

DIAGNÓSTICO LOCALIDAD ENGATIVÁ 2014 (Documento en Preliminar)



Fuente: Aporte Residente Localidad Engativá. 2015

EQUIPO DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN SALUD -ASIS-
Localidad 10 Engativá
2016

Créditos Diagnóstico Local 2014

Alcalde Mayor de Bogotá, D.C

Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud

Luis Gonzalo Morales

Subsecretario de Salud Pública

Patricia Arce Guzmán

Subdirección de Vigilancia y Salud pública

Daibeth Helena Enríquez Iguaran

Equipo Técnico Análisis de Situación en Salud

Secretaría Distrital de Salud

Gerente Subred integrada de Servicios de Salud Norte ESE

María Clemencia Pinzón Iregui

Coordinadora PIC

Hospital Engativá ESE II Nivel

Martha Gisela Zabala Corredor

Coordinadora Espacios

Hospital Engativá ESE II Nivel

Martha Bibiana Bernal Rodríguez

Referente Vigilancia en Salud Pública

Hospital Engativá ESE II Nivel

Carol Adriana Velandía Patiño

Equipo Análisis de Situación en Salud

Hospital Engativá ESE II Nivel

Betty Andrea Palacios Palencia

Jorge Andrés Daza Huérfano

Jury Lineyra Rosero Vallejos

Diana Patricia Bustamante Osorio

Equipo Vigilancia en Salud Pública

Localidad Engativá

Equipo de Gestión Intersectorial y Comunitaria

Localidad Engativá

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 9 |
| MARCO CONCEPTUAL | 10 |
| MARCO METODOLÓGICO | 13 |
| CAPÍTULO 1. RELACIÓN POBLACIÓN, TERRITORIO, AMBIENTE Y SOCIEDAD | 14 |
| Historia de la Localidad..... | 14 |
| Contexto Territorial de la Localidad | 14 |
| Ubicación Geográfica y Distribución Administrativa | 14 |
| Características Físicas y Ambientales del Territorio | 16 |
| Contexto Demográfico de la Localidad | 21 |
| Contexto Socioeconómico de la localidad | 24 |
| Vivienda | 24 |
| Estrato Socioeconómico | 25 |
| Aseguramiento | 28 |
| Educación | 28 |
| Empleo | 29 |
| Pobreza y Desigualdad | 30 |
| Recreación y Cultura | 31 |
| Movilidad | 32 |
| Priorización UPZ Críticas..... | 34 |
| Análisis UPZ Priorizadas | 36 |
| CAPÍTULO 2: ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS..... | 38 |
| Perfil Salud Enfermedad | 38 |
| Mortalidad General | 38 |
| Tasas específicas de Mortalidad..... | 42 |
| Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) | 44 |
| Mortalidad Evitable | 45 |
| Análisis de Determinantes Intermediarios | 47 |
| Morbilidad | 48 |
| Discapacidad | 57 |
| Prioridades Morbi-Mortalidad | 59 |
| Análisis de Indicadores por Dimensiones Prioritarias..... | 60 |
| Dimensión Salud Ambiental..... | 60 |
| Dimensión Vida Saludable libre de Enfermedades Transmisibles..... | 61 |
| Dimensión Convivencia Social y Salud Mental..... | 62 |
| Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional | 63 |
| Dimensión Derechos sexuales y sexualidad..... | 65 |
| Dimensión Vida Saludable y condiciones no transmisibles | 66 |

| | |
|--|-----------|
| <u>Dimensión Salud Pública en emergencias y desastres</u> | 68 |
| <u>Dimensión Salud y Ámbito Laboral</u> | 68 |
| CAPÍTULO 3: IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD | 70 |
| Dimensión Convivencia Social y Salud Mental | 72 |
| <u>Violencia contra la Mujer</u> | 72 |
| <u>Violencia Intrafamiliar</u> | 74 |
| <u>Conducta Suicida</u> | 76 |
| Dimensión Derechos Sexuales y Sexualidad | 78 |
| <u>Salud Sexual y Reproductiva</u> | 79 |
| Dimensión Salud y Ámbito Laboral | 80 |
| <u>Accidentes y Enfermedades Laborales</u> | 81 |
| Dimensión Salud Ambiental | 82 |
| <u>Enfermedades Respiratorias relacionadas con las condiciones ambientales</u> | 82 |
| <u>Presencia de Vectores plaga por inadecuada disposición de residuos sólidos</u> | 85 |
| Dimensión Vida Saludable libre de Enfermedades Transmisibles, Derechos Sexuales y Sexualidad | 87 |
| <u>Mortalidad por Tuberculosis y coinfección con VIH</u> | 87 |
| Dimensión Seguridad Alimentaria y nutricional | 89 |
| <u>Malnutrición asociada a bajo peso al nacer, desnutrición global y crónica, obesidad y sobrepeso</u> | 89 |
| Dimensión Vida Saludable y Condiciones no transmisibles | 92 |
| <u>Condiciones Cónicas asociadas a hábitos de vida poco saludables y barreras de acceso a acciones promocionales y preventivas</u> | 92 |
| REFERENCIAS | 94 |

LISTADO DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1. Pirámide Poblacional Localidad Engativá. 2005 - 2014..... | 22 |
| Figura 2. Proporción de demanda efectiva al sector educativo oficial respecto a la PEE . 2009 - 2013 | 28 |
| Figura 3. Tasa global de cobertura bruta en educación según nivel educativo. Engativá. 2009 - 2013 | 29 |
| Figura 4. Años de vida Potencialmente Perdidos (AVPP). Localidad Engativá. 2012..... | 45 |
| Figura 5. Índice de concentración Mortalidad en Menores de 5 años y Perinatal. Engativá. 2014..... | 48 |
| Figura 6. Personas en condición de discapacidad según sexo y edad 2005 – 2014 Localidad Engativá..... | 57 |
| Figura 7. Distribución de la población con discapacidad registrada según UPZ y estrato social 2005 – 2014. Localidad Engativá..... | 58 |
| Figura 8. Porcentaje y casos notificados hacia la mujer donde el agresor es la pareja según tipo de violencia 2013 – 2014. Localidad Engativá..... | 73 |
| Figura 9. Porcentaje de casos con seguimiento notificados al SIVIM, según sexo etapa de ciclo vital y año de ocurrencia | 75 |
| Figura 10. Notificación al SISVECOS según tipo de Conducta Suicida, etapa del ciclo vital y sexo ... | 77 |
| Figura 11 Emisiones contaminantes (Ozono, PM10 y CO) y cociente de ingresos entre el 2013 y 2014 a salas ERA. Bogotá – Engativá. | 83 |
| Figura 12. Disposición de residuos en el relleno Sanitario de doña Juana | 86 |
| Figura 13 Distribución de las Notificaciones TB-VIH Localidad Engativá. 2014..... | 88 |
| Figura 14 Desnutrición Global y Crónica. Localidad Engativá. 2008 a 2014..... | 89 |

LISTADO DE MAPAS

| | |
|--|----|
| Mapa 1. División político administrativa de la Localidad. 2014..... | 15 |
| Mapa 2. Características hidrológicas. Localidad Engativá. 2014..... | 17 |
| Mapa 3. Microzonificación Sísmica. Localidad Engativá. | 18 |
| Mapa 4. Zonas de riesgo por inundación. Localidad Engativá. 2014..... | 20 |
| Mapa 5. Estrato socioeconómico. Localidad Engativá . 2013..... | 27 |
| Mapa 6. Vías de comunicación. Localidad Engativá. 2014..... | 33 |
| Mapa 7. UPZ priorizadas según el INS. Localidad Engativá. 2014..... | 35 |

Documento en Elaboración

LISTADO DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Indicadores demográficos Localidad Engativá. 2014 | 23 |
| Tabla 2. Etapas de ciclos vital . Localidad Engativá. 2014 | 23 |
| Tabla 3. Dinámica demográfica Localidad Engativá. 2013 – 2014. | 24 |
| Tabla 4. Número de viviendas, hogares y personas por localidad, 2011-2014..... | 25 |
| Tabla 5. Servicios Públicos y características de las viviendas Localidad Engativá. | 25 |
| Tabla 6. Tasa global de cobertura bruta en educación según nivel educativo. Engativá – Bogotá. 2013..... | 29 |
| Tabla 7. Porcentaje y extensión de parques de la Localidad Engativá según escala. 2014 | 31 |
| Tabla 8. Indicadores utilizados para el cálculo del INS por UPZ. 2014 | 34 |
| Tabla 9. Resultados Índice de Necesidades en Salud. Localidad Engativá | 36 |
| Tabla 10. Mortalidad general en la Infancia según sexo (tasa x 100 mil Ha). Localidad Engativá. 2011- 2012..... | 39 |
| Tabla 11. Mortalidad general entre los 15 a 44 años según sexo (tasa x 100 mil Ha). Localidad Engativá. 2011- 2012..... | 40 |
| Tabla 12. Mortalidad general entre los 45 y 59 años según sexo (tasa x 100 mil Ha) Localidad Engativá. 2012..... | 41 |
| Tabla 13. Mortalidad general en la vejez según sexo (tasa x 100 mil Ha). Localidad Engativá. 2012 | 42 |
| Tabla 14. Tasas específicas de mortalidad en hombres según edad (tasa x 100 mil Ha). Localidad Engativá. 2011-2012..... | 43 |
| Tabla 15. Tasas específicas de mortalidad en mujeres según edad (tasa x 100 mil Ha). Localidad Engativá. 2011-2012..... | 44 |
| Tabla 16. Mortalidad Evitable Localidad Engativá y Bogotá. 2009 a 2014..... | 46 |
| Tabla 17. Medidas Absolutas y relativas de Desigualdad. Localidad Engativá. 2014..... | 47 |
| Tabla 18. Diez primeras causas de Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias. Localidad Engativá. 2014..... | 49 |
| Tabla 19. Grandes causas y subgrupo de causas de morbilidad en la Infancia. Localidad Engativá. 2013 – 2014. | 50 |
| Tabla 20. Grandes causas y subgrupo de causas de morbilidad en la Adolescencia. Localidad Engativá. 2013 – 2014..... | 51 |
| Tabla 21. Grandes causas y subgrupo de causas de morbilidad en la Juventud. Localidad Engativá. 2013 – 2014..... | 52 |
| Tabla 22. Grandes causas y subgrupo de causas de morbilidad en la Adulthood. Localidad Engativá. 2013 – 2014..... | 53 |
| Tabla 23. Grandes causas y subgrupo de causas de morbilidad en la Vejez. Localidad Engativá. ... | 54 |
| Tabla 24. Eventos de alto costo y Precusores. Localidad Engativá. 2014..... | 55 |
| Tabla 25. Eventos de Notificación Obligatoria (ENOS). Localidad Engativá. 2012 a 2014..... | 56 |
| Tabla 26. Población identificada en el registro de Discapacidad 2005 – 2014 según etapa del ciclo vital y sexo..... | 57 |

| | |
|--|----|
| Tabla 27. Distribución de la población registrada según UPZ y sexo 2005 – 2014. Localidad Engativá..... | 58 |
| Tabla 28. Tensiones priorizadas para la Localidad Engativá..... | 71 |
| Tabla 29. Distribución de la notificación al SIMIM según Etapa del Ciclo Vital y Sexo..... | 72 |

Documento en Elaboración

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico local con participación social de la localidad de Engativá, es un proceso sistemático y organizado de identificación de los diferentes factores que afectan y protegen la calidad de vida y salud de la población, que procura trascender la observación institucional sobre las características de la enfermedad y la muerte en busca de una aproximación de la realidad local.

Para su construcción, fue necesaria la búsqueda de actores en los diferentes niveles de gestión (institucional, comunitaria y sectorial), obteniendo así una lectura de la realidad de Engativá desde un enfoque cuantitativo, cualitativo y espacial, basados en los sistemas de información de salud a nivel local y distrital, las fuentes demográficas del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) y la Secretaría Distrital de Planeación, que se suma a la información tomada de las unidades de análisis realizadas con actores institucionales y comunitarios, a través del Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE), el Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM) y otros espacios sectoriales.

El análisis de la situación en salud de la localidad se realizó bajo la metodología PASE a la equidad, establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social como base para la identificación de las realidades, permitiendo la estandarización y comparación de la información entre los diferentes entes territoriales.

De esta forma, el presente documento ofrece insumos para la formulación de planes, programas y proyectos en el nivel local, convirtiéndose en herramienta fundamental para los espacios de participación social, en la toma de decisiones que inciden en la afectación positiva de los determinantes sociales y por ende el proceso de salud enfermedad.

MARCO CONCEPTUAL

La construcción del diagnóstico local con participación social se basa en diferentes referentes conceptuales que permiten establecer una base para el análisis y aproximación del documento a la realidad local.

En primer lugar, el análisis de situación en salud se encuentra normatizado por el Decreto 3518 de 2006, el cual reza en su Artículo 15: “Los procesos básicos de la vigilancia en salud pública incluyen la recolección y organización sistemática de datos, el análisis e interpretación, la difusión de la información y su utilización en la orientación de intervenciones en salud pública” (1), convirtiéndose en el marco legal para la elaboración y publicación de este documento.

De igual forma, mediante la implementación del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP 2012 – 2021) se busca “garantizar la salud como un derecho fundamental, una dimensión central del desarrollo humano y un instrumento indispensable para lograr la paz y la equidad social, con bienestar integral y calidad de vida, a través de la acción de todos los sectores que están involucrados directamente con los determinantes sociales de la salud” (2).

Es así como el Diagnóstico Local con Participación Social, se entiende como un proceso que articula el análisis del proceso salud enfermedad, a través del cual se identifican los determinantes sociales de las inequidades en salud y los determinantes en salud (3), teniendo en cuenta los enfoques territorial y poblacional. (4)

El punto de partida para el ASIS es el concepto de Salud, entendida como “el logro del máximo nivel de bienestar físico, mental y social y de la capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad” (5).

La adopción de este concepto configura la relación salud – enfermedad como un proceso, cambiando la visión tradicional en la que se entendía la salud como ausencia de enfermedad, para pasar a una perspectiva de bienestar y desarrollo humano que enfoca la mirada hacia todo aquello que impacta este bienestar. Por lo tanto, para comprender el concepto de salud se hace necesario definir bienestar, el cual es concebido como “actitudes y comportamientos que mejoran la calidad de vida”, y permiten llegar a un estado de salud óptima (6).

De aquí surge la necesidad de definir calidad de vida, entendida como un “Concepto integrador de las necesidades humanas, que rompe con las concepciones fragmentadas y parciales de la realidad social” (7) la cual se presenta como un continuo a lo largo de la vida, que es afectado por las esferas individuales, colectivas, institucionales, ambientales y subjetivas. (7)

De estos dos conceptos centrales se derivan otros que permiten la aproximación y análisis de la realidad social de los habitantes de la Localidad, como la equidad en salud. Esta “se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas”. (3)

Dicho concepto permite introducir la segunda categoría: los determinantes sociales en salud, que, en su concepción más sencilla se entienden como el conjunto de factores que afectan y/o favorecen la salud de individuo o el colectivo, y permiten evidenciar las inequidades. Por otro lado se encuentra la asumida por la OMS que los define como “circunstancias en que el ser humano nace, crece, vive, trabaja, envejece y posee salud, las cuales son el resultado de la distribución, del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial nacional y local, sujeto esto último a políticas adoptadas.” (3).

A partir de lo anterior surgen otros modelos explicativos de la realidad, que a lo largo del tiempo han permitido llegar a la definición actual formulada por la OMS, donde en un orden estructural se incluyen los patrones de organización económica, social, política y cultural que pueden limitar o potenciar un estado deseable de salud en la población. Se caracterizan por la escasa capacidad que tienen los individuos o colectividades locales en el corto y mediano plazo para su transformación (8).

De otra parte, los determinantes intermediarios son “aquellas condiciones y situaciones presentes en el territorio, que afectan la calidad de vida y el estado de salud, ante las cuales los individuos, los colectivos y las instituciones tienen alguna capacidad de respuesta y control en el mediano y corto plazo. Estos determinantes hacen referencia a la forma como los determinantes estructurales se expresan en el plano local y en las circunstancias materiales de la vida” (2).

Desde esta perspectiva, la salud de una persona está dada por la suma de los determinantes que actúan de forma directa o indirecta sobre la misma, solos o interrelacionados entre sí, y no solo tienen un efecto sino que pueden generar múltiples efectos en la población y en su salud.

A partir de estas definiciones y para complementar el análisis, se tuvieron en cuenta las dimensiones del Plan Decenal de Salud pública donde se incluyen: Salud ambiental, Vida saludable y condiciones no transmisibles, Convivencia social y salud mental, Seguridad alimentaria y nutricional, Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, Vida saludable y enfermedades transmisibles, Salud pública en emergencias y desastres, Salud y ámbito laboral (2).

Estas dimensiones se complementan por dos transversales: Gestión diferencial de poblaciones vulnerables que da cuenta de los desarrollos diferenciales específicos de individuos y colectivos (etapa de ciclo vital, género, etnia, condición de discapacidad, víctimas de conflicto armado interno) y Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud, relacionada con la consolidación institucional y de los servicios de salud (autoridad sanitaria) (2).

Desde la perspectiva de las etapas del ciclo vital, éstas hacen referencia “al conjunto de momentos en la historia de la vida de las personas asociados a potencialidades, roles y expectativas sociales enmarcadas en contextos específicos” (9). Estos momentos se encuentran definidos por las condiciones propias de desarrollo del ser humano en su relación con el contexto social, político y cultural, así como la interacción entre los diferentes grupos etarios.

Es así, como para el presente análisis, se tendrán en cuenta 5 estadios del desarrollo:

- ✓ Infancia: incluye la población de 0 a 13 años, diferenciando en dos grupos: primera infancia, grupo que reúne a la población menor de un año y de 1 a 5 años; y la infancia que agrupa a las niñas y niños de 6 a 13 años.
- ✓ Adolescencia: en esta etapa se hallan las personas entre 14 y 17 años
- ✓ Juventud: reúne a la población que se encuentra entre los 18 y los 26 años.
- ✓ Adulthood: Esta etapa está subdividida en dos, la primera hace referencia a los adultos jóvenes, que son quienes están entre los 27 y 44 años; y la segunda a los adultos maduros, que hace referencia a las personas entre 45 y 59 años.
- ✓ Vejez: las sub etapas que conforman este grupo, son: Mayores jóvenes (entre 60 y 69), mayores adultos (entre 70 y 79), mayores muy mayores (entre 80 y 99), centenarios (entre 100 y 105) y supra centenarios que son las personas mayores de 105 años (9).

Finalmente, se resalta el papel de la participación social en la cual cada individuo ejerce su poder para transformar la esfera de lo público en función del bien común. Se encuentra regulada desde la constitución Política de Colombia como derecho fundamental que permite la exigibilidad y garantía de los demás derechos.

MARCO METODOLÓGICO

Teniendo en cuenta que el diagnóstico local con participación social 2014 se plantea como una herramienta que permita coadyuvar en la toma de decisiones y su posterior implementación en planes, programas y proyectos, es necesario definir los materiales y métodos empleados para su elaboración.

Las fuentes de información utilizadas para la construcción del documento se originaron de fuentes externas como la Encuesta Multipropósito 2014 de la Secretaría Distrital de planeación y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), donde se consultaron la características demográficas y socioeconómicas de la localidad; de igual forma, se tomó la base cartográfica de Catastro Distrital y los reportes de la red de monitoreo de calidad de aire para la descripción física del territorio. Como fuentes internas, se tomaron las bases de datos oficiales del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Discapacidad, el Registro Único de Afiliación (RUAF) y los reportes oficiales dados por la Secretaría Distrital de Salud de las primeras causas de mortalidad general del 2012 y los motivos de consulta externa, hospitalización y urgencias del 2014; dependiendo de la disponibilidad de información en las bases de datos o reportes obtenidos, lo descrito en el diagnóstico muestra aspectos como la ubicación territorial (Unidades de Planeación Zonal), Sexo, edad (etapas de ciclo vital) y poblaciones diferenciales.

El análisis de la información se basó en la estrategia PASE a la equidad propuesto desde el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) para la construcción de los documentos de Análisis de Situación en Salud (ASIS) en las entidades territoriales del 2012. De esta forma, para la priorización de las UPZ de la localidad se utilizó en Índice de Necesidades en Salud, en el análisis de la desigualdad, las medidas absolutas y relativas de desigualdad junto con la estimación del índice de concentración. Para la estimación de las diferencias relativas en la mortalidad Materno infantil y de la Niñez, en los eventos de alto costo en salud, precursores y los de Notificación Obligatoria (ENOS), se utilizaron las herramientas dadas en los anexos metodológicos generados por el MSPS.

Finalmente, para el abordaje de las dimensiones prioritarias del Plan Decenal de Salud pública, se realizaron articulaciones con el equipo de Gestión de Programas y Políticas para la búsqueda y análisis de la información que permitiera la identificación de los determinantes a nivel Poblacional, Ambiental, Social y Económico, en conformidad a lo planteado en la guía conceptual para la construcción del documento.

Capítulo 1. Relación Población, territorio, ambiente y sociedad

Historia de la Localidad

El municipio de Engativá se fundó en 1537 siendo su composición principalmente de propiedades agrarias, donde los indígenas constituían los peones de jornal. En 1931, se funda París Gaitán como un caserío ubicado entre el Río Juan Amarillo y la actual autopista Medellín. El barrio Las Ferias surge en 1942 promovido por iniciativa privada, como núcleo de habitación de las poblaciones campesinas que habitaban la zona. El Real, fundado en 1946 fue construido a partir de casas campesinas, con pequeñas parcelas, en los alrededores de la avenida 80. Los barrios Soledad, San José Norte, Santa María del Lago y Florencia Norte fueron fundados a comienzos de los años 50. Se desarrollaron como asentamientos legales por autoconstrucción, para alojar familias de empleados públicos, trabajadores asalariados de empresas privadas y migrantes recientes. Estos núcleos de habitación ubicados en la zona nor-occidental de la Localidad, se comunicaban con el centro de la ciudad a través de la calle 68 y la avenida 80.

En 1954, es incorporada al Distrito Especial a 17 kilómetros del centro de Bogotá y cercano al aeropuerto internacional en construcción. Entre 1954 y 1972, con el apoyo del instituto de crédito territorial se constituyeron barrios como la española (1967), Garcés Navas (1967) y La Serena (1970). En la parte sur de la Localidad, alrededor de la Avenida El Dorado, se empieza a consolidar una moderna zona industrial y se construyen nuevos barrios para estratos medios-altos como el de Normandía (1961).

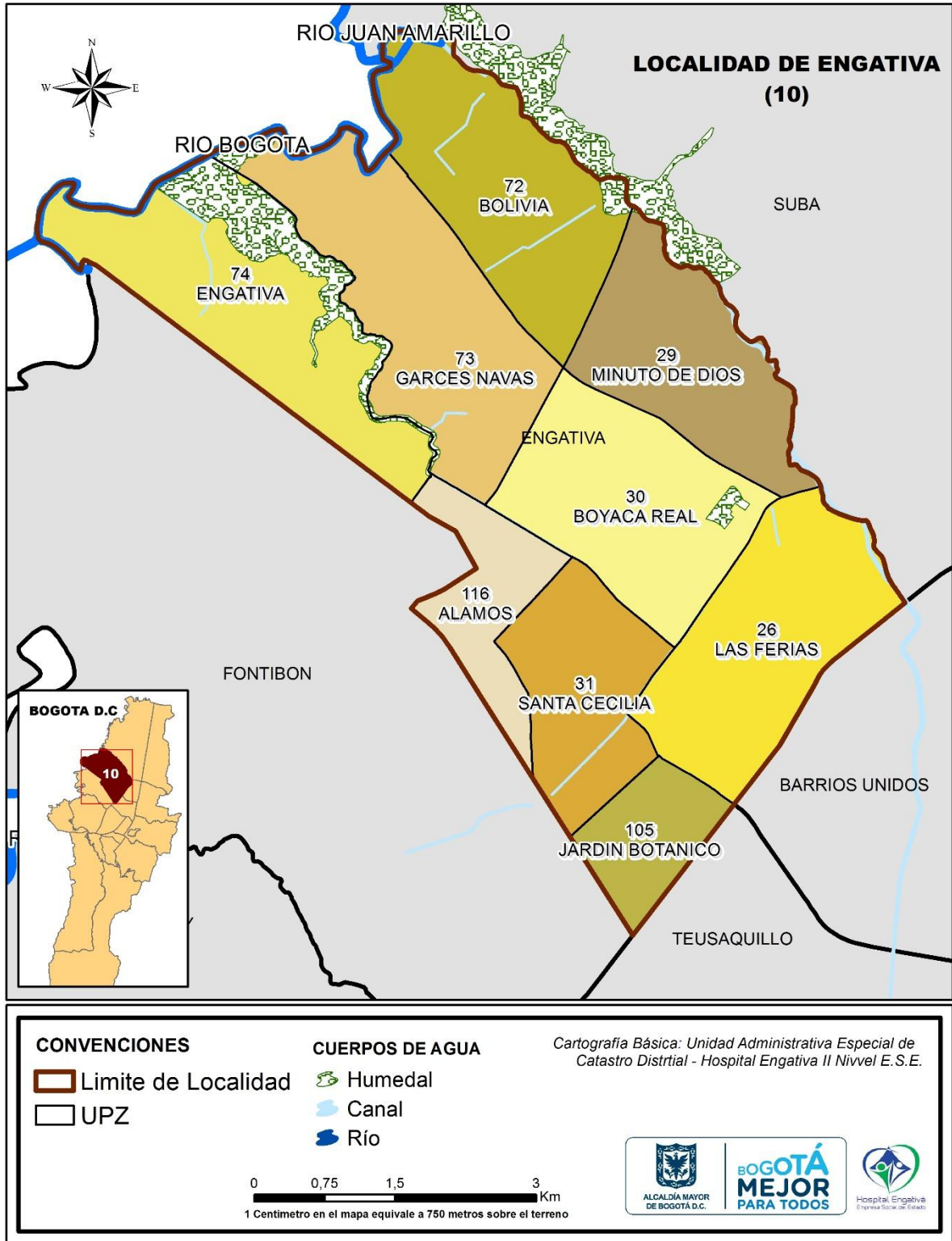
En 1972, se designa la localidad como alcaldía menor, durante este periodo la construcción se hace mediante procesos legales (Unidades de Planeación Zonal Boyacá Real, Garcés Navas y Minuto de Dios) e ilegales (Unidad de Planeación Zonal Engativá), determinando a su vez las condiciones de vulnerabilidad y segregación presente en la actualidad. Pese al aumento de la cobertura en los servicios públicos y a la construcción de los diferentes equipamientos, en la localidad prevalece una concentración de los servicios en las UPZ Boyacá Real y Ferias (10).

Contexto Territorial de la Localidad

Ubicación Geográfica y Distribución Administrativa

Engativá está ubicada al Noroccidente de la capital, limita al Norte con el río Juan Amarillo, al Oriente con la Avenida 68, al Sur con la Autopista El Dorado y al Occidente con el río Bogotá. Tiene una extensión de 3.612 hectáreas, que corresponde al 4,2% del área del Distrito Capital. Está compuesta por 9 UPZ, que corresponden a Álamos, Bolivia, Boyacá Real, Minuto de Dios, Engativá, Garcés Navas, Jardín Botánico, Las Ferias y Santa Cecilia, siendo la UPZ Minuto de Dios la de mayor densidad poblacional (Ver Mapa 1).

Mapa 1. División político administrativa de la Localidad. 2014



Fuente: Cartografía Básica UAECD - DAPD - SDS. Información Adicional: Hospital Engativá II Nivel E.S.E. - Equipo ASIS

2015

Características Físicas y Ambientales del Territorio

- Hidrografía

La localidad cuenta con tres humedales: Santa María del Lago, el Jaboque y Juan Amarillo o Tibabuyes. Constituyen una fuente importante de diversidad biológica de aves, mamíferos, reptiles, anfibios, peces y especies invertebradas. Adicionalmente, la localidad cuenta con el río el Salitre o Juan Amarillo y los canales Boyacá, los Ángeles, Marantá, Bolivia, Cortijo, Carmelo, Jaboque y Bonanza. De esta forma, las áreas de influencia de las cuencas hidrográficas al interior de la localidad establecen las siguientes relaciones dentro de las 9 UPZ presentes:

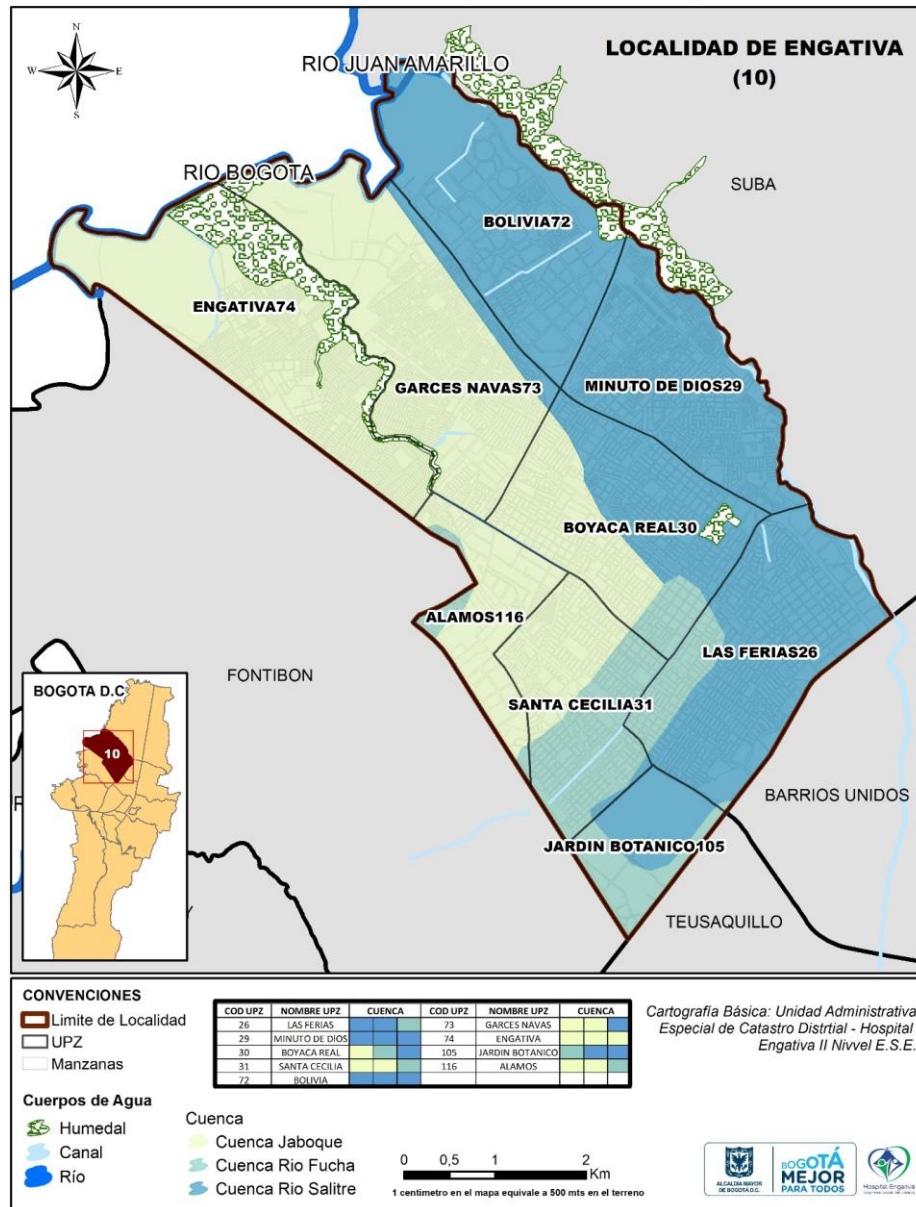
La Cuenca del Humedal Jaboque posee una extensión en hectáreas dentro de la localidad aproximada de 1.592,13 Has, que abarcan 5 de las 9 UPZ presentes como son Engativá, Garcés Navas, Álamos, Boyacá Real y Santa Cecilia. Por otra parte, la cuenca del río salitre que surte el humedal Juan Amarillo, tiene una extensión de 1627,86 Has.; cobija las UPZ de Bolivia, Minuto de Dios, la franja Noroccidental de la UPZ Garcés Navas, Boyacá Real, Las Ferias, Jardín Botánico, y una pequeña extensión del Sur Oriente de la UPZ Santa Cecilia lo que implica que la cuenca del río Salitre está presente en 8 de las 9 UPZ de la localidad. Por último, y con menor participación se encuentra la cuenca del río Fucha con una extensión de 367,76 Has. Esta cuenca vincula las UPZ de Boyacá Real, Álamos, Santa Cecilia, Las Ferias, y Jardín Botánico.

Sin embargo, a causa del manejo inadecuado de residuos sólidos (quema y aglomeración) y líquidos (vertimientos), derivados de las actividades domésticas, comerciales e industriales, se crean ambientes propicios para la proliferación de vectores plaga, olores ofensivos, inseguridad y deterioro del entorno. De esta forma, la exposición a contaminantes aumenta en las UPZ Engativá, Garcés Navas, Minuto de Dios y Bolivia, con la consecuente presentación de enfermedades respiratorias, digestivas y posiblemente zoonóticas (11) (Ver **Mapa 2**).

- Temperatura, Humedad Relativa y Precipitación

En el 2014, de acuerdo a los datos suministrados por la estación de monitoreo de calidad de aire de Ferias, el promedio diario de temperatura fue de 14,1 DE 0,67 °C, donde el día más caluroso del año estuvo en Enero (16,4 °C) mientras que el más frío fue en Agosto (11,9 °C). En cuanto a la Humedad relativa, el promedio diario estuvo en 62,84 DE 5,8%, presentándose la más alta en Diciembre (78,3%) y la más baja en enero (47%). Ahora bien, la precipitación anual fue de 862 mm³ siendo el promedio mensual de 78,3 mm³, diciembre tuvo el mayor registro con 166 mm³, mientras que en Julio se registraron 21,5 mm³(11).

Mapa 2. Características hidrológicas. Localidad Engativá. 2014



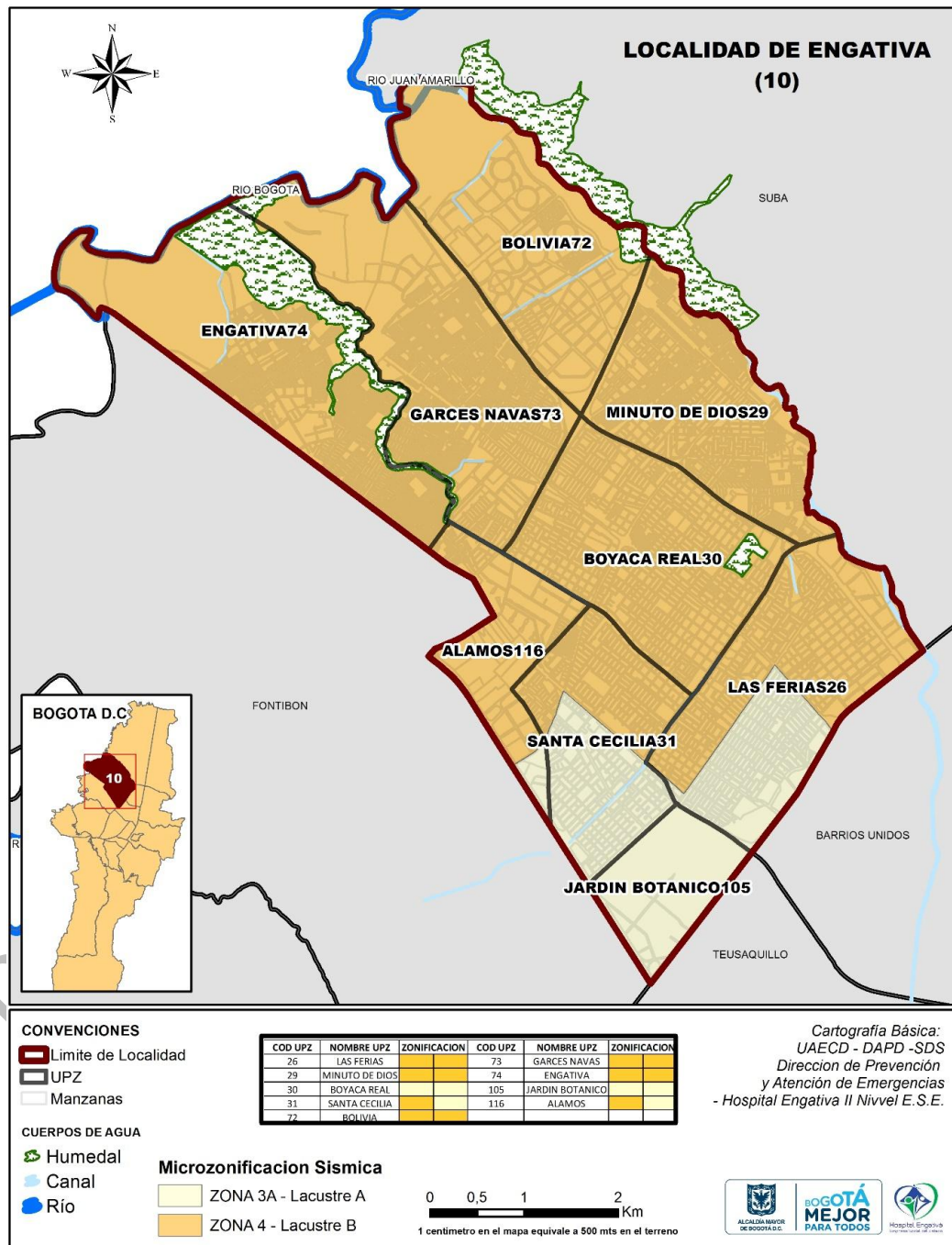
Fuente: Cartografía Básica UAEC - DAPD - SDS - Información Adicional: Hospital Engativá II Nivel E.S.E. - Grupo ASIS
Agosto 2015

- Suelo

Del área total de la localidad de Engativá, el 85,5% (3.089,4 Has) hacen parte de la Zona Sísmica (clase 4), establecida como Lacustre B este tipo de clasificación refiere a suelos pertenecientes a lacustre blando con cuya composición principal son Arcillas, limosas blandas lo cual se cataloga como suelos con “baja a media capacidad portante y muy compresibles” (12). Por otro lado el 13,8% (498,3 Has) pertenece a la zona sísmica clase 3 A suelos catalogados como Lacustre A, refieren a suelos con características similares a las de clase 4 pero con una composición de “Arcillas limosas muy blandas”(12) (Ver ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.).

Es así como las UPZ de Engativá, Garcés Nava, Bolivia, Minuto de Dios, Boyacá Real, Álamos, parte de la Superficie de Santa Cecilia y las ferias en su parte Norte, están dentro de la clasificación lacustre B, y las UPZ jardín botánico, y santa Cecilia y las Ferias en su parte Sur están dentro de la clasificación Lacustre A (Ver Mapa 3).

Mapa 3. Microzonificación Sísmica. Localidad Engativá.



Fuente: Cartografía Básica UAECD –DAPD –SDS. Dirección de prevención y atención de Emergencias. Grupo ASIS Hospital Engativá II Nivel ESE. 2015.

Dentro de los riesgos por inundación en la localidad se puede evidenciar que la parte Norte y Noroccidental de la misma se centra los principales niveles de Riesgo por inundación, este rango se puede discriminar de la siguiente forma:

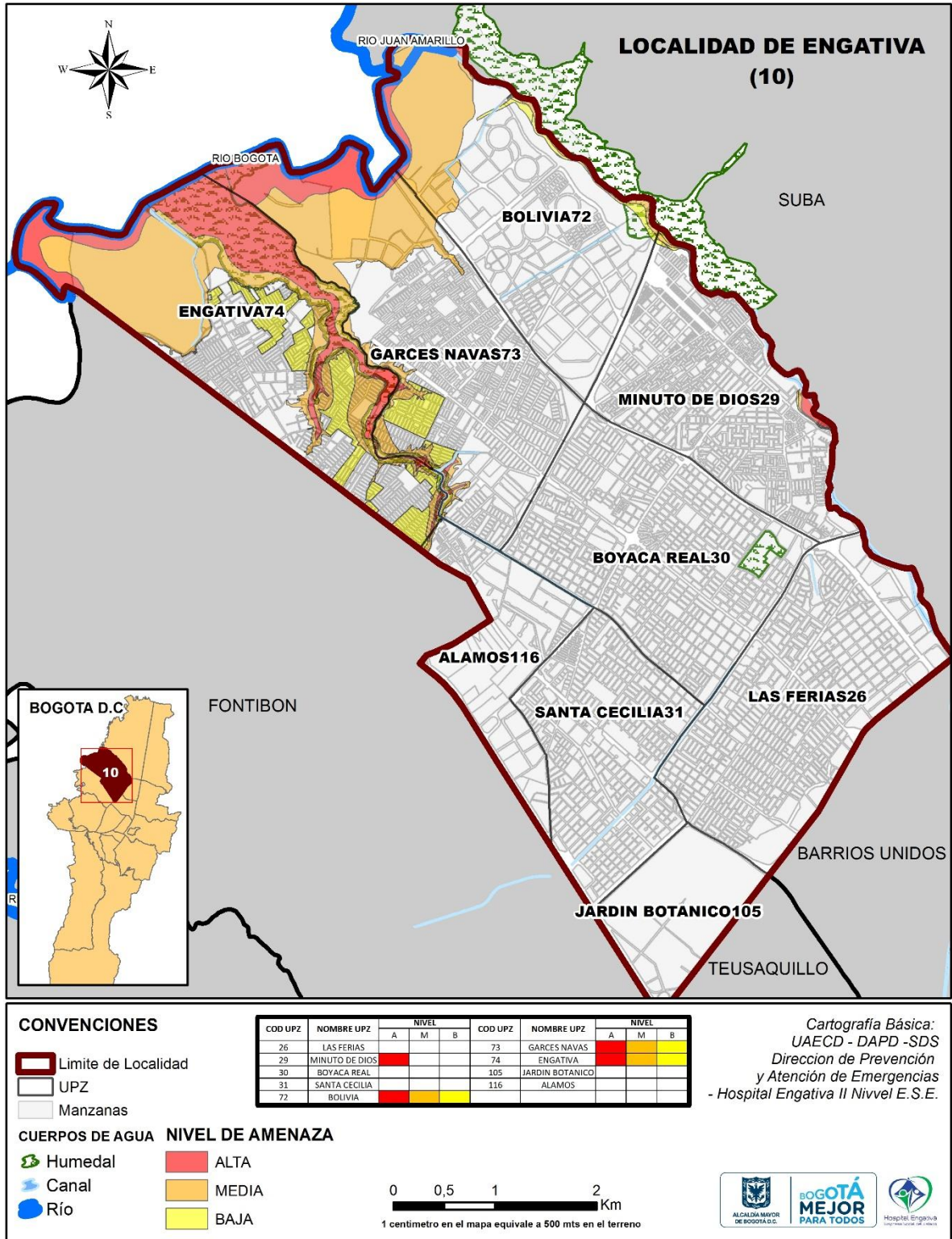
El nivel de riesgo Alto, con una extensión aproximada dentro de la localidad de 224,7 Has está principalmente identificado en la parte Occidental de la localidad, sobre la margen derecha del río Bogotá (en dirección Sur-Norte) con vinculación del territorio que hace parte del humedal Jaboque en su parte central, impactando en las UPZ de Engativá y Garcés Navas. Adicionalmente el Nivel Alto por Inundación está presente en el límite Norte de la localidad bordeando el Humedal Juan Amarillo y prolongándose aproximadamente por 8,2 Has después de este, con dirección al Oriente, abarcando una margen muy estrecha de las UPZ Bolivia y Minuto de Dios.

El Nivel de Amenaza Medio tiene una extensión aproximada dentro de la localidad de 441.3 Has siendo esta la de mayor presencia en Engativá y encontrándose sectorizado sobre la margen derecha del río Bogotá en el límite occidental de la localidad y a lado y lado del humedal Jaboque con un promedio en hectáreas de 436,1; así mismo se encuentra en la margen sur del humedal Juan Amarillo con un promedio de 5,2 Has en una margen estrecha. El nivel medio por inundación vincula las UPZ de Engativá, Garcés Navas, Bolivia, Minuto de Dios, y una pequeña porción de la parte Norte de la UPZ Álamos.

Por ultimo el nivel de riesgo Bajo, con una extensión aproximada de 99,6 Has, se encuentra distribuido en la UPZ Engativá y Garcés Navas principalmente en la margen Sur del humedal Jaboque y en la margen estrecha del humedal Juan amarillo. Se evidencia de igual forma una mayor distribución de este Nivel en zonas urbanas (85,8 Has) de las UPZ Engativá (75,5% Aproximado) y Garcés Navas (24,4% Aproximado) (ver **Mapa 4**).

En el resto del territorio, los suelos son blandos y compresibles llevando a la presentación de fracturas y hundimientos en la red vial, en especial en las Avenidas 68 y Boyacá y en sectores del barrio Quirigua (13), condiciones que incrementan el represamiento vial, así como la cantidad de material particulado en el ambiente (14) y el posible incremento en la presencia de enfermedades respiratorias en el sector.

Mapa 4. Zonas de riesgo por inundación. Localidad Engativá. 2014



Fuente: Cartografía Básica UAECD –DAPD –SDS. Dirección de prevención y atención de Emergencias. Grupo ASIS Hospital Engativá II Nivel ESE. 2015.

- Riesgos físicos y contaminación

La presencia de numerosas fábricas con chimeneas y calderas, principalmente en los sectores de Álamos industrial, bodegas de Engativá, Las Ferias, La Florida, La Cabaña y Garcés Navas, pueden estar incrementando el riesgo de explosiones e incendios, llevando consigo pérdidas económicas, materiales e individuales (15).

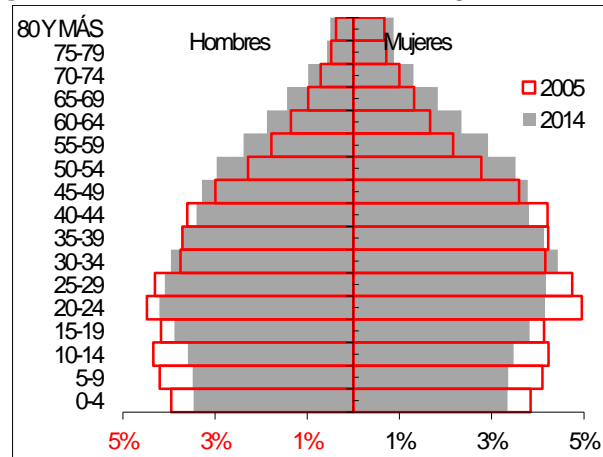
Por otra parte, el cambio en el uso de suelo en zonas como Villa Luz (UPZ Santa Cecilia) evidente en la proliferación de tiendas de barrio, bares y discotecas, es una de las posibles causas por las que durante el 2012 Engativá estuvo entre las siete localidades más ruidosas del Distrito (entre 65 y 85 decibeles); otras de las fuentes fueron el aeropuerto el Dorado y la desviación del transporte público en barrios como Minuto de Dios, Álamos y la universidad Libre (16).

Resumiendo, las características ambientales de la localidad son consecuencia de la interacción de tres factores. Inicialmente, la constitución histórica de los barrios que componen la localidad, donde se evidencian contrastes frente su organización y planeación, constituyendo uno de los determinantes asociados con problemáticas actuales de movilidad y de acceso a los servicios sociales. El segundo aspecto son las características hidrológicas y del suelo de la localidad, con alta probabilidad de hundimiento e inundación, especialmente en las rondas de los humedales. El tercer aspecto lo constituye la falta de pertenencia por el territorio en habitantes de la localidad, donde el cuidado del entorno no es considerado primordial pese al evidente riesgo que esto conlleva en la presentación de enfermedades. Es así como en la actualidad la localidad cuenta con el área de humedales más grandes de la ciudad, sin embargo la acumulación de basuras en los cuerpos de agua puede estar, generando proliferación de olores y vectores plaga, factores que se agudiza en las UPZ Engativá, Garcés Navas, y Minuto de Dios, donde vive la población más vulnerable de la localidad.

Contexto Demográfico de la Localidad

Para el 2014, la población proyectada en la localidad fue de 866.719 habitantes (17), siendo las mujeres el grupo más representativo con 452.053 personas (52,2%) mientras que los hombres fueron 414.666 habitantes. La distribución poblacional muestra una marcada reducción en los menores de 20 años, contrastando con el incremento de los mayores de 45 años entre el 2005 y el 2014. Este comportamiento evidencia el proceso de envejecimiento de la población donde el promedio de edad general paso de los 47 a los 52 años entre el 2005 y el 2014 y las mujeres fueron 3 años mayores comparado con el promedio de edad de los hombres (53 y 50 años respectivamente) (ver Figura 1).

Figura 1. Pirámide Poblacional Localidad Engativá. 2005 - 2014



Fuente: DANE – SDP. Proyecciones de Población por localidades 2006- 2015

El comportamiento demográfico de la localidad, muestra que por cada 100 mujeres hay 92 hombres, siendo menor a lo estimado para Bogotá (94 por cada 100 mujeres) y con diferencias al interior de la localidad entre la UPZ Jardín Botánico y las UPZ Bolivia y Santa Cecilia donde la relación hombre – mujer pasa de 163 a 87 respectivamente. Esto puede ser atribuible a la presencia de instituciones militares y a la menor proporción de hombres en las UPZ que agrupan la mayor cantidad de mayores de 60 años (ver Tabla 1).

Con respecto a la relación de niños y mujeres en edad reproductiva, en la localidad para el 2014 por cada 100 mujeres hubo 21 menores de 15 años, siendo menor al indicador de Bogotá (23 por cada 100 mujeres). El comportamiento entre UPZ mostró la mayor diferencia entre las UPZ Engativá y Bolivia (31 y 19 respectivamente), coincidiendo con el contraste socioeconómico existente entre estos territorios que pueden influir en la fecundidad de la población y su grado de envejecimiento (ver Tabla 1).

Los índices de Infancia, juventud y vejez representan la relación proporcional de menores de 15 años, entre 15 y 29 años y los mayores de 65 años con la población general. En este sentido, es evidente la variación en la distribución poblacional entre las UPZ, donde existe un contraste entre los índices de infancia y vejez de las UPZ Engativá (infancia, 26 por cada 100; Vejez, 5 por cada 100) y Santa Cecilia (Infancia, 22 por cada 100; Vejez 12 por cada 100), confirmando así el índice de envejecimiento, que para la UPZ Engativá fue de 19 mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años y en la UPZ Santa Cecilia de 65 por cada 100 menores de 15 años (ver Tabla 1), así como las condiciones sociales y económicas que marcan la realidad de estos territorios.

Ahora bien, de acuerdo al índice de Friz, la población de la localidad se clasifica como madura (índice entre 60 y 160), pese al rango de los valores obtenidos entre las UPZ (entre 59,5 y 119), siendo la UPZ Jardín Botánico la más cercana a una población vieja (índice de friz menor que 60) (ver Tabla 1).

Respecto a los indicadores de dependencia, por cada 100 Personas Económicamente Activas (PEA) (entre 15 y 64 años) de la localidad hay 41 que son dependientes (menores de 15 y mayores de 64 años), siendo menor a lo estimado para el Distrito (44 por cada 100). Al discriminar este indicador en dependencia infantil y en los mayores de 65 años para cada una de las UPZ, en Engativá por cada 100 PEA hay 37 menores de 15 años, mientras que en Santa Cecilia por cada 17 mayores de 65 años hay 100 PEA, constituyendo los valores más altos en cada categoría (ver Tabla 1).

Tabla 1. Indicadores demográficos Localidad Engativá. 2014

| Indicador | Local | UPZ | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------|------------|----------------|-------------|---------------|---------|--------------|----------|-----------------|--------|
| | | Las Ferias | Minuto de Dios | Boyacá Real | Santa Cecilia | Bolivia | Garcés Navas | Engativá | Jardín Botánico | Álamos |
| Población total | 866.719 | 111.930 | 154.125 | 113.795 | 61.739 | 91.263 | 167.563 | 148.669 | 2.608 | 15.027 |
| Población Masculina | 414.666 | 53.409 | 74.094 | 54.330 | 28.758 | 42.380 | 79.527 | 73.282 | 1.615 | 7.271 |
| Población Femenina | 452.053 | 58.521 | 80.031 | 59.465 | 32.981 | 48.883 | 88.036 | 75.387 | 993 | 7.756 |
| Relación hombres : mujer | 91,7 | 91,3 | 92,6 | 91,4 | 87,2 | 86,7 | 90,3 | 97,2 | 162,6 | 93,7 |
| Razón niños : mujer | 24,1 | 22,4 | 24,6 | 23,7 | 20,5 | 19,4 | 22,8 | 30,8 | 25,1 | 25,4 |
| Índice de infancia | 20,7 | 19,4 | 20,4 | 20,1 | 18,2 | 17,7 | 20,2 | 25,8 | 17,1 | 23,0 |
| Índice de juventud | 24,3 | 24,0 | 22,6 | 24,0 | 22,1 | 25,2 | 24,5 | 26,8 | 28,7 | 24,1 |
| Índice de vejez | 8,4 | 9,3 | 10,7 | 9,8 | 11,8 | 6,7 | 7,7 | 4,8 | 5,6 | 6,0 |
| Índice de envejecimiento | 40,5 | 48,2 | 52,6 | 48,6 | 64,9 | 37,9 | 38,2 | 18,6 | 32,7 | 25,9 |
| Índice demográfico de dependencia | 41,1 | 40,3 | 45,2 | 42,7 | 42,9 | 32,3 | 38,8 | 44,1 | 29,4 | 40,8 |
| Índice de dependencia infantil | 29,2 | 27,2 | 29,6 | 28,7 | 26,0 | 23,4 | 28,0 | 37,2 | 22,2 | 32,4 |
| Índice de dependencia mayores | 11,8 | 13,1 | 15,6 | 14,0 | 16,9 | 8,9 | 10,7 | 6,9 | 7,2 | 8,4 |
| Índice de Friz | 93,1 | 87,5 | 91,5 | 91,1 | 82,0 | 82,3 | 88,0 | 119,1 | 59,5 | 97,2 |

Fuente: DANE – SDP. Proyecciones de Población por localidades 2006- 2015

Según la distribución por etapa de ciclo vital, la etapa adultez es la más representativa en la localidad, donde por cada 100 mujeres hay 88 hombres, encontrando además que esta relación se reduce a 74 en la etapa vejez. En contraste, en la infancia y la adolescencia la relación se invierte siendo 104 y 102 hombres por cada 100 mujeres respectivamente. En la juventud la relación entre hombres y mujeres se equilibra (1 a 1). Este comportamiento podría asociarse a la relación directa entre la edad y la exposición a lesiones por causas externas, que influye en la mortalidad de hombres principalmente en edades productivas (ver Tabla 2).

Tabla 2. Etapas de ciclos vital . Localidad Engativá. 2014

| ECV | Hombres | | Mujeres | | Total | |
|--------------------------------|----------------|--------------|----------------|--------------|----------------|--------------|
| | Número | % | Número | % | Número | % |
| Infancia (menores de 14 años) | 85.034 | 20,5 | 81.974 | 18,1 | 167.008 | 19,3 |
| Adolescencia (de 14 a 17 años) | 32.965 | 7,9 | 32.386 | 7,2 | 65.351 | 7,5 |
| Juventud (de 18 a 26 años) | 61.306 | 14,8 | 61.050 | 13,5 | 122.356 | 14,1 |
| Adultez (de 27 a 59 años) | 188.817 | 45,5 | 213.935 | 47,3 | 402.752 | 46,5 |
| Vejez (Mayores de 59 años) | 46.545 | 11,2 | 62.708 | 13,9 | 109.253 | 12,6 |
| Total | 414.666 | 100,0 | 452.053 | 100,0 | 866.719 | 100,0 |

Fuente: DANE – SDP. Proyecciones de Población por localidades 2006- 2015

Al revisar la dinámica demográfica entre el 2013 y 2014, los indicadores evidencian un incremento en la tasa de crecimiento natural del 1,1%, indicando que en el 2014 por cada mil habitantes se incremento la población en 7 individuos. Ahora bien, la natalidad y fecundidad evidencian incrementos frente al 2013, sin embargo pese al leve aumento en el número de hijos, la tasa de reemplazo de las mujeres por sus hijas se mantiene por debajo de 1, lo que puede determinar la reducción de la fecundidad en la localidad para las siguientes generaciones. En cuanto a la edad promedio de las madres, se observa un leve incremento que puede ser atribuible a una postergación de la gestación determinada por alternativas como la educación o el trabajo (18) (ver Tabla 3).

Tabla 3. Dinámica demográfica Localidad Engativá. 2013–2014.

| Dinámica Poblacional | 2014 | 2013 |
|--|------|------|
| Tasa de Crecimiento Natural (por Mil Hab.) | 7,05 | 6,97 |
| Tasa Bruta de Natalidad (Nacimientos x cada Mil Hab.) | 11,4 | 10,9 |
| Tasa Bruta de Mortalidad (Muertes x cada Mil Hab.) | 44,1 | 42,3 |
| Tasa General de Fecundidad (Nacimientos x cada Mil mujeres en edad Fértil) | 56,2 | 53,6 |
| Tasa Global de Fecundidad (Hijos x mujer en edad fértil) | 1,38 | 1,30 |
| Edad Media de Fecundidad (años) | 27,2 | 27,0 |
| Tasa de reproducción (hijas x cada mujer en edad fértil) | 0,7 | 0,6 |
| Esperanza de Vida al Nacer (años) | 77,1 | |
| Esperanza de Vida al Nacer Mujeres (años) | 80,1 | |
| Esperanza de Vida al Nacer Hombres (años) | 74,2 | |

Fuente: DANE – SDP. Proyecciones de Población por localidades 2005-2015. Bases preliminares Nacidos vivos - Defunciones RUAF. Consultada 16/01/2015.

Por otra parte, según lo reportado por la Encuesta Multipropósito 2014 en Bogotá hubo una movilización interna del 16% de los hogares en los últimos 3 años, principalmente por la búsqueda del mejoramiento de la vivienda o localización (41,3%); en Engativá el 42,5% de los hogares que se trasladaron afirmaron haberlo hecho por este mismo motivo, presentando un incremento en 3,2 puntos porcentuales con respecto al 2011 (19).

En Engativá, de acuerdo con el Sistema de Información para los Derechos de las Víctimas – SIVIC de la Alta Consejería Distrital para los Derechos de las Víctimas la Paz y la Reconciliación, al 30 de septiembre de 2014 se habían atendido 9.672 personas que informaron encontrarse viviendo en Engativá, con mayor presencia en las UPZ Engativá (32,8%), Minuto de Dios (16%) y Las Ferias (15,1%), donde se concentra el 63,9% de la población víctima residentes en la localidad.

Contexto Socioeconómico de la localidad

Vivienda

Según la encuesta multipropósito (13), para el 2014 en la localidad hubo 1,02 hogares por cada vivienda, siendo igual a lo estimado en Bogotá para el mismo año y conservando el valor comparado con el 2011, lo que indica un crecimiento proporcional entre el número de hogares y viviendas en la localidad. En cuanto al promedio de personas por vivienda, en la localidad se redujo de 3,5 a 3,2

entre el 2011 y el 2014, coincidiendo con el comportamiento de Bogotá pese a ser ligeramente superior (3,6 en 2011 y 3,3 en 2014). Ahora bien, al estimar el promedio de personas por hogar, en la localidad estuvo en 3,1 para el 2014, registrando una reducción del 8,6% frente al 2011 siendo similar a lo calculado para Bogotá, esto puede ser asociado con la reducción en la fecundidad donde las familias nucleares tienen un solo hijo (ver **Tabla 4**) (13).

Tabla 4. Número de viviendas, hogares y personas por localidad, 2011-2014.

| Escala Territorio | Viviendas | | Hogares | | Personas | |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 2011 | 2014 | 2011 | 2014 | 2011 | 2014 |
| Bogotá | 2.097.697 | 2.381.129 | 2.185.874 | 2.437.996 | 7.451.231 | 7.794.463 |
| Engativá | 239.881 | 271.811 | 244.942 | 277.460 | 843.722 | 873.286 |

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

De los hogares, el 53% tenía vivienda propia (pagada en su totalidad o en proceso de pago) y el 43% vivían en arriendo. La cobertura de servicios públicos estaba en el 100% en acueducto, alcantarillado y recolección de basuras, para el teléfono fijo estaba en el 75,9% y energía eléctrica el 100%. Del total de viviendas el 59,68% presentaron algún problema en la estructura, siendo la humedad y las grietas en pisos, paredes o techos la más frecuente. En relación con el entorno de las viviendas, el 52,7% se ubicaban en cercanías al aeropuerto o a algún terminal de buses y el 78,5% estaban en cercanías a lotes baldíos, caños de aguas negras o botaderos de basuras (ver **Tabla 5**) (13).

Tabla 5. Servicios Públicos y características de las viviendas Localidad Engativá.

| Indicador | Local | Bogotá | Año |
|--|-------------|---------------|------|
| Cobertura en servicios de Aseo (%) | 100 | 99,8 | 2014 |
| Cobertura en servicios de energía (%) | 100 | 99,9 | 2014 |
| Cobertura en servicios de Gas (%) | 89,0 | 89,8 | 2014 |
| Cobertura en servicios de Acueducto | 100 | 100 | 2014 |
| Cobertura en servicios de Alcantarillado | 100 | 100 | 2014 |
| Consumo de Agua (m ³) | 21.970.968 | 209.373.198 | 2010 |
| Consumo de Agua per cápita (m ³) | 27,2 | 607,6 | 2010 |
| Consumo de Energía (Kilovatios) | 132.396.234 | 1.152.626.772 | 2010 |
| Consumo de Energía per cápita (Kilovatios) | 158,3 | 156,5 | 2010 |
| Consumo de Gas (m ³) | 17.367.819 | 169.213.273 | 2010 |
| Consumo de Gas per cápita (m ³) | 20,8 | 23 | 2010 |
| Hogares en déficit cualitativo de vivienda | 9.732 | 141.525 | 2011 |
| Hogares en déficit cuantitativo de vivienda | 6269 | 116.533 | 2011 |

Fuente: Centro de inteligencia estadística. SDP. Publicado 14-05-2012. DANE - SDP, Encuesta Multipropósito 2011 - 2014.

Cálculos: Dirección de Estudios Macro, SDP.

Estrato Socioeconómico

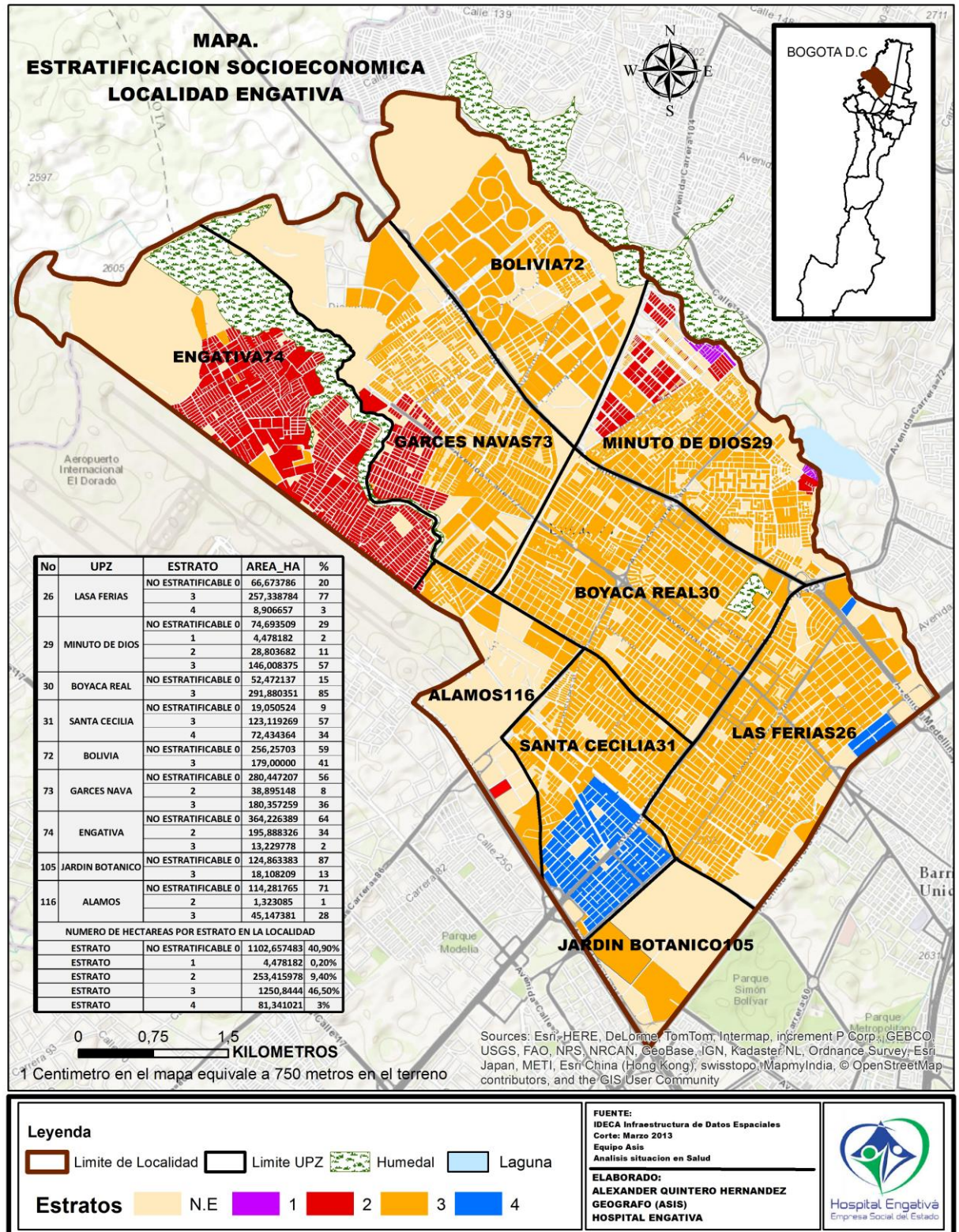
De acuerdo a la información tomada de la Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital (IDECA), de las 2.693 hectáreas que conforman la localidad de Engativá, el 46,5% corresponden al estrato 3 donde las UPZ Bolivia y Boyacá Real son exclusivas de este nivel, aunque en ésta última se han evidenciado condiciones de vulnerabilidad en barrios como la Florida debido a condiciones de saneamiento básico y ambientales desfavorables, pobreza oculta y hacinamiento.

El 9,4% (253,4 Ha) corresponde al estrato 2, siendo predominante en la UPZ Engativá y alcanzando el 17,7% y el 16,1% de la extensión urbanizable de las UPZ Garcés Navas y Minuto de Dios respectivamente, que a su vez coinciden con su proximidad a los humedales Jaboque y Juan Amarillo, por lo que su influencia sobre la población debido al deterioro ambiental de estos cuerpos agua, se manifiesta en la proliferación de vectores plaga (zancudos y roedores), olores ofensivos y una mayor riesgo de inundaciones. Sumado a lo anterior, en la UPZ Engativá se evidencia una menor oferta de los servicios sociales y una reducida de accesibilidad geográfica, manifestándose así en problemáticas como barreras de acceso y tiempos prolongados de desplazamiento.

El 3% de la extensión de la localidad es estrato 4 (81,3 Has), ubicándose principalmente en la UPZ Santa Cecilia que junto a la UPZ Bolivia muestran las condiciones socioeconómicas más favorables de la localidad, contrastando con lo descrito previamente para la UPZ Engativá, Garcés Navas y Minuto de Dios.

La extensión del estrato 1 representa el 0,2% de la localidad (4,5 Has) que corresponde al barrio Luis Carlos Galán de la UPZ Minuto de Dios; en este territorio existe una mayor percepción de inseguridad especialmente en la ronda del Humedal Juan Amarillo, donde además la disposición inadecuada de residuos, los espacios públicos deteriorados y el reciclaje informal contribuyen a la estigmatización de este territorio. El 40,9% del territorio corresponde a zonas no estratificables (parques, vías, zonas verdes), mostrando que una mayor extensión en la UPZ Engativá, debido al área perteneciente a la ronda del río Bogotá (ver **Mapa 5**).

Mapa 5. Estrato socioeconómico. Localidad Engativá . 2013



Fuente: Infraestructura de datos espaciales. IDECA. 2013

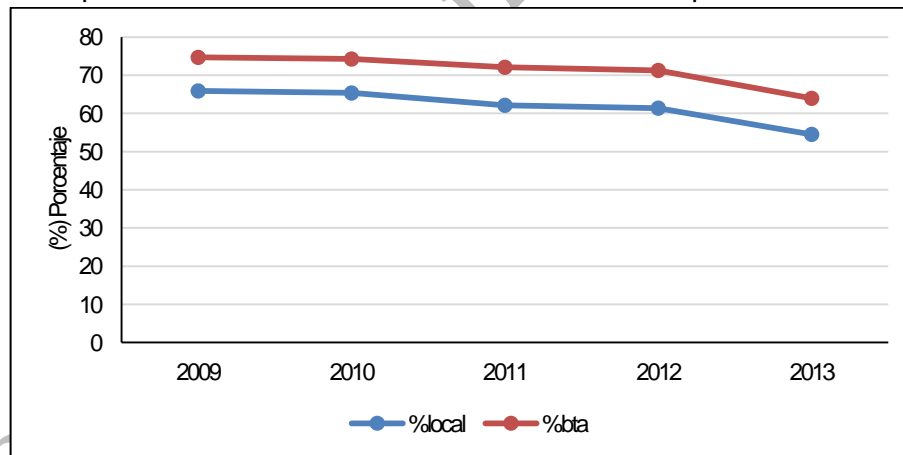
Aseguramiento

De acuerdo a la población afiliada estimada en el FOSYGA (20), en el 2014 el 83,9% de la población estuvo afiliada al régimen contributivo, siendo una proporción 10% mayor a la distribución del Distrito (75,9%). En el régimen subsidiado se registró el 8,4% de la población local, que equivale a cerca de la mitad de la proporción estimada para Bogotá (16,8%). En excepción estuvo el 4,2% y los no afiliados representaron 3,5% sin diferencias significativas frente a la distribución Distrital.

Educación

Para el 2014, de las 693.694 personas mayores de 15 años de la localidad el 99,1% sabían leer y escribir mostrando un leve incremento respecto al 2011 (98,9%) y estando por encima de lo calculado en Bogotá para el mismo año (98,6%) (13). En cuanto a la Población en Edad Escolar (PEE) de 5 a 16 años, para el 2013 se proyectaron 147.957 personas mostrando una reducción con el año anterior del 1,1% y manteniendo la tendencia observada desde el 2009 (17). En cuanto a la demanda efectiva al sector educativo oficial en el 2013 (estudiantes antiguos, repitentes y nuevos), se registraron 80.668 estudiantes, representando el 54,5% de la población proyectada y alcanzando una reducción del 12,2% comparado con el 2012 (21). Esta tendencia también se observa a nivel Distrital, sin embargo la demanda efectiva sobre la población proyectada es del 64% para el 2013 (ver Figura 2).

Figura 2. Proporción de demanda efectiva al sector educativo oficial respecto a la PEE . 2009 - 2013



Fuente: DANE – SDP. Proyecciones de Población por localidades 2006- 2015; Grupo de Análisis y Estadística SDE. 2.009– 2.013

Respecto a la tasa global de cobertura bruta, en el 2013 por cada 100 personas de la PEE 95,4 están matriculadas en instituciones educativas privadas y oficiales, siendo un 1,8% menor a lo estimado a nivel Distrital para el mismo año; de esta forma, basados en la Figura 2 se puede evidenciar que en las 80 sedes de los 49 colegios oficiales de la localidad (incluidos los de concesión y contrato) para el 2013 se matricularon el 54,5% de la PEE (21) (ver **Tabla 6**)

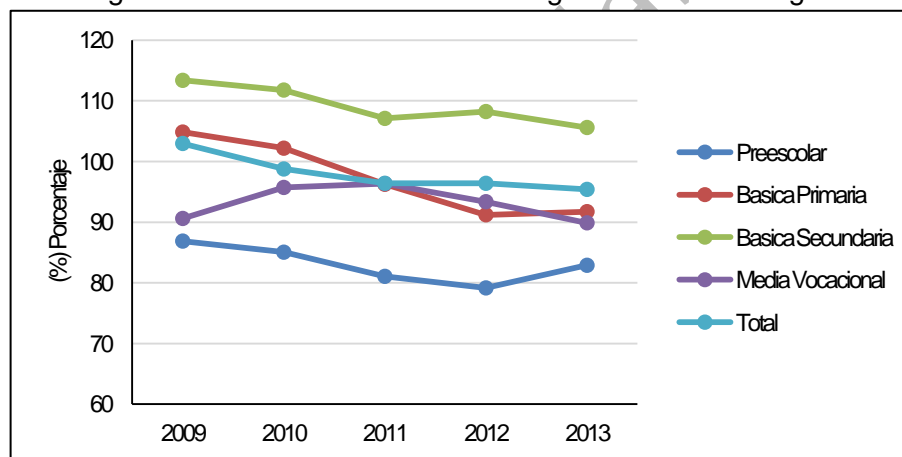
Tabla 6. Tasa global de cobertura bruta en educación según nivel educativo. Engativá – Bogotá. 2013

| Escala | Preescolar (5 años) | Primaria (6 a 10 años) | Secundaria (11 a 14 años) | Media Vocacional (15 y 16 años) | Total |
|----------|------------------------|---------------------------|------------------------------|------------------------------------|-------|
| Engativá | 82,9 | 91,7 | 106,7 | 89,9 | 95,4 |
| Bogotá | 86,9 | 98,1 | 104,5 | 86,0 | 97,2 |

Fuente: DANE – SDP. Proyecciones de Población por localidades 2006- 2015; Grupo de Análisis y Estadística SDE. 2009– 2013

En cuanto a la tendencia de la tasas brutas por nivel educativo, entre el 2009 y el 2012 se muestra en términos generales una reducción progresiva que puede ser atribuida al proceso de transición demográfica, donde la demanda educativa entre los 5 a 16 años tiende a reducirse mientras que la demanda a los niveles superiores (en jóvenes y adultos) se incrementa. Pese a lo anterior, es importante, la reducción entre la tasa de la básica secundaria (grados sexto a noveno) y la media vocacional (grados decimo y once) que puede atribuirse a la deserción escolar consecuencia de situaciones como el trabajo informal o embarazo adolescente (ver Figura 3).

Figura 3. Tasa global de cobertura bruta en educación según nivel educativo. Engativá. 2009 - 2013



Fuente: DANE – SDP. Proyecciones de Población por localidades 2006- 2015; Grupo de Análisis y Estadística SDE. 2.009– 2.013

Empleo

De acuerdo a lo reportado por la Secretaria Distrital de Planeación (23) La tasa global de participación de la localidad indica que por cada 100 Personas en Edad de Trabajar (PET) 61,3 son Población Económicamente Activa (PEA), similar a lo estimado para Bogotá (61,1%). Ahora bien, según la encuesta multipropósito 2014, Engativá tuvo un incremento de 2,1 puntos porcentuales en la tasa de ocupación con respecto al 2011 llegando al 59,9% con aproximadamente 437.000 personas ocupadas para este año, siendo las mujeres las más influyentes para este incremento, quienes alcanzaron una tasa de 52,9%, llegando al 4º puesto entre las localidades (22), sin embargo, la ocupación sigue siendo más significativa en hombres (65,1%). (23). En general, esto se presenta por el mayor acceso que tradicionalmente tiene esta población para ingresar a la educación superior, por

lo cual se les facilita acceder a ofertas laborales con mejores condiciones laborales y económicas (15).

Por otro lado, la tasa local de desempleo estuvo en 9%, superior en 0,4% a la del distrito y ocupando el octavo lugar entre las 20 localidades, con mayor afectación en mujeres (11,7%) (23). El comportamiento del desempleo, puede ser atribuible al crecimiento demográfico y de la población económicamente activa, que sumado la fluctuación en la actividad económica, la desestimulación en la creación de empleos y el racionamiento de los mismos, pueden estar determinando la presencia de la informalidad (28) en el 38,9% de los ocupados de la localidad, cifra que presenta una disminución de 2,5 puntos porcentuales con respecto a 2011. Los sectores que mayor aportan a la economía de los hogares de Engativá son el comercio (24,7%), los servicios comunales, sociales y personales (24,1%), las actividades inmobiliarias y empresariales (15,8%) y el transporte con el 11,7% de los trabajadores (22).

Ahora bien, basados en lo reportado por el observatorio de desarrollo económico de Bogotá (24), en la localidad los establecimientos de menor tamaño (hasta de 50 trabajadores) son principalmente comerciales (57,5%), mientras que los de servicios e industriales representaron el 29,3% y 13,2% respectivamente, coincidiendo así con la distribución obtenida en Bogotá. De estos establecimientos, el 98,9% tiene como lugar de comercialización de bienes y servicios la ciudad, siendo un 3,3% mayor a lo estimado a nivel Distrital. En cuanto a la rotación del personal, el 16% de las empresas de la localidad lo hicieron, mientras que solo el 5% incrementaron el número de empleados (24).

Pobreza y Desigualdad

De acuerdo a lo estimado en la encuesta multipropósito (13), en la localidad para el 2014 hubo 78.641 personas (9%) por debajo de la línea de pobreza monetaria, mientras que en pobreza extrema hubo 28.378 personas (3,2%), que en términos proporcionales es un 43% y 21% menor respectivamente a lo estimado para Bogotá en el mismo año. Según lo reportado por el Banco de la República en el 2013 (25), el coeficiente de GINI estimado según el ingreso de la población de la localidad estuvo en 0,4, mostrando así una menor desigualdad comparado con ciudades principales como Medellín (0,51), Bogotá (0,53), Bucaramanga (0,47) y Cali (0,49).

De acuerdo al Método Integrado de Pobreza (MIP), que compara el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) con la Línea de Pobreza (LP), el 0,7% de los hogares se encuentran en pobreza crónica siendo el ingreso promedio \$122.212 pesos (línea de pobreza ingresos menores a \$177.562 pesos mensuales), caracterizadas por condiciones de hacinamiento crítico (66,3%), como se evidencia principalmente en la UPZ Ferias y Minuto de Dios, donde se ha identificado la presencia de inquilinatos y familias que comparten un único espacio para el descanso y la cocina, situación que genera riesgos de accidentes, exposición a violencia y en general dificultades en el desarrollo propio en cada una de las edades (29).

Respecto a la estimación de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), que tiene en cuenta las condiciones de la vivienda, el hacinamiento, los servicios públicos, la escolaridad en niños y la dependencia económica. En la localidad para el 2014, de la población proyectada el 1,7% estuvo en condición de pobreza, mostrando una reducción frente a lo calculado en 2011 (2,8%) representado principalmente en los componentes de hacinamiento crítico y alta dependencia económica (22). Respecto al Distrito, la proporción de personas en pobreza fue un 23% mayor (13).

Así mismo, el Índice de Condiciones de Vida (ICV) que relaciona las características de los hogares en cuanto al acceso y calidad de los servicios públicos, el nivel educativo de sus integrantes, hacinamiento y calidad de los materiales de la vivienda (30), muestra que el 93,8% de los hogares de la localidad tienen condiciones favorables, siendo mayor a lo estimado para el Distrito en el mismo año (92%) (13). El ingreso per cápita en Engativá estuvo calculado en 801.226,6 pesos, encontrándose por encima del promedio distrital en 220.882,2 pesos y en el 9º puesto entre las 20 localidades, lo que la ubica en el 2º cuartil de las localidades con mayor ingreso; sin embargo, en el comparativo por el índice de GINI cae al 16º lugar, mostrando una mayor desigualdad que la reportada para el distrito (0,5) (31).

A pesar del mejoramiento en los indicadores, de acuerdo con la Encuesta Multipropósito para Bogotá en el 5,1% de las familias de Engativá uno de sus miembros dejó de consumir una de las tres comidas principales durante uno o más días por semana por no contar con los recursos necesarios. El 7,7% de los hogares consideran que las condiciones de alimentación empeoraron, relacionado con pérdidas económicas e incremento en los precios de bienes y servicios como el de acueducto, alcantarillado y recolección de basuras, que pasó de 87.132 pesos en promedio durante el 2011 a 106.701 en 2014, disminuyendo la cantidad de recursos disponibles para suplir otras necesidades (22).

Recreación y Cultura

Engativá cuenta con un total de 448,69 Ha de zonas verdes (32), que representan el 13,98% del área de la localidad, en la cual se incluye el parque regional la Florida y dos parques metropolitanos (Unidad Deportiva el Salitre y Jardín Botánico). Los parques zonales son: San Andrés, el Carmelo, Villa Luz, Villas de Granada, Tabora y la Serena (Ver **Tabla 7**)

Tabla 7. Porcentaje y extensión de parques de la Localidad Engativá según escala. 2014

| Escala de Parque | Cantidad | Área (Ha) | % |
|------------------|------------|---------------|------------|
| Bolsillo | 26 | 6,64 | 1,5 |
| Vecinales | 383 | 204,52 | 45,6 |
| Zonal | 6 | 22,85 | 5,1 |
| Metropolitano | 2 | 35,34 | 7,9 |
| Regional | 1 | 179,34 | 40,0 |
| Total | 418 | 448,69 | 100 |

Fuente: Cartografía Básica UAECD - DAPD - SDS - Información Adicional: Hospital Engativá II Nivel E.S.E. - Grupo ASIS

Agosto 2015

La amplia extensión de zonas verdes puede convertirse en un factor que protege la salud de los habitantes del territorio, dada la facilidad para la práctica de actividad física, recreación y deporte; sin embargo, la realidad local muestra que, según el reporte de la comunidad, se convierten en territorios de miedo, en los cuales se desarrollan actividades como robos, atracos, consumo de sustancias psicoactivas, entre otras, factores que pueden estar generando el desuso de estos espacios. En forma complementaria, Engativá cuenta con otros espacios culturales como el museo de arte contemporáneo de la Universidad Minuto de Dios, la casa de la cultura, y organizaciones sociales y comunitarias que permiten a los habitantes del territorio disfrutar de diversas muestras artísticas y culturales, sin embargo, el desconocimiento y los costos han generado el poco uso de estos espacios y la baja apropiación comunitaria de su territorio (15).

Movilidad

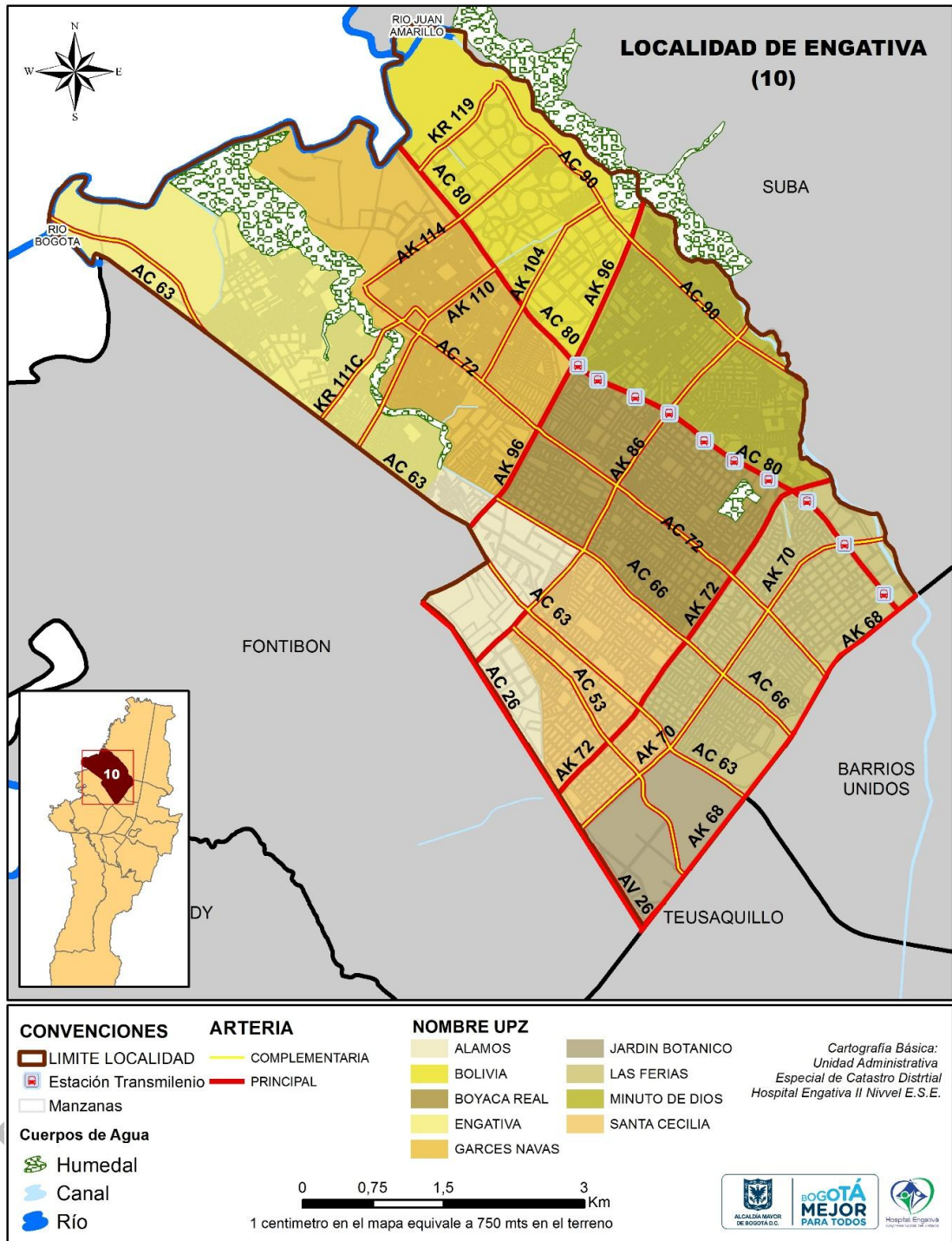
La localidad cuenta con un total de 1.321,9 km de malla vial, de los cuales el 55,1% son de tipo local, el 26,8% intermedio y el 18,1% arterial (ver **Mapa 6**). Las vías arteriales se subdividen en Arterial Principal (V0 y V1) y Arterial Complementaria (V2 y V3), las principales se caracterizan por un ancho entre 60 a 100 metros que para la localidad se estiman unos 19,5 km aproximados, identificadas en el mapa de Sur a Norte como la Avenida Calle (AC) 26 y AC 80 y de Oriente a Occidente como la Avenida Carrera (AK) 68, AK 72 y la AK 96.

Las vías Arteriales Complementarias tiene entre 28 a 40 metros de ancho y en la localidad hay 45 km aproximados, donde se encuentran de Sur a Norte la AC 53, AC 63, AC 68, AC 72 y la AC 90; de Oriente a Occidente se encuentran la AK 68, AK 70, AK 86, AK 96, AK 104, AK 110, AK 111C, AK 114 y la carrera 119). De Las 9 UPZ de la localidad, 8 gozan con un buen trazado de vías Arteriales tanto Principales como Complementarias, únicamente la UPZ 74 Engativá presenta una menor proporción (32).

Para el 2013, en promedio el 57,2% de la totalidad de vías estuvieron en buen estado (33), estando ligeramente por debajo a lo observado en el nivel Distrital para el mismo año (60,1%). El 73,5% de las vías Arteriales estuvieron también en dicho estado, sin embargo en las vías intermedias y locales que facilitan el acceso a la localidad y la movilidad entre sus barrios, la proporción de vías en buen estado se reduce al 60,4% y 37,5% respectivamente.

A partir de el número de personas por UPZ, el número de autos, bicicletas y motos por persona, sus posibles discapacidades, el tiempo de viaje y el número de personas que ingresan por UPZ, fue posible estimar el índice de movilidad, que en el 2013 para la localidad se clasificó como media y donde solo en la UPZ Garcés Navas se estableció como muy alta, contrastando con Minuto de Dios que tuvo la más baja movilidad de la localidad (34). De igual forma, el promedio de velocidad en las vías principales de la localidad estuvo en 10,4 Km/h, con variaciones en la Avenida Calle 80 y Ciudad de Cali que tuvieron el mayor registro (14 Km/h), mientras que la Avenida Rojas Pinilla y las Calles 59ª, 67ª y 75, tuvieron la menor velocidad promedio (8 Km/h) (34).

Mapa 6. Vías de comunicación. Localidad Engativá. 2014



Fuente: Cartografía Básica UAECD - DAPD - SDS - Dirección de Prevención y Atención de Emergencias - Información Adicional: Hospital Engativá II Nivel E.S.E. - Grupo ASIS Agosto 2015.

Priorización UPZ Críticas

Para la priorización de las UPZ críticas de la localidad, se utilizó el método de Índice de Necesidades de Salud (INS) de EPIDAT 3.1, donde a partir de indicadores sociales y de salud se tuvieron en cuenta los siguientes criterios para su selección (35):

- Que represente dimensiones de salud importantes
- Que sea válido, mida lo que pretende
- Que tenga suficiente sensibilidad para distinguir entre elementos
- Que sea independiente, no sea el reflejo de otros indicadores

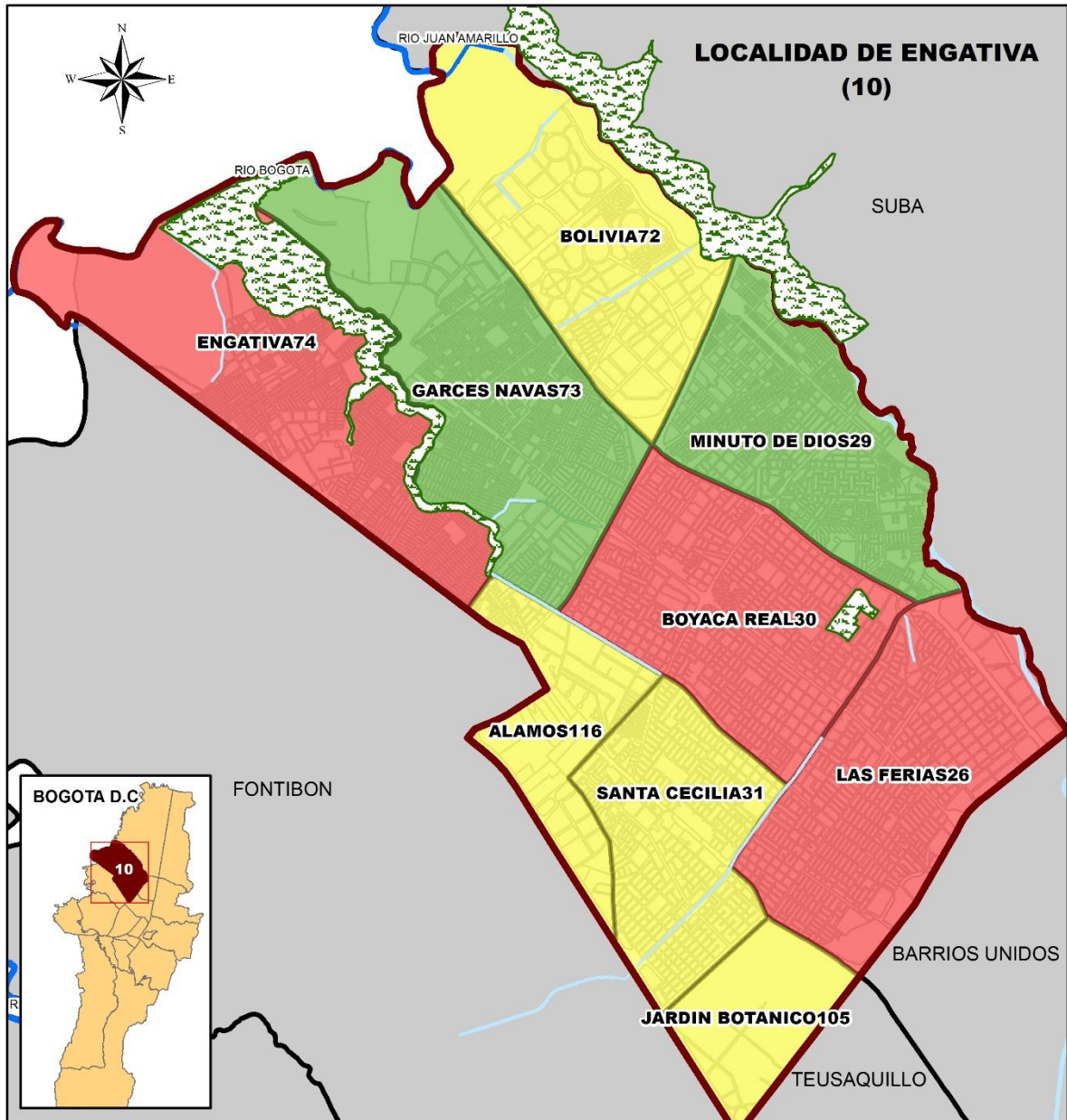
De acuerdo a lo anterior y para lograr el cálculo del INS se utilizaron los siguientes indicadores a los cuales se les asignó una orientación, siendo “negativa” si el indicador muestra una alta necesidad (tasa de mortalidad infantil) y “positiva” si el indicador muestra una reducción de la necesidad (tasa de alfabetización) (ver Tabla 8). Una vez procesada la información con estos indicadores, las UPZ con mayores necesidades de la localidad fueron en su orden, Engativá, Ferias y Boyacá Real (ver Mapa 7).

Tabla 8. Indicadores utilizados para el cálculo del INS por UPZ. 2014

| ID | Definición | Tipo | Sentido |
|---------|---|--------|----------|
| HogViv | Hogares por vivienda | Social | Negativa |
| Hacin | Hacinamiento (población x vivienda) | Social | Negativa |
| TBN | Tasa bruta de natalidad | Salud | Positiva |
| TBMAJ | Tasa bruta de mortalidad ajustada | Salud | Negativa |
| BPN | Bajo peso al nacer | Salud | Negativa |
| ZV | %Zona verde | Social | Positiva |
| HABZV | Habitantes por hectárea de zona verde | Social | Negativa |
| BSOCIAL | Personas por equipamiento de bienestar social | Social | Negativa |
| EDUC | Personas por equipamiento de educación | Social | Negativa |
| SALUD | Personas por equipamiento de salud | Social | Negativa |
| PERAJ | Mortalidad perinatal ajustada | Salud | Negativa |
| INFAJ | Mortalidad infantil ajustada | Salud | Negativa |
| M5AJ | Mortalidad menor de 5 años ajustada | Salud | Negativa |
| EMBAD | % Embarazos adolescentes | Salud | Negativa |
| DNTGL | Prevalencia de desnutrición global | Salud | Negativa |
| DNTCR | Prevalencia de desnutrición crónica | Salud | Negativa |
| CSUI | Tasa de suicidios consumados | Salud | Negativa |
| ESTR | Estrato socioeconómico | Social | Positiva |

Fuente: Elaboración propia. Grupo ASIS. Hospital Engativá II Nivel ESE. 2014

Mapa 7. UPZ priorizadas según el INS. Localidad Engativá. 2014



CONVENCIONES

- Limite de Localidad
- UPZ
- Manzanas

Indice de Necesidades en Salud

INS

- 1,6 ; -3,34
- 0,03 ; -1,2
- 4,3 ; 5,87

CUERPOS DE AGUA

- Humedal
- Canal
- Río

| COD UPZ | NOMBRE UPZ | INDICE | COD UPZ | NOMBRE UPZ | INDICE |
|---------|----------------|--------|---------|-----------------|--------|
| 26 | LAS FERIAS | | 73 | GARCÉS NAVAS | |
| 29 | MINUTO DE DIOS | | 74 | ENGATIVA | |
| 30 | BOYACA REAL | | 105 | JARDIN BOTANICO | |
| 31 | SANTA CECILIA | | 116 | ALAMOS | |
| 72 | BOLIVIA | | | | |

Cartografía Básica:
UAECD - DAPD - SDS
Direccion de Prevención
y Atención de Emergencias
- Hospital Engativá II Nivel E.S.E.



Fuente: Cartografía Básica UAECD - DAPD - SDS - Información Adicional: Hospital Engativá II Nivel E.S.E. - Grupo ASIS
Agosto 2015.

Análisis UPZ Priorizadas

A partir de los resultados obtenidos del INS y teniendo en cuenta los indicadores utilizados para su cálculo, las UPZ Engativá, Ferias y Boyacá Real evidenciaron una mayor necesidad respecto a las demás UPZ de localidad, estando acorde con las particularidades de estos territorios, donde la vulnerabilidad social determinada por la ocurrencia de eventos prevenibles y las variaciones en el acceso a los servicios sociales pueden favorecer esta condición (ver **Tabla 9**).

Tabla 9. Resultados Índice de Necesidades en Salud. Localidad Engativá

| UPZ | Índice Necesidad en Salud |
|-----------------|---------------------------|
| Engativá | -3,3 |
| Las Ferias | -2,9 |
| Boyacá | -1,6 |
| Bolivia | -1,2 |
| Santa | -0,8 |
| Álamos | -0,1 |
| Jardín Botánico | -0,1 |
| Minuto de Dios | 4,3 |
| Garcés Navas | 5,9 |

Fuente: Elaboración propia equipo ASIS. 2015

Teniendo en cuenta la clasificación de los indicadores, desde el orden social estuvo el número de personas por equipamiento, que para las UPZ priorizadas estuvo entre 84 y 191 personas por institución de bienestar social, para educación entre 178 y 314, y entre 243 y 778 personas por equipamiento en salud (30). Aunque en estas UPZ, no estuvieron las mayores densidades por institución de la localidad, debe resaltarse que pese a la disponibilidad sectorial en cada categoría, son los territorios donde ocurren la mayor cantidad de eventos prevenibles en salud.

Es así como, durante el 2014 según las tasas ajustadas de mortalidad por UPZ, por cada mil nacidos vivos ocurrieron entre 130 y 89 muertes perinatales y por cada 10 mil menores de 5 años entre 19 y 13 muertes en las UPZ prioritarias, siendo las más sobresalientes de la localidad (36). De igual forma, la tasa de suicidio mostró que por cada 100 mil habitantes, en las Ferias, Engativá y Boyacá Real ocurrieron 5, 4 y 2 muertes respectivamente, siendo las de mayor presentación (37).

Ahora bien, respecto al embarazo adolescente el 62,72% de los ocurridos en el 2014 se presentaron en estas UPZ (36). En este mismo sentido, frente a aspectos nutricionales de los menores de 5 años, las prevalencias más altas de desnutrición crónica de la localidad se encontraron en las Ferias, Engativá y Boyacá Real (19,2%, 18% y 17,8% respectivamente) (38).

En cuanto al estrato socioeconómico, el 69,1% de la localidad es 3 (medio bajo), sin embargo muestra contrastes en su distribución, encontrando a Engativá en estrato bajo o 2, que puede atribuirse a su conformación de manera informal, donde familias vulnerables se fueron asentando en

este territorio, sin una planeación territorial apropiada de los barrios que conforman la UPZ, derivando así en las problemáticas de movilidad y accesibilidad a servicios sociales, manifestadas por la comunidad residente (15).

En cuanto Boyacá Real y Ferias, en los años 40 bajo iniciativas privadas lograron el asentamiento de la población campesina de la época en casas con pequeñas parcelas, dando lugar a grandes casas donde posteriormente residieron empleados públicos, trabajadores asalariados de empresas privadas y migrantes recientes (10). Con el paso del tiempo, estas casas fueron constituyendo empresas, almacenes y bodegas, generando así zonas mixtas de uso del suelo donde los conflictos socio ambientales se empezaron a evidenciar, a partir de la inadecuada disposición de residuos, ocupación del espacio público y contaminación atmosférica entre otros (15).

Respecto a las zonas verdes, en Boyacá Real y las Ferias, estuvieron la mayores densidades poblacionales por hectárea de zona verde de la localidad (4.058 y 3228 habitantes respectivamente) (10), evidenciando así una oferta limitada de espacios destinados para la recreación. Adicionalmente, los problemas de contaminación en los parques, determinados por la inadecuada disposición de residuos y excretas de animales domésticos, sumado percepción de inseguridad que muestran estos lugares, no permiten un aprovechamiento real de los habitantes.

La UPZ Engativá, concentra menos habitantes por hectárea de zonas verdes (1.195 personas) (10), determinado por la presencia del humedal Jaboque como principal recurso ambiental de la Localidad, no obstante, partiendo de la urbanización informal de la UPZ, donde las aguas residuales domiciliarias son vertidas al humedal y ante la disposición de basuras y escombros en la ronda hídrica, se ha generado la sedimentación del mismo, alterando la funcionalidad del humedal como regulador hídrico y generando un riesgo de inundación para las viviendas cercanas. Así mismo, la proliferación de vectores (zancudos, roedores) es otra de las problemáticas frecuentes en la ronda del humedal, constituyendo así un riesgo adicional en la generación de enfermedades.

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

Para el capítulo 2, inicialmente se describirán las principales causas de mortalidad y morbilidad general de la localidad para los años 2012 y 2014 respectivamente, desagregada por grupos de edad, sexo y comparativa con el año anterior; de igual forma se presentarán los datos de mortalidad evitable en la infancia, que a su vez será el insumo análisis de determinantes intermediarios mediante la estimación de medidas absolutas y relativas de desigualdad como el índice de concentración. La información será complementada con los datos e indicadores estimados para cada una de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública.

Perfil Salud Enfermedad

Mortalidad General

Conforme a las bases oficiales del DANE y el RUAF, para el año 2012 en la localidad de Engativá se registraron 3.197 muertes por diferentes causas (39), mostrando un incremento del 2,8% respecto al 2011 (3.107 muertes) y representando el 10,9% del total de defunciones ocurridas en Bogotá el mismo año. Según el sexo no se encontraron diferencias significativas (Hombres 50,2%; Mujeres 49,8%) y de acuerdo al promedio de edad, los hombres son dos años menores que las mujeres al momento de la muerte (55 y 57 años respectivamente). De acuerdo al régimen de afiliación, el 62,7% estuvieron afiliados al régimen contributivo, el 18,5% al subsidiado, el 6,9% a excepción y el 11,4% no estaba afiliado o no se tenía información. Según la pertenencia étnica, del total de defunciones 3 eran indígenas, 1 gitanos y 23 afrocolombianos.

La distribución según la edad, muestra que los menores de 15 años representaron el 4,3% del total de defunciones (138 muertes) que comparado con el 2011 alcanzó una reducción del 7% en el número de casos, aunque la proporción frente al total del año se incrementó un 1,6%. Según el sexo, el 61,6% ocurrieron en niños y el 75,3% fueron antes del primer año de vida, de los cuales, las causas básicas de muerte se relacionan con alteraciones congénitas e infecciones respiratorias durante el periodo perinatal, que comparado con el 2011 mostraron una reducción e incremento del 5,6% y 14,2% respectivamente. Ahora bien, las muertes entre los 1 y 4 años, tuvieron la menor proporción de casos y no se observa un tendencia de los mismos a una causa específica (ver **Tabla 10**).

En contraste a lo anterior, entre los 5 a 14 años las causas externas toman relevancia siendo los accidentes de transporte de motor la causa más frecuente, que a su vez evidencia un incremento de dos casos comparado con lo observado en 2011. La leucemia es la segunda causa más importante en esta edad, manteniendo el comportamiento respecto al año anterior (ver **Tabla 10**)

Tabla 10. Mortalidad general en la Infancia según sexo (tasa x 100 mil Ha). Localidad Engativá. 2011- 2012

| Edad | N° | Diagnóstico | 2011 | | | | 2012 | | | |
|------------------|--------------|--|--------------|-----------|--------------|-----------|---------------|-----------|--------------|-------|
| | | | Hombres | | Mujeres | | Hombres | | Mujeres | |
| | | | N | Tasa | N | Tasa | N | Tasa | N | Tasa |
| Menores de 1 año | 1 | Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal | 13 | 108,7 | 8 | 66,9 | 15 | 247,6 | 9 | 153,2 |
| | 2 | Malformaciones congénitas del sistema circulatorio | 10 | 83,6 | 8 | 66,9 | 12 | 198,1 | 5 | 85,1 |
| | 3 | Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas | 9 | 75,3 | 7 | 58,5 | 5 | 82,5 | 6 | 102,2 |
| | 4 | Infecciones específicas del periodo perinatal | 8 | 66,9 | 2 | 16,7 | 8 | 132,1 | 6 | 102,2 |
| | 5 | Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento | 3 | 25,1 | 5 | 41,8 | 2 | 33 | 4 | 68,1 |
| | 6 | Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas | 5 | 41,8 | 1 | 8,4 | 2 | 33 | 2 | 34,1 |
| | 7 | Neumonía | 3 | 25,1 | 2 | 16,7 | 3 | 49,5 | | 0 |
| | 8 | Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido | 3 | 25,1 | | 0,0 | 2 | 33 | | |
| | 9 | Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer | | 0,0 | 1 | 8,4 | 1 | 16,5 | 1 | 17 |
| | 10 | Enfermedades infecciosas intestinales | 1 | 8,4 | | 0,0 | 1 | 16,5 | | |
| | 11 | Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido | 2 | 16,7 | 2 | 16,7 | | | | |
| | 12 | Enfermedad por VIH (SIDA) | | 0,0 | 1 | 8,4 | | | | |
| | 13 | Enfermedades cerebrovasculares | | 0,0 | | 0,0 | | | 1 | 17 |
| | 14 | Agresiones (homicidios) y secuelas | | 0,0 | | 0,0 | | | 1 | 17 |
| | | Resto de causas | 14 | 117,1 | 6 | 50,2 | 10 | 165,1 | 8 | 136,2 |
| | Total | 71 | 594,0 | 43 | 360,0 | 61 | 1006,9 | 43 | 732,2 | |
| De 1 a 4 años | 1 | Leucemia | 1 | 2,1 | | 0,0 | 1 | 4,1 | | |
| | 2 | Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas | | 0,0 | 1 | 2,1 | 1 | 4,1 | | |
| | 3 | Enfermedades cerebrovasculares | 1 | 2,1 | | 0,0 | | | | |
| | 4 | Defectos de coagulación, púrpura, púrpura y otras afecciones hemorrágicas y de la sangre y los trastornos que afectan la inmunidad | | 0,0 | | 0,0 | 1 | 4,1 | | |
| | 5 | Accidentes de transporte de motor | | 0,0 | 1 | 2,1 | | | | |
| | 6 | Agresiones (homicidios) y secuelas | | 0,0 | | 0,0 | 1 | 4,1 | | |
| | 7 | Epilepsia y otros trastornos episódicos y paroxísticos | | 0,0 | | 0,0 | | | 1 | 4,3 |
| | 8 | Insuficiencia cardíaca | | 0,0 | | 0,0 | | | 1 | 4,3 |
| | 9 | Enfermedades del pulmón debida a agentes externos | | 0,0 | | 0,0 | | | 1 | 4,3 |
| | | Resto de causas | 4 | 8,4 | 4 | 8,4 | 2 | 8,3 | 2 | 8,6 |
| | Total | 6 | 13,0 | 6 | 13,0 | 6 | 24,8 | 5 | 21,4 | |
| De 5 a 14 años | 1 | Leucemia | 3 | 2,4 | | 0,0 | 2 | 3,2 | 1 | 1,7 |
| | 2 | Accidentes de transporte de motor | 1 | 0,8 | 1 | 0,8 | 4 | 6,4 | 0 | 0 |
| | 3 | Tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central | | 0,0 | 2 | 1,6 | | | 1 | 1,7 |
| | 4 | Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas | 1 | 0,8 | | 0,0 | 1 | 1,6 | | |
| | 5 | Ahogamiento y sumersión accidentales | | 0,0 | 1 | 0,8 | 1 | 1,6 | | |
| | 6 | Meningitis y otras enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central | | 0,0 | | 0,0 | 1 | 1,6 | | |
| | 7 | Enfermedades cerebrovasculares | | 0,0 | | 0,0 | 1 | 1,6 | | |
| | 8 | Neumonía | 1 | 0,8 | | 0,0 | | | | |
| | 9 | Enfermedades del apéndice, hernia y obstrucción intestinal | | 0,0 | 1 | 0,8 | | | | |
| | 10 | Agresiones (homicidios) y secuelas | | 0,0 | | 0,0 | 1 | 1,6 | | |
| | 11 | Tumor maligno de los huesos y de los cartilagos articulares | | 0,0 | | 0,0 | | | 1 | 1,7 |
| | 12 | Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y secuelas | | 0,0 | 1 | 0,8 | | | | |
| | | Resto de causas | 4 | 3,2 | 6 | 4,8 | 7 | 11,2 | 2 | 3,3 |
| | Total | 10 | 8,0 | 12 | 10,0 | 18 | 28,8 | 5 | 8,3 | |

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

Entre los 15 y 44 años, donde se incluyen las etapas de ciclo vital adolescencia, juventud y los adultos jóvenes, estuvo el 10,2% del total de muertes (325 defunciones), el 62,8% fueron hombres (325 casos) mientras que en las mujeres se presentaron 307 muertes. Comparado con el 2011, el número de muertes en este grupo de edad se incrementó en un 5,9% y la proporción de hombres fue del 66,4% (ver **Tabla 11**)

Las causas externas fueron las más frecuentes en hombres, aunque comparado con el 2011 los homicidios y los accidentes de motor tuvieron una reducción del 19% y 21,2% respectivamente. En las mujeres las muertes relacionadas con tumores malignos o neoplasias fueron las más frecuentes, que a su vez evidencian un incremento promedio del 27% comparado con lo observado en el 2011 (ver **Tabla 11**).

Tabla 11. Mortalidad general entre los 15 a 44 años según sexo (tasa x 100 mil Ha). Localidad Engativá. 2011-2012

| N° | Diagnóstico | 2011 | | | | 2012 | | | |
|----|--|------------|-------------|------------|-------------|------------|--------------|------------|-----------|
| | | Hombres | | Mujeres | | Hombres | | Mujeres | |
| | | N | Tasa | N | Tasa | N | Tasa | N | Tasa |
| 1 | Agresiones (homicidios) y secuelas | 52 | 12,6 | 6 | 1,5 | 43 | 21,5 | 4 | 1,9 |
| 2 | Accidentes de transporte de motor | 22 | 5,4 | 11 | 2,7 | 21 | 10,5 | 5 | 2,4 |
| 3 | Enfermedad por VIH (SIDA) | 13 | 3,2 | 3 | 0,7 | 10 | 5 | | |
| 4 | Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y secuelas | 16 | 3,9 | | 0,0 | 10 | 5 | | |
| 5 | Tumor maligno del estómago | 4 | 1,0 | 6 | 1,5 | | | 5 | 2,4 |
| 6 | Tumor maligno de la mama de la mujer | | 0,0 | 7 | 1,7 | | | 8 | 3,8 |
| 7 | Enfermedades isquémicas del corazón | 7 | 1,7 | | 0,0 | 6 | 3 | | |
| 8 | Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo | | 0,0 | 5 | 1,2 | | | 8 | 3,8 |
| 9 | Leucemia | | 0,0 | 4 | 1,0 | 4 | 2 | 8 | 3,8 |
| 10 | Enfermedades cerebrovasculares | | 0,0 | 4 | 1,0 | 4 | 2 | 7 | 3,3 |
| 11 | Tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central | 3 | 0,7 | | 0,0 | | | 8 | 3,8 |
| 12 | Caidas | 3 | 0,7 | | 0,0 | 5 | 2,5 | | |
| 13 | Tumor maligno del ovario | | 0,0 | 3 | 0,7 | | | 3 | 1,4 |
| 14 | Tumor maligno del cuello del útero | | 0,0 | 5 | 1,2 | | | | |
| 15 | Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas | 4 | 1,0 | | 0,0 | | | | |
| 16 | Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar | | 0,0 | | 0,0 | 4 | 2 | | |
| 17 | Embarazo, parto y puerperio | | 0,0 | | 0,0 | | | 4 | 1,9 |
| 18 | Neumonía | | 0,0 | | 0,0 | 4 | 2 | | |
| 19 | Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano | 2 | 0,5 | | 0,0 | | | | |
| | Resto de causas | 78 | 19,0 | 49 | 11,9 | 93 | 46,5 | 61 | 28,7 |
| | Total | 204 | 49,6 | 103 | 25,0 | 204 | 102,1 | 121 | 57 |

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

En los adultos mayores (de 45 a 59 años) las muertes representaron el 12,6% del año, donde los hombres tuvieron la mayor proporción de casos (57,7%), mientras que las mujeres alcanzaron el 42,2% del total de casos para esta edad. En relación con el 2011, hubo un incremento del 6,3% en el número de casos, que representó el 12,6% del total de muertes de ese año y donde los hombres fueron los más frecuentes con 203 casos.

Por causas de muerte, las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebrovasculares fueron las más frecuentes, que a su vez evidencian un incremento del 15,6% y 22,7% respectivamente frente al número de casos del 2011 y donde los hombres muestran una mayor afectación. Ahora bien, el grupo de tumores malignos en el sistema digestivo, mama y vías respiratorias, representaron el 15,4% de las muertes para este grupo de edad, con un incremento del 4,6% en el número de casos comparado con el 2011 y donde las mujeres evidencian una mayor frecuencia (ver **Tabla 12**).

Tabla 12. Mortalidad general entre los 45 y 59 años según sexo (tasa x 100 mil Ha) Localidad Engativá. 2012

| N° | Diagnóstico | 2011 | | | | 2012 | | | |
|----|--|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| | | Hombres | | Mujeres | | Hombres | | Mujeres | |
| | | N | Tasa | N | Tasa | N | Tasa | N | Tasa |
| 1 | Enfermedades isquémicas del corazón | 25 | 16,4 | 20 | 13,1 | 38 | 53,2 | 14 | 16,4 |
| 2 | Enfermedades cerebrovasculares | 14 | 9,2 | 8 | 5,2 | 13 | 18,2 | 14 | 16,4 |
| 3 | Tumor maligno del estómago | 8 | 5,2 | 9 | 5,9 | 16 | 22,4 | 8 | 9,4 |
| 4 | Tumor maligno de la mama de la mujer | | 0,0 | 17 | 11,1 | | | 19 | 22,3 |
| 5 | Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón | 6 | 3,9 | 4 | 2,6 | 7 | 9,8 | 6 | 7 |
| 6 | Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano | 9 | 5,9 | 8 | 5,2 | | | 6 | 7 |
| 7 | Diabetes mellitus | 8 | 5,2 | | 0,0 | 11 | 15,4 | 7 | 8,2 |
| 8 | Agresiones (homicidios) y secuelas | 8 | 5,2 | | 0,0 | 10 | 14 | | |
| 9 | Accidentes de transporte de motor | 8 | 5,2 | | 0,0 | 9 | 12,6 | | |
| 10 | Enfermedad por VIH (SIDA) | 9 | 5,9 | | 0,0 | 6 | 8,4 | | |
| 11 | Tumor maligno del ovario | | 0,0 | 7 | 4,6 | | | 8 | 9,4 |
| 12 | Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo | | 0,0 | 6 | 3,9 | | | 6 | 7 |
| 13 | Tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central | | 0,0 | 6 | 3,9 | 6 | 8,4 | | |
| 14 | Enfermedades del hígado | | 0,0 | | 0,0 | 10 | 14 | | |
| 15 | Leucemia | | 0,0 | | 0,0 | | | 8 | 9,4 |
| 16 | Tumor maligno del cuello del útero | | 0,0 | 7 | 4,6 | | | | |
| 17 | Tumor maligno del páncreas | | 0,0 | 6 | 3,9 | | | | |
| | Resto de causas | 108 | 70,7 | 77 | 50,4 | 106 | 148,3 | 74 | 86,9 |
| | Total | 203 | 136,8 | 175 | 110,6 | 232 | 324,7 | 170 | 199,6 |

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

En la etapa de ciclo vejez se concentró el 72,9% (2.332) de las muertes ocurridas en la localidad, el 46,4 % de estas fueron en hombres, diferenciándose de la distribución observada en los otros grupos de edad donde los hombres son el grupo más representativo. Comparado con el 2011, se alcanzó un incremento del 2,5% respecto al número de casos y las mujeres representaron el 55,3% de los casos.

Según las causas de muerte, las relacionadas con el sistema cardiovascular fueron las más frecuentes, con un incremento del 11,9% respecto a lo observado en 2011, donde las mujeres tuvieron el mayor número de muertes (374); Las neoplasias malignas representaron el 14,4% de las muertes ocurridas en los hombres donde el tumor maligno de próstata y estómago fueron los más frecuentes (ver **Tabla 13**).

Tabla 13. Mortalidad general en la vejez según sexo (tasa x 100 mil Ha). Localidad Engativá. 2012

| N° | Diagnóstico | 2011 | | | | 2012 | | | |
|----|--|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|------------|
| | | Hombres | | Mujeres | | Hombres | | Mujeres | |
| | | N | Tasa | N | Tasa | N | Tasa | N | Tasa |
| 1 | Enfermedades isquémicas del corazón | 202 | 211,3 | 203 | 212,3 | 221 | 519,5 | 245 | 427,1 |
| 2 | Enfermedades crónicas de las vías respiratorias | 92 | 96,2 | 130 | 136,0 | 82 | 192,8 | 99 | 172,6 |
| 3 | Enfermedades cerebrovasculares | 82 | 85,8 | 109 | 114,0 | 79 | 185,7 | 129 | 224,9 |
| 4 | Diabetes mellitus | 38 | 39,7 | 56 | 58,6 | 61 | 143,4 | 50 | 87,2 |
| 5 | Neumonía | 32 | 33,5 | 42 | 43,9 | 41 | 96,4 | 57 | 99,4 |
| 6 | Enfermedades hipertensivas | 48 | 50,2 | 69 | 72,2 | 36 | 84,6 | 43 | 75 |
| 7 | Tumor maligno del estómago | 47 | 49,2 | 24 | 25,1 | 49 | 115,2 | 29 | 50,6 |
| 8 | Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón | 22 | 23,0 | 26 | 27,2 | 30 | 70,5 | 22 | 38,4 |
| 9 | Tumor maligno de la próstata | 47 | 49,2 | | 0,0 | 52 | 122,2 | | |
| 10 | Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano | | 0,0 | 26 | 27,2 | 26 | 61,1 | 38 | 66,2 |
| 11 | Tumor maligno de la mama de la mujer | | 0,0 | 34 | 35,6 | | | 26 | 45,3 |
| 12 | Insuficiencia renal | 22 | 23,0 | | 0,0 | | | | |
| | Resto de causas | 383 | 400,6 | 540 | 564,8 | 407 | 956,8 | 510 | 889,1 |
| | Total | 1015 | 1061,6 | 1259 | 1316,8 | 1084 | 2548,2 | 1248 | 358 |

Fuente : Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE octubre 31 2014)

Tasas específicas de Mortalidad

Por causas específicas mortalidad, se registraron 900 casos en 2012 (39) que representan el 28,1% del total de muertes del año y donde solo hubo un caso menos comparado con el 2011. La distribución por sexo muestra que el 66,9% ocurrieron en hombres, mientras que en 2011 esta proporción fue del 59,5%. Para este grupo poblacional, la causa de muerte más frecuente se asocia a la causas externas, donde los accidentes de transporte de motor y los homicidios representaron el 16,7% de los casos, presentándose en mayor medida entre los 15 y 44 años, con un incremento promedio del 6,4% respecto al 2011 (ver **Tabla 14**).

El segundo lugar de las causas de muerte en hombres, fue la Diabetes Mellitus que afecta en mayor medida a los mayores de 60 años, donde se encontró un incremento del 69,9% en el número de casos y del 59,3% respecto a la tasa bruta comparado con el 2011. Dentro del grupo de enfermedades infecciosas, las muertes por el VIH (SIDA) fueron de las menos frecuentes, mostrando además una reducción promedio del 28,2% en el número de casos y del 29,3% para la tasa bruta de los 15 a 59 años comparado con el 2011 (ver **Tabla 14**).

Tabla 14. Tasas específicas de mortalidad en hombres según edad (tasa x 100 mil Ha). Localidad Engativá. 2011-2012

| Causas Hombres | Edad | 2011 | | 2012 | | Cociente %* | |
|--|----------|------------|--------------|------------|--------------|-------------|-------------|
| | | Casos | Tasa | Casos | Tasa | Casos | Tasa |
| (infecciosas) Enfermedades infecciosas intestinales | 1 año | 1 | 16,5 | 1 | 16,5 | 0 | 0,26 |
| (infecciosas) Enfermedad por VIH (SIDA) | 15 a 44 | 13 | 6,5 | 10 | 5,0 | -23,1 | -23,5 |
| | 45 a 59 | 9 | 12,9 | 6 | 8,4 | -33,3 | -35,1 |
| Tumor maligno del estómago | 15 a 44 | 4 | 2,0 | 0 | 0,0 | -100,0 | -100,0 |
| | 45 a 59 | 8 | 11,5 | 16 | 22,4 | 100,0 | 94,7 |
| | 60 y más | 47 | 115,5 | 49 | 115,2 | 4,3 | -0,3 |
| | Total | 59 | 14,7 | 68 | 16,7 | 15,3 | 14,1 |
| Tumor maligno de la próstata | 60 y más | 47 | 115,5 | 52 | 122,2 | 10,6 | 5,8 |
| | Total | 51 | 12,7 | 54 | 13,3 | 5,9 | 4,9 |
| Diabetes mellitus | 45 a 59 | 8 | 11,5 | 11 | 15,4 | 37,5 | 33,9 |
| | 60 y más | 38 | 93,4 | 61 | 143,4 | 60,5 | 53,5 |
| | Total | 46 | 11,4 | 74 | 18,2 | 60,9 | 59,3 |
| Accidentes de transporte de motor | 5 a 14 | 1 | 1,6 | 4 | 6,4 | 300,0 | 304,6 |
| | 15 a 44 | 22 | 11,1 | 21 | 10,5 | -4,5 | -5,0 |
| | 45 a 59 | 8 | 11,5 | 9 | 12,6 | 12,5 | 9,5 |
| | Total | 36 | 8,9 | 43 | 10,6 | 19,4 | 18,3 |
| Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y secuelas | 15 a 44 | 16 | 8,0 | 10 | 5,0 | -37,5 | -37,8 |
| Agresiones (homicidios) y secuelas | 1 a 4 | | 0,0 | 1 | 4,1 | 100,0 | 100,0 |
| | 5 a 14 | | 0,0 | 1 | 1,6 | 100,0 | 100,0 |
| | 15 a 44 | 52 | 26,1 | 43 | 21,5 | -17,3 | -17,7 |
| | 45 a 59 | 8 | 11,5 | 10 | 14,0 | 25,0 | 21,7 |
| | Total | 62 | 15,4 | 58 | 14,3 | -6,5 | -7,4 |
| Total general | | 536 | 133,1 | 602 | 148,1 | 12,3 | 11,2 |

*Verde: reducción frente al 2011; Amarillo: El valor es igual entre 2011 y 2012; Rojo: Incremento respecto al 2011.

Fuente: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE octubre 31 2014)

En cuanto a las mujeres, se presentaron 298 muertes por causas específicas de mortalidad (33,1%), que comparado con el 2011 alcanzó una reducción del 18,3%. El tumor maligno de estómago es la causa más frecuentes con 81 casos siendo 1 vez más alta comparado con lo reportado en el año anterior, sin embargo al desagregar estos datos por grupos de edad, se encontró que de los 15 a 59 años hubo una reducción promedio del 13,9% en el 2012, mientras que en los mayores de 60 años las muertes por esta causa se incrementó un 20,8% (ver **Tabla 15**)

La segunda causa de mayor mortalidad en mujeres fue la Diabetes Mellitus coincidiendo así con lo encontrado en los hombres, donde también los mayores de 60 años tuvieron el mayor número de casos. El tumor maligno de mama, se presentó desde los 15 hasta los mayores de 60 años, cobrando una mayor importancia en las edades productivas donde se estima un incremento promedio del 13%; de los 60 años en adelante se obtuvo una reducción del 23,5% (ver **Tabla 15**)

Tabla 15. Tasas específicas de mortalidad en mujeres según edad (tasa x 100 mil Ha). Localidad Engativá. 2011-2012

| Causas Mujeres | Edad | 2011 | | 2012 | | Cociente %* | |
|--|----------|------------|-------------|------------|-------------|--------------|--------------|
| | | Casos | Tasa | Casos | Tasa | Casos | Tasa |
| (infecciosas) Enfermedad por VIH (SIDA) | 1 año | 1 | 17,0 | | 0,0 | -100 | -100,0 |
| | 15 a 44 | 3 | 1,4 | | 0,0 | -100 | -100,0 |
| Tumor maligno del estómago | 15 a 44 | 6 | 2,8 | 5 | 2,4 | -16,7 | -16,7 |
| | 45 a 59 | 9 | 10,8 | 8 | 9,4 | -11,1 | -13,2 |
| | 60 y más | 24 | 43,7 | 29 | 50,6 | 20,8 | 15,7 |
| | Total | | 0,0 | 81 | 18,2 | 100,0 | 100,0 |
| Tumor maligno de la mama de la mujer | 15 a 44 | 7 | 3,3 | 8 | 3,8 | 14,3 | 14,2 |
| | 45 a 59 | 17 | 20,4 | 19 | 22,3 | 11,8 | 9,2 |
| | 60 y más | 34 | 61,9 | 26 | 45,3 | -23,5 | -26,8 |
| | Total | 58 | 13,1 | 53 | 11,9 | -8,6 | -9,4 |
| Tumor maligno del cuello del útero | 15 a 44 | 5 | 2,4 | | 0,0 | -100,0 | -100,0 |
| | 45 a 59 | 7 | 8,4 | | 0,0 | -100,0 | -100,0 |
| Diabetes mellitus | 45 a 59 | | 0,0 | 7 | 8,2 | 100,0 | 100,0 |
| | 60 y más | 56 | 102,0 | 50 | 87,2 | -10,7 | -14,5 |
| | Total | 118 | 26,8 | | 0,0 | -100,0 | -100,0 |
| Accidentes de transporte de motor | 1 a 4 | 1 | 4,3 | | 0,0 | -100,0 | -100,0 |
| | 5 a 14 | 1 | 1,6 | | 0,0 | -100,0 | -100,0 |
| | 15 a 44 | 11 | 5,2 | 5 | 2,4 | -54,5 | -54,6 |
| Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y secuelas | 5 a 14 | 1 | 1,6 | | 0,0 | -100,0 | -100,0 |
| Agresiones (homicidios) y secuelas | 1 año | | 0,0 | 1 | 17,0 | 100,0 | 100,0 |
| | 15 a 44 | 6 | 2,8 | 6 | 2,8 | 0,0 | 0,0 |
| Total general | | 365 | 82,8 | 298 | 67,0 | -18,4 | -19,0 |

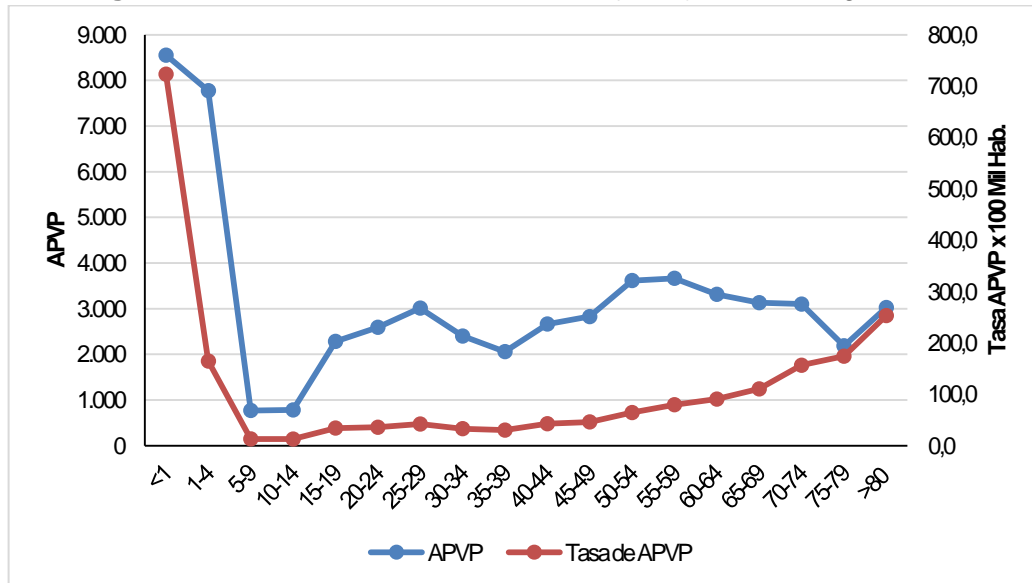
*Verde: reducción frente al 2011; Amarillo: El valor es igual entre 2011 y 2012; Rojo: Incremento respecto al 2011.

Fuente : Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE octubre 31 2014)

Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)

Teniendo en cuenta la esperanza de vida al nacer de la localidad (77 años) y la distribución de las muertes ocurridas durante el 2014 según la edad, se obtuvo que durante este año se perdieron 57.753 años potenciales de vida, de los cuales el 43,5% estuvieron en población económicamente activa (15 a 59 años); el quinquenio más representativo fue el de menores de 5 años con el 28,3%, mientras que entre los 5 a 14 años se perdió la menor proporción de AVPP (2,7%). De acuerdo a la tasa de AVPP ajustada, durante el 2014 por cada 100 mil habitantes se perdieron 69,8 años potenciales de vida, mostrando un incremento progresivo desde los 35 años (30,2 AVPP) hasta los mayores de 80 años donde se pierden 253 AVPP por cada 100 mil habitantes, sin embargo la tasa más alta estimada estuvo en los menores de 1 año (ver **Figura 4**).

Figura 4. Años de vida Potencialmente Perdidos (AVPP). Localidad Engativá. 2012



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

Mortalidad Evitable

En el 2014, se presentaron 3 muertes maternas (40) alcanzando una razón de mortalidad 4% mayor a lo observado en el Distrito en el mismo año, aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las escalas territoriales. Respecto a los años anteriores, en 2013 no se obtuvieron casos mientras que en 2012 se registraron 4 muertes (ver **Tabla 16**). Las muertes correspondieron a mujeres de 24, 25 y 37 años que residían en las UPZ Ferias, Bolivia y Garcés Navas; las causas de muerte se relacionaron con hemorragias posparto.

Frente a la mortalidad Perinatal, se presentaron 108 casos en 2014, la tasa bruta fue un 21,8% menor a la tasa Distrital sin diferencias estadísticas significativas entre ambas (40). Comparado con los años anteriores, hubo una reducción promedio anual del 16,5% en términos absolutos y relativos, pese al leve incremento observado entre 2012 y 2013 (ver **Tabla 16**). Por el tipo de muerte y parto, la mayor proporción fue fetal y espontáneo coincidiendo así con la prematuridad de la mayor proporción de casos donde el 70% tuvieron menos de 30 semanas de gestación y el 80% de los mismos tuvieron entre 1.000 y 1.500 gramos de peso. Ahora bien, pese a encontrar casos con embarazos a término, el 50% de estos tuvieron menos de 2.650 gramos. Según la distribución territorial, en las UPZ Engativá, Garcés Navas, las Ferias y Boyacá Real se presentaron el 79,1% de los casos, sin embargo la tasa más alta se presentó en Jardín Botánico debido al menor número de nacidos vivos.

En cuanto a la mortalidad en menores de 1 año (infantil), en la localidad durante el 2014 se presentaron 78 casos (40), alcanzando una tasa 35% menor a la observada a nivel distrital en el mismo año pero sin diferencias estadísticamente significativas entre ambas escalas territoriales; la tendencia muestra una reducción constante en los últimos tres años, donde, en 2014 hay 3,4

muerres menos por cada mil nacidos vivos comparado con lo observado en 2011 (ver **Tabla 16**). En relación al sexo, la mayor proporción fueron hombres (51,9%) y según la edad el 72,7% tenían menos de un mes, similar a lo observado en el Distrito para el mismo periodo de tiempo. Por causas de muerte, la mayor proporción se asocia a complicaciones durante el embarazo e infecciones.

Con respecto a las muertes en menores de 5 años, en la localidad se registraron 88 casos (40), alcanzando una tasa 21,6% menor a la estimada para el Distrito en el mismo año pero sin alcanzar diferencias significativas. Al igual que en la mortalidad infantil, este indicador tuvo una importante reducción desde 2012, logrando así una diferencia de 6,1 muertes menos por cada 10 mil menores de 5 años comparado con la tasa de 2011 (ver **Tabla 16**). Al observar la distribución por edad del fallecido si se evidencian una concentración de las muertes en los menores de un mes (64%). Respecto a la distribución según el régimen de afiliación el 57,9% ocurrieron en el contributivo, el 28,4% en el subsidiado, el 1,1% a excepción y el 12,5% no estaban asegurados. Solo en Minuto de Dios, Boyacá Real y Garcés Navas los casos estaban afiliados en su totalidad, contrastando con Engativá que presentó el mayor número de no asegurados (6 casos).

Frente a la mortalidad por malformaciones congénitas en menores de 5 años, en el 2014 se presentaron 22 casos (37) (3,7 por cada 10 mil menores de 5 años), alcanzando una reducción de 3 casos comparado con el 2013 y del 11,6% respecto a la tasa bruta del mismo año. Comparado con el Distrito, en Engativá se presentó un caso menos por cada 10 mil menores de 5 años, aunque la proporción de muertes ocurridas ubica a la localidad en el quinto lugar con mayor número de reportes. Las características de estas defunciones muestran que el 59,1% fueron hombres y 21 casos ocurrieron en menores de 1 año; la distribución por UPZ muestran que el 77,3% ocurrieron en Engativá, Garcés Navas y Minuto de Dios, solo en las UPZ Bolivia, Álamos, y Jardín Botánico no se presentaron muertes por esta causa.

Tabla 16. Mortalidad Evitable Localidad Engativá y Bogotá. 2009 a 2014

| Causa de muerte | Bogotá | Localidad | Diferencia* | Año | | | | | |
|--|--------|-----------|-------------|------|------|------|------|------|------|
| | | | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Razón de mortalidad materna | 29,0 | 30,2 | | ↗ | ↘ | ↘ | ↗ | ↘ | ↗ |
| Tasa de mortalidad Perinatal | 13,7 | 10,7 | | ↘ | ↗ | ↘ | ↘ | ↗ | ↘ |
| Tasa de mortalidad infantil | 12,1 | 7,8 | | ↗ | ↘ | ↗ | ↘ | ↘ | ↘ |
| Tasa de mortalidad en Menores de 5 años | 19,2 | 15,1 | | ↗ | ↘ | ↗ | ↘ | ↘ | ↘ |
| Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años | 5,1 | 5,1 | | ↗ | ↘ | ↗ | ↗ | ↗ | ↘ |
| Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años | 0,5 | 0,0 | | - | - | ↗ | ↗ | ↗ | ↘ |
| Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años | 0 | 0 | | ↘ | - | - | - | - | - |

*Verde: Indicador local es significativamente menor al Distrital; Amarillo: No hay diferencia significativa entre la localidad y el Distrito; Rojo: Indicador local es significativamente Mayor al Distrital; ↗: El indicador aumentó respecto al año anterior; ↘: El indicador disminuyó respecto al año anterior; -: El indicador se mantuvo igual.

Fuente: Proyecciones poblacionales DANE SDP 2005-2015. Base de Datos RUAF. NV-D. Ajustado 14-06-2015

Para la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años, en 2014 no se presentaron casos reduciendo el comportamiento observado en los años anteriores donde se presentó un caso al año entre el 2011 y 2013. De igual forma, no se presentaron casos de mortalidad por desnutrición en la localidad, manteniendo así la tendencia observada en los últimos 5 años y compartiendo el indicador con lo observado a nivel Distrital (ver **Tabla 16**).

Análisis de Determinantes Intermediarios

Para la estimación de las medidas absolutas relativas de desigualdad y el índice de concentración, se tomó como variable social el Índice de Necesidades en Salud (INS) calculado en el proceso de priorización de las UPZ de la localidad. Las variables en salud elegidas fueron la mortalidad perinatal y en menores de 5 años teniendo en cuenta su variabilidad entre las UPZ y que en todas se presentaron eventos durante el 2014. En cuanto a la variable poblacional, se tuvo en cuenta el número de nacidos vivos por UPZ presentados en la localidad durante el año.

A partir de estos criterios, en cuanto a las medidas de desigualdad se obtuvo que según el cociente de tasas extremas, la mortalidad Perinatal y menores de 5 años de Engativá fue respectivamente un 12% y 49% mayor comparado con la UPZ con mejor INS (Garcés Navas); este cociente se incrementa al 36% y 82% si se ajusta por el número de nacimientos presentados en cada UPZ. Respecto a la diferencia de tasa extremas, Engativá tiene 1,5 muertes perinatales más por cada mil nacidos vivos y 7 muertes más en menores de 5 años por cada 10 mil niños en esta edad comparado con Garcés Navas; de igual forma, esta diferencia se incrementa en cada indicador al ajustar por el número de nacimientos en cada UPZ (ver **Tabla 17**).

En relación al riesgo atribuible poblacional, donde se compara las tasas de cada UPZ con la tasa general para cada indicador, se pudo establecer que si todas las UPZ tuvieran el mismo INS que Garcés Navas, la mortalidad perinatal de la localidad se reduciría un 11,5% (1,36 casos por cada 1000 nacidos vivos). En contraste a lo anterior, para la mortalidad en menores de 5 años, si toda la localidad tuviera la tasa de la UPZ con mejor INS, el indicador se incrementaría en 1,2 por cada 10 mil menores de 5 años (7,72%) (ver **Tabla 17**)

Tabla 17. Medidas Absolutas y relativas de Desigualdad. Localidad Engativá. 2014

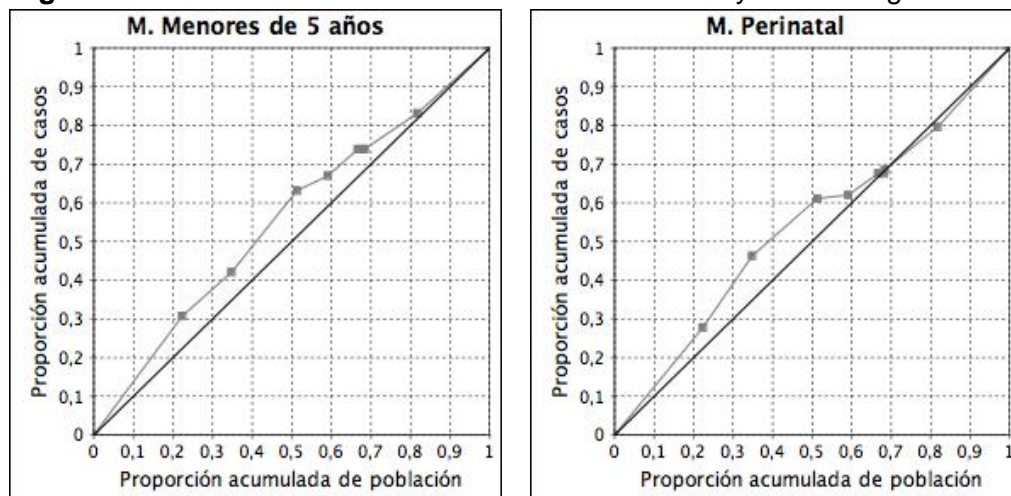
| Índice | M. Perinatal | M. Menores de 5 años |
|--|--------------|----------------------|
| Cociente de tasas extremas | 1,1 | 1,5 |
| Cociente ponderado de tasas extremas | 1,4 | 1,8 |
| Diferencia de tasas extremas | 1,5 | 7,1 |
| Diferencia ponderada de tasas extremas | 1,9 | 8,6 |
| Riesgo atribuible poblacional | -1,4 | 1,2 |
| Riesgo atribuible poblacional relativo (%) | -11,5 | 7,7 |

Fuente: Proyecciones poblacionales DANE SDP 2005-2015. Base de Datos RUAF. NV-D. Ajustado 14-06-2015

Ahora bien, el Índice de concentración estimado en para la localidad muestra valores negativos para la mortalidad en menores de 5 años y perinatal (-0,1 y -0,06 respectivamente), evidenciando de esta

forma que la desigualdad está concentrada en las UPZ con un INS más bajo. En este sentido, mediante la curva de Lorenz se puede interpretar que la mitad de la población con el peor INS concentra el 64% de la Mortalidad en menores de 5 años y el 62% de la mortalidad perinatal (ver Figura 5).

Figura 5. Índice de concentración Mortalidad en Menores de 5 años y Perinatal. Engativá. 2014



Fuente: Proyecciones poblacionales DANE SDP 2005-2015. Base de Datos RUAF. NV-D. Ajustado 14-06-2015

Morbilidad

Según los datos del sistema Registro Individual de Prestación del Servicio (RIPS) para el 2014 se registraron 52.109 personas a los servicios asistenciales de salud en 64.856 atenciones (8 individuos por cada 10 atenciones) por parte de los residentes de la localidad (41), representando el 15,8% del total de registros obtenidos a nivel distrital para el mismo año. Por tipo servicio, en consulta externa ingresó el 63,8% del total de individuos, para quienes el motivo de consulta más frecuente fue los dolores abdominales, sin embargo los motivos por los cuales hubo una mayor demanda de consultas fueron hipertensión, dolor pélvico e hipotiroidismo donde por cada 10 atenciones se atendían a 6 personas, con mayor frecuencia en hombres de las etapas de ciclo adultez y vejez (ver **Tabla 18**).

En hospitalización, se recibió el 7,9% de las personas atendidas en los servicios asistenciales que a diferencia de las consultas externas solo hubo un ingreso por persona. Los motivos más frecuentes se relacionaron con la atención de gestantes durante el parto y afecciones de tipo infeccioso en los recién nacidos y menores de 5 años (ver **Tabla 18**).

En Urgencias, se recibió al 28,3% de las personas atendidas, en general por cada 10 atenciones se recibieron a 8 personas, siendo los dolores a nivel abdominal los más frecuentes. El resfriado común, los traumatismos y las alteraciones bucales tuvieron la menor demanda, encontrando que la mayoría fue realizada por hombres de las etapas de ciclo infancia y adultez (ver **Tabla 18**).

Tabla 18. Diez primeras causas de Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias. Localidad Engativá. 2014

| No | Diagnósticos | Individuos | Atenciones |
|------------------------|---|--------------|--------------|
| Consulta | | | |
| 1 | Otros dolores abdominales y los no especificados | 1686 | 2213 |
| 2 | Caries de la dentina | 1216 | 1508 |
| 3 | Hipertensión esencial (primaria) | 1159 | 2045 |
| 4 | Gingivitis crónica | 807 | 1017 |
| 5 | Traumatismo, no especificado | 658 | 847 |
| 6 | Dolor abdominal localizado en parte superior | 552 | 678 |
| 7 | Rinofaringitis aguda [resfriado común] | 530 | 592 |
| 8 | Dolor agudo | 491 | 550 |
| 9 | Dolor pélvico y perineal | 490 | 766 |
| 10 | Hipotiroidismo, no especificado | 388 | 598 |
| 11 | Demás Causas | 25280 | 31876 |
| 12 | Total | 33257 | 42690 |
| Hospitalización | | | |
| 1 | Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice | 359 | 359 |
| 2 | Parto por cesárea, sin otra especificación | 248 | 248 |
| 3 | Infección de vías urinarias, sitio no especificado | 86 | 89 |
| 4 | Bronquiolitis aguda, no especificada | 83 | 85 |
| 5 | Feto y recién nacido afectados por afección materna no especificada | 79 | 80 |
| 6 | Hipertensión esencial (primaria) | 62 | 64 |
| 7 | Ictericia neonatal, no especificada | 60 | 61 |
| 8 | Otras apendicitis agudas, y las no especificadas | 60 | 60 |
| 9 | Otros dolores abdominales y los no especificados | 50 | 51 |
| 10 | Infecciones localizadas debidas a salmonella | 43 | 44 |
| 11 | Demás Causas | 2986 | 3054 |
| 12 | Total | 4116 | 4195 |
| Urgencias | | | |
| 1 | Otros dolores abdominales y los no especificados | 843 | 1052 |
| 2 | Dolor pélvico y perineal | 712 | 937 |
| 3 | Traumatismo, no especificado | 431 | 495 |
| 4 | Rinofaringitis aguda [resfriado común] | 426 | 476 |
| 5 | Caries de la dentina | 327 | 372 |
| 6 | Infección de vías urinarias, sitio no especificado | 246 | 292 |
| 7 | Dolor abdominal localizado en parte superior | 228 | 280 |
| 8 | Embarazo abdominal | 216 | 282 |
| 9 | Dolor agudo | 207 | 236 |
| 10 | Raíz dental retenida | 203 | 262 |
| 11 | Demás Causas | 10897 | 13287 |
| 12 | Total | 14736 | 17971 |

Fuente: Base de datos RIPS2014 SDS, 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.

Grandes Causas y Subgrupo de Causas

Al agrupar los motivos de consulta por grandes causas y subgrupo de causas, en la etapa infancia estuvo el 20,8% del total de casos, mostrando una reducción del 30,6% respecto a la proporción de consultas de 2013 para este ciclo vital. Por sexo las consultas en hombres fueron un 13,4% mayores comparado con las mujeres mientras que en el 2013 fue solo un 5,2% mayor. Por causa de consulta, las condiciones transmisibles y nutricionales representaron el 29% de los casos donde las infecciones respiratorias fueron las más frecuentes, siendo los niños los más afectados. En el grupo de los no

transmisibles las condiciones orales tuvieron la mayor proporción, siendo ligeramente superior en niños aunque con una mayor proporción de casos respecto al año anterior. Las condiciones perinatales fueron la tercera causa de mayor consulta en la infancia aunque muestra una reducción del 6,7% respecto a la proporción de consultas observadas en el 2013 (ver **Tabla 19**).

Tabla 19. Grandes causas y subgrupo de causas de morbilidad en la Infancia. Localidad Engativá. 2013–2014.

| Causa | Sub Causa | 2013 | | | | 2014 | | | |
|--|---|---|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|
| | | Femenino | | Masculino | | Femenino | | Masculino | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Condiciones Transmisibles y Nutricionales | Infecciones Respiratorias | 624 | 20,2 | 687 | 21,1 | 966 | 19 | 1138 | 19,7 |
| | Enfermedades Infecciosas y Parasitarias | 220 | 7,1 | 200 | 6,1 | 379 | 7,5 | 394 | 6,8 |
| | Deficiencias Nutricionales | | | | | 133 | 2,6 | 140 | 2,4 |
| Condiciones Maternas Perinatales | Condiciones Perinatales | 284 | 9,2 | 309 | 9,5 | 321 | 6,3 | 624 | 10,8 |
| Enfermedades No transmisibles | Anomalías Congénitas | | | | | 169 | 3,3 | 149 | 2,6 |
| | Condiciones Neuropsiquiátricas | | | | | 108 | 2,1 | 135 | 2,3 |
| | Condiciones Orales | 333 | 10,8 | 358 | 11,0 | 647 | 12,7 | 696 | 12,1 |
| | Desórdenes Endocrinos | 2 | 0,1 | 3 | 0,1 | 93 | 1,8 | 65 | 1,1 |
| | Diabetes Mellitus | | | | | 7 | 0,1 | 10 | 0,2 |
| | Enfermedades Cardiovasculares | | | | | 10 | 0,2 | 8 | 0,1 |
| | Enfermedades de la Piel | | | | | 157 | 3,1 | 179 | 3,1 |
| | Enfermedades de los órganos de los sentidos | 111 | 3,6 | 111 | 3,4 | 409 | 8 | 446 | 7,7 |
| | Enfermedades Digestivas | 2 | 0,1 | 9 | 0,3 | 104 | 2 | 99 | 1,7 |
| | Enfermedades Genitourinarias | 28 | 0,9 | 10 | 0,3 | 143 | 2,8 | 98 | 1,7 |
| | Enfermedades musculoesqueléticas | | | | | 81 | 1,6 | 79 | 1,4 |
| | Enfermedades Respiratorias | 36 | 1,2 | 47 | 1,4 | 123 | 2,4 | 135 | 2,3 |
| | Neoplasias Malignas | | | | | 3 | 0,1 | 4 | 0,1 |
| | Otras Neoplasias | | | | | 7 | 0,1 | 6 | 0,1 |
| | Lesiones | Traumatismos, envenenamientos (causas externas) | 82 | 2,6 | 151 | 4,6 | 498 | 9,8 | 564 |
| Signos y síntomas mal definidos | Signos y síntomas mal definidos | 1373 | 44,4 | 1370 | 42,1 | 724 | 14,2 | 796 | 13,8 |
| Total | | 3095 | 100 | 3255 | 100 | 5082 | 100 | 5765 | 100 |

Fuente: Base de datos RIPS2014 SDS, 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.

Para la etapa de ciclo adolescencia, la proporción de consultas de 2014 fue del 4,4% mostrando una reducción del 3,2% respecto a la proporción de casos del 2013 para esta etapa de ciclo vital. A diferencia de la etapa infancia, en la adolescencia la mayor proporción de consultas estuvo en las mujeres (61,6%) que se reduce comparado con la proporción de mujeres del 2013 (68,9%). Entre las principales causas de consulta estuvieron las condiciones orales (14,5%) siendo la causa más frecuente en hombres, aunque en mujeres las condiciones maternas fueron las más importantes, pese a que en 2013 no registró consultas (ver **Tabla 20**). Basados en lo anterior, y teniendo en cuenta el número de nacimientos adolescentes registrados en la localidad para el 2014 (1.139 neonatos) (40), se evidencia una brecha importante en la atención de las adolescentes que puede atribuirse a una concentración de servicios en IPS de otras localidades o a la poca adherencia a los controles prenatales.

Tabla 20. Grandes causas y subgrupo de causas de morbilidad en la Adolescencia. Localidad Engativá. 2013 – 2014.

| Causa | Sub Causa | 2013 | | | | 2014 | | | |
|--|---|---|------------|------------|------------|-------------|------------|------------|------------|
| | | Femenino | | Masculino | | Femenino | | Masculino | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Condiciones Transmisibles y Nutricionales | Infecciones Respiratorias | 6 | 0,9 | 2 | 0,7 | 41 | 2,9 | 44 | 5 |
| | Enfermedades Infecciosas y Parasitarias | 7 | 1,1 | 4 | 1,4 | 40 | 2,8 | 46 | 5,2 |
| | Deficiencias Nutricionales | | | | | 37 | 2,6 | 12 | 1,4 |
| Condiciones Maternas Perinatales | Condiciones Maternas | 50 | 7,7 | | | 212 | 14,9 | 0 | 0 |
| | Condiciones Perinatales | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Enfermedades No transmisibles | Anomalías Congénitas | | | | | 8 | 0,6 | 9 | 1 |
| | Condiciones Neuropsiquiátricas | | | | | 68 | 4,8 | 50 | 5,6 |
| | Condiciones Orales | 91 | 13,9 | 63 | 21,4 | 192 | 13,5 | 141 | 15,9 |
| | Desórdenes Endocrinos | | | | | 38 | 2,7 | 15 | 1,7 |
| | Diabetes Mellitus | | | | | 0 | 0 | 3 | 0,3 |
| | Enfermedades Cardiovasculares | | | | | 4 | 0,3 | 8 | 0,9 |
| | Enfermedades de la Piel | | | | | 36 | 2,5 | 39 | 4,4 |
| | Enfermedades de los órganos de los sentidos | | | | | 108 | 7,6 | 62 | 7 |
| | Enfermedades Digestivas | 7 | 1,1 | 8 | 2,7 | 72 | 5,1 | 39 | 4,4 |
| | Enfermedades Genitourinarias | 21 | 3,2 | 1 | 0,3 | 76 | 5,4 | 22 | 2,5 |
| | Enfermedades musculoesqueléticas | | | | | 44 | 3,1 | 41 | 4,6 |
| | Enfermedades Respiratorias | 7 | 1,1 | 3 | 1,0 | 23 | 1,6 | 30 | 3,4 |
| | Neoplasias Malignas | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Otras Neoplasias | | | | | 4 | 0,3 | 1 | 0,1 |
| | Lesiones | Traumatismos, envenenamientos (causas externas) | 19 | 2,9 | 50 | 17,0 | 106 | 7,5 | 196 |
| Signos y síntomas mal definidos | Signos y síntomas mal definidos | 445 | 68,1 | 163 | 55,4 | 310 | 21,8 | 127 | 14,4 |
| Total | | 653 | 100 | 294 | 100 | 1419 | 100 | 885 | 100 |

Fuente: Base de datos RIPS2014 SDS, 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.

Para la etapa de ciclo Juventud, se presentaron 9.749 consultas (18,7% del total), siendo un 14,2% menor a la proporción estimada en 2013 (21,8%); al igual que en la etapa adolescencia, para la etapa juventud la proporción de casos en mujeres fue mayor llegando al 70,3%, para quienes las condiciones maternas fueron las más frecuentes, aunque en una proporción menor comparado con el 2013 (80,2%); este comportamiento coincide con la edad media de fecundidad, donde la demanda de consultas para los controles prenatales y de crecimiento y desarrollo se incrementa. Para los hombres, la causas de consulta más frecuente fueron los traumatismos y envenenamientos, coincidiendo así con las principales causas de mortalidad entre los 15 a 44 años (ver **Tabla 21**).

Tabla 21. Grandes causas y subgrupo de causas de morbilidad en la Juventud. Localidad Engativá. 2013–2014.

| Causa | Sub Causa | 2013 | | | | 2014 | | | |
|--|---|-------------|------------|------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|
| | | Femenino | | Masculino | | Femenino | | Masculino | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Condiciones Transmisibles y Nutricionales | Infecciones Respiratorias | 10 | 0,3 | | 0,0 | 112 | 1,6 | 79 | 2,7 |
| | Enfermedades Infecciosas y Parasitarias | | | | | 162 | 2,4 | 126 | 4,4 |
| | Deficiencias Nutricionales | | | | | 157 | 2,3 | 6 | 0,2 |
| Condiciones Maternas Perinatales | Condiciones Maternas | 707 | 19,5 | | 0,0 | 1836 | 26,8 | 0 | 0 |
| Enfermedades No transmisibles | Anomalías Congénitas | | | | | 14 | 0,2 | 8 | 0,3 |
| | Condiciones Neuropsiquiátricas | | | | | 275 | 4 | 207 | 7,2 |
| | Condiciones Orales | 441 | 12,2 | 147 | 16,4 | 986 | 14,4 | 333 | 11,5 |
| | Desordenes Endocrinos | | | | | 131 | 1,9 | 32 | 1,1 |
| | Diabetes Mellitus | | | | | 12 | 0,2 | 9 | 0,3 |
| | Enfermedades Cardiovasculares | | | | | 30 | 0,4 | 24 | 0,8 |
| | Enfermedades de la Piel | | | | | 95 | 1,4 | 82 | 2,8 |
| | Enfermedades de los órganos de los sentidos | | | | | 173 | 2,5 | 79 | 2,7 |
| | Enfermedades Digestivas | 15 | 0,4 | 27 | 3,0 | 223 | 3,3 | 200 | 6,9 |
| | Enfermedades Genitourinarias | 65 | 1,8 | 12 | 1,3 | 512 | 7,5 | 110 | 3,8 |
| | Enfermedades musculoesqueléticas | | | | | 135 | 2 | 101 | 3,5 |
| | Enfermedades Respiratorias | | | | | 51 | 0,7 | 46 | 1,6 |
| | Neoplasias Malignas | | | | | 3 | 0 | 4 | 0,1 |
| Otras Neoplasias | | | | | 28 | 0,4 | 6 | 0,2 | |
| Lesiones | Traumatismos, envenenamientos (causas externas) | 61 | 1,7 | 118 | 13,2 | 351 | 5,1 | 956 | 33,1 |
| Signos y síntomas mal definidos | Signos y síntomas mal definidos | 2321 | 64,1 | 591 | 66,0 | 1562 | 22,8 | 478 | 16,6 |
| Total | | 3620 | 100 | 895 | 100 | 6848 | 100 | 2886 | 100 |

Fuente: Base de datos RIPS2014 SDS, 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.

En cuanto a la etapa adultez, la proporción de consultas para el 2014 fue del 37,3% siendo esta proporción un 29,6% mayor comparado con lo observado en 2013; el comportamiento según el sexo muestra que el 61,8% se concentro en mujeres aunque con una reducción frente a la proporción de mujeres del 2013 donde representó el 64,6%. Por causas de consulta, las condiciones orales fueron las más frecuentes (12,6%) siendo esta proporción un 25,6% mayor en mujeres, en contraste a lo anterior, la proporción de traumatismos o envenenamientos en hombres fue 3,4 veces mayor comparado con las mujeres (ver **Tabla 27**).

Tabla 22. Grandes causas y subgrupo de causas de morbilidad en la Adultez. Localidad Engativá. 2013 – 2014.

| Causa | Sub Causa | 2013 | | | | 2014 | | | |
|--|---|-------------|------------|-------------|------------|--------------|------------|-------------|------------|
| | | Femenino | | Masculino | | Femenino | | Masculino | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Condiciones Transmisibles y Nutricionales | Infecciones Respiratorias | 4 | 0,1 | 17 | 0,8 | 276 | 2,3 | 195 | 2,6 |
| | Enfermedades Infecciosas y Parasitarias | 11 | 0,3 | 3 | 0,1 | 232 | 1,9 | 294 | 4 |
| | Deficiencias Nutricionales | 3 | 0,1 | 2 | 0,1 | 121 | 1 | 27 | 0,4 |
| Condiciones Maternas Perinatales | Condiciones Maternas | 191 | 5,0 | | 0,0 | 946 | 7,9 | 0 | 0 |
| Enfermedades No transmisibles | Anomalías Congénitas | | | | | 20 | 0,2 | 6 | 0,1 |
| | Condiciones Neuropsiquiátricas | | | | | 581 | 4,8 | 364 | 4,9 |
| | Condiciones Orales | 737 | 19,1 | 382 | 18,1 | 1647 | 13,7 | 806 | 10,9 |
| | Desordenes Endocrinos | 91 | 2,4 | 6 | 0,3 | 692 | 5,8 | 232 | 3,1 |
| | Diabetes Mellitus | 3 | 0,1 | 2 | 0,1 | 120 | 1 | 113 | 1,5 |
| | Enfermedades Cardiovasculares | 175 | 4,5 | 105 | 5,0 | 487 | 4,1 | 354 | 4,8 |
| | Enfermedades de la Piel | | | | | 187 | 1,6 | 209 | 2,8 |
| | Enfermedades de los órganos de los sentidos | 143 | 3,7 | 65 | 3,1 | 808 | 6,7 | 427 | 5,8 |
| | Enfermedades Digestivas | 35 | 0,9 | 36 | 1,7 | 644 | 5,4 | 601 | 8,1 |
| | Enfermedades Genitourinarias | 109 | 2,8 | 23 | 1,1 | 1177 | 9,8 | 418 | 5,6 |
| | Enfermedades musculoesqueléticas | | | | | 759 | 6,3 | 380 | 5,1 |
| | Enfermedades Respiratorias | 4 | 0,1 | 10 | 0,5 | 142 | 1,2 | 151 | 2 |
| | Neoplasias Malignas | | | | | 30 | 0,2 | 44 | 0,6 |
| | Otras Neoplasias | | | | | 229 | 1,9 | 39 | 0,5 |
| Lesiones | Traumatismos, envenenamientos (causas externas) | 105 | 2,7 | 198 | 9,4 | 760 | 6,3 | 1604 | 21,6 |
| Signos y síntomas mal definidos | Signos y síntomas mal definidos | 2242 | 58,2 | 1258 | 59,7 | 2151 | 17,9 | 1149 | 15,5 |
| Total | | 3853 | 100 | 2107 | 100 | 12009 | 100 | 7413 | 100 |

Fuente: Base de datos RIPS2014 SDS, 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.

En los mayores de 60 años, la proporción de casos fue similar a la juventud (18,8%) siendo a su vez un 31,8% mayor a la proporción de casos del 2013 en esta etapa de ciclo vital. La distribución de las causas de consulta cambian significativamente comparado con las demás etapas, la proporción de enfermedades transmisibles se reduce, mientras que las afecciones relacionadas con condiciones crónicas cardiovasculares y las alteraciones en los órganos de los sentidos muestran una mayor frecuencia, coincidiendo con el deterioro del organismo y la carga de enfermedad presente en esta etapa de ciclo. Según el sexo, el número de consultas en mujeres fue del 62,2% coincidiendo con la distribución estimada para el 2013, evidenciando así diferencias en la adherencia a los servicios de salud y una mayor supervivencia de las mujeres con respecto a los hombres (ver **Tabla 23**).

Tabla 23. Grandes causas y subgrupo de causas de morbilidad en la Vejez. Localidad Engativá.
2013–2014.

| Causa | Sub Causa | 2013 | | | | 2014 | | | |
|--|---|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|
| | | Femenino | | Masculino | | Femenino | | Masculino | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Condiciones Transmisibles y Nutricionales | Infecciones Respiratorias | 16 | 0,9 | 3 | 0,3 | 144 | 2,4 | 57 | 1,5 |
| | Enfermedades Infecciosas y Parasitarias | 3 | 0,2 | 6 | 0,5 | 51 | 0,8 | 65 | 1,8 |
| | Deficiencias Nutricionales | 3 | 0,2 | 2 | 0,2 | 66 | 1,1 | 28 | 0,8 |
| Enfermedades No transmisibles | Anomalías Congénitas | 2 | 0,1 | 1 | 0,1 | 10 | 0,2 | 6 | 0,2 |
| | Condiciones Neuropsiquiátricas | | | | | 235 | 3,8 | 152 | 4,1 |
| | Condiciones Orales | 30 | 1,6 | 20 | 1,8 | 205 | 3,4 | 179 | 4,8 |
| | Desordenes Endocrinos | 99 | 5,3 | 13 | 1,2 | 353 | 5,8 | 114 | 3,1 |
| | Diabetes Mellitus | 31 | 1,7 | 13 | 1,2 | 249 | 4,1 | 153 | 4,1 |
| | Enfermedades Cardiovasculares | 580 | 31,3 | 269 | 24,3 | 974 | 16 | 527 | 14,3 |
| | Enfermedades de la Piel | | | | | 85 | 1,4 | 65 | 1,8 |
| | Enfermedades de los órganos de los sentidos | 121 | 6,5 | 66 | 6,0 | 913 | 15 | 503 | 13,6 |
| | Enfermedades Digestivas | 14 | 0,8 | 9 | 0,8 | 334 | 5,5 | 219 | 5,9 |
| | Enfermedades Genitourinarias | 24 | 1,3 | 171 | 15,5 | 338 | 5,5 | 354 | 9,6 |
| | Enfermedades musculoesqueléticas | | | | | 585 | 9,6 | 215 | 5,8 |
| | Enfermedades Respiratorias | 163 | 8,8 | 75 | 6,8 | 242 | 4 | 206 | 5,6 |
| | Neoplasias Malignas | | | | | 23 | 0,4 | 52 | 1,4 |
| | Otras Neoplasias | | | | | 49 | 0,8 | 27 | 0,7 |
| Lesiones | Traumatismos, envenenamientos (causas externas) | 156 | 8,4 | 74 | 6,7 | 439 | 7,2 | 266 | 7,2 |
| Signos y síntomas mal definidos | Signos y síntomas mal definidos | 609 | 32,9 | 384 | 34,7 | 809 | 13,3 | 510 | 13,8 |
| Total | | 1851 | 100 | 1106 | 100 | 6104 | 100 | 3698 | 100 |

Fuente: Base de datos RIPS2014 SDS, 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.

Eventos de Alto Costo y Precursores

Teniendo en cuenta la importancia de algunas de las enfermedades que por su abordaje y tipo de tratamiento requieren un gasto importante al sistema de salud, en el documento se abordaron la enfermedad renal crónica, la incidencia de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y la leucemia en menores de 15 años.

Durante el 2014, se presentó un caso de enfermedad renal crónica en fase 5, alcanzando así una prevalencia 18,4% menor a lo estimado en el Distrito para el mismo año donde se reportaron 11 casos (41). Respecto a la Incidencia de VIH, se presentaron durante el 2014 en la localidad 222 nuevos casos que representan el 8,9% de lo presentado en Bogotá (42), comparado con el 2013 se notificaron 29 casos más (43); Las UPZ donde se presentó el mayor número de casos fueron Engativá, Boyacá Real y Garcoés Navas, sin embargo las tasas estimadas más altas se presentaron en Jardín Botánico, Boyacá Real y Santa Cecilia (38,3, 37,8 y 35,6 por cada 100 mil habitantes respectivamente).

Ahora bien, respecto a la leucemia mieloide y linfocítica en menores de 15 años, en la localidad no se reportaron casos en el 2014 mientras que en el 2013 se presentaron 3 casos; comparado con el Distrito se presentaron 3 casos de leucemia linfocítica (41). Aunque la localidad tuvo indicadores de

menor valor frente al Distrito en los eventos de alto costo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativos (ver **Tabla 24**).

Respecto a los eventos precursores, en la localidad se presentaron 676 nuevos casos de Diabetes Mellitus, mientras que de hipertensión arterial fueron 1.388, que representan el 19,8% y el 15,3% del total de registros obtenidos en Bogotá durante el 2014 (41). El 92,8% de los casos se presentaron en las etapas de ciclo vital adultez y vejez y el 59,8% fueron mujeres. Al igual que en los eventos de alto costo, los valores estimados para la localidad no mostraron diferencias significativas frente al valor distrital pese a ser mayores (ver **Tabla 24**).

Tabla 24. Eventos de alto costo y Precursores. Localidad Engativá. 2014

| Enfermedad | Bogotá | Localidad* |
|---|--------|------------|
| Evento de alto costo | | |
| Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal | 0,2 | 0,1 |
| Incidencia de VIH notificada | 31,9 | 25,6 |
| Incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada | 0,0 | 0,0 |
| Incidencia de leucemia linfocide aguda en menores de 15 años | 0,04 | 0,0 |
| Eventos Precursores | | |
| Prevalencia de diabetes mellitus | 0,04 | 0,08 |
| Prevalencia de hipertensión arterial | 0,1 | 0,2 |

*Verde: Indicador local es significativamente menor al Distrital; Amarillo: No hay diferencia significativa entre la localidad y el Distrito; Rojo: Indicador local es significativamente Mayor al Distrital

Fuente: Base de datos RIPS 2014 SDS, 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. Base de datos SVIGILA 2014. SDS

Eventos de Notificación Obligatoria (ENOS)

En el 2014, se notificaron 4.482 ENOS al Sistema de Vigilancia de Salud pública (SVIGILA) de residentes de la localidad, lo que representó el 8,5% del total de notificaciones realizadas para el Distrito en el mismo año (42). Las UPZ con el mayor número de casos fueron Engativá (20,5%), Garcés Navas (17,1%) y Boyacá Real (15,2%). Respecto a la tendencia del número de eventos, es importante la reducción en cada uno de ellos para el 2014.

El evento más frecuente fue las intoxicaciones por sustancias químicas con 695 notificaciones coincidiendo con la distribución distrital, el cual ocurrió más en Hombres y donde 75,9% tenían entre 15 a 39 años, sin embargo no representó ninguna muerte en la localidad; en los únicos eventos donde se hubo muertes de los afectados fueron la Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), Sífilis Congénita, Tosferina, y Tuberculosis, entre las cuales la Tuberculosis y la sífilis congénita tuvieron la tasa de letalidad más alta, siendo ésta última significativamente superior a lo estimado a nivel Distrital (ver **Tabla 25**).

Comparado con el 2013, 24 de los ENOS presentaron muertes (2,4%) (42) con un promedio edad de 46 años (DE 26,7 años) donde los hombres fueron los más frecuentes (19 casos); el VIH fue el

evento con el mayor número de casos (9 muertes) aunque la letalidad más alta se observó en la leucemia aguda pediátrica mieloide (3 muertes en 4 casos) y la Tuberculosis fármaco resistente (1 muerte de tres enfermos). Respecto al 2012 (42) los ENOS presentaron 12 casos, siendo 10 en hombres, la Tuberculosis pulmonar aportó el mayor número de casos (6 muertes, 10,3%), mientras que la sífilis congénita con una muerte tuvo una letalidad del 12,5%.

Tabla 25. Eventos de Notificación Obligatoria (ENOS). Localidad Engativá. 2012 a 2014

| Eventos de Notificación Obligatoria | Bogotá | Localidad* | 2012** | 2013** | 2014** |
|---|--------|------------|--------|--------|--------|
| Letalidad por chagas | 0,6 | 0,0 | - | ↗ | ↘ |
| Letalidad por dengue grave | 0,0 | 0,0 | ↗ | ↘ | ↘ |
| Letalidad por difteria | 50,0 | 0,0 | - | ↗ | ↘ |
| Letalidad por EDA | 0,4 | 0,0 | - | ↗ | ↘ |
| Letalidad por enfermedades transmitidas por alimentos | 0,0 | 0,0 | ↗ | ↘ | - |
| Letalidad por eventos supuestamente atribuidos a inmunización (ESAVI) | 0,7 | 0,0 | - | ↗ | ↘ |
| Letalidad por fiebre amarilla | 0,0 | 0,0 | - | ↗ | ↘ |
| Letalidad por hepatitis B | 1,7 | 0,0 | - | ↗ | ↘ |
| Letalidad por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) | 6,0 | 2,6 | ↗ | ↘ | ↘ |
| Letalidad por intoxicaciones (plaguicidas, fármacos, Metanol, metales pesados, solventes, otras sustancias químicas, monóxido y otros gases, sustancias psicoactivas) | 0,1 | 0,0 | - | ↗ | ↘ |
| Letalidad por leishmaniasis cutánea | 0,2 | 0,0 | - | ↗ | ↘ |
| Letalidad por leishmaniasis visceral | 0,0 | 0,0 | - | ↗ | ↘ |
| Letalidad por leptospirosis | 0,7 | 0,0 | - | ↗ | ↘ |
| Letalidad por malaria | 0,0 | 0,0 | - | ↗ | ↘ |
| Letalidad por meningitis tuberculosa | 25,0 | 0,0 | ↗ | ↘ | - |
| Letalidad por sífilis congénita | 5,4 | 21,4 | ↘ | ↗ | ↘ |
| Letalidad por tosferina | 0,2 | 0,5 | ↘ | ↗ | ↘ |
| Letalidad por Tuberculosis | 13,8 | 20,4 | - | ↗ | ↘ |
| Letalidad por Tuberculosis extra-pulmonar | 17,6 | 0,0 | ↗ | ↘ | ↘ |
| Letalidad por Tuberculosis pulmonar | 5,3 | 0,0 | ↘ | ↘ | ↘ |
| Letalidad por varicela | 0,0 | 0,0 | - | ↗ | ↘ |

*Verde: Indicador local es significativamente menor al Distrital; Amarillo: No hay diferencia significativa entre la localidad y el Distrito; Rojo: Indicador local es significativamente Mayor al Distrital. **↗: El indicador aumentó respecto al año anterior; ↘: El indicador disminuyó respecto al año anterior; -: El indicador se mantuvo igual.

Fuente: Base de datos SVIGILA 2014. SDS. Agosto 2015.

Discapacidad

Según el registro de caracterización y localización de la población en condición de discapacidad que se lleva a cabo desde el Hospital Engativá, en la localidad se han identificado durante el periodo 2005 – 2014 12.952 personas que presentan algún tipo de restricción, deficiencia y limitación en sus funciones e interacciones; sin embargo, teniendo en cuenta la base oficial (44), en la cual se depuran las defunciones, a diciembre de 2014 residían 10.839 personas, siendo el 52,68% mujeres y el 47,32% hombres. Del total, 44 personas (0,41%) reportaron pertenecer a alguna etnia, siendo los afrocolombiano la más representativa con el 56,82%, seguida por la población palenquera e indígena, cada una con el 18,18%.

Como se puede observar en la **Tabla 26**, el 83,35% de las personas registradas se encuentran en la adultez o en la vejez, mientras que el 7,90% son menores de 18 años, lo cual se corrobora en el comportamiento de la pirámide poblacional para las personas que se encuentran en el registro de identificación y caracterización (ver **Figura 6**).

Esto se relaciona con el deterioro propio del ciclo de la vida y la presencia de enfermedades crónicas relacionadas llevando a que las primeras causas de consulta estén relacionadas con el movimiento del cuerpo, las manos, los brazos y las piernas, con mayor manifestación entre las mujeres, en quienes se concentra el 22,5% del total de población registrada que presenta dicha anomalía; la segunda alteración más frecuente es la relacionada con el sistema nervioso en la que se encuentra el 30,4% de la población registrada y el 17% de los hombres. En la afectación a los diferentes órganos de los sentidos (ojos, oídos y demás órganos) se concentra el 12,8% de las personas con discapacidad registradas (45).

Figura 6. Personas en condición de discapacidad según sexo y edad 2005 – 2014 Localidad Engativá.

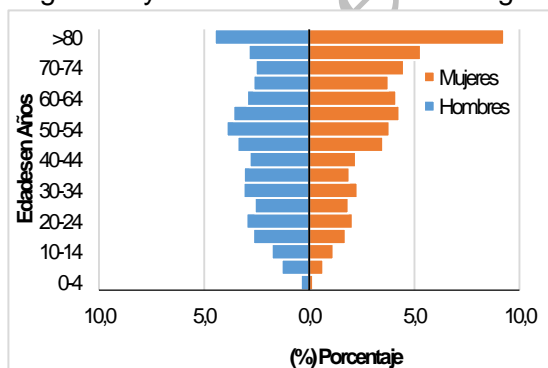


Tabla 26. Población identificada en el registro de Discapacidad 2005 – 2014 según etapa del ciclo vital y sexo

| Etapa | Hombre | Mujer | Total | % |
|--------------|-------------|-------------|--------------|------------|
| Infancia | 340 | 176 | 516 | 4,76 |
| Adolescencia | 205 | 135 | 340 | 3,14 |
| Juventud | 550 | 399 | 949 | 8,76 |
| Adultez | 2355 | 2073 | 4428 | 40,85 |
| Vejez | 1683 | 2923 | 4606 | 42,49 |
| Total | 5133 | 5706 | 10839 | 100 |

Fuente: Registro de caracterización y localización de la población en condición de discapacidad, Sistema de Vigilancia de la Discapacidad. Localidad Engativá 2005 – 2014.

El análisis espacial muestra que en tres UPZ se concentra el 50,76% de la población con discapacidad registrada (Ver **Tabla 27**), con una pérdida de información del 0,37% por inconsistencias

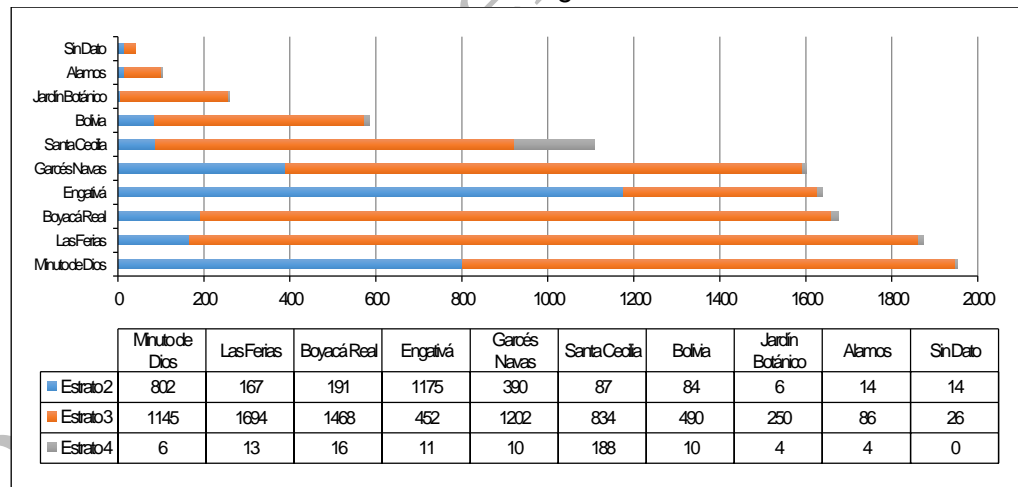
en la captura y suministro de la información desde las personas con discapacidad. Así mismo, el comportamiento por estrato muestra una distribución similar a la estratificación de la localidad, donde el 70,55% de las personas registradas habitan en el 3, seguido por el estrato 2 con el 21,03%; Tan solo el 2,42% habitan en estrato 4, principalmente en la UPZ Santa Cecilia, donde se ha identificado la alta presencia de personas mayores de 60 años, en algunos casos pensionados o retirados de las fuerzas armadas (Figura 7).

Tabla 27. Distribución de la población registrada según UPZ y sexo 2005 – 2014. Localidad Engativá

| UPZ | Hombre | Mujer | Total | % |
|-----------------|--------|-------|-------|-------|
| Minuto De Dios | 832 | 1121 | 1953 | 18,02 |
| Las Ferias | 817 | 1057 | 1874 | 17,29 |
| Boyacá Real | 835 | 840 | 1675 | 15,45 |
| Engativá | 878 | 760 | 1638 | 15,11 |
| Garcés Navas | 753 | 849 | 1602 | 14,78 |
| Santa Cecilia | 454 | 655 | 1109 | 10,23 |
| Bolivia | 300 | 284 | 584 | 5,39 |
| Jardín Botánico | 203 | 57 | 260 | 2,40 |
| Álamos | 42 | 62 | 104 | 0,96 |
| Sin Dato | 19 | 21 | 40 | 0,37 |

Fuente: Registro de caracterización y localización de la población en condición de discapacidad, Sistema de Vigilancia de la Discapacidad. Localidad Engativá 2005 – 2014.

Figura 7. Distribución de la población con discapacidad registrada según UPZ y estrato social 2005 – 2014. Localidad Engativá



Fuente: Registro de caracterización y localización de la población en condición de discapacidad, Sistema de Vigilancia de la Discapacidad. Localidad Engativá 2005 – 2014.

En cuanto al régimen de aseguramiento, el 48,47% de las personas con discapacidad que pertenecen al registro se encuentran vinculados al contributivo, seguidas por quienes se encuentran en el subsidiado (26,02%), porcentajes que son réplica de las condiciones generales identificadas para la localidad. Es de resaltar que el 18,29% de las personas identificadas no se encuentran vinculadas a ningún régimen, haciendo pertinente el fortalecimiento desde las acciones del sector

salud en cuanto a canalizaciones para que se vinculen al régimen subsidiado, garantizando de esta forma el derecho a la salud de las personas con discapacidad, así como el acceso a otros servicios sociales que se brindan desde el sector público para esta población.

Con respecto al máximo nivel educativo alcanzado por la población, se encuentra en primer lugar la primaria con el 30,74% de los reportes, seguido por secundaria con el 24,99%. El 30,22% indicó no tener o no reportaron la escolaridad. El bajo nivel educativo que presentan las personas con discapacidad de la localidad se relaciona con el acceso a una ocupación que les permita contar con los recursos necesarios para suplir las necesidades básicas. En este sentido se encontró que el 13,40% de las personas identificadas se encuentran trabajando y el 9,13% desarrollan actividades de autoconsumo. Es de resaltar que el 41,15% de las personas pueden tener dificultades para suplir sus necesidades básicas, en tanto que se encuentran incapacitados permanentemente para trabajar y no cuentan con pensión, se encuentran buscando trabajo o estudiando, lo cual contrasta con el 28,34% de personas que se encuentran trabajando, cuentan con una pensión o reciben renta.

Así mismo en la ocupación se ve la diferencia entre sexos, en tanto que las mujeres se orientan a la realización de oficios en el hogar (14,53% de las mujeres mayores de 18 años registradas), mientras que los hombres se encaminan a la búsqueda de trabajo o se encuentran trabajando (11,67% de los hombres mayores de 18 años que se encuentran registrados).

Prioridades Morbi-Mortalidad

De acuerdo a lo encontrado en la descripción de las principales causas de muerte y enfermedad de la localidad en el 2014, a nivel de la mortalidad general por etapa de ciclo vital se pudo identificar los trastornos respiratorios en el periodo perinatal como causa importante de muerte durante la infancia, donde condiciones de prematuridad, bajo peso al nacer, nutrición y la exposición a factores ambientales adversos pueden estar determinando la presentación de este evento en la localidad.

Ahora bien, en las etapas de ciclo posteriores (adolescencia, juventud y adultez) se evidencia que los homicidios constituyen una de las principales causas de muerte, siendo además reflejo del número significativo de hospitalizaciones y consultas por urgencias generadas por causas externas. Es así como los hombres son el grupo poblacional más expuesto, mostrando así que la inseguridad, las condiciones socioeconómicas adversas y la falta de tolerancia pueden constituir elementos importantes en la presentación de este evento.

En la parte final de la vida, la muerte por enfermedades isquémicas del corazón muestran la importancia de esta condición crónica, como resultado de la ausencia de prácticas poco saludables desde la adolescencia y juventud, para lo cual, la promoción de una alimentación saludable o la práctica de actividad física deben tener una mayor apropiación en la población, que puede llevar a una reducción de las muertes en las edades productivas de la vida.

Frente a la mortalidad evitable, la mortalidad materna que junto a la letalidad por sífilis gestacional, mostraron un comportamiento desfavorable en la localidad para el 2014, siendo así necesaria una mayor educación en salud sexual y reproductiva, como medio para la prevención de los mismos y de otros como el contagio de VIH. De igual forma, la capacitación de las gestantes en la identificación de signos de alarma, la promoción de las consultas preconcepcionales y mejorar la adherencia a las consultas prenatales deben ser acciones complementarias en la prevención.

Análisis de Indicadores por Dimensiones Prioritarias

La descripción de las condiciones en que viven y se desarrollan los habitantes de Engativá incluye la profundización de los determinantes de la salud, para lo cual se tomó como ordenador las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, entendidas como “elementos técnicos y políticos” (2) que facilitan la articulación de los diferentes actores y sectores para la generación de estrategias para la afectación de los determinantes sociales de la salud (2).

Dimensión Salud Ambiental

Como parte de los indicadores de esta dimensión se encuentran las coberturas útiles de vacunación canina y felina, la vigilancia de la calidad de agua y aire y la disponibilidad de suministro de agua potable y manejo y disposición final de residuos, agrupados en “dos componentes: hábitat saludable y situaciones de salud relacionadas con condiciones ambientales” (2).

La ubicación de la localidad dentro del casco urbano, facilita que sus habitantes cuenten con el suministro de agua potable, alcantarillado y recolección de basuras en un 100%; sin embargo, los hábitos de la comunidad afectan la prestación del servicio generando puntos críticos que afectan las condiciones del espacio público, las zonas verdes y las rondas de quebradas y ríos, donde se depositan de manera irregular escombros, residuos sólidos de diferente tipo y lodos provenientes de sumideros entre otros, generando problemáticas ambientales y sociales; las acciones desarrolladas en la localidad han permitido la identificación de aproximadamente 222 puntos críticos por acumulación de residuos sólidos, la mayoría de ellos ubicados en las UPZ Las Ferias, Minuto de Dios, Garcés Navas y Santa Cecilia (46)

Las condiciones ambientales se relacionan con los aspectos económicos de la población, ya que son el reflejo de la calidad de vida de las familias de la localidad, donde el 1,7% de la población se consideran con necesidad básicas insatisfecha (13); esto se relaciona con la población residente en estratos socioeconómicos 1 y 2, ubicados en la estructura ecológica principal, como los canales, humedales y el río Bogotá, convirtiéndose en un riesgo para la salud y la vida de la población (46).

Así mismo, la expansión urbana, la segregación socio-espacial y los altos tiempos de desplazamiento, significan un alto costo para la salud y el ambiente de la localidad (15), principalmente en lo relacionado con la polución por fuentes móviles, ya que el promedio para

Engativá del índice de movilidad es medio, con una velocidad promedio de 10,4 km/h en vías principales (34).

Los hogares en déficit cualitativo de vivienda también representan un aspecto social que influye en la dimensión de salud ambiental, ya que la localidad Engativá tiene un índice de 9.732 hogares con criterios de estructura, hacinamiento, servicios públicos y condiciones de cocina no aceptables, lo que se puede relacionar con condiciones higiénico sanitaria precarios, convirtiéndose en escenarios vulnerables para el deterioro de la salud, en tanto que se convierten en factores de riesgo para la ocurrencia de accidentes y lesiones a corto, mediano y largo plazo (13).

La Educación Ambiental en la localidad de Engativá ha permitido fortalecer procesos sociales en la misma contribuyendo a una mejor comprensión de su ambiente. Las diversas actuaciones de la comunidad y diversas organizaciones sociales, ha hecho posible avanzar considerablemente tanto en términos metodológicos como conceptuales en el tema (46). Sin embargo, este proceso ha estado sujeto a una falta de sincronía entre el desarrollo de la gestión ambiental, los fundamentos epistemológicos que la conciben y el dinámico contexto sociopolítico en que se da, fenómeno que exige a los ciudadanos una manera distinta de actuar y ser en y frente al territorio.

Dimensión Vida Saludable libre de Enfermedades Transmisibles

Incluye tres componentes que buscan reducir, vigilar y controlar la carga de enfermedades e infecciones mediante la implementación de estrategias de promoción y prevención como la vacunación, por lo cual incluye indicadores como coberturas útiles de vacunación, tasas de mortalidad por Tuberculosis, rabia y malaria así como porcentaje de personas con lepra y curadas de Tuberculosis pulmonar, teniendo en cuenta las campañas de sensibilización y la facilidad para la tomas de pruebas y entrega del medicamento. (2)

Para el año 2013 en la Localidad se diagnosticaron 31 casos de Tuberculosis en todas las formas, de los cuales 16 casos corresponden a Tuberculosis Pulmonar. El programa de enfermedades trasmisibles implementado por el Hospital Engativá reportó un éxito terapéutico del 75%, y curación del 56% de los pacientes vinculados durante el 2013 (47). En cuanto al diagnóstico de casos de lepra con discapacidad, se reportaron dos casos durante los años 2013 y 2014, sin embargo la existencia de sub registro se ha evidenciado en la identificación de casos atendidos por el Instituto Federico Lleras Acosta con grado de discapacidad dos (47).

Frente a las tasas de mortalidad, se resalta la inexistencia de casos de malaria y rabia humana, sin embargo la tasa de mortalidad por Tuberculosis llegó a 11,2 por 100.000 habitantes durante el 2014, posiblemente relacionado con que Engativá es una Localidad de alta residencia de pacientes con diagnóstico de Tuberculosis (42, 17)

Según distribución por edad y sexo, del total de casos diagnosticados en la localidad se observa que la mayoría se presentan en Hombres con el 68%, frente al 32% de casos en mujeres; el rango de edad donde se presentaron más casos corresponde al de 15 – 44 años, lo cual es preocupante dado que se tenía como referencia que la Tuberculosis era un enfermedad de personas mayores y según las estadísticas del año 2014 se evidencia un cambio hacia la afectación de personas jóvenes en etapa productiva (47).

Por ser la Tuberculosis una enfermedad de transmisión aérea, existen factores de riesgo en el ambiente que favorecen la infección por la bacteria, con el consecuente riesgo de desarrollar la enfermedad. Si bien es cierto que la Tuberculosis puede afectar a toda la población, la carga de la enfermedad está relacionada con determinantes sociales como la pobreza y el hacinamiento; es así como ambientes poco ventilados, húmedos, sin iluminación, favorecen la transmisión. Por parte de las instituciones de salud se deben de adoptar e implementar las medidas de control de infecciones que favorezcan la protección del personal de salud y disminuir el riesgo de contagio (47).

Socialmente, las enfermedades transmisibles en especial la Tuberculosis y la Lepra, están culturalmente asociadas a condiciones de pobreza extrema, suciedad, muerte; si a esto se suma el desconocimiento de la enfermedad tanto del personal de salud como de la comunidad, el resultado es la perpetuación del estigma sobre la enfermedad que llevan al rechazo del paciente y que se tomen medidas como el aislamiento, para el manejo de la patología. Los eventos de origen transmisible también se enfrentan a la falta de compromiso político y a las barreras de atención en salud que afectan a los usuarios desde la detección hasta el diagnóstico y el tratamiento de estas enfermedades (47).

Las enfermedades transmisibles tienen un alto impacto económico en los países y en la sociedad, no solo porque afecta principalmente a la población en etapa productiva, sino también por los costos que demanda la atención de los pacientes al sistema de salud, con complicaciones severas por diagnósticos tardíos o con diagnóstico, por ejemplo de Tuberculosis Resistente (47).

Dimensión Convivencia Social y Salud Mental

Esta dimensión busca, a partir de sus dos componentes, aportar en la transformación de imaginarios sociales en torno a la salud mental, mediante la promoción de factores protectores y el estímulo del autocuidado y la corresponsabilidad, al tiempo que se intervenga en los factores de riesgo que para los problemas de salud mental, especialmente en población víctima del conflicto (2).

En este sentido, a nivel local y distrital se cuenta con la Política Pública del Campo de la Salud Mental 2014 – 2024, la cual se encuentra en posicionamiento para lograr su reconocimiento e implementación; derivado de la reciente puesta en marcha de esta política, no se cuenta con datos frente a indicadores como la edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes, la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en el último mes o la inserción social de

personas con enfermedad mental más allá del seguimiento que se hace desde discapacidad; en este sentido se hace necesario evidenciar dichas falencias de información, al tiempo que se generan estrategias para su superación.

En cuanto al seguimiento de la violencia intrafamiliar, se cuenta con el Sistema de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual - SIVIM, el cual realiza canalizaciones según la pertinencia a la intervención psicosocial del Programa Territorios Saludables; así mismo hacen seguimiento a la violencia de género, teniendo en cuenta que el INMLCF reportó 7 casos de asesinato en mujeres de la localidad, representando el 5% de los feminicidios de Bogotá. También se presentaron 78 casos con dictamen sexológico y 162 de violencia física en pareja donde la mujer fue víctima, sin embargo es importante resaltar la pérdida de información derivada de la falta de una referencia geográfica que permita ubicar los casos según el lugar de residencia.

De esta forma, la salud mental está determinada por diferentes factores económicos (políticas económicas, laborales y ocupacionales), sociales (creencias, cultura, hábitos y comportamientos) y ambientales (acceso a parques y zonas verdes, iluminación pública, vías de acceso, facilidad del transporte para las actividades cotidianas), que afectan de manera diferencial a cada grupo poblacional, y a la inversa, haciendo necesaria una atención que integre las diferentes dimensiones.

Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional

Mediante tres componentes busca hacer seguimiento a la oferta y acceso de alimentos prioritarios, promover el consumo saludable para mejorar el aprovechamiento biológico y establecer mecanismos de seguimiento que permitan garantizar la inocuidad y la respuesta ante situaciones de crisis (2).

Entre los indicadores de ésta dimensión se encuentra la lactancia materna exclusiva, que para el distrito tiene como meta los 4 meses; para Engativá durante el 2014 se alcanzó una mediana de 3,4 meses, con comportamiento similar en todas la UPZ, siendo Engativá la que mayor duración tiene (3.5 meses), seguido por Ferias y Garcés Navas.

Así mismo, incluye el seguimiento a las personas que padecen de hambre y que viven bajo la línea de pobreza, en tanto son factores determinantes en la garantía de una seguridad alimentaria y nutricional. Se estimó que el 9% de la población proyectada para la localidad se encuentra bajo la línea de pobreza monetaria y el 3,2% en pobreza extrema, situaciones sociales que afectan la alimentación y nutrición, en tanto que las personas subalimentadas pueden tener efectos sobre su productividad, así como el crecimiento, desarrollo y rendimiento en el caso de niños y niñas.

Junto con estos, se viene haciendo seguimiento al bajo peso al nacer, que alcanzó el 12% de los nacidos vivos durante el 2014, relacionado con el aumento del embarazo en adolescentes y el aumento de peso de las gestantes; para superar ésta situación, se viene implementando en la

localidad la estrategia de fortificación con Micronutrientes, que se suma a las acciones de educación y promoción de la lactancia materna.

En cuanto a las prevalencias de desnutrición crónica y global, al igual que en el bajo peso, la localidad se encuentra por encima de las metas distritales (16,27% y 4,8% respectivamente), con mayor afectación de UPZ como Ferias, Engativá y Boyacá real. Es de resaltar que en los dos indicadores la menor prevalencia se da en la UPZ Bolivia (12,4% y 3,37% respectivamente), posiblemente relacionado con las condiciones favorables de la misma, que incluyen ingresos económicos (31), educación y acceso a salud.

Para el seguimiento al sobrepeso y la obesidad no se cuenta con cifras locales, aun así se estima que de cada dos adultos por lo menos uno se encuentra por encima del peso adecuado, mientras que en las niñas y niños, por cada seis, uno tiene sobrepeso u obesidad (38). Con estas evidencias, y teniendo en cuenta que es una problemática que viene en aumento en los últimos años en las diferentes escalas territoriales, se hace pertinente la generación de estrategias de seguimiento que permitan establecer la situación real de ésta problemática en la localidad, previniendo la aparición enfermedades crónicas no transmisibles y patologías que pueden llevar hasta la muerte.

Otra de las situaciones que puede afectar la seguridad alimentaria de los habitantes de la localidad incluye la disposición de residuos, que sumado al manejo inadecuado y la falta de inocuidad de los alimentos, puede generar enfermedades transmitidas por estos (ETA) (46); en este sentido, desde el área de vigilancia se realiza seguimiento al evento, alcanzando la identificación del agente etiológico en el 28,6% de los casos, porcentaje que supera el logrado por el nivel distrital (18,7).

El derecho a la alimentación es una responsabilidad del Estado, partiendo por la garantía de la disponibilidad de alimentos, que en la localidad pareciera ser suficiente, sin embargo el acceso se ve limitado por el ingreso económico de las familias, el cual está marcado por las condiciones de empleo, sub empleo e informalidad (31). A pesar de la existencia de los programas de apoyo alimentario, se considera que no hay cobertura suficiente para las personas que lo requieren (48).

Así mismo, el ser Bogotá una ciudad capital y Engativá una de las puertas de entrada, la presencia de personas de diferentes culturas, que se suman a los mitos y creencias propios de los habitantes de la ciudad, se ve afectado el consumo de los alimentos, incidiendo en decisiones que afectan su estado nutricional ó en las condiciones de salud de las personas. Es también importante tener en cuenta la incidencia de los medios de comunicación en la toma de decisiones de las personas, y especialmente en lo menores, ya que a través del marketing de las empresas productoras de alimentos, se influye en el consumo de alimentos y en decisiones que pueden ser determinantes de su propia salud (49).

Dimensión Derechos sexuales y sexualidad

Los objetivos de la dimensión están centrados en la promoción de derechos y la prevención y atención de enfermedades en cuanto a la salud sexual y reproductiva (2), ya que la adecuada orientación en regulación de la fecundidad es clave para minimizar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y las metas distritales para alcanzar el desarrollo local.

Incluye el seguimiento a la implementación de la estrategia de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, que en la localidad funciona en la Unidad Primaria de Atención de la española, bajo la modalidad de consulta diferencial, llevando a cabo un total de 1541 atenciones en 2014, de las cuales el 34,98% consultas y controles de alteraciones en el joven y el 65,02% fueron de planificación familiar consulta o control. Es importante resaltar que el 83,9% de los habitantes de la localidad se encuentran en el régimen contributivo, por lo cual reciben la atención en salud sexual y reproductiva en instituciones del sector privado.

De los 556 métodos anticonceptivos entregados por el Hospital Engativá, durante dicho año, el 51,08% fueron implantes subdérmicos, el 38,67% fueron métodos hormonales orales o inyectables y el 10,25 fueron dispositivos intrauterinos, a los cuales se sumó la entrega de condón masculino en diferentes jornadas y espacios de educación, sensibilización y capacitación. Estas acciones se vienen llevando a cabo con miras a la prevención de embarazos no planeados, así como de infecciones de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, situaciones que implican la modificación del proyecto de vida, ya que un embarazo a temprana edad genera dificultades físicas, emocionales, sociales, económicas y familiares (48).

En cuanto al seguimiento durante el embarazo, en los 11 centros de salud del Hospital Engativá se atendieron 691 gestantes antes de la semana 12, facilitando el diagnóstico oportuno de dificultades durante la gravidez y del feto, sin embargo, frente a esta situación, las barreras de acceso a los servicios de salud, el desconocimiento de su estado de embarazo, las creencias culturales y prejuicios sociales, la violencia intrafamiliar, entre otros se convierten en determinantes para el ingreso tardío a los controles, acarreando dificultades en un diagnóstico temprano para lograr el tratamiento oportuno. Las familias gestantes deben comprender la importancia de los cuidados prenatales, la necesidad del seguimiento al embarazo para el reconocimiento de signos de alarma, así como consultar de forma oportuna para conseguir una atención integral y de calidad (48).

Por otra parte, 93,80% de los nacimientos de la localidad durante el 2014 tuvieron cuatro o más controles prenatales, lo cual se convierte en un factor protector para la madre y el recién nacido. Para el reporte de los métodos modernos de anticoncepción se cuenta con la información del área de Prevención y Detección del Hospital, donde se logró la adopción de los mismos en un total de 334 mujeres en edad fértil, sin embargo, al igual que en la atención por los servicios de salud amigable, la prevalencia es baja, dado que solo se cuenta con el registro del régimen subsidiado (48).

Las acciones que se vienen desarrollando por el control de la natalidad se reflejan en la postergación del embarazo, convirtiéndose en un factor protector de la salud de la madre y en niño, y en las tasas global y general de fecundidad (56,2 nacimientos por cada 1.000 mujeres en edad fértil y 1,38 hijos por mujer en edad fértil respectivamente), que mostraron un leve incremento con respecto al 2013 (18)

Dentro del componente de prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva se cuentan los indicadores de mortalidad materna y embarazo en adolescentes, los cuales están determinados desde la OMS como trazadores para medir la salud y la calidad de vida de un territorio; en este sentido, en la localidad durante el 2014 se presentaron 3 casos de mortalidad materna, alcanzando una tasa de 30,2 por 100.000 nacidos vivo, la cual está por debajo de la meta distrital, sin embargo se considera como una alerta en tanto que cada caso tiene una serie de implicaciones sociales, emocionales y económicas tanto para el recién nacido como para la familia y la sociedad.

Similares repercusiones tiene el embarazo en adolescentes menores de 19 años, los cuales en la localidad alcanzaron el 11,40% del total de nacimientos. Hoy en día se ha facilitado el acceso a la orientación familiar en métodos de planificación para toda la población mayor de 14 años, con el fin de fortalecer una paternidad y maternidad sana, segura y responsable, disminuyendo los embarazos no deseados, abortos peligrosos, orientación en el tema del periodo intergenésico, bienestar y autonomía familiar tanto en la mujer como en su pareja, al tiempo que se apoya a la salud y desarrollo de la comunidad (48).

La notificación de casos de VIH positivo al SIVIGILA en la localidad alcanza una prevalencia de 0,023% (197 casos), mientras que la mortalidad llega a una tasa de 2,4 por 100.000 habitantes (21 casos). La prevención de este evento se logra con la educación y apropiación de los derechos en salud sexual y reproductiva, que incluyen la posibilidad de decidir la pareja, cuando iniciar la vida sexual y el uso de un método anticonceptivo acorde con las condiciones individuales.

De acuerdo a perfil de morbi – mortalidad, la sífilis congénita representa una de las tasas mas altas de letalidad en la localidad (21,4), a pesar de ser un evento prevenible y tratable, lo cual se convierte en un intolerable social; se ha avanzado en la disminución de las muertes por Hepatitis B, mostrando una reducción en 2014 con respecto al año anterior.

Dimensión Vida Saludable y condiciones no transmisibles

Incluye los modos, condiciones y estilos de vida para la prevención de enfermedades, especialmente las crónicas no trasmisibles, perturbaciones en la salud bucal, visual y auditiva (2). Incluye indicadores como acceso a terapia farmacológica para personas con riesgo cardiovascular, edad media de inicio de consumo de tabaco en escolares, identificación de la hipoacusia, e identificación de los defectos

refractivos en niños entre 2 y 8 años, para los cuales se dificulta la consecución de información relacionado con las fuentes de información disponibles para identificar la situación en la localidad.

A pesar de esto, la estrategia de valoración de las condiciones crónicas, implementada por el Programa Territorios Saludables, indaga sobre el consumo de frutas y verduras y la realización de actividad física en la población general, encontrando que en el primer caso el 73,13% (3.283 personas) y el 100% (4489 personas) de los encuestados tiene el hábito arraigado. Es de aclarar que no se tiene certeza de la procedencia de la población tamizada, en tanto que la información es tomada en puntos de alta afluencia y puede realizarse el tamizaje en personas residentes de otras localidades.

Igualmente busca evaluar la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus (DM), el cáncer, eventos cerebrovasculares (ECV), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfermedad renal crónica (ERC). Las tasas locales por 100.000 habitantes de DM (1,3) y EPOC (2,7) superan las del nivel distrital (1,2 y 2,5 respectivamente). La mortalidad por Enfermedades Hipertensivas en mayores de 60 años presentó una disminución en el número de casos y en la tasa con respecto al 2011 (38 y -0,3 respectivamente); en la localidad no se presentaron casos de muerte prematura por cáncer ni leucemia pediátrica, y la ECV se encuentra en la misma tasa del distrito (2,6)

Estudios de la OMS señalan que es posible evitar la pérdida de millones de vidas y años de vida saludable por enfermedades crónicas con intervenciones eficaces en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que permitan a las personas ejercer un mayor control sobre su estado de salud, incentivándolos a la realización de una actividad física, al no consumo o exposición al humo de tabaco y la adopción de conductas alimentarias saludables (49), ya que estos han sido factores deteriorantes que tienen una alta afectación.

Existen otros factores que repercuten negativamente en consecución de una vida saludable como es, la contaminación ambiental el cual está considerado como uno de los componentes de riesgo más importantes para la salud. Así mismo se encuentra la salud mental, referido al estado de bienestar emocional y psicológico, necesario para mantener y desarrollar las capacidades cognitivas, las relaciones sociales y el afrontamiento de los retos personales y profesionales de la vida diaria. El estrés, el cansancio, la irascibilidad y la ansiedad son, entre otros, algunos de los signos que indican que el estado mental no es del todo saludable, por lo cual es importante promover las relaciones sociales como aspecto fundamental para la salud del ser humano y para un envejecimiento saludable

Las actividades de promoción y prevención deben iniciar con el fomento de hábitos saludables desde la infancia, pasando por su fortalecimiento durante la juventud y la adultez, con el propósito de que en la etapa de la vejez se minimicen los riesgos que afecten la calidad de vida de las personas mayores.

Dimensión Salud Pública en emergencias y desastres

Evalúa la capacidad de reacción del ente territorial para superación de las condiciones adversas generadas por la ocurrencia de eventos naturales y los derivados de la acción del hombre, al tiempo que busca el fortalecimiento de los habitantes de la localidad frente a la prevención y atención de los mismos (2).

Entre los indicadores que evalúan esta dimensión se encuentra el avance de la articulación de los hospitales con el plan nacional y planes territoriales de gestión del riesgo de desastres, actividad que se realiza mediante el Consejo Local de Gestión de Riesgo y Cambio Climático, denominado así por la Ley 1523 de 2012 y sus decretos reglamentarios (antes el Comité Local de Emergencias) el cual se reúne de manera ordinaria once veces al año y extraordinaria las que sean necesarias de acuerdo a los eventos que se presenten y la convocatoria desde la alcaldía local.

El objetivo de este espacio es realizar acompañamiento técnico al proceso de gestión de riesgo de la localidad, para lo cual se cuenta con un plan de acción que orienta el desarrollo de las actividades promocionales, preventivas y de intervención en los casos requeridos; las acciones implementadas durante el 2014 alcanzaron el cumplimiento de 90% de dicho plan de acción.

Así mismo, a nivel institucional se cuenta con el Comité Hospitalario de Emergencias, encargado de la elaboración, implementación y seguimiento del Plan Hospitalario de Emergencias, el cual busca establecer los protocolos de actuación tanto al interior y como al exterior de la ESE; requiere de una continua actualización para el ajuste de las medidas de intervención de acuerdo con las realidades que se presentan en el hospital y en la localidad, por lo cual se realiza un seguimiento mensual, al que asisten delegados de diferentes áreas del Hospital.

En cuanto al componente de respuestas en salud ante situaciones de emergencia y desastre, no se cuenta con datos oficiales para el seguimiento a los indicadores de mortalidad y personas que quedan arruinadas por emergencias y desastres, dado que son bases de orden distrital, a cargo del Instituto Distrital de Gestión del Riesgo y Cambio Climático.

Dimensión Salud y Ámbito Laboral

Está orientada a la identificación de las condiciones laborales, con miras a la creación e implementación de estrategias que faciliten la vinculación al sistema riesgos laborales y el fomento de la prevención de enfermedades ocupacionales (2).

Según el Informe estadístico de emprendimiento del Observatorio de Desarrollo económico para octubre 2014 – enero 2015 (citado por el observatorio local de Engativá), la localidad cuenta con un total de 42.076 establecimientos con matrículas activas, de los cuales el 38,63% están dedicados al

comercio, el 35,31% a los servicios, el 15,22% a la industria y el restante 10,84% a otras actividades (53).

Frente al tamaño de las empresas, se encontró que el 99,7 de las empresas registradas son microempresas, el 0,2 son pequeñas empresas y el 0,05% son establecimientos catalogados como de mediana y gran empresa. Los barrios que se destacan por su concentración empresarial son: La Estrada, Boyacá Real, Normandía occidental, Santa Helenita, Bonanza, Villa Luz y Las Ferias occidental (53).

Los datos indican que en Engativá se encuentra un porcentaje importante de trabajadores vinculados a las microempresas, las cuales comúnmente no exigen una afiliación al sistema general de seguridad social, lo cual profundiza las condiciones de vulnerabilidad y barreras de acceso a los servicios promocionales y preventivos en salud, así como la atención en casos de accidentes o enfermedades de origen ocupacional (48, 53).

A nivel local no se cuentan con datos frente a la incidencia de accidentalidad o enfermedades relacionadas con el trabajo, más allá de las notificaciones recibidas por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional de los y las Trabajadoras Informales (SIVISTRA), resaltando el grado de vulnerabilidad y riesgo para la salud en que se encuentra la población trabajadora del sector de la economía informal (48).

Capítulo 3: Identificación de tensiones en salud.

Teniendo en cuenta la definición de las dimensiones prioritarias y las problemáticas inmersas en cada una de ellas, a continuación se describe el análisis por tensiones que permite establecer los factores que interactúan en el territorio y el equilibrio entre ellos, permitiendo identificar las condiciones que deterioran la salud y calidad de vida. Es así como, tomando las condiciones descritas en el capítulo 2, se identificaron 10 tensiones en salud en la Localidad, las cuales fueron analizadas y valoradas con el equipo de gestión de políticas y programas del Hospital Engativá, llegando a los resultados descritos en la Tabla 28.

La valoración da cuenta de la intensidad, la cronicidad, el impacto y la capacidad institucional y social para atender las situaciones conflictivas, así como el papel que juegan los reforzadores y liberadores en la superación o mantenimiento del desequilibrio (2). Esto permitió definir las dimensiones del desarrollo a las que se deben orientar las acciones intersectoriales, con miras a mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de la población residente en Engativá.

El promedio general de las valoraciones fue de 3,3, encontrándose en un nivel de prioridad media, con valores extremos de 5,8 y 2. La dimensión con mayor número de tensiones fue la de Convivencia Social y Salud mental, con un total de tres de ellas, seguida por Salud Ambiental con dos tensiones; en la dimensión Derechos Sexuales y reproductivos se identificaron dos problemáticas, de las cuales una se encuentra relacionada con la dimensión de Vida Saludable libre de Enfermedades Transmisibles, por lo tanto dicha tensión afecta estas dos dimensiones. En las demás dimensiones se identificó una tensión, exceptuando Salud Pública en emergencias y desastres.

De acuerdo al análisis de generadores, reforzadores, liberadores e implicaciones, se encontró que las causas y determinantes están relacionados con la dimensión social, dado que en 7 de las 10 tensiones se priorizó dicha dimensión. La mayor afectación se da en la población (7 de 10 tensiones), mientras que las consecuencias e implicaciones están orientadas a la dimensión social (8 de 10), la cual además se priorizó como reforzadora y liberadora en 7 y 9 tensiones respectivamente, por tener mayor importancia en las situaciones analizadas.

En conclusión, los resultados muestran que la dimensión del PDSP que se requiere de mayor atención por parte de las autoridades locales es la Convivencia Social y Salud Mental, teniendo en cuenta que tres de las diez tensiones priorizadas pertenecen a dicha dimensión; adicionalmente los puntajes presentados por dichas tensiones las ubican en el nivel de prioridad alto.

Tabla 28. Tensiones priorizadas para la Localidad Engativá

| Dimensiones PDSP | Componentes asociados a las competencias sectoriales | Tensión | Balance Total |
|--|---|--|---------------|
| Convivencia Social y Salud Mental | Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y diferentes formas de violencia | Violencia contra la Mujer | 5,8 |
| Convivencia Social y Salud Mental | Promoción de la salud mental y la convivencia | Violencia Intrafamiliar | 4,8 |
| Convivencia Social y Salud Mental | Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y diferentes formas de violencia | Conducta Suicida | 4,5 |
| Derechos Sexuales y Sexualidad | Promoción de derechos sexuales y reproductivos y equidad de género, Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos | Salud Sexual y Reproductiva | 2,9 |
| Salud y Ámbito Laboral | Seguridad y Salud en el trabajo | Accidentes y Enfermedades Laborales | 2,9 |
| Salud Ambiental | Hábitat Saludable | Enfermedades Respiratorias relacionadas con las condiciones ambientales | 2,6 |
| Salud Ambiental | Hábitat Saludable | Presencia de Vectores plaga por inadecuada disposición de residuos sólidos | 2,6 |
| Vida Saludable libre de Enfermedades Transmisibles, Derechos Sexuales y Sexualidad | Condiciones y situaciones endemo-epidémicas, Enfermedades Inmunoprevenibles, Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos | Mortalidad por Tuberculosis y coinfección con VIH | 2,3 |
| Seguridad Alimentaria y Nutricional | Consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos | Malnutrición asociada a bajo peso al nacer, desnutrición global y crónica, obesidad y sobrepeso | 2,3 |
| Vida Saludable y condiciones no transmisibles | Condiciones Crónicas Prevalentes | Condiciones Crónicas asociadas a hábitos de vida poco saludables y barreras de acceso a acciones promocionales y preventivas | 2,0 |

Fuente: Elaboración propia, Equipo ASIS y Gestión de Políticas y Programas

A continuación se describe el análisis de las tensiones identificadas, teniendo en cuenta el comportamiento de los indicadores, los factores y los determinantes involucrados, como herramienta para la toma de decisiones frente a la generación o ajuste de respuesta institucional y social que permita la superación de los desequilibrios descritos.

Dimensión Convivencia Social y Salud Mental

En el análisis de las tensiones se identificó la afectación de los dos componentes de esta dimensión: prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y diferentes formas de violencia y promoción de la salud mental y la convivencia (2), en el primero de los casos a la violencia hacia las mujeres y las lesiones autoinflingidas y en el segundo a la violencia que se desarrolla al interior de las familias de la localidad.

Violencia contra la Mujer

Engativá es la segunda localidad en la ciudad que se reporta el mayor número de casos de violencia contra las mujeres. Durante el 2014, de los 2498 casos notificados al SIVIM, el 67,45% tenían como víctima a la mujer, con mayor presencia en las etapas Juventud, Adulthood y Vejez (Ver Tabla 29). La violencia contra la mujer es definida según la ley 1257 como “Cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o privado” (54).

Tabla 29. Distribución de la notificación al SIVIM según Etapa del Ciclo Vital y Sexo

| Etapa del Ciclo Vital | Hombre | % | Intersexual | % | Mujer | % | Total general |
|-----------------------|------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------|---------------|
| Infancia | 486 | 50,57 | 0 | 0 | 475 | 49,43 | 961 |
| Adolescencia | 217 | 35,75 | 0 | 0 | 390 | 64,25 | 607 |
| Juventud | 35 | 9,11 | 0 | 0 | 349 | 90,89 | 384 |
| Adulthood | 44 | 9,93 | 1 | 0,23 | 398 | 89,84 | 443 |
| Vejez | 30 | 29,13 | 0 | 0 | 73 | 70,87 | 103 |
| Total general | 812 | 32,51 | 1 | 0,04 | 1685 | 67,45 | 2498 |

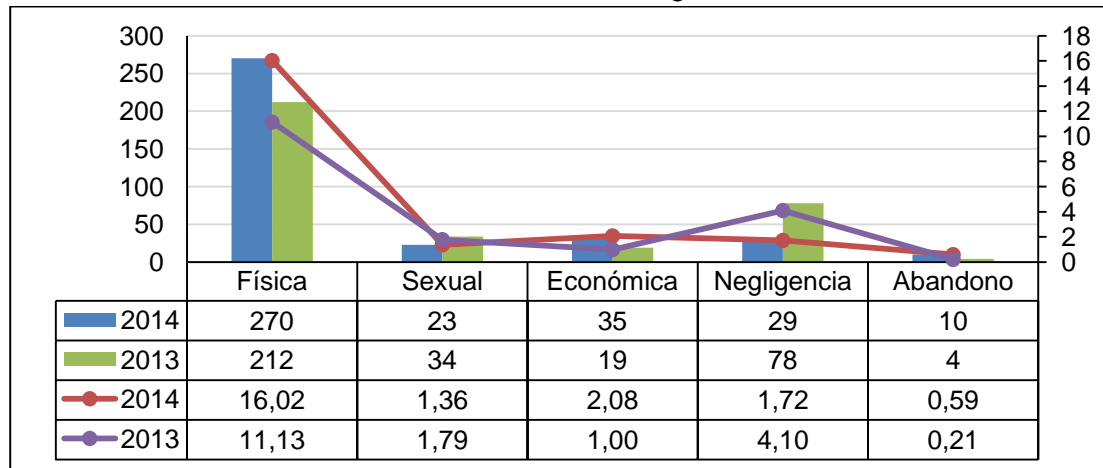
Fuente: Base oficial Sistema de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y la Violencia Sexual 2014, Localidad Engativá

Del total de casos notificados donde la víctima fue una mujer (n=1685), el 28,01% residían en la UPZ Engativá, seguido por Minuto de Dios y Boyacá Real con el 18,46% y 14,36%, reuniendo en estas tres UPZ el 63,44% de la notificación de la localidad. El 26, 88% de las mujeres notificadas vivían con la pareja, siendo ésta y la madre los principales agresores en los casos que tuvieron seguimiento por parte del equipo SIVIM (55).

El comportamiento de la notificación de agresión hacia la mujer por parte de la pareja muestra mayor presencia de agresiones físicas, con un incremento de 2013 a 2014 de 1,3; similar comportamiento

muestran las violencias económica y el abandono, mientras que la violencia sexual y la negligencia presentan una reducción de 11 y 49 casos respectivamente. Es importante aclarar que toda notificación que ingresa al subsistema incluye la violencia emocional, por lo cual no es incluida en el análisis. (ver Figura 8)

Figura 8. Porcentaje y casos notificados hacia la mujer donde el agresor es la pareja según tipo de violencia 2013–2014. Localidad Engativá



Fuente: Base oficial Sistema de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y la Violencia Sexual 2013-2014, Localidad Engativá

Los principales generadores de esa problemática se encuentran a nivel social y económico, donde los tipos de relaciones que establecen las mujeres, las creencias culturales marcadas por el machismo y el feminismo, los bajos ingresos, la inequidad salarial y la falta de oportunidades educativas y laborales para las mujeres en la localidad hacen que esta población se encuentre en un mayor grado de vulnerabilidad, reforzada por las pautas de comunicación al interior de los hogares, la ausencia de valores y la normalización de la situación que aportan a la desintegración familiar (48).

Estas situaciones de pobreza y fragilidad se relacionan con condiciones de hacinamiento en los hogares e inseguridad en el espacio público, donde las mujeres son víctimas de atraco por la falta de iluminación, además de “manoseo” en vías y medios de transporte, ya que tradicionalmente la localidad y la ciudad se han caracterizado por una idiosincrasia tendiente al menosprecio y la utilización del cuerpo de la mujer como herramienta para vender o sin el suficiente valor para ser respetado (48).

A nivel nacional existen mecanismos para la garantía y exigibilidad de los derechos de las mujeres, entre los que se encuentran la ley 1257 de 2008 por la cual se establecen normas para la sensibilización, prevención y sanción de la violencia contra la mujer, además de dictar “ acciones de sensibilización, investigación, movilización social, educación y comunicaciones dirigidas a deconstruir diversas formas de discriminación (violencia cultural) que estén arraigadas a la cultura colombiana” (54). Junto con dicha Ley, se cuenta con el Consejo Nacional de Política Económica y Social - CONPES Social 161 de 2013 “Equidad de Género para la Mujeres”, normatividad que define

acciones para garantizar el goce de los derechos por parte de las mujeres y de prevención y erradicación de las situaciones que generan las inequidades entre los sexos.

En el orden distrital la respuesta institucional esta determinada por el Plan de Igualdad de Oportunidades para la Equidad de Género en el Distrito Capital formulada en 2005, en la cual se definen acciones afirmativas en 6 derechos que buscan el “reconocimiento, garantía y restitución de los derechos humanos de las mujeres... para alcanzar la igualdad de oportunidades y la equidad de género” (56), a la cual se suma la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género en el Distrito Capital, adoptada por el decreto 166 de 2010, brindando herramientas a las mujeres para el reconocimiento de sus derechos y lograr el pleno goce de los mismos y aportando a la superación de los conflictos.

Sin embargo, el desconocimiento de las normas y la falta de articulación de las acciones interinstitucionales vienen a incrementar las condiciones de vulnerabilidad y fragilidad en que se encuentran las mujeres de la localidad, a lo cual se suma el papel que los medios de comunicación juegan en el mantenimiento de estereotipos que deterioran la imagen y el papel de la mujer en la sociedad (48).

Entre las consecuencias de esta problemática se encuentran los Femicidios, o asesinatos de mujeres originados en el control y propiedad sobre su cuerpo y vida, como consecuencia de las prácticas y concepciones que atribuyen históricamente al cuerpo de la mujer una condición de inferioridad (57). Así mismo, se cuenta el desaprovechamiento del espacio público por temor a diferentes tipos de violencias, el deterioro de las relaciones al interior de las familias, el incremento de conductas suicidas en el sexo femenino, el mantenimiento de condiciones de pobreza y sometimiento por la falta de habilidades para el desarrollo de una labor que les permita contar con los recursos necesarios para suplir sus necesidades básicas (48).

Teniendo en cuenta la trascendencia que ha tomado la problemática a nivel local, distrital, y nacional, la implementación de la normatividad ha generado la creación de respuestas como la “Línea Purpura” y el fortalecimiento de la Casa de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres con orientación legal, psicológica y en desarrollo de capacidades. Junto a esto, desde Salud Pública del Hospital Engativá II Nivel ESE, las acciones se han encaminado al seguimiento de los casos notificados mediante la visita en el hogar desde el SIVIM, a demás del desarrollo de intervenciones psicosociales y actividades en educación, sensibilización y prevención desde el Programa Territorios Saludables, que se convierten en algunas de las respuestas que aportan en la liberación de los diferentes factores que afectan la problemática.

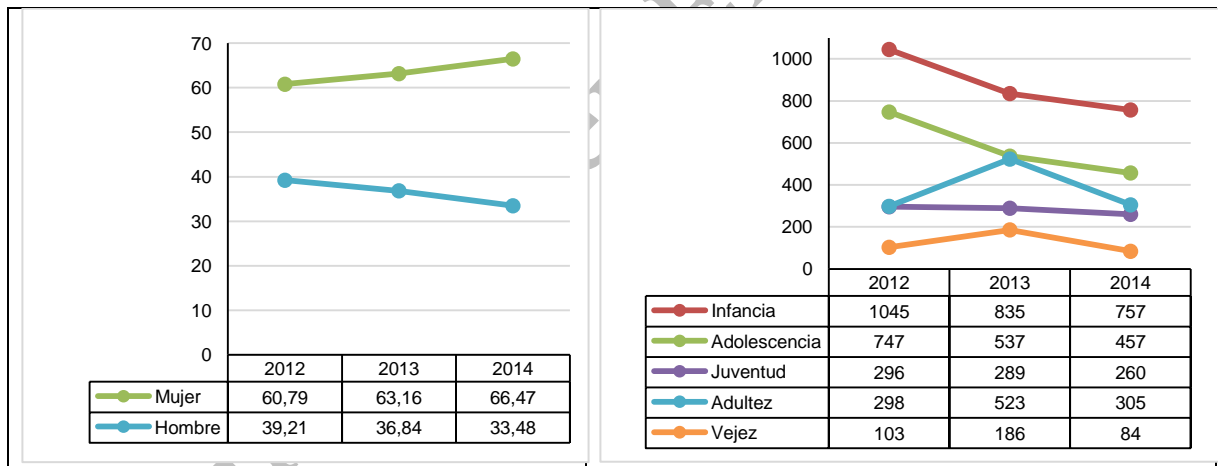
Violencia Intrafamiliar

La violencia intrafamiliar es una problemática que se viene presentando en la localidad principalmente generada por las condiciones individuales, familiares, sociales, legales y culturales, posiblemente

originadas en el inadecuado funcionamiento de las redes de apoyo, la falta de habilidades para la vida, especialmente en comunicación asertiva y resolución de conflictos y la naturalización de la violencia como forma de relación, que se asocia a patrones culturales atravesados por la tradición oral. Así mismo, el desconocimiento del marco legal en torno al tema de las violencias y los problemas económicos, se convierten en factores deteriorantes de las relaciones al interior de las familias y generadores de todo tipo de violencias (48).

De acuerdo con la notificación al subsistema SIVIM, durante el periodo 2012 – 2014 se recibieron un total de 8338 casos, de los cuales el 80,63% tuvieron seguimiento. En los tres años el porcentaje de casos con seguimiento fue superior en el sexo femenino, y en las etapas infancia y adolescencia, mostrando la mayor vulnerabilidad de estas poblaciones (Ver Figura 9). Sin embargo, es de resaltar que la notificación que ingresa al subsistema no representa la totalidad de las violencias que se presentan en la localidad, dado que la habituación a las interacciones agresivas entre los miembros de las familias, hace que no se realicen los reportes a las instituciones que realizan el seguimiento a los casos para la garantía y restitución de los derechos de las víctimas.

Figura 9. Porcentaje de casos con seguimiento notificados al SIVIM, según sexo etapa de ciclo vital y año de ocurrencia



Fuente: Base oficial Sistema de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y la Violencia Sexual 2012 - 2014, Localidad Engativá

En total durante el 2014 se registraron 2.498 notificaciones de las cuales el 28,1% fueron en la UPZ Engativá, seguida por la UPZ Minuto de Dios, en la cual se concentró el 20% de la notificación; en estas UPZ, junto con Boyacá Real, se agrupa el 64,6% de la notificación. Las UPZ con menor notificación son Jardín Botánico y Álamos (0,2% y 0,7% respectivamente) (55), posiblemente relacionado con el uso del suelo que para éstas esta orientado a la dotación y la industria.

La presencia de violencia intrafamiliar en la localidad puede tener su origen en los diferentes tipos de conformación familiar, donde priman los núcleos monoparentales o menores a cargo de cuidadores diferentes a los padres; dentro de estos núcleos se presenta comunicación poco asertiva y pautas de

interacción marcadas por la naturalización de las violencias, relacionado con los modelos presentados por los medios de comunicación.

Estos factores se ven incrementados por las largas jornadas laborales que deben desarrollar los padres o adultos para suplir las necesidades básicas de las familias, quienes no cuentan con el tiempo y la instrucción indispensables para apoyar el desarrollo de las niñas y niños; por el contrario, el deterioro de la salud mental generado por el estrés laboral y económico al que se ven expuestos los jóvenes y adultos, se convierte en un factor de riesgo adicional para la violencia al interior de las familias.

Es así como las condiciones económicas se ven reflejadas en los entornos habitacionales, llevando al hacinamiento de las familias, y en el ingreso a la informalidad, haciendo que las niñas y niños ingresen de forma temprana al sector laboral o se conviertan en acompañantes al trabajo, situaciones que pueden llevar al deterioro de sus condiciones de salud y calidad de vida.

Por otra parte, el déficit en habilidades sociales, entre las que se incluyen la expresión adecuada de emociones y sentimientos, la adopción de posturas a pesar de la presión de pares y la comunicación asertiva, se suman a la normalización de las prácticas de interacción agresivas y a las redes familiares deterioradas, llevando a que adolescentes y jóvenes asuman conductas de riesgo como el consumo de sustancias psicoactivas, convirtiéndose así mismo en un reforzador de la violencia al interior de las familias, y llegando, en casos extremos a la muerte de las víctimas.

Como parte de la respuesta que se viene dando desde las instituciones, el sector salud ha dado prioridad a esta problemática, logrando el desarrollo de sesiones de asesoría en hogares y la implementación de procesos de sensibilización en diferentes ámbitos de vida cotidiana, con el fin de prevenir los diferentes tipos de violencia. Así mismo, desde sectores como integración social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, se llevan a cabo acciones de prevención, restitución y garantía de los derechos de las víctimas, principalmente niñas, niños y mujeres, dado que son las poblaciones más vulnerables.

Pese a la respuesta descrita, los casos de violencia superan la oferta institucional en salud mental y en servicios judiciales, acarreando complicación en las situaciones descritas, como discriminaciones, disminución en el rendimiento escolar y laboral y conductas suicidas.

Conducta Suicida

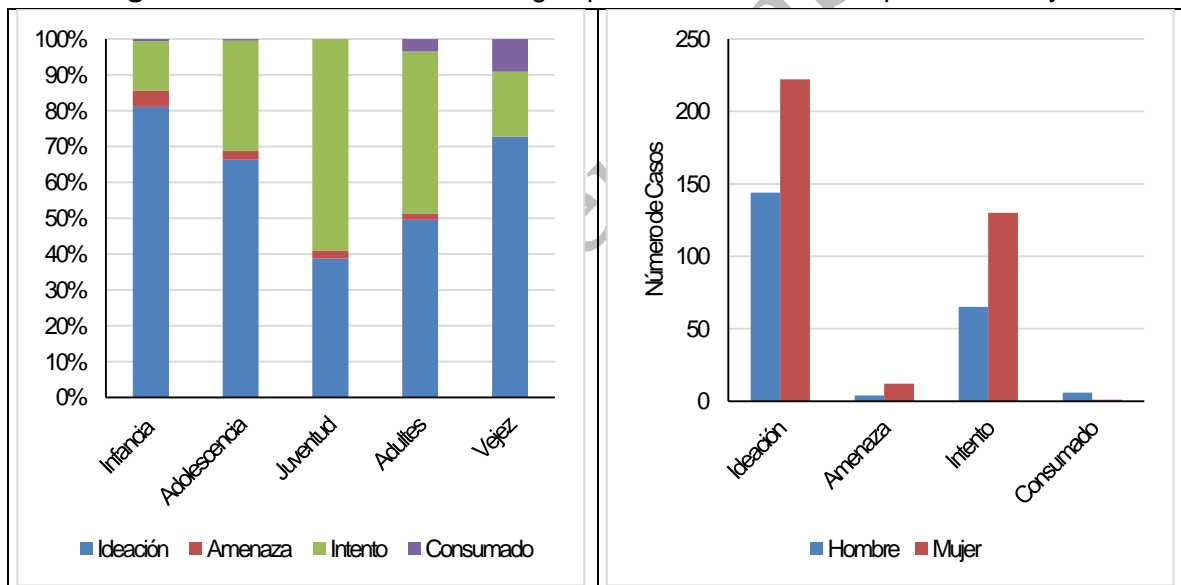
El suicidio consumado en Engativá presentó un incremento del 83% entre 2013 y 2014 de acuerdo con los datos oficiales preliminares de medicina legal (58); sin embargo la conducta suicida, se considera un continuo que incluye cuatro tipos de comportamiento, según el Sistema de Vigilancia de la Conducta Suicida - SISVECOS: Ideación, Amenaza, Intento suicida y suicidio consumado. Su

afectación es en general a toda la localidad, sin embargo tiene mayor presencia en las UPZ Las Ferias y Boyacá Real.

De acuerdo con la notificación al SISVECOS, durante 2014 el 63,36% de las conductas suicidas se presentaron entre las etapas de infancia y adolescencia (26,20% y 37,16% respectivamente), con mayor incidencia entre las mujeres con el 62,50% (Ver Figura 10). De acuerdo a la conformación familiar de los casos que tuvieron seguimiento, el 30,99% pertenecían a una familia mononuclear, seguido por las familias nuclear y extensa con el 25,68% y 24,49% respectivamente.

En cuanto a la percepción del funcionamiento familiar, medido a través del puntaje de APGAR (59), se evidencia mayor porcentaje de casos con disfunción moderada (34,08%) a severa (32,19%), niveles en los que se encuentran la totalidad de los casos de suicidio consumado notificados (7 casos), similar a lo reportado por la literatura, en la que se evidencian las condiciones descritas como factores de riesgo para la presencia del evento (59, 61- 65)

Figura 10. Notificación al SISVECOS según tipo de Conducta Suicida, etapa del ciclo vital y sexo



Fuente: Base oficial Sistema de Vigilancia de la Conducta Suicida 2014, Localidad Engativá.

La problemática descrita se genera por factores particulares, sociales y culturales que afectan al individuo de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra. Para la infancia y la adolescencia, la existencia de pautas de crianza inadecuadas, los tipos de comunicación utilizados al interior de las familias, los cambios en la conformación familiar, las dificultades académicas y situaciones como la violencia escolar entre pares (Bullyng), entre otros se convierten en factores que pueden relacionarse con las diferentes conductas suicidas (60, 61 - 65)

Durante la juventud, la adultez y la vejez, y en algunos casos desde la adolescencia, la adopción del rol de cuidadores, la vinculación al sector laboral, las extensas jornadas de trabajo, las dificultades

económicas y el hacinamiento, se suman al déficit en habilidades sociales generado desde la infancia, y a la presencia de enfermedades de mal pronóstico como consecuencia de los hábitos de vida poco saludables, convirtiéndose en preocupaciones cotidianas que llevan a los habitantes de la localidad a desarrollar los diferentes tipos de conducta suicida (63, 66 - 68).

Otro factor que juega un papel importante, principalmente en las primeras etapas del desarrollo, son las tendencias y prácticas culturales influenciadas y masificadas por los medios de comunicación, que junto con la falta de orientación desde los hogares, las relaciones interpersonales marcadas por la violencia y la baja tolerancia a la frustración, pueden ser el origen de la creación de nuevas subculturas que promueven la adopción de conductas autolesivas como el “cuting”, y abren la puerta para el desarrollo de comportamientos que alteren la salud y la vida del individuo.

Por otra parte, la transición demográfica en que se encuentra la ciudad y la localidad llevan al envejecimiento de la población, incrementando la carga de enfermedades crónicas y el consecuente deterioro en la salud mental; estas problemáticas son poco reconocidas e invisibilizadas por los entes gubernamentales, en tanto que no se cuentan con políticas de estado para atender la creciente demanda de acciones de promoción, prevención y atención de afectaciones sobre la salud mental de los individuos.

Entre las consecuencias de este evento se encuentran la imitación de conductas suicidas por miembros de las familias o de los entornos sociales, agravando la problemática en la localidad, al tiempo que se generan mayores demandas a los servicios asistenciales, dado que se pueden presentar condiciones de discapacidad derivadas de los suicidios fallidos; Entre otros, la presencia de una conducta suicida en cualquier etapa de la vida puede generar la disminución en el rendimiento escolar o laboral, así como alteración y dificultades económicas en el círculo familiar más próximo.

Para la atención de estas situaciones, en la localidad y el distrito se cuenta con política en salud mental y sistemas de vigilancia de la conducta suicida y de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, como mecanismos para orientar y apoyar a las familias que requieren de acompañamiento en la atención y superación de las problemáticas en salud mental que les aquejan, sin embargo esta respuesta es insuficiente, dada la baja prioridad en las agendas públicas, la insuficiencia de recursos y la estigmatización de las alteraciones de la salud mental, llevando al ocultamiento por miedo a la discriminación y la intervención cuando las conductas autolesivas han llegado a consecuencias mayores.

Dimensión Derechos Sexuales y Sexualidad

La salud sexual y reproductiva esta marcada por diferentes indicadores relacionado con la transmisión de infecciones por vía sexual y el embarazo en adolescentes, sin embargo para el análisis de la tensión se tuvieron en cuenta situaciones como la mortalidad materna y las tasas de fecundidad

que también la determinan y se incluyen en los componentes de promoción de derechos sexuales y reproductivos y equidad de género y prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva.

Salud Sexual y Reproductiva

La distribución de la población local muestra el proceso de transición demográfica, donde el número de nacimientos se reduce y por tanto la población infantil es menor, mientras que los jóvenes y los adultos tienden a ser una proporción cada vez más significativa. Este comportamiento se relaciona con el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas, donde durante la juventud prioriza la educación o el trabajo, posponiendo o descartando la etapa reproductiva. Pese a lo anterior, los contrastes en la distribución poblacional entre las UPZ muestran que el proceso de transición demográfica no se puede generalizar en la localidad. Es así como en la UPZ Engativá la pirámide es de tipo expansiva donde la población infantil y adolescente es predominante (17).

Estas diferencias entre las UPZ, pueden ser determinadas por las condiciones de vulnerabilidad que se enmarcan en bajos ingresos económicos, poca oferta institucional en salud como también dificultades en el acceso a la educación o al trabajo. Teniendo en cuenta lo anterior, aspectos de salud sexual y reproductiva como el embarazo adolescente, el contagio de enfermedades de transmisión sexual o la presentación de muertes evitables en gestantes y neonatos pueden ser explicados a partir de estos contextos sociales.

Inicialmente, frente al embarazo adolescente presenta una relación inversa entre el nivel de escolaridad y la presencia del mismo, a esto se suma la escolaridad de los padres, las condiciones sociales y antecedentes familiares (68). Estos determinantes proximales se convierten en paradigmas para los adolescentes quienes ven natural el embarazo a edad temprana y en algunas ocasiones se toma como opción para salir de hogares disfuncionales en los que usualmente hay violencia. Es así como en la UPZ Engativá o barrios como Luis Carlos Galán de la UPZ Minuto de Dios, que fueron constituidos de manera desorganizada y donde se concentra gran parte de población vulnerable local, el número de nacimientos en menores de 20 años es mayor comparado con UPZ como Santa Cecilia y Bolivia, donde la participación de la población adulta y mayor es predominante y condiciones socioeconómicas son más favorables.

Ahora bien, teniendo en cuenta el comportamiento de la sífilis congénita en la localidad y los casos de mortalidad materna presentados, el reconocimiento de signos de alarma y el acceso a los servicios de salud se convierten en un determinante importante para su prevención, a partir de acciones como la adherencia a los controles prenatales y de crecimiento y desarrollo. Pese a lo anterior, las barreras de acceso a los servicios de salud generados por extensos procesos administrativos y la centralización de los mismos afectan la vinculación de las gestantes a los programas disponibles y que se acentúan en los territorios más alejados de la localidad o de mayor vulnerabilidad. Es así como, las situaciones sociales y económicas de las UPZ donde el embarazo adolescente se

manifiesta en mayor medida, coinciden con la ocurrencia de estos eventos de salud sexual y reproductiva.

Ante esta situación, desde el programa territorios saludables se encuentra la implementación de acciones tendientes a la captación y seguimiento temprano de gestantes, mediante la canalización de las mismas a los servicios asistenciales y viceversa, donde además son capacitadas en derechos sexuales y reproductivos. Esta actividad es complementada con la estrategia de servicios amigables y una atención humanizada en las consultas.

No obstante, estas actividades se ven obstruidas ante la migración constante de las gestantes que dificulta su seguimiento, como también el miedo del reconocimiento familiar y social de su condición especialmente en las madres adolescentes. De igual forma, existe una brecha en las acciones promocionales y preventivas ya que son prioritarias para el régimen subsidiado y no asegurado, mientras que en la localidad el 83,9% de la población están afiliadas al régimen contributivo (19), por lo anterior, pese a lograr la captación de las gestantes, en baja la efectividad de las canalizaciones a los servicios asistenciales del régimen contributivo.

Como consecuencia del incremento de esta tensión en la localidad, desde los aspectos poblacionales inicialmente se puede incrementar el riesgo de muertes evitables (materna, perinatal e infantil), como también de enfermedades de transmisión sexual y eventos de interés atribuibles a la mortalidad del neonato como la prematuridad y el bajo peso al nacer en las UPZ donde la vulnerabilidad es mayor (Engativá, Boyacá Real, las Ferias). A su vez las implicaciones sociales pueden relacionarse con una mayor carga al sistema de salud, debido al tratamiento y atención de alteraciones prevenibles en las gestantes desde antes de la concepción.

Respecto a los embarazos adolescentes, las repercusiones a nivel social y económico pueden ser las más importantes, teniendo en cuenta las implicaciones en el proyecto de vida, donde lograr un nivel educativo superior puede representar una mayor dificultad en situaciones socioeconómicas adversas, lo que a su vez se relaciona con el desarrollo de capacidades para el acceso de mejores oportunidades laborales. En esta medida, si no se logra cambiar las condiciones de vulnerabilidad iniciales, el riesgo del embarazo adolescente en la siguiente generación se incrementa, por lo que el evento puede ser considerado como un perpetuador de la pobreza.

Dimensión Salud y Ámbito Laboral

El componente de Seguridad y Salud en el trabajo de esta dimensión se tuvo en cuenta para la evaluación de la afectación de la salud y la calidad de vida de las y los habitantes de Engativá, relacionado con las prácticas de contratación, la afiliación al sistema de riesgos laborales, así como las consecuencias de la ocurrencia y falta de seguimiento de los accidentes en los espacios de trabajo y las enfermedades generadas por la actividad laboral.

Accidentes y Enfermedades Laborales

Las condiciones de salud y calidad de vida de una población están determinadas por factores sociales, ambientales y económicos, que interactúan entre sí y definen el acceso a bienes y servicios. Entre los factores económicos se encuentra el desarrollo de una actividad laboral que le permita al individuo y su familia contar con los recursos esenciales para suplir las necesidades básicas; sin embargo, las condiciones económicas de las familias de la localidad, sumado a las políticas nacionales de contratación han llevado a la vinculación de la población en edad de trabajar a labores que deterioran su salud, dados los riesgos ocupacionales a que se encuentran expuestos.

En este sentido, dentro de la dimensión Salud y Ámbito Laboral se identificaron como problemáticas los accidentes y enfermedades laborales, relacionadas con los ambientes y las formas de contratación que no garantizan en todas las situaciones una seguridad económica. Los accidentes laborales se entienden como lesiones “por causa o con ocasión del trabajo”(69) que pueden afectar el cotidiano de la persona, ya sea por deterioro físico o mental, llegando a causar invalidez o muerte, mientras que una enfermedad laboral se refiere al deterioro de las condiciones de salud, como consecuencia “de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar”(69).

Estas situaciones están relacionadas con el desconocimiento de la normatividad vigente por parte de trabajadores y empleadores, principalmente en el uso de implementos para la protección individual, a lo cual se suman los imaginarios y creencias frente a la baja percepción de riesgo, dados los años de experiencia propia y de otros que han desarrollado la misma actividad; así mismo, se presentan condiciones de riesgo naturales como el clima, higiénico-sanitarios del lugar de trabajo y físicas como falta de iluminación y ventilación o exposición a ruido, entre otros.

Los determinantes estructurantes de estas situaciones pueden estar relacionados con el modelo económico, que determina las condiciones de empleo y trabajo para los habitantes de la localidad, a lo cual se suma la falta de control y vigilancia por los entes reguladores, convirtiéndose en factores centrales de la oferta y demanda del empleo, llevando a que la población joven y adulta acceda a ocupaciones que van en contra de la garantía de la seguridad económica, social y el derecho a la salud.

Estas situaciones se reflejan en las condiciones de salud de los diferentes grupos poblacionales de manera diferencial; en el caso de la infancia, las niñas y niños se ven abocados a convertirse en acompañantes al trabajo de sus padres o cuidadores, incrementándose el riesgo de vinculación al trabajo desde etapas tempranas. Las acciones que se desarrollan desde el ámbito laboral del Programa Territorios Saludables, tendientes a la erradicación del trabajo infantil y promoción del trabajo protegido en adolescentes, han mostrado la vulneración de los derechos de estas población, así como la presencia de enfermedades osteomusculares, que pueden generar complicaciones en salud y la posible presencia de enfermedades crónicas prematuras.

En posteriores etapas se han identificado incapacidades relacionadas con accidentes laborales, enfermedades crónicas derivadas de la actividad laboral, con la consiguiente afectación en la salud mental, el desarrollo de las actividades funcionales, profesionales y recreativas cotidianas, la disminución del ingreso económico y el deterioro de las redes sociales principalmente en el núcleo primario de apoyo.

Es de aclarar que la problemática descrita tiene una afectación diferente en el sector formal e informal; a pesar de que en ambos afectan determinantes como el desconocimiento de la norma y el rechazo a la utilización de los implementos de protección, el sector informal se ve afectado también por la falta de aseguramiento a riesgos profesionales, convirtiéndose en un factor de riesgo adicional para esta población.

Desde la informalidad como factor que influye en la problemática se puede hacer identificar mayor afectación en barrios como Engativá, Villas de Granada, Quirigua, Las Ferias y corredores viales principales, entre los que se encuentran la Calle 72 y la Avenida Rojas o Carrera 70, zonas en las se suman condiciones ambientales y sociales que deterioran aun más las condiciones de salud y calidad de vida, llevando a sus habitantes a hacer una mayor demanda a los servicios sociales y en especial a los servicios de salud.

Dimensión Salud Ambiental

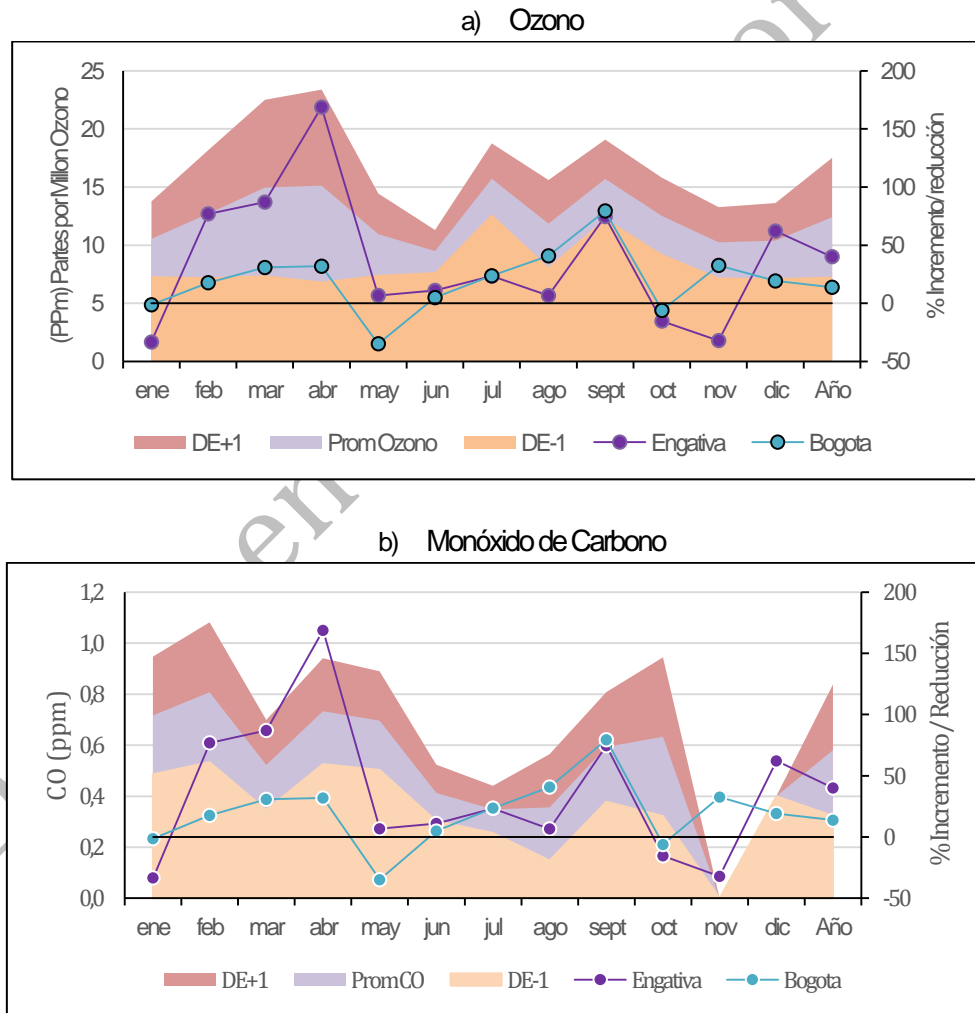
En el marco de la Dimensión Salud Ambiental, se abordaran dos tensiones relevantes a nivel local debido al impacto en la población de los conflictos socio ambientales generados a partir de procesos de urbanización desorganizados y al ausencia de cultura ciudadana como de conciencia ambiental, repercutiendo así en la salud y bienestar de la población. De esta forma, a continuación se hará el análisis de las enfermedades respiratorias y la presencia de vectores plaga en la localidad.

Enfermedades Respiratorias relacionadas con las condiciones ambientales

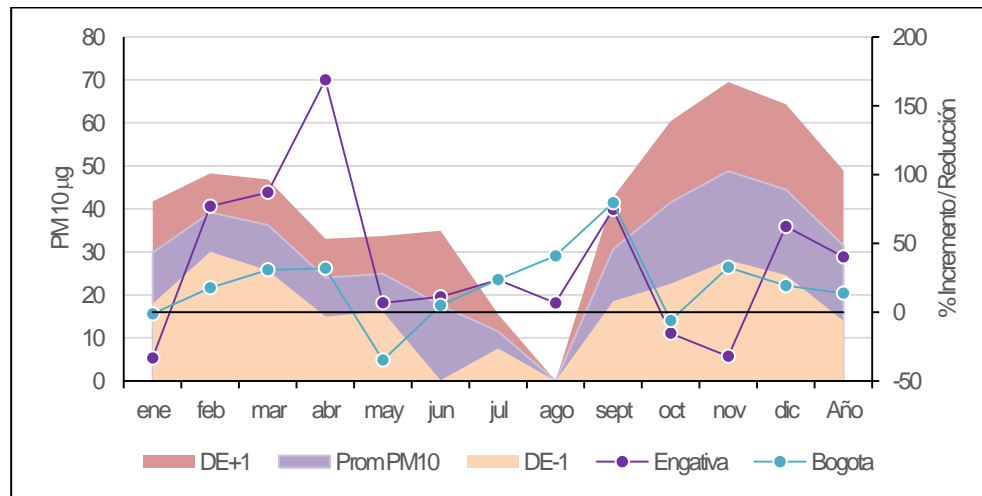
Durante el 2014, 3.052 personas de la localidad consultaron por infecciones respiratorias representando el 54,8% de los casos observados en el grupo de las condiciones transmisibles y nutricionales; por etapa de ciclo vital, en la infancia se concentró el 68,9% (2.104 enfermos), contrastando con la adolescencia donde apenas se encontraron 85 personas enfermas por esta causa (ver **Tabla 18** y **Tabla 19**). Por sexo, aunque en la etapa infancia y adolescencia la enfermedad fue entre un 10% y 20% mayor en hombres, para las demás etapas de ciclo la presentación de casos en mujeres fue en promedio un 80% mayor. De igual forma, entre las 10 primeras causas consulta externa, hospitalización y urgencias, las asociadas a enfermedades respiratorias (rinofaringitis y bronquiolitis aguda) estuvieron entre el 4 y 7 lugar con mayor número de casos (41).

La relevancia de las enfermedades respiratorias en los menores de 5 años de la localidad, también se ha percibido en los ingresos de los niños en las salas de Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA), encontrando que para el 2014 hubo un incremento del 40,1% respecto al total de ingresos en el 2013, lo que contrasta con lo encontrado a nivel Distrital donde este incremento fue apenas del 13,8% (70). En este sentido, si a la tendencia comparativa de ingresos a salas ERA se suma las mediciones de calidad de aire de la estación de monitoreo de Ferias (para Monóxido de Carbono, Ozono y Material Particulado 10), se encuentran una relación directamente proporcional entre el porcentaje de incremento de casos de la localidad y el promedio de concentración de contaminantes en el ambiente durante el año (ver **Figura 11**).

Figura 11 Emisiones contaminantes (Ozono, PM10 y CO) y cociente de ingresos entre el 2013 y 2014 a salas ERA. Bogotá – Engativá.



c) Material Particulado



*DE+1: más 1 Desviación Estándar; DE-1: menos 1 Desviación estándar

Fuente. Observatorio Salud Ambiental. Línea Calidad de Aire. Red de Monitoreo de Calidad de Aire 2013- 2014

Ahora bien, como parte del contexto local que se relaciona con la presentación de la situación es salud, inicialmente se debe tener en cuenta la conformación histórica de la localidad donde uno de los problemas estructurales se fundamenta en la falta de planeación frente al uso del suelo y la definición de la áreas para la construcción. Es así como, existen deficiencias desde el orden normativo que permitan un ordenamiento territorial que supla las necesidades productivas de la localidad y la ciudad sin vulnerar el bienestar de las zonas residenciales de los habitantes.

Debido a lo anterior, las fuentes fijas de emisiones de la localidad se concentran en zonas de uso del suelo mixtas (uso industrial y residencial) como se observa en las UPZ Boyacá Real, Ferias, Engativá y Álamos, constituyendo así una de las exposiciones más importantes ante materiales contaminantes del aire producto del uso de combustibles fósiles. De igual forma, por la localidad cruzan 6 vías arteriales de Bogotá (Calle 63, Calle 80, Calle 68, Avenida Cali, Avenida Boyacá y Carrera 68), donde una de estas permite la comunicación con municipios de la sabana y la entrada y salida de la ciudad. Esta composición vial, se refleja en la actualidad en congestiones vehiculares tanto en vías principales como intermedias que se agudizan debido al estado de la malla vial y al incremento de parque automotor de la ciudad, traduciéndose en una mayor generación de emisiones por fuentes móviles e incrementando la exposición de la población a contaminantes aéreos.

En forma complementaria, otra de las situaciones que puede reforzar o incrementar el riesgo de presentar enfermedades respiratorias es el cambio climático, donde se presentan temporadas de

lluvias prolongadas que coinciden con bajas temperaturas, para luego en la temporada seca encontrar fríos intensos en las mañanas con temperaturas elevadas hacia el medio día que a su vez favorecen la generación de materiales en suspensión.

De otro lado, un elemento adicional a tener en cuenta y que se presenta con frecuencia en la localidad, es el bajo peso al nacer que para el 2014 tuvo 1201 casos y una prevalencia del 12,01% (40); esta condición junto con la prematurez constituyen uno de los principales factores de riesgo de mortalidad por neumonía o Infección Respiratoria Aguda (IRA) en los menores de 5 años, que se acrecienta por la exposición a contaminantes ambientales.

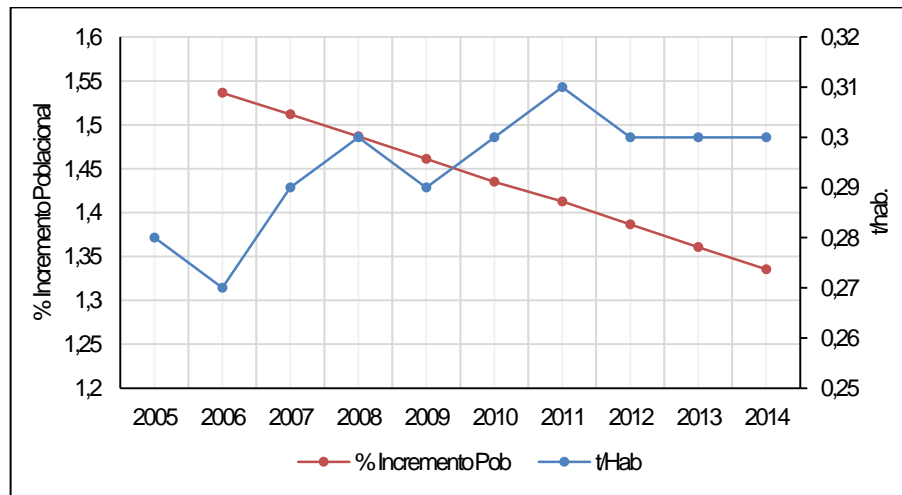
Frente a la problemática descrita, se identifican algunas acciones sectoriales de control y prevención; inicialmente desde la secretaria Distrital de Salud mediante el programa territorios saludables se generan acciones territoriales que fomenten la promoción de hábitos saludables y prevengan el contagio o presentación de enfermedades, sin embargo, estas acciones se ven limitadas por su cobertura y la falta de apropiación de las conductas saludables y preventivas ante un sistema de salud que prioriza los aspectos resolutivos o asistenciales. De otro lado, desde la secretaria de Ambiente, se realizan operativos de control de emisiones de fuentes fijas y vehiculares, sin embargo, no se percibe rigurosidad en la aplicación de las normas existentes o estas son flexibles frente a las emisiones generadas diariamente.

Finalmente, las enfermedades respiratorias pueden tener una mayor afectación en la población infantil y mayor de 60 años pese a que en estos últimos no fue tan representativo; este evento en salud reviste importancia para la etapa de ciclo infancia debido al incremento del riesgo de constituir una mortalidad en el peor de los casos, como también reflejarse en una mayor presentación y transmisión de patologías respiratorias que generan una mayor carga al sistema de salud y a nivel individual, debido a la frecuencia de los ausentismos pueden afectar el rendimiento escolar.

Presencia de Vectores plaga por inadecuada disposición de residuos solidos

De acuerdo a los datos del observatorio Distrital de Ambiente (71), en el relleno sanitario doña Juana entre el 2005 y el 2014 se dispusieron en promedio 294 kilogramos de residuos por Bogotano al año con un incremento del 7,1% entre los dos años; Basados en lo anterior, de la localidad de Engativá durante el 2014 se dispusieron en promedio 260.016 toneladas de residuos al relleno sanitario. Ahora bien, si se tiene en cuenta la dinámica demográfica donde el incremento poblacional se reduce en forma progresiva cada año, mientras que la generación de residuos se incrementa o se mantiene constante, puede pensarse que este comportamiento obedece a una mayor generación como también a un incremento poblacional mayor a lo proyectado para la localidad y el Distrito (ver **Figura 12**).

Figura 12. Disposición de residuos en el relleno Sanitario de doña Juana



Fuente: Observatorio Ambiental de Bogotá. 2014; DANE SDP. Proyecciones poblacionales 2005-2015.

Partiendo de lo anterior, en la localidad de Engativá existen factores adicionales que complementan la problemática de la presencia de vectores plaga a partir de los conflictos socio ambientales presentes en el territorio. Inicialmente, dentro de la composición física local se cuenta con 381,6 hectáreas de humedales que representan el 52,6% de la totalidad del Distrito (72) y que puede representar una gran potencialidad ambiental, sin embargo, el ecosistema se ha visto alterado debido a la expansión de la ciudad y a los asentamientos de personas con condiciones socioeconómicas desfavorables en las rondas de los humedales.

En este sentido, los procesos de urbanización de barrios aledaños al humedal Jaboque (UPZ Engativá y Garcés Navas) y Juan Amarillo (UPZ) Minuto de Dios se realizaron de manera informal, donde los rellenos anti técnicos de las áreas de estos ecosistemas se realizaron sin un control apropiado, por lo que el riesgo de inundación en estos sectores es alto y la disposición de aguas residuales en los cuerpos de agua, generan una mayor concentración materiales contaminantes que conllevan a un incremento de la sedimentación y la consecuente pérdida de la estructura y funcionalidad del los humedales.

De igual forma, otro elemento que determina la presencia de vectores en la localidad, se relaciona con la capacidad de los operadores para la recolección de escombros, como también la poca conciencia ambiental de los pobladores frente al consumo responsable, separación en la fuente, el reciclaje y la reutilización de los articulo aprovechables. Es así como, los humedales y canales de agua (canal los Ángeles, Boyacá) se utilizan con frecuencia como lugar de disposición de residuos, creando así la condiciones propicias para la proliferación de zancudos y roedores. Ahora bien, la problemática se acentúa debido a la brechas interinstitucionales encontradas en el mantenimiento de

los humedales, donde la responsabilidad de su cuidado se divide en áreas específicas por institución, que no contemplan la totalidad del ecosistemas y generan espacios sin intervención.

La problemática se refuerza por actividades informales de reciclaje en la ronda de los humedales Juan Amarillo y Jaboque como se observa en los barrios Luis Carlos Galán de la UPZ Minuto de Dios y Unir de la UPZ Garcés Navas respectivamente. A lo anterior, se suma la ausencia de lugares de disposición y aprovechamiento de residuos especiales como también el poco conocimiento comunitario para el acceso a los servicios complementarios de recolección de escombros. Ahora bien, como respuesta a la problemática, se encontró la implementación del programa “Basura Cero” el cual busca que la ciudadanía bogotana reduzca la producción de residuos a partir de un consumo responsable, separación en la fuente en bolsas negras y blancas (para residuos orgánicos, no aprovechables y los aprovechables respectivamente) y el aprovechamiento de los mismos, que es complementado con las acciones del programa territorio saludables. Adicionalmente, se encuentra la implementación de los comparendos ambientales por disposición inadecuada o en horarios no permitidos, sin embargo, todas estas acciones se ven limitadas por la cobertura y por falta de apropiación de la comunidad frente al cuidado del entorno.

Como consecuencia, el incremento de esta tensión puede repercutir en la población en un mayor riesgo de contagio de enfermedades transmitidas por vectores, como también un incremento de la exposición a olores ofensivos. Respecto al entorno, se evidencia el deterioro de los lugares destinados a la recreación, un mayor uso de productos para el control vectorial en el ambiente y también la pérdida de los componentes ambientales de la localidad. Esta situación a su vez influye en la valorización de las viviendas que puede ser depreciadas como consecuencia del deterioro ambiental.

Dimensión Vida Saludable libre de Enfermedades Transmisibles, Derechos Sexuales y Sexualidad

Respecto a las enfermedades transmisibles, el abordaje de la tensión se realizará a la luz de la ocurrencia del evento en la localidad, las implicaciones sociales y económicas identificadas, para luego frente a la respuesta o liberadores existentes se evidencien las repercusiones en a nivel poblacional.

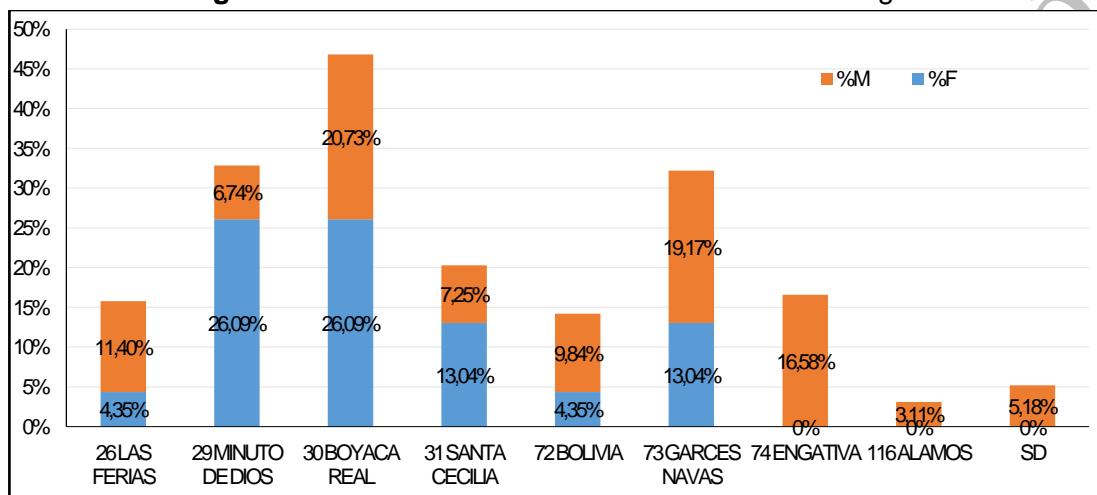
Mortalidad por Tuberculosis y coinfección con VIH

De acuerdo a los datos registrados en el SIVIGILA entre el 2012 y 2014, la prevalencia promedio de mortalidad por VIH es de 5,2 %, mostrando una tendencia decreciente del 30%. Durante el 2014, 216 personas de la localidad fueron notificadas al SIVIGILA por presentar coinfección de tuberculosis y VIH (73). De acuerdo a la distribución por UPZ, se evidencia que en Boyacá Real y Garcés Navas se concentró la notificación en un 21,3% y 18,5% respectivamente, mientras que en las UPZ Álamos

y Santa Cecilia se obtuvieron menores casos con un 2,78% y 7,87%, que puede estar relacionada con la variación de las condiciones sociales económicas de la localidad.

De los casos notificados al SIVIGILA se registraron 9 mortalidades por TB-VIH, de los cuales corresponden a un 77,77% en hombres de la etapa de ciclo vital Adultez y Juventud. De igual forma, se tiene que las comorbilidades asociadas a las mortalidades son Enfermedades infecciosas asociadas al VIH y a Microbacterias, Enfermedades respiratorias, criptococosis cerebral (73).

Figura 13 Distribución de las Notificaciones TB-VIH Localidad Engativá. 2014



Fuente: Hospital Engativá. Base de Datos Evento 850 2014.

Conforme a la revisión realizada de la problemática en la localidad, inicialmente es necesario entender que esta enfermedad no discrimina ningún tipo de población, sin embargo se concentra principalmente en las etapas de ciclo Adultez. Ahora bien, la ocurrencia del evento se relaciona con la transmisión activa de la bacteria principalmente por condiciones ambientales como el hacinamiento, la humedad y la falta de ventilación. Es así como, en la localidad problemáticas de pobreza oculta en barrios como la Florida de la UPZ Boyacá y hacinamiento en inquilinatos del barrio las Ferias, como también las condiciones de saneamiento básico desfavorables encontradas en barrios de la UPZ Engativá, son predisponentes para la presentación del evento. De igual forma, existen otros factores predisponentes para la ocurrencia de la enfermedad como, el estrés y los hábitos inadecuados de vida (consumo de alcohol, tabaco).

Desde la perspectiva de la dimensión social y económica, las implicaciones de esta tensión se reflejan en la calidad de vida de los pacientes con la enfermedad, a quienes se les estigmatiza por el contagio de la misma, por lo que su capacidad productiva se reduce generando una carga económica adicional para su núcleo familiar. De esta forma, las redes sociales de apoyo son fundamentales en la adherencia a los tratamientos disponibles.

Frente a la respuesta institucional de la problemática, se encuentra el “Programa Nacional de Tuberculosis”, que se enfocada a la promoción, prevención y atención de la enfermedad, ceñido a las políticas de gratuidad y accesibilidad al tratamiento. Adicionalmente, se evidencian estrategias como el Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES), seguimiento a contactos, manejo de reacciones adversas y coberturas de vacunación contra la tuberculosis en recién nacidos. sin embargo, estas acciones se ven afectadas por los diagnósticos tardíos, las barreras de acceso a los servicios de salud y la adherencia a los programas por el paciente.

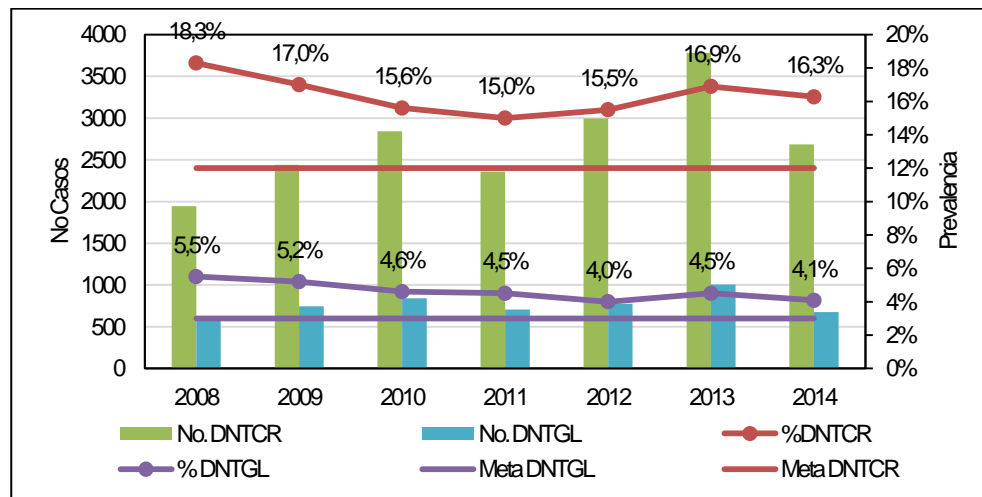
Dimensión Seguridad Alimentaria y nutricional

Para esta dimensión, se abordarán los desórdenes alimentarios en la población a partir de la información obtenida del Sistema de Vigilancia de la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SISVAN), de esta forma, se describirá la tensión generada por la diferentes condiciones socioeconómicas presentes en la localidad y sus efectos frente a la disponibilidad y accesibilidad de los alimentos como también los hábitos adquiridos en la actualidad que también influyen en las condiciones nutricionales de los habitantes de Engativá.

Malnutrición asociada a bajo peso al nacer, desnutrición global y crónica, obesidad y sobrepeso

De acuerdo a lo planteado por el plan de gobierno Distrital frente al seguimiento de los indicadores relacionados con aspectos nutricionales en la infancia, se identifican la desnutrición (DNT) global, crónica y el bajo peso al nacer, siendo este ultimo relacionado a su vez con la presentación de embarazos adolescentes. De esta forma, frente a la prevalencia de DNT global (deficiencia de peso para la edad) y crónica (deficiencia de talla para la edad) en los menores de 5 años, se observa que pese a la reducción progresiva de la prevalencia en los últimos años (38), esta aún se ubica por encima de lo proyectado en la meta Distrital, y donde el numero de casos se ve aumentado (ver Figura 14). La distribución del evento entre las UPZ, muestra que en Engativá y Garcés Navas se concentró el 47,2% y el 50,9% de los casos de desnutrición, mientras que en las UPZ Bolivia y Santa Cecilia se obtuvieron menores prevalencias y numero de casos de la localidad, lo que puede indicar la influencia del contexto socioeconómico sobre la presentación del evento.

Figura 14 Desnutrición Global y Crónica. Localidad Engativá.2008 a 2014



Fuente: Hospital Engativá. Base de Datos SISVAN 2014.

De igual forma, la doble carga nutricional es otro de los eventos de relevancia encontrados en la localidad, constituido por madres con exceso de peso mientras que su hijo muestra déficit de tipo crónico. Es así como en el seguimiento a las gestantes de la localidad durante el 2014 cerca del 40% tuvieron obesidad o sobre peso mientras que el 21,9% bajo peso (38).

Respecto a la prevalencia de bajo peso al nacer, de los 9.938 nacimientos presentados en el 2014, 1.191 (12%) tuvieron menos de 2500 gramos al nacer (40), al observar el comportamiento entre las UPZ de la localidad, Engativá y Boyacá Real tuvieron el 42,1% de los nacimientos de la localidad que coincidieron a su vez con las prevalencias más altas (13%). Ahora bien, en las UPZ de mejores condiciones sociales (Bolivia y Santa Cecilia) se concentró el 14,5% de los casos presentados en el mismo año.

Conforme a la revisión realizada de la problemática en la localidad, inicialmente es necesario entender los contrastes sociales entre las UPZ de la localidad que esta determinando la ocurrencia de los eventos de interés como lo es la desnutrición. En este sentido, en barrios de las UPZ como Engativá, Garcés Navas, Minuto de Dios o Boyacá Real, donde es mayor la proporción de población infantil, el acceso a los alimentos trasciende de la disponibilidad a la capacidad económica para la compra de los mismos; por lo que factores como el desarrollo de una actividad económica rentable o un trabajo formal en lo que el nivel educativo es fundamental, se convierten un determinante en el estado nutricional de sus pobladores.

Ahora bien, la conformación familiar también influye en el estado nutricional de sus integrantes, los hogares uniparentales (madres o padres cabeza de hogar), donde la dependencia económica es mayor, reduce la posibilidad de acceder a alimentos saludables, por lo que alimentos de alto contenido calórico es la primera opción para suplir las necesidades alimenticias.

La actividad física es otro de los elementos importantes respecto a la malnutrición de los habitantes, para lo cual nuevamente los territorios de mayor vulnerabilidad son los mas afectados, debido a los limitados espacios disponibles para la recreación o el deporte (como se observa en la UPZ Engativá), y el mal uso de los mismos debido a la inadecuada disposición de residuos sólidos, el consumo de sustancias psicoactiva y la realización de actividades delictivas. De igual forma, la reducción de la actividad física gracias a elementos que reducen la movilidad (carro, ascensores, escaleras eléctricas, etc), contribuyen a que el sedentarismo se incremente desde tempranas edades.

Pese a la formulación de políticas públicas que buscan la garantía de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, se encuentran deficiencias en su implementación siendo evidentes en las coberturas de los programas, el tipo de población cubierta y el enfoque de los mismos donde prevalece el asistencialismo y no se dan alternativas laborales o educativas para solucionar el fondo de la problemática.

Frente a la respuesta institucional de la problemática, se encuentran alternativas como los comedores comunitarios, proyectos de agricultura urbana y la generación de proyectos productivos, a lo que se suma las estrategias promocionales y preventivas que desde el sector salud se vienen desarrollando como lo son “tú vales”, AIEPI o la suplementación con micronutrientes. Sin embargo, el efecto de estas acciones se ve limitada ante las estrategias comerciales en los medios de comunicación para el consumo de alimentos ricos en calorías que van en contravía de la preparación de alimentos saludables en el hogar.

Como resultado de estos desequilibrios nutricionales, inicialmente esta la predisposición de la población de presentar enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad, hipertensión o la diabetes en la juventud o adultez, que en la localidad puede revestir una mayor importancia teniendo en cuenta el proceso de envejecimiento y la distribución poblacional de UPZ como Santa Cecilia donde la proporción de población adulta y de mayores de 60 años es significativa, por lo que tienen un riesgo mayor de presentar estos eventos.

Ahora bien, en cuanto al desarrollo físico y cognitivo de los niños tiene un efecto importante desde la perspectiva social y económica, ya que una buena alimentación puede favorecer el rendimiento académico que se traduce en mejores capacidades para desarrollar actividades productivas, y que a su vez mejoraría sus condiciones socioeconómicas. De esta forma, la desnutrición en la infancia puede ser un determinante para la reducción la inequidad y la pobreza.

Dimensión Vida Saludable y Condiciones no transmisibles

Para esta dimensión, se revisará la importancia de las condiciones crónicas teniendo en cuenta la situación demográfica actual donde las personas adultas y mayores tienden a incrementarse y donde factores de riesgo como los hábitos poco saludables en la alimentación y actividad físicas se convierten en determinantes importantes frente a la ocurrencia y permanencia del evento.

Condiciones Crónicas asociadas a hábitos de vida poco saludables y barreras de acceso a acciones promocionales y preventivas.

Las enfermedades crónicas no trasmisibles “son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta” (74), entre las que se cuentan principalmente la Diabetes Mellitus (DM), el Cáncer, Eventos Cerebrovasculares (ECV), la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y la Enfermedad Renal Crónica (ERC); son eventos que hacen parte de las diez principales causas de muerte desde la Juventud, y la adultez (Ver **Tabla 12**), llegando a ocupar los primeros cinco lugares en la vejez (Ver **Tabla 13**). Igualmente, la hipertensión esencial hace parte de las principales causas de consulta externa y hospitalización en la Localidad (Ver **Tabla 18**).

Entre los factores identificados se encuentran los cambios ocurridos a nivel social, cultural y familiar, derivados de la masificación de los medios de comunicación y la incursión de las tecnologías de la información, llevando a que desde la infancia se adopten conductas de riesgo como el sedentarismo, una alimentación poco balanceada caracterizada por el alto consumo de grasas saturadas, azúcares y alimentos industrializados, alta carga laboral, insuficiente práctica de actividad física, alcoholismo, tabaquismo e inadecuado manejo del estrés, llevando a la población al sobrepeso y la obesidad, condiciones que predisponen la aparición de enfermedades crónicas, y que se están volviendo en si parte de ellas.

Así mismo, prácticas culturales relacionadas con la celebraciones a base de alcohol y tabaco incrementan los factores de riesgo desde la población infantil, ya que les es permitido su consumo, creando un hábito que se desarrollará y afectará las condiciones de salud y calidad de vida en posteriores etapas de la vida.

De la misma manera, las condiciones económicas, sumadas al desconocimiento y a la cultura del facilismo, se convierten en factores que influyen en la aparición de enfermedades crónicas, dado que los ingresos económicos insuficientes, el desconocimiento de nuevas y atractivas formas de preparar los alimentos saludables, las barreras de acceso a las frutas y verduras de calidad y la amplia difusión y comercialización de alimentos procesados que generan dependencia, se convierten en determinantes de la adopción de hábitos de vida poco saludables, que propician el incremento de tasas cardiacas, sobrepeso, obesidad y demás factores desencadenantes de las enfermedades crónicas.

Esta situación se ve agravada por la transición demográfica que está sufriendo la localidad, en tanto que progresivamente se ha aumentado la expectativa de vida y con ella el número de adultos y personas mayores residentes, quienes son los que llevan la mayor carga de estas enfermedades. A esto se suman factores ambientales como la contaminación por fuentes fijas y móviles que incrementa las condiciones respiratorias en las personas con éstas afecciones (ver Figura 11).

En esta misma línea, el incremento de las enfermedad crónicas está generando una sobre carga al sistema de salud, impidiéndole dar respuesta adecuada en la identificación y manejo de las condiciones crónicas a los habitantes de la localidad; esto se relaciona también con el desconocimiento de los signos y síntomas de alarma, que sumado a las barreras de acceso para la atención por medicina general y especializada, conlleva a que se identifiquen las enfermedades en estadios avanzados, haciendo necesario un mayor gasto emocional y económico a los individuos y las familias, por la necesidad de cambios drásticos en los hábitos de vida para mantener el equilibrio y evitar complicaciones mayores.

Para frenar el incremento de las condiciones crónicas es necesario la intervención intersectorial, de forma que se afecten no solo determinantes intermedios sino estructurales, como la amplia difusión y disponibilidad de alimentos procesados y la inadecuada utilización de las tecnologías que van en decremento de hábitos saludables como una alimentación balanceada y la práctica de actividad física.

Sin embargo, como parte de las acciones de mitigación, en la localidad se vienen desarrollando acciones tendientes a la promoción de hábitos de vida saludables desde diferentes sectores del gobierno local, teniendo en cuenta que los factores identificados muestran la posibilidad de prevención mediante su adopción; no obstante, las barreras de acceso a los servicios promocionales y preventivos que prestan las instituciones de salud, como son el desarrollo de actividades de demanda inducida, protección específica y detección temprana establecidas en la Resolución 412 de 2000, generan el deterioro de la salud y la calidad de vida, principalmente de la población adulta y de personas mayores de la localidad.

REFERENCIAS

1. Colombia. Presidencia de la Republica. Decreto 3518 de 2006 “Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se crean otras disposiciones”. Diario oficial 46417 (oct. 10 2006).
2. Ministerio de salud y protección social. Estrategia PASE a la equidad en salud. Plan Decenal de Salud pública. Colombia. 2014
3. Vega J. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud
4. Bogotá. Secretaria Distrital de Salud. “Análisis de situación de salud anexo 4 elaboración y publicación de documentos” Ficha Técnica, Bogotá, 2012.
5. OMS “El concepto de salud” El concepto de salud. 1946
6. Donatell, Snow & Wilcox, 1999, p. 7 Donatell, R., Snow, C., & Wilcox, A. (1999). Wellness: Choices for Health and Fitness (2ª Ed.). Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company, Disponible en: <http://www.saludmed.com/Bienestar/Cap1/Sal-Bien.html>
7. Grupo Guillermo Fergusson. Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, una vía hacia la equidad y el derecho a la salud, dirigida a los servidores públicos. Colombia: Secretaria Distrital de Salud. 2006.
8. Solar O. ministerio de salud, 2012,(borrador)
9. Ficha operativa ASIS 2013
10. Localidad de Engativá. Alcaldía Local. Reseña Histórica. [Ingresado 11 Ago. 2008]. Disponible en: <http://www.engativa.gov.co/index.php/disfrutando-mi-localidad/historia.html>
11. Bogotá. Secretaria Distrital de Ambiente. Red de monitoreo de calidad de Aire de Bogotá. Bogotá 2014.
12. Bogotá. Alcaldía Mayor de Bogotá. Decreto 523. Por el cual se adopta la Microzonificación Sísmica de Bogotá D.C. 2010.
13. Bogotá. Secretaria Distrital de Planeación. Boletín de resultados encuesta multipropósito. Bogotá Abril 2015.
14. Departamento Técnico Administrativo del Medio Ambiente. Ficha Ambiental, Localidad Engativá. 2003
15. Engativá. Subdirección Local de Integración Social . Agenda Social Engativá. 2011.
16. Agenda Bogotá. Estas son las zonas más ruidosas en Bogotá. [Ingresado 11 Jun. 2012]. Disponible en: <http://www.agendabogota.co/boletin-zonas-ruido>.
17. Colombia. DANE – SDP. Proyecciones de Población por localidades 2006- 2015. Disponible en: Boletín Informativo: Bogotá ciudad de estadísticas. Núm. 9, Jul. 2009. Cuadro 12. Pág. 21.
18. Di Cesare M – Organización de las Naciones Unidas. Patrones emergentes en la fecundidad y la salud reproductiva y sus vínculos con la pobreza en América Latina y el Caribe. 2007.
19. Secretaria Distrital de Planeación de Bogotá. Bogotá ciudad de estadísticas: Encuesta Multipropósito 2014 – principales resultados en Bogotá y la Región. Bogotá: Secretaria Distrital de Planeación; Abril de 2015. Boletín No 70.
20. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Base de Datos Única del Sistema de Seguridad Social (BDUA) – Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), regímenes contributivo y Subsidiado, corte a 31 de diciembre de 2014.

21. Bogotá. Secretaria Distrital de Educación. Caracterización sector educativo año 2013. Grupo de análisis y estadísticas. Bogotá. Mayo 2014.
22. Observatorio de Desarrollo Económico. Boletín Localidades: Engativá. Bogotá: Secretaria de Desarrollo Económico; Noviembre de 2013. Boletín No 10. Disponible en: <http://observatorio.desarrolloeconomico.gov.co/directorio/documentosPortal/10BoletinlocalidadEngativa.pdf>
23. Bogotá. Secretaria Distrital del Planeación. Bogotá Ciudad de Estadísticas – Boletín 48 Mercado Laboral. Bogotá 2013.
24. Bogotá. Secretaría de Desarrollo Económico. Generalidades de la demanda laboral en Bogotá. Cuaderno No. 28. Observatorio de Desarrollo Económico. 2015
25. Banco de la República. ¿el triunfo de Bogotá?: desempeño reciente de la ciudad capital. Documentos de trabajo sobre economía regional. No 182. Cartagena 2013.
26. bogotacomovamos.org [En línea]. Bogotá D.C. [Ingresado 15 Abr. 2013]. Disponible en: http://www.bogotacomovamos.org/media/flash_data/ARCHIVOS%20FLASH%20LOCALIDAD ES/archivos_web/
27. Marin Hermann, X. ¿Equidad de género en mujeres rurales? Reflexiones sobre la Política Pública, COMPES Social 161/2013. Cultura Científica. Septiembre 2013. 98 - 106
28. Oportunidades en América Latina. Empleos para una mejor calidad de vida. 2007.
29. Niño A, Bernal L. Método integrado de pobreza. Bogotá ciudad de estadísticas. 2012; 42:
30. Secretaria Distrital de Planeación. Centro de Inteligencia Estadístico. [Ingresado 3 Jul. 2015]. Disponible en: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/InformacionSecundaria>.
31. Secretaria Distrital de Planeación de Bogotá. Bogotá ciudad de estadísticas: Índice de Desigualdad en Bogotá D. C. Bogotá: Secretaria Distrital de Planeación; Julio de 2015. Boletín No 56. Disponible en <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/Bogot%E1%20Ciudad%20de%20Estad%EDsticas/2013/DICE140-BoletinIndDesigualdad-04122013.pdf>
32. Bogotá. Instituto de Desarrollo Urbano. Actualización Inventario y Diagnostico de la Malla Vial de Bogotá D.C, 2007
33. Bogotá. Instituto de Desarrollo Urbano. Estado de la Malla Vial al 31 de Diciembre de 2013. [Ingresado 3 Jul. 2015]. Disponible en: http://www.idu.gov.co/web/guest/malla_inventario
34. Localidad Engativá. Observatorio local de Engativá. ¿como esta la movilidad en Engativá?. [Ingresado 3 Jul. 2015]. Disponible en: <http://www.observatoriolocaldeengativa.info/index.php/movilidad-en-engativa#citaa10>
35. Xunta de Galicia- OPS. Módulo Jerarquización. Índice de Necesidades en Salud. Epidat 3.1. España.
36. Colombia. Ministerio de Salud y la Protección Social. Base oficial de nacimientos defunciones RUAF 2014. Localidad Engativá. Consultado 16 de Enero 2015.
37. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS). Base de Datos Distrital. Secretaria Distrital de Salud. Junio 2015.
38. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SISVAN). Base de Datos Distrital. Secretaria Distrital de Salud. Junio 2014.
39. Bogotá. Secretaria Distrital de Salud. Certificado de defunción -Bases de datos DANE y RUAF - Sistema de Estadísticas Vitales.-Preliminares. publicación 31 de octubre de 2014.

40. Colombia. Ministerio de Salud y la Protección Social. SDS. Base oficial de nacimientos defunciones RUAF 2013. Localidad Engativá. Ajustado 14 Jun 2015
41. Bogotá. Secretaria Distrital de Salud. Base de datos RIPS 2014, población vinculada, desplazada y atenciones no POS. Hospital Engativá. 2014
42. Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública (SIVIGILA). Base de Datos Distrital. Secretaria Distrital de Salud. Agosto 2015
43. Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública (SIVIGILA). Base de Datos Distrital. Secretaria Distrital de Salud. Junio 2014
44. Registro de caracterización y localización de la población en condición de discapacidad, Sistema de Vigilancia de la Discapacidad. Localidad Engativá 2005 – 2014.
45. Bogotá. Secretaría Distrital de Salud – Subsecretaría de Salud Pública. Programa Territorios Saludables “Salud para el Buen Vivir”. Ana Marcela González Barrera Subsistema de Vigilancia en Salud Pública de la Discapacidad. Anexo Operativo de Vigilancia en Salud Pública de la Discapacidad. Vigencia Abril 2015 – Enero 2016 Versión 9. Bogotá, Marzo de 2015.
46. Engativá. Hospital Engativá II Nivel ESE. Narrativas Diagnósticos rápidos por microterritorio 2015
47. Hospital Engativá. Base de datos Programa Enfermedades transmisibles. Engativá. 2014
48. Engativá. Hospital Engativá II Nivel ESE. Esquemas de tensiones en Salud, Localidad Engativá. 2015
49. Engativá. Hospital Engativá II Nivel ESE. Informe del Comité de Vigilancia Epidemiológica. Noviembre de 2015
50. Estilos de hábitos de vida saludable Plan a. Boletín de Prensa No 283 de 2011 <https://www.minsalud.gov.co>
51. Hábitos de vida saludable. Biblioteca de Salud. <http://www.sanitas.es>.
52. Jadue H, Vega M, Escobar S, Delgado B, Garrido G, Lastra M, Espejo E, Peruga U.(1999). Factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles. Revista Médica de Chile. V 187 n.8.
53. Cómo está el desarrollo económico de nuestra localidad. observatorio local de Engativá, 2014.
54. Colombia. Congreso de Colombia, Ley 1257 "Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones". El Congreso: Bogotá diciembre 4 de 2008
55. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual (SIVIM). Base de Datos Distrital. Secretaria Distrital de Salud. Junio 2015
56. Bogotá. Departamento Administrativo de Bienestar Social – Alcaldía Mayor de Bogotá. Política Pública de Mujer y Géneros – Plan de Igualdad de Oportunidades para la Equidad de Género en el Distrito Capital 2004 – 2016.
57. Observatorio de Mujeres y Equidad de Género de Bogotá – OMEG. Infografía Femicidios - Información estadística sobre las diferentes tipologías de la violencia que afecta a las mujeres que habitan en la ciudad. 2015 [Consultado 29 Nov 2015]. Disponible en http://omeg.scdmujer.gov.co/OMEG/phocadownload/presentaciones/20151125/Infografia_Femicidios_25Noviembre.pdf

58. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (GCRNV) – Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres (SIRDEC), Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). Requerimiento 126 suicidio en Bogotá 2013 – 2014 (reporte preliminar). Marzo de 2015.
59. Alegre Palomino Y. y Suárez Bustamante M. Instrumentos de atención a la familia: el familiograma y el APGAR familiar. RAMPA. 2006. 1(1): 48 – 57. Disponible en: http://www.saluddealtura.com/fileadmin/PDF/CAPACITACION/Documento3_familiograma.pdf
60. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). Comportamiento del Suicidio, Colombia, 2013. [Consultado 23 febrero 2015]. Disponible en <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3-+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf>
61. Sánchez Sosa, J. C., Villarreal González M. E., Musitu G y Martínez B. Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. Interv. Psicosoc. 2010. 19(3): 279-287
62. Cabrejos C., Krüger H. y Samalvides F. Intento de suicidio en niños y adolescentes, sus características biopsicosociales y diagnósticos psiquiátricos. Rev. de Neuro-Psiquiat. 2005. 68(1-2) 55-66.
63. Monge Holguín J. A., Cubillas Rodríguez M. J., Román Pérez R. y Abril Valdez E. Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. Psicol. Salud. 2007 enero – junio. 17 (1): 45-51
64. Cañón Buitrago S. C. Factores de Riesgo Asociados a Conductas Suicidas en Niños y Adolescentes. Arch. Med. 2011 enero – junio. 11(1): 62-67.
65. Bella M. E., Fernández R. A. y Willington J. M. Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes. Rev. Argent. Salud pública. 2010 junio. 1(3): 24-29
66. González A., Rodríguez Á., Aristizabal A., García J., Palacio C. y López C. Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. Rev. Colomb. Psiquiat. 2010 39(2): 251-267.
67. Duran D., Mazzotti G. y Vivar A. Intento de suicidio y depresión mayor en el servicio de emergencia de un hospital general. Rev. de Neuro-Psiquiat. 1999. 62: 226-241.
68. Flórez C. Soto V. Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia. Comisión económica para América Latina y el Caribe CEPAL. [consultado 2013 Julio 24]. Disponible en <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/30029/lcg2340-P2.pdf>
69. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 1562 de 2012, por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional. Bogotá: El Congreso; 11 de julio de 2012.
70. Observatorio de Salud Ambiental [Internet]. Bogotá. 2013 [Consultado 12 Nov 15]. Disponible en: <http://fappb.saludcapital.gov.co:8080/localidades/Osab/osabairerem.xhtml>
71. Secretaría Distrital de Ambiente [Internet]. Bogotá. 2012. [Consultado 12 Nov 15]. Disponible en: <http://www.ambientebogota.gov.co/web/sda/red-de-calidad-del-aire>
72. Observatorio Ambiental de Bogotá [Internet]. Bogotá. 2011 [Consultado 12 Nov 15]. Disponible en: <http://oab.ambientebogota.gov.co/es/indicadores?id=37&v=1>
73. Bogotá. Secretaria Distrital de Salud. Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA). Base de Datos Evento 850. Hospital Engativá. 2014
74. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Prevención de Enfermedades No transmisibles. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/Enfermedades-no-transmisibles.aspx>