciones crónicas garantizando el seguimiento por parte de las EAPB a los usuarios captados por la estrategia cúdate y ser feliz (espacio público)

Realizar jornadas de capacitación con población sobre alimentación saludable con un componente práctico, de acuerdo a las condiciones económicas de cada familia, similar a la estrategia TU VALES.

Control de eventos en salud (Hipoacusia Inducida por Ruido) exigiendo valoración periódica de la capacidad auditiva en aquellos entornos en donde la exposición al ruido es alta y/o continua.

Realizar análisis de puestos de trabajo en cuyas UTIS se evidencia algún riesgo que pueda potencializar un evento ATEL.

Gestionar con el IPES la oferta de alternativas de generación de ingresos a la población de la economía informal que ejerce sus actividades en el espacio público, enfocándola hacia la formación, el emprendimiento, el fortalecimiento empresarial y la gestión de plataformas comerciales competitivas.

Realizar convenios con el sector privado para que se promuevan ferias laborales donde se involucren a las personas que están en la informalidad en el sector formal.

Trabajar coordinadamente con los sectores de educación, recreación y deporte, cultura y demás sectores para vincular a trabajadores en escenarios que permitan potencializar habilidades culturales, laborales o deportivas.

Dentro de las temáticas trabajadas en los espacios de vida cotidiana se debería dar mayor énfasis a las temáticas de salud mental en toda la población, como inteligencia emocional, manejo de la ansiedad, manejo adecuado de las emociones.

Establecer en la subred servicios de salud amigables con énfasis en salud mental, mínimo uno en cada localidad, en articulación con las instituciones que cuentan con incidencia en esta problemática.

Ampliar cobertura en Sisvecos y espacio Vivienda de tal forma que se pueda realizar más IEC y seguimientos posteriores a los casos notificados, no solo del paciente sino de su familia.

Crear la ruta de atención diferencial para las mujeres, mujeres lesbianas, bisexuales y hombres y mujeres transgéneristas, hombres gay, bisexuales y personas en ejercicio de la prostitución en materia de acciones de promoción y prevención para la salud mental de este grupo poblacional.

Construir una ruta de servicios específica para la población víctima del conflicto armado y grupos étnicos teniendo en cuenta que la atención debe tener enfoque diferencial y enfoque de derechos.

Articular acciones con el centro local de atención a víctimas donde se identifiquen casos para remisión a Sisvecos o atención Papsivi según alteración o característica de abordajes

BIBLIOGRAFÍA

1. Isabel M, Moreno C. Dinámica de la construcción por usos localid de fontibón [Internet]. 2013 [cited 2017 Aug 14]. Available from: <https://www.catastrobogota.gov.co/sites/default/files/9.pdf>
2. E.S.E. HF. Diagnóstico Local con Participación Social Fontibón. Bogotá: 2015; 2014.
3. Secretaria Distrital de Planeación. Conociendo la localidad de Fontibón: Diagnóstico de los aspectos físicos [Internet]. 2009 [cited 2017 Aug 14]. Available from: [http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionEnLinea/InformacionDescargableUPZs/Localidad 9 Fontibon/monografia/09 Localidad de Fontibon.pdf](http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionEnLinea/InformacionDescargableUPZs/Localidad%209%20Fontibon/monografia/09%20Localidad%20de%20Fontibon.pdf)
4. Secretaría Distrital de Gobierno. Localidad de Fontibón [Internet]. [cited 2017 Aug 14]. Available from: http://www.gestionycalidad.org/observatorio/?bloque=contenido&id=60&id_item=59&id_menu=11&name=3. Aspectos Geográficos de la Localidad 9
5. Alcaldía de Bogotá SD de S. Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicios de Salud Title. Bogotá D.C.; 2016. p. 293.
6. Grupo de análisis de calidad, condiciones de vida SyE. Guía para Elaboración del documento ACCVSyE. Bogotá; 2017.
7. Rice M. Primera Reunión del Foro Regional de Salud Urbana de la OPS/OMS. Ciudad de México; 2007.
8. Castaño LSÁ. Los Determinantes Sociales de la Salud: más allá de los factores de riesgo. Rev Gerenc y Políticas en Salud. 2009;8:69–79.
9. Social D de la P. Descripción del Enfoque Diferencial. Bogotá; 2012.
10. Colombia C de la R de. Ley 1448 de 2011. Bogotá; 2011.
11. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Plan Estadístico Nacional 2017 -2022. 2017.
12. Colombia P de la R de. Decreto 2957 de 2010. Bogotá; 2010.
13. Educación S de. Sistema Sexo Género. Colima; 2016.
14. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Malta; 2011.
15. Alcaldía mayor de Bogotá D.C. Decreto 470 de 2007 - Política Pública Distrital de Discapacidad. Bogotá; 2007.

16. Mujer SD de la. Mujeres en Cifras: Acercamiento al fenómeno de la prostitución en Bogotá. Bogotá; 2015.
17. Colombia C de la R de. Ley 1641 de 2013. Bogotá D.C.; 2013.
18. Alcalde Mayor de Bogotá DC. Política Pública para el fenómeno de habitabilidad en calle. Bogotá D.C.; 2015.
19. D.C. CD de B. Proyecto de acuerdo No. 265 DE 2010. Bogotá; 2010.
20. Educación M de. Ambientes Escolares Libres de Discriminación. Bogotá; 2016.
21. NU, CEPAL C. Estudio sobre la distribución espacial de la población en Colombia. 2013.
22. Figueroa Quique J. Distribución espacial de la población [Internet]. Educación. 2016. p. 9. Available from: <https://es.slideshare.net/jackelinlin/distribucion-espacial-de-la-poblacion>
23. Secretaria Distrital de Salud. Guía Técnica del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. 2017.
24. Secretaría Distrital de Salud. Ficha Técnica de Espacios de Vida Cotidiana. 2017.
25. Secretaría Distrital de Salud. Ficha Técnica de Procesos Transversales. 2017.
26. Secretaría Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Anexo operativo: espacio educativo escenario colegios Acción integrada: sintonizarte. Bogotá;
27. Secretaria Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Anexo operativo espacio vivienda. Bogotá;
28. Secretaría Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Anexo operativo 1 Gestión de la información para la vigilancia en salud pública. 2017.
29. Secretaría Distrital de Salud. Anexo Operativo del Componente 1: Posicionamiento de las políticas públicas que favorezcan la salud y la vida. 2017.
30. Secretaría Distrital de Salud. Grupo ACCVSyE. Guía para Elaboración del documento ACCVSyE. Bogotá D.C.; 2017.
31. Ministerio de salud y protección social. Lineamientos conceptuales: Estrategia PASE a la equidad en salud. Bogotá D.C.;
32. Colombia UE de. Estrategia Pase a la Equidad en Salud. Primera. Ministerio de la Protección Social, editor. Bogotá; 2013.