
DIAGNÓSTICO AÑO 2014

Localidad de Puente Aranda

Hospital del Sur E.S.E
Equipo ASIS



Fuente: Equipo ASIS. Año 2015



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital del Sur

ADRIANA COLORADO

Epidemióloga Equipo de Análisis de Situación en Salud Local (ASIS). Vigilancia en Salud Pública. Territorios Saludables. Hospital del Sur. E.S.E

PAOLA ERAZO

Socióloga Equipo de Análisis de Situación en Salud Local (ASIS). Vigilancia en Salud Pública. Territorios Saludables. Hospital del Sur. E.S.E.

CARLOS RAMIREZ

Geógrafo Equipo de Análisis de Situación en Salud Local (ASIS). Vigilancia en Salud Pública. Territorios Saludables. Hospital del Sur. E.S.E.

Correo: sur.salasituacional2011@gmail.com

Teléfono: 2615829 o 7560505 ext: 2651- 3201

PRELIMINAR



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital del Sur

CREDITOS

Ricardo Beira Silva
Gerente

Luis Fernando Pineda
Subgerente de Servicios de Salud

Álvaro Ignacio Guerrero Devia
Subgerente Administrativo y Financiero

Smith Lozano Guevara
Coordinadora Salud Pública

Guiselle Acuña
Coordinadora Componentes

Diana Martínez Yate
Coordinadora Vigilancia en Salud Pública

Yamile Bohórquez
Coordinadora Gestión Programas Salud Pública e Intersectorialidad

Yenny Dimaté
Coordinadora Programa Ampliado de Inmunizaciones

Ana Cecilia Salamanca Limas
Coordinadora Territorio Puente Aranda

Equipo Gestión Programas Salud Pública e Intersectorialidad

Equipo Vigilancia en Salud Pública



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital del Sur

LISTADO DE ABREVIATURAS

SIGLA	NOMBRE
AIEPI	Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes en la Infancia.
APS	Atención Primaria en Salud.
ASIS	Análisis de Situación en salud.
CAMI	Centro de Atención Médica Inmediata.
CLOPS	Consejo Local de Política Social.
CLP	Consejo Local de Planeación.
COPACO	Comité de Participación Comunitaria.
COVE	Comité de Vigilancia Epidemiológica.
COVECOM	Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria.
DILE	Dirección Local de Educación.
DNT	Desnutrición.
EPS	Entidad promotora de Salud.
EPS-S	Empresa Promotora de Salud del Régimen Subsidiado.
ERA	Enfermedad Respiratoria Aguda.
ESE	Empresa Social del Estado.
ETA	Enfermedad Transmitida por Alimentos.
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
IDIPRON	Instituto Distrital Para la Promoción de la Niñez.
IDRD	Instituto Distrital De Recreación y Deporte.
IED	Institución Educativa Distrital.
IMC	Índice de Masa Corporal.
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
IRA	Infección Respiratoria Aguda.
IVC	Inspección Vigilancia y Control.
JAL	Junta Administradora Local.
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones.
PDL	Plan de Desarrollo Local.
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas.
POS	Plan Obligatorio de Salud.
POT	Plan de Ordenamiento Territorial.
RBC	Rehabilitación Basada en Comunidad.
SAA	Sistema Alerta Acción.
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud.
SISVAN	Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional.
SISVECOS	Sistema de Vigilancia Conducta Suicida.
SISVESO	Sistema de Vigilancia Salud Oral.
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional.
SIVIM	Sistema de Vigilancia del Maltrato y Abuso Sexual.
SLIS	Secretaría Local de Integración Social.
TB	Tuberculosis.
UBA	Unidad Básica de Atención.
UCI	Unidad de Cuidado Intensivo.
UDV	Unidad de Víctimas.
UEL	Unidad Ejecutora Local.
UPA	Unidad Primaria de Atención.
UPGD	Unidad Primaria Generadora de Datos.
UPZ	Unidad de Planeación Zonal.
VESPA	Sistema de Vigilancia al Consumo de Sustancias Psicoactivas.
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humano.



TABLA DE CONTENIDO

INDICE DE TABLAS.....	5
INDICE DE GRÁFICAS.....	6
INDICE DE MAPAS.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
MARCO CONCEPTUAL.....	10
MARCO METODOLÓGICO.....	15
1. CAPÍTULO I.....	19
RELACIÓN POBLACIÓN, TERRITORIO, AMBIENTE Y SOCIEDAD.....	19
1.1. CONTEXTO HISTORICO.....	19
1.2. DINÁMICA TERRITORIAL.....	20
1.2.1. UPZ Ciudad Montes:.....	22
1.2.2. UPZ Muzú:.....	22
1.2.3. UPZ San Rafael.....	22
1.2.4. UPZ Puente Aranda.....	23
1.2.5. UPZ Zona Industrial.....	23
1.3. DINAMICA SOCIO-DEMOGRÁFICA.....	23
1.3.1. Dinámica Poblacional.....	23
1.3.2. Índice de Envejecimiento.....	25
1.3.3. Razón de Dependencia.....	25
1.3.4. Esperanza de Vida.....	25
1.3.5. Tasa Bruta de Natalidad, Tasa General y Global de Fecundidad.....	25
1.4. DINÁMICA SOCIO-ECONÓMICA.....	27
1.4.1. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).....	27
1.4.2. Índice de Calidad de Vida (ICV).....	27
1.4.3. Coeficiente de Gini.....	28
1.4.4. Índice de Pobreza Monetaria:.....	28
1.4.5. Índice de Pobreza Multidimensional (IPM).....	29
1.4.6. Tasa de Ocupación y de Desempleo.....	29
1.4.7. Nivel de Ingreso.....	30
1.4.8. Nivel de Endeudamiento.....	31
1.4.9. Condiciones de Vivienda.....	31
1.4.10. Cobertura en Servicios Públicos.....	32
1.4.11. Cobertura en Educación.....	33
1.4.12. Sistema de Salud.....	34
1.4.13. Movilidad Forzada.....	35
1.5. DINAMICA FISICA Y AMBIENTAL.....	35
1.5.1. Accesibilidad Movilidad.....	39
1.6. PRIORIZACIÓN DE UPZ (Método Hanlon).....	42
2. CAPITULO II.....	46
ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS.....	46
2.1. PERFIL SALUD ENFERMEDAD.....	46
2.1.1. Mortalidad.....	46
2.1.2. MORBILIDAD.....	63
2.1.3. Eventos de Notificación Obligatoria.....	68
2.1.4. DISCAPACIDAD.....	113
2.2. DETERMINANTES DE LA SALUD.....	116
2.2.1. Dimensión de Salud Ambiental.....	116
2.3. ANÁLISIS INTEGRAL DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.....	124
3. CAPITULO III.....	126
IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA LOCALIDAD.....	126
3.1. TENSIONES POR CICLO VITAL.....	126
3.1.1. Ciclo Vital Infancia:.....	126



3.1.2.	Ciclo Vital Adolescencia	131
3.1.3.	Ciclo Vital Juventud:	134
3.1.4.	Ciclo Vital Adultez	137
3.1.5.	Ciclo Vital Vejez	140
3.1.6.	Transversales a Todos los Ciclos Vitales	143
3.2.	RESUMEN VALORACIÓN DE TENSIONES.....	149
3.2.1.	Consolidado de dimensiones, factores generadores y determinantes sociales de la salud	150
4.	BIBLIOGRAFÍA.....	162

INDICE DE TABLAS

TABLA 1.	BALANCE INFORMACIÓN CUALITATIVA	16
TABLA 2.	BALANCE INFORMACIÓN CUALITATIVA	17
TABLA 3.	BALANCE INFORMACIÓN GEO-ESPACIAL	18
TABLA 4.	DISTRIBUCIÓN DE UPZ EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA DE ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS URBANAS, ÁREA, POBLACIÓN, NO DE MANZANAS, USO DEL SUELO Y CANTIDAD DE BARRIOS	20
TABLA 5.	RESUMEN INDICADORES DEMOGRÁFICOS. PUENTE ARANDA 2014	26
TABLA 6.	PRIORIZACIÓN UPZ LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA. 2015	42
TABLA 7.	MORTALIDAD POR GRANDES CAUSAS. PUENTE ARANDA. AÑOS 2011 Y 2012	47
TABLA 8.	TASA Y COCIENTE DE INCIDENCIA DE HECHOS MORTALES OBJETO DE MONITOREO. SUBGRUPOS. PUENTE ARANDA. AÑO 2012	51
TABLA 9.	MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR NEUMONÍA, DIARREA Y DESNUTRICIÓN. PUENTE ARANDA Y BOGOTÁ. AÑOS 2005 - 2014	61
TABLA 10.	LISTADO DE PRIORIDADES DE MORTALIDAD. PUENTE ARANDA. AÑO 2014	62
TABLA 11.	MORBILIDAD CONSULTA EXTERNA DIEZ PRIMERAS CAUSAS. PUENTE ARANDA. AÑOS 2012 - 2013 - 2014	63
TABLA 12.	MORBILIDAD URGENCIAS DIEZ PRIMERAS CAUSAS. PUENTE ARANDA. AÑOS 2012 - 2013 - 2014	65
TABLA 13.	MORBILIDAD HOSPITALIZACIÓN DIEZ PRIMERAS CAUSAS. PUENTE ARANDA. AÑOS 2012 - 2013 - 2014	65
TABLA 14.	DISTRIBUCIÓN RELATIVA Y ABSOLUTA DE INTOXICACIONES QUÍMICAS SEGÚN TIPO DE EXPOSICIÓN. BOGOTÁ Y PUENTE ARANDA. AÑO 2014	69
TABLA 15.	DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN CLASIFICACIÓN DE EVENTOS SIVIGILA. PUENTE ARANDA. AÑO 2012- 2014	73
TABLA 16.	PRIMEROS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN AL SIVIGILA. LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA. AÑOS 2012-2014	75
TABLA 17.	DISTRIBUCIÓN DIAGNÓSTICOS EN SALA ERA. PUENTE ARANDA. CAMI TRINIDAD GALÁN. AÑO 2014.	77
TABLA 18.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS EVENTOS NOTIFICADOS A SIVIM. PUENTE ARANDA. AÑO 2014	80
TABLA 19.	INTERVENCIONES DE CAMPO EFECTIVAS SISVECOS PUENTE ARANDA. AÑO 2014	82
TABLA 20.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS EVENTOS NOTIFICADOS A SISVECOS. PUENTE ARANDA. AÑO 2014	82
TABLA 21.	IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA. PUENTE ARANDA. AÑO 2014	83
TABLA 22.	CAUSAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.	95
TABLA 23.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS EVENTOS NOTIFICADOS DE SSR. PUENTE ARANDA. AÑO 2014	100
TABLA 24.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS EVENTOS NOTIFICADOS AL SISVESO. PUENTE ARANDA. 2014	103
TABLA 25.	COMPORTAMIENTO EVENTOS NOTIFICADOS AL SISVESO POR CICLO VITAL. PUENTE ARANDA. 2014	104
TABLA 26.	CONCEPTOS EMITIDOS DESDE LA RECTORÍA SANITARIA (IVC). PUENTE ARANDA. AÑOS 2013 -2014	109
TABLA 27.	MEDIDA SANITARIAS APLICADAS. LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA. AÑOS 2013 – 2014	109
TABLA 28.	ACTIVIDADES EDUCATIVAS. LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA. AÑO 2014.	111
TABLA 29.	PRIORIDADES DE MORBILIDAD. LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA. AÑO 2014	112
TABLA 30.	FACTORES GENERADORES Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL. PUENTE ARANDA. AÑO 2014	150



TABLA 31. FACTORES GENERADORES Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL. PUENTE ARANDA. AÑO 2014	152
TABLA 32. FACTORES GENERADORES Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. PUENTE ARANDA. AÑO 2014	155
TABLA 33. FACTORES GENERADORES Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. SALUD Y ÁMBITO LABORAL. PUENTE ARANDA. AÑO 2014	157
TABLA 34. FACTORES GENERADORES Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES. PUENTE ARANDA. AÑO 2014	158
TABLA 35. FACTORES GENERADORES Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES. PUENTE ARANDA. AÑO 2014	159
TABLA 36. FACTORES GENERADORES Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. AMBIENTAL. PUENTE ARANDA. AÑO 2014	160

INDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1. PIRÁMIDE POBLACIONAL. PUENTE ARANDA. AÑO 2005-2010-2014.....	24
GRÁFICA 2. TASA DE MORTALIDAD GENERAL. PUENTE ARANDA Y BOGOTÁ. AÑOS 2005 AL 2012	47
GRÁFICA 3. MORTALIDAD MATERNA. PUENTE ARANDA Y BOGOTÁ. AÑOS 2005 - 2014	53
GRÁFICA 4. MORTALIDAD PERINATAL. PUENTE ARANDA Y BOGOTÁ. AÑOS 2005 - 2014.....	55
GRÁFICA 5. MORTALIDAD INFANTIL. PUENTE ARANDA Y BOGOTÁ. AÑOS 2005 - 2014.....	57
GRÁFICA 6. MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS. PUENTE ARANDA Y BOGOTÁ. AÑOS 2005 - 2014	59
GRÁFICA 7. DISTRIBUCIÓN ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDADES DE ALTO COSTO. LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA. AÑOS 2013-2014	67
GRÁFICA 8. DISTRIBUCIÓN POR ETAPA DE CICLO VITAL Y SEXO DE LOS EVENTOS DE INTOXICACIÓN POR SUSTANCIA QUÍMICAS. PUENTE ARANDA. AÑO 2014.....	68
GRÁFICA 9. DISTRIBUCIÓN POR ETAPA DE CICLO VITAL DE LOS EVENTOS DE INTOXICACIÓN POR SUSTANCIA QUÍMICAS SEGÚN TIPO DE EXPOSICIÓN. PUENTE ARANDA. AÑO 2014.....	69
GRÁFICA 10. INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO INTRAMURAL. PUENTE ARANDA Y BOGOTÁ. AÑOS 2008 - 2014	70
GRÁFICA 11. COBERTURAS DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA. BOGOTÁ. AÑOS 2008 - 2014	71
GRÁFICA 12. DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS. AGRESIÓN POR ANIMAL POTENCIALMENTE TRANSMISOR DE LA RABIA. BOGOTÁ Y PUENTE ARANDA. AÑOS 2011 - 2014	72
GRÁFICA 13. DISTRIBUCIÓN POR ETAPA DE CICLO VITAL Y SEXO DE LOS EVENTOS AGRESIÓN POR ANIMAL POTENCIALMENTE TRANSMISOR DE RABIA. PUENTE ARANDA. AÑO 2014	73
GRÁFICA 14. COBERTURAS ÚTILES DE VACUNACIÓN LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA. AÑOS 2010-2014.....	76
GRÁFICA 15. VALORES ABSOLUTOS DE LA NOTIFICACIÓN AL SIVIM POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. BOGOTÁ Y PUENTE ARANDA. AÑOS 2014 – 2006.	78
GRÁFICA 16. DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA POR TIPO DE VIOLENCIA. LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA. AÑOS 2014 - 2006	78
GRÁFICA 17. COMPORTAMIENTO DE TIPOS DE VIOLENCIA POR ETAPA DE CICLO VITAL. PUENTE ARANDA. AÑO 2014... 79	
GRÁFICA 18. COMPORTAMIENTO EVENTOS CONDUCTA SUICIDA. LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA. AÑOS 2006 AL 2014	81
GRÁFICA 19. PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN GLOBAL. PUENTE ARANDA Y BOGOTÁ. 2009 – 2014.	85
GRÁFICA 20. PREVALENCIA DESNUTRICIÓN CRÓNICA. PUENTE ARANDA Y BOGOTÁ. 2009 – 2014.....	88
GRÁFICA 21. PREVALENCIA BAJO PESO AL NACER. PUENTE ARANDA Y BOGOTÁ. AÑOS 2008 - 2014.....	91
GRÁFICA 22. COMPORTAMIENTO NACIDOS VIVOS EN ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS. LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA Y BOGOTÁ. AÑOS 2005 AL 2014.....	94
GRÁFICA 23. COMPORTAMIENTO NACIDOS VIVOS EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS. LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA Y BOGOTÁ. AÑOS 2005 AL 2014.....	96
GRÁFICA 24. NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE TRANSMISIÓN SEXUAL. BOGOTÁ Y PUENTE ARANDA. AÑOS 2012 - 2014 .99	
GRÁFICA 25. PROPORCIÓN DE EVENTOS SISVESO. PUENTE ARANDA. AÑOS 2009-2014	104
GRÁFICA 26. NÚMERO DE EVENTOS "BROTOS" NOTIFICADOS. LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA. AÑOS 2013 - 2014 ...	107



GRÁFICA 27. DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD REGISTRADA. PUENTE ARANDA. AÑOS 2005 – 2014	113
GRÁFICA 28. DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD REGISTRADA POR SEXO Y ETAPA DE CICLO VITAL. PUENTE ARANDA. AÑOS 2005 – 2014.....	114
GRÁFICA 29. DISTRIBUCIÓN ALTERACIONES PERMANENTES POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD REGISTRADA. PUENTE ARANDA. AÑOS 2005 – 2014	115

INDICE DE MAPAS

MAPA 1. DIVISIÓN POLÍTICO – ADMINISTRATIVA. LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.	21
MAPA 2. AMENAZAS E IMPACTO INDUSTRIAL EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA	37
MAPA 3. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO CONTAMINANTE - PUENTE ARANDA	38
MAPA 4. MOVILIDAD Y ACCESO A LOS SERVICIOS EN SALUD.	40
MAPA 5. RED VIAL. LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA	41
MAPA 6. PRIORIZACIÓN UPZ LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA. AÑO 2014	45
MAPA 7. DENSIDAD POR HECTÁREAS DE PERSONAS AFECTADAS POR LESIONES DE CAUSA EXTERNA. PUENTE ARANDA. AÑO 2014.	102

PRELIMINAR



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital del Sur

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico local explica la situación de salud y calidad de vida de Puente Aranda desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, apropiando las percepciones de la población en la identificación y priorización de las problemáticas en salud y en la formulación de alternativas de solución de las mismas.

Para ello, el diagnóstico local tiene como modelo conceptual el BIT PASE, Modelo para la construcción de Balances en las Tensiones que se generan en las Interacciones entre la población y las demás dimensiones del desarrollo: ambiental, social y económica. Se basa en una concepción de la población, de la condición humana y del desarrollo, que permite comprender de manera integral el juego de relaciones que determinan el estado de una población un momento histórico particular y luego, responder de manera integral para superar los desequilibrios entre la población y el territorio, su organización social y económica, garantizando las condiciones para el logro del máximo estado de bienestar posible.

El capítulo 1 ha sido destinado para la caracterización de la interacción entre la población, territorio, ambiente y sociedad, un aspecto relevante de esta sinergia son los vínculos que existen entre los seres humanos y las condiciones medio ambientales. La población humana es entendida como un conjunto orgánico de sujetos que interactúan entre sí y con el ambiente sobre un territorio. Estas interacciones intencionadas, dan lugar a organizaciones y transformaciones sociales que pautan la distribución, uso, y control de toda clase de bienes, garantizando la producción, y la reproducción biológica y social. En esa medida, con este capítulo se pretende evidenciar las implicaciones de los procesos políticos, económicos, sociales y ambientales sobre la salud de las poblaciones en las escalas del territorio a nivel local y por UPZ. Este capítulo contiene la caracterización de los contextos territorial y demográfico, cada uno constituido por una serie de indicadores que se comportan como DSS y permiten caracterizar, geo-referenciar el territorio e identificar las necesidades sanitarias como insumo para la coordinación intersectorial y transectorial.

El capítulo 2 ha sido pensado como el espacio destinado para la profundización de las problemáticas y necesidades que afectan la salud y calidad de vida de las



poblaciones en las escalas del territorio local y UPZ, teniendo como ordenador las dimensiones del PDSP 2012-2021: Seguridad alimentaria y nutricional; Convivencia social y salud mental; Vida saludable y enfermedades transmisibles; Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos; Salud ambiental; Salud pública en emergencias y desastres; Salud y ámbito laboral; Vida saludable y condiciones no transmisibles; Gestión diferencial de poblaciones vulnerables; Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión en salud. Para este ejercicio de profundización se parte del análisis de los efectos de salud (perfil Salud-Enfermedad), el cual aborda la mortalidad por grandes causas, específica por subgrupos, y materno-infantil y en la niñez; luego la morbilidad, la discapacidad y finalmente los determinantes intermediarios de la salud, y los estructurales de las inequidades en salud. Luego se realizara el análisis integral de los determinantes sociales de la salud en el ámbito de las ocho dimensiones prioritarias y dos transversales.

Y el capítulo 3 se basa en la identificación de Tensiones en salud de la localidad de Puente Aranda desde el abordaje de las dimensiones prioritarias del PDSP 2012-2021 y metodología PASE para la equidad en salud. Para este ejercicio se busca identificar las formas en que se manifiestan en un momento de la historia de un colectivo los determinantes de la salud y de qué manera afectan el estado de salud y de bienestar de esta población.



MARCO CONCEPTUAL

A continuación algunos conceptos relevantes para el análisis de la situación de salud a partir de los determinantes sociales de la salud, enfoque de derechos, poblacional, territorial y diferencial.

GLOBALIZACIÓN Y NEOLIBERALISMO:

Las desigualdades en salud pública están determinadas por desigualdades sociales, la disponibilidad, el acceso, la calidad de los servicios, costos económicos e incluso por las barreras lingüísticas, culturales y de género (1). Evidencia un proceso de individualización de la sociedad en donde se ha desacreditado lo público y la política, incrementándose el rechazo de lo público por su “estigma” y desconfianza política (2).

PERSPECTIVA DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD:

Son las diferencias injustas y evitables respecto a la situación sanitaria de una comunidad, dada como resultado de la distribución (inequitativa) del dinero, el poder y los recursos dependientes de las políticas adoptadas por el Estado; estando estas situaciones presentes a lo largo del ciclo vital de las personas (3).

PERSPECTIVA DE DERECHOS:

La perspectiva de derechos presupone un ejercicio en el marco de una triada indisociable donde figuran la universalidad, la equidad y la integralidad, es decir, la respuesta social de carácter integral (lo que permite radicalizar la comprensión y el ejercicio de afectar los determinantes y las exposiciones sociales, quebrando las causalidades de los procesos de exclusión del ejercicio de los derechos y del acceso a una condición de equidad) (4).

ENFOQUE POBLACIONAL:

Permite un mayor acercamiento a los determinantes sociales de la salud a poblaciones excluidas socialmente o en fragilidad social, centrando su atención en las personas con características específicas en cada una de las etapas de la vida y teniendo en cuenta procesos identitarios-diversidad (etnia, identidad de género, orientación sexual), condiciones (ejercicio de la prostitución, desplazamiento, habitabilidad en calle, discapacidad, privación de la libertad, conflicto armado), género y envejecimiento (5).



ENFOQUE DIFERENCIAL:

El enfoque diferencial está dirigido a mujeres, población LGBTI, personas en ejercicio de prostitución, población carcelaria, víctimas del conflicto armado, ciudadanos habitantes de calle¹, población étnica (indígenas, afro, palenquero, raizal, ROM) y personas con discapacidad. Este enfoque busca resarcir condiciones de discriminación y exclusión social, empleando un análisis que pretende hacer visibles las diferentes formas de discriminación contra aquellas poblaciones consideradas diferentes (6).

ENFOQUE TERRITORIAL:

El territorio es una construcción social que trasciende el espacio físico e incluye lo humano, lo colectivo y lo cultural; Es en el territorio donde se realizan proyectos y acciones políticas, se construye la democracia local y se puede tener incidencia sobre las políticas públicas así como acceso a los principales bienes y servicios públicos (7).

PROMOCIÓN DE LA SALUD:

La promoción de la salud, pretende desarrollar potencialidades, conciliar intereses diversos y gestar la voluntad y el compromiso de una colectividad para movilizarse y destinar recursos en función de dos propósitos principales: forjar los medios y condiciones que permitan a los ciudadanos ejercer mayor control sobre sus procesos de salud y eliminar las diferencias evitables e injustas que restringen las oportunidades para acceder al bienestar (4).

PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA:

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 y busca la reducción de la inequidad en salud planteando los siguientes objetivos: garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente manteniendo cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables (8).

DIMENSIONES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA:

El Plan Decenal de Salud Pública cuenta con ocho dimensiones prioritarias: salud ambiental, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional,

¹ Decreto 170 de 2007. Ciudadano habitante de calle.



sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres, vida saludable y condiciones transmisibles y salud y ámbito laboral. Y dos dimensiones transversales: gestión diferencial de las poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud. Cada dimensión a su vez desarrolla un componente transectorial y sectoriales que incorpora un conjunto de acciones (estrategias comunes y específicas) (8).

ESTRATEGIA PASE A LA EQUIDAD:

*“La estrategia PASE a la Equidad en Salud es una adaptación conceptual, metodológica y técnica – operativa del modelo BIT PASE (**B**alance de **I**nteracciones y **T**ensiones – **D**imensiones del desarrollo: **P**oblacional, **A**mbiental, **S**ocial y **E**conómico) y de la estrategia de asistencia técnica y formación activa PASE al desarrollo para la comprensión integral del territorio, la formulación de planes territoriales de salud y la planeación del desarrollo integral, en busca de sociedades poblacional y ambientalmente sustentables, económicamente equitativas y socialmente más solidarias” (9).*

DIMENSIONES DEL DESARROLLO:

El modelo BIT PASE parte del reconocimiento de cuatro dimensiones del desarrollo: poblacional, ambiental, social y económica, las cuales se encuentran ligadas entre sí y forman un todo indisoluble y de su equilibrio depende la supervivencia de la población y su territorio (10).

TENSIONES:

Una tensión en salud no es equivalente a un problema de salud. Éste, por lo general, se entiende como *“una dificultad, un estado indeseable, una carencia, una limitación, una situación que impide el disfrute de la salud”*. Una tensión en salud se define como *“el conjunto de presiones provenientes de una o varias dimensiones del desarrollo o de las dimensiones prioritarias para la vida, que actúan en diferentes direcciones y generan niveles de estrés que deterioran el estado de salud de una población” (11).*

SISTEMA DE SALUD:

Es el conjunto de recursos destinados a la atención de la salud junto con las funciones de regulación y coordinación vinculadas a los factores de riesgo para la salud. El objetivo general de estos sistemas es contribuir a la mejora de la salud de la población de la manera más equitativa y eficiente posible (7).



PARTICIPACIÓN SOCIAL:

Implica la agrupación de individuos en organizaciones de la sociedad civil para la defensa y representación de sus respectivos intereses, buscando el mejoramiento de las condiciones de vida o la defensa de sus derechos y articulando el tejido social organizacional con presencia en la esfera de lo público (12).

ESTRATEGIA PROMOCIONAL DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD:

Es un instrumento para comprender y dimensionar los determinantes explicativos de los problemas que atentan contra la calidad de vida y salud de las personas y colectividades, partiendo de la perspectiva de los determinantes sociales de salud (3) y buscando asegurar la preservación y desarrollo de la autonomía de los individuos y las colectividades para hacer efectivos sus derechos.

PROYECTOS DE DESARROLLO DE AUTONOMÍA:

Proyectos que buscan combatir las causas y determinantes que impiden el goce de los derechos desde la gestación hasta la muerte (13). Además potencian la capacidad para transformar las inequidades sociales y la participación para la toma de decisiones. La Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud ha priorizado: Enfermedades Transmisibles y Zoonosis, Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental, Condiciones Crónicas y Salud Oral.

TRANSVERSALIDADES:

Representan categorías de análisis relacionados con procesos estructurales, que afectan los proyectos de desarrollo de autonomía; expresan las debilidades sociales para garantizar el ejercicio equitativo de los derechos sociales (13). Se dividen en dos: estructurales donde se enumeran ambiente, trabajo, actividad física, discapacidad y seguridad alimentaria y en segundo término poblacionales, donde se mencionan género – LGTBI, género – mujer, etnias y víctimas del conflicto armado.

ETAPA DE CICLO VITAL:

Las necesidades de las personas varían en las diferentes fases de su vida, desde la infancia (6 a 13 años), adolescencia (14 a 17 años), juventud (18 a 26 años) adultez (27 a 59 años) y vejez (mayores de 60 años); más aún su análisis permite examinar y analizar los aspectos relacionados con su desarrollo y su entorno, así como detectar situaciones de necesidad y opciones posibles para iniciar procesos de cambio (14).



POLÍTICAS PÚBLICAS:

Las políticas públicas distritales tienen un enfoque poblacional como garantía de derechos de la población teniendo en cuenta el contexto social, cultural, económico y político de los grupos e individuos garantizando la participación social (15). Durante su diseño, implementación y evaluación se debe tener en cuenta el entorno y las estrategias de empoderamiento de la ciudadanía que permitan un control de los determinantes que inciden sobre su salud (16). Más aún, su bajo impacto afecta la calidad de vida de las poblaciones frágiles socialmente, las clases medias y altas² (2).

ESPACIO URBANO:

La pérdida de espacio y calidad para la vida en las ciudades se produce y expresa por mecanismos de degradación, depredación y polución (17). La propuesta de Breilh en la Epidemiología Crítica es pensar la construcción de la salud en el espacio urbano a partir de la articulación de tres elementos: a) un proyecto político emancipador del modelo de ciudad para la construcción de sustentabilidad y modos de vida saludables; b) una estrategia política de análisis de la estructura urbana y c) la capacidad de gestión entendida como técnicas, destrezas y habilidades para la generación de planes de acción (17). En síntesis, el espacio es un determinante unívoco de la situación de salud.

² Estas responden al modelo de segregación de ciudad en las localidades Usaquén, Teusaquillo, Chapinero y Puente Aranda.



MARCO METODOLÓGICO

EPIDEMIOLOGIA SOCIOCULTURAL:

La epidemiología sociocultural es una propuesta emergente que se basa en el concepto de daño evitable, orientando su enfoque y acciones hacia la comprensión de medidas que tienen como destinataria la salud pública con aportes esencialmente políticos. Adopta aspectos cuantitativos, métodos y técnicas cualitativas (triangulación); incorpora la antropología médica culturalista e interpretativa y la epidemiología social, teniendo en cuenta el desarrollo de un dialogo interdisciplinario en torno al estudio de problemas colectivos de salud y a la gestión de soluciones concretas (18).

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN – ACCIÓN:

La investigación – acción consulta a varios actores sociales en el territorio para el análisis de la situación de salud y se utiliza cuando hay necesidad de resolver un problema con la participación de los afectados. Su propósito es aportar información que guie la toma de decisiones relativas a programas, procesos de salud-enfermedad y reformas estructurales en torno a una situación dada (19).

ANÁLISIS CUANTITATIVO:

El análisis cuantitativo busca medir los eventos y las desigualdades en salud. Las fuentes son las bases de datos de los subsistemas de Vigilancia en Salud Pública, RIPS (Registros de Información de Prestación de Servicios), bases de datos generadas por el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), RUAF (Registro Único de Afiliados), Bases de la Secretaría Distrital de Salud, información del DANE y las ECV (Encuestas de Calidad de Vida y Salud). Para la elaboración del diagnóstico se tuvo en cuenta la metodología ASIS con sus diferentes momentos, desarrollando las siguientes acciones en cada uno de ellos:

- Primer momento; búsqueda y preparación de las entradas o insumos: Para este punto el equipo ASIS identificó y evaluó las entradas de la información disponible, las cuales serían la fuente para la construcción y análisis del documento. En el proceso de evaluación se procedió a realizar un inventario de información, identificando las fuentes de información secundarias a requerir, con el fin de recolectar la información cuantitativa que permitiera realizar la descripción del análisis de situación en salud.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital del Sur

Tabla 1. Balance Información Cualitativa

PRESENCIA/	Existe ausencia de gran parte de datos, sin embargo algunas veces existe vacío en
AUSENCIA	algunas bases de datos de variables como sexo y UPZ.
OPORTUNIDAD	La información tarda tiempo en sistematizarse y clasificarse.
SUFICIENCIA	La información es suficiente.
PROFUNDIDAD	La información tiene un nivel bueno de profundidad.
VALIDEZ	La información es válida.

Fuente: Equipo ASIS local. Puente Aranda. Hospital del Sur.

Entre las fuentes secundarias de información se contó con: censo de población según proyecciones del CENSO DANE año 2014, bases de mortalidad evitable suministrada por Secretaría Distrital de Salud (SDS) “series de datos” desde el año 2008 al 2014 con actualizaciones resientes, las bases de los diferentes subsistemas del área de Vigilancia en Salud Pública (VSP) depuradas al año 2014, bases del área de Vigilancia Sanitaria y Ambiental, el Registro Individual de Información en Salud (RIPS) años 2012 al 2014,, Encuesta Multipropósito de Bogotá años 2011 y 2014. Registro de las diez primeras causas de mortalidad general suministrado por la SDS de los años 2011 y 2012. Para el reporte de casos de suicidio consumado se reporta la información de Instituto Nacional de Medicina Legal siendo esta la fuente oficial de este dato. Al mismo tiempo se contó con fuentes primarias las cuales permitieron identificar y priorizar las tensiones en salud bajo la metodología BIT-PASE con actores institucionales como lo fue el equipo del área de Gestión de Programas y Políticas y el referente de GESA. Para esta actividad se realizó grupos focales que permitieron la construcción conjunta de cada una de las tensiones que se priorizaron en el documento

- Segundo momento: Metodología de análisis – síntesis: Para realizar la descripción de la situación en salud de los habitantes de Localidad de Puente Aranda se usaron indicadores demográficos como lo son: índice de envejecimiento, razón de dependencia, esperanza de vida, tasa bruta de natalidad, tasa general y global de fecundidad. Indicadores socioeconómicos como: Necesidades Básicas Insatisfechas, Índice de Calidad de Vida, Coeficiente de Gini, Índice de Pobreza Monetaria, Índice de Pobreza Multidimensional, Tasa de ocupación y Desempleo. Entre otras. E indicadores de salud, para este aparte los indicadores de salud se organizaron de acuerdo a las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021.



Para mortalidad y morbilidad se realizó un análisis descriptivo en donde se refiere población afectada en cantidades absolutas y relativas, distribución de proporciones y cálculo de tasas. Así mismo se utilizaron medidas de tendencia central como promedio y mediana. Adicionalmente se utilizaron métodos de análisis como lo son: estimación y ajuste de tasas, estimación de la carga de morbilidad mediante el uso de AVPP (años de vida potencialmente perdidos), diferencias absolutas o riesgo absoluto de tasas, diferencias relativas o riesgo relativo de tasas.

- **Tercer Momento: Salidas o exhumos** para la toma de decisiones, seguimiento a las intervenciones y divulgación: Para este punto se realiza la publicación del diagnóstico 2014 en la página web del Hospital para que pueda ser consultado por las diferentes personas e instituciones, adicionalmente se cuenta con una presentación la cual complementa el divulgación del diagnóstico. Así mismo se realizará divulgación del diagnóstico en los diferentes espacios institucionales e intersectoriales.

ANÁLISIS CUALITATIVO:

El análisis cualitativo de los datos se desarrolla a partir de Unidades de Análisis³ realizadas en lo local y territorial bajo el enfoque de los determinantes sociales de la salud, análisis espacial y cuantitativo. La recolección de información se realiza a través de técnicas de investigación de las ciencias sociales: historias de vida, grupo focal, cartografía social, análisis de casos, etnografía, investigación - acción y análisis de contenido entre algunos, que parten de la participación de la comunidad en los territorios, instituciones y actores que en su quehacer profesional conocen de manera profunda las problemáticas y necesidades de la localidad.

Tabla 2. Balance Información Cualitativa

PRESENCIA/AUSENCIA	Existe presencia importante de poblaciones diferenciales a través de Unidades de Análisis.
OPORTUNIDAD	La información es oportuna.
SUFICIENCIA	La información es suficiente.
PROFUNDIDAD	La información tiene un nivel bueno de profundidad.
VALIDEZ	La información es válida.

Fuente: Equipo ASIS local. Puente Aranda. Hospital del Sur.

³ Unidades de Análisis.



ANÁLISIS ESPACIAL:

La georreferenciación de eventos en salud y el análisis espacial busca identificar potencialidades y riesgos desde la mirada territorial. La propuesta de la epidemiología crítica cuestiona el paradigma dominante de la modernidad que impuso la comprensión de la ciudad como rectora, cosmopolita, avanzada y pujante, y lo rural como un mundo atrasado, local, más simple, y secundario; a la luz de los procesos históricos de aceleración, drástica pérdida de sustentabilidad y profunda inequidad urbanas (17).

Tabla 3. Balance información Geo-espacial

PRESENCIA/AUSENCIA	Ausencia de capas de información espacial para el análisis. Limitaciones con bases de datos, georreferenciación y otras variables.
OPORTUNIDAD	La información presenta demoras.
SUFICIENCIA	La información es suficiente.
PROFUNDIDAD	La información tiene un nivel bueno de profundidad.
VALIDEZ	La información es válida.

Fuente: Equipo ASIS local. Puente Aranda. Hospital del Sur.

PRELIMINAR



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital del Sur

1. CAPÍTULO I RELACIÓN POBLACIÓN, TERRITORIO, AMBIENTE Y SOCIEDAD

1.1. CONTEXTO HISTORICO

La Localidad de Puente Aranda, debe su nombre a la Hacienda de Aranda la cual hizo parte de los terrenos cenagosos del sur de la antigua Santafé. Ésta fue establecida por el oidor Francisco de Anunciba y quien llegó a la Nueva Granada en 1573. En la hacienda de Aranda acamparon Simón Bolívar y las tropas libertadoras en 1814 después de la Independencia y finales del siglo XIX e inicios del siglo XX (20).

En ese lugar se unían los ríos Chinúa y San Agustín, en donde en 1768 se construyó un pequeño puente y luego reconstruido con una mejor estructura, el cual se convirtió en el camino de Occidente para tomar hacia el río Magdalena y paso obligado de la salida de la ciudad por la zona de los humedales⁴ (20).

Luego se edificó un Camellón hacia el occidente que atravesó la Sabana, para facilitar a los viajeros el paso por el inmenso humedal de Aranda y crear así un canal de comunicación con Honda “Camellón de la Sabana”; siendo actualmente la calle 13. El Puente de Aranda existió hasta 1944, fecha en la cual se demolió para dar inicio a la construcción de la Avenida de las Américas⁴.

Con el desarrollo industrial de Santa Fe de Bogotá, la localidad comenzó a convertirse en la sede de una multitud de pequeñas empresas manufactureras que al lado del sector residencial fueron creciendo y ampliándose. Puente Aranda es considerada el centro de la actividad industrial de Bogotá y conexión con los cuatro puntos cardinales de la ciudad (21), adicionalmente presenta mezcla de dos espacios urbanos: una zona industrial y comercial y un sector residencial⁴.

Bajo la constitución de 1991 se dio a Bogotá carácter de Distrito Capital y por los acuerdos 2 y 6 de 1992 se constituyó la Localidad de Puente Aranda conservando sus límites y nomenclatura, administrada por el Alcalde Local y la Junta Administradora Local⁴.

⁴ Tomado de http://es.wikipedia.org/wiki/Puente_Aranda



1.2. DINÁMICA TERRITORIAL

Puente Aranda es la Localidad número 16 dentro de la división administrativa del Distrito Capital y se encuentra ubicada en el centro de la ciudad de Bogotá. Limita al norte con la Localidad de Teusaquillo; al sur con la Localidad de Tunjuelito; al oriente con las Localidades de Los Mártires y Antonio Nariño y al occidente con las Localidades de Fontibón y Kennedy.

Tabla 4. Distribución de UPZ en la localidad de Puente Aranda de acuerdo a las características Urbanas, área, población, No de Manzanas, Uso del Suelo y Cantidad de Barrios

NÚMERO	UPZ	EXTENSIÓN	No. MANZANAS	USO DEL SUELO	CANT. BARRIOS
40	Ciudad Montes	445,57(ha)	603	Residencial Consolidado ⁵	12
41	Muzú	252,82(ha)	485	Residencial Consolidado ⁵	8
43	San Rafael	329,31(ha)	379	Residencial Consolidado ⁵	10
108	Zona Industrial	346,95(ha)	220	Predominantemente ⁶ Industrial	8
111	Puente Aranda	356,44(ha)	120	Predominantemente ⁶ Industrial	6

Fuente: Geodatabase IDECA, 2013.

Su superficie es de 1.731 hectáreas (ha), y representa el 1% del área total de la ciudad, ocupando el octavo lugar y constituyéndose una de las localidades con menor superficie dentro del Distrito Capital. La totalidad del área se clasifica en suelo urbano.

El Territorio está conformado por 44 sectores catastrales, legalizados en su totalidad y agrupados en cinco UPZ reglamentadas, de las cuales tres son de tipo residencial consolidado (UPZ 40 Ciudad Montes, UPZ 41 Muzú, UPZ 43 San Rafael), y las otras dos se clasifican como predominantemente industriales (108 Zona Industrial y UPZ 111 Puente Aranda).

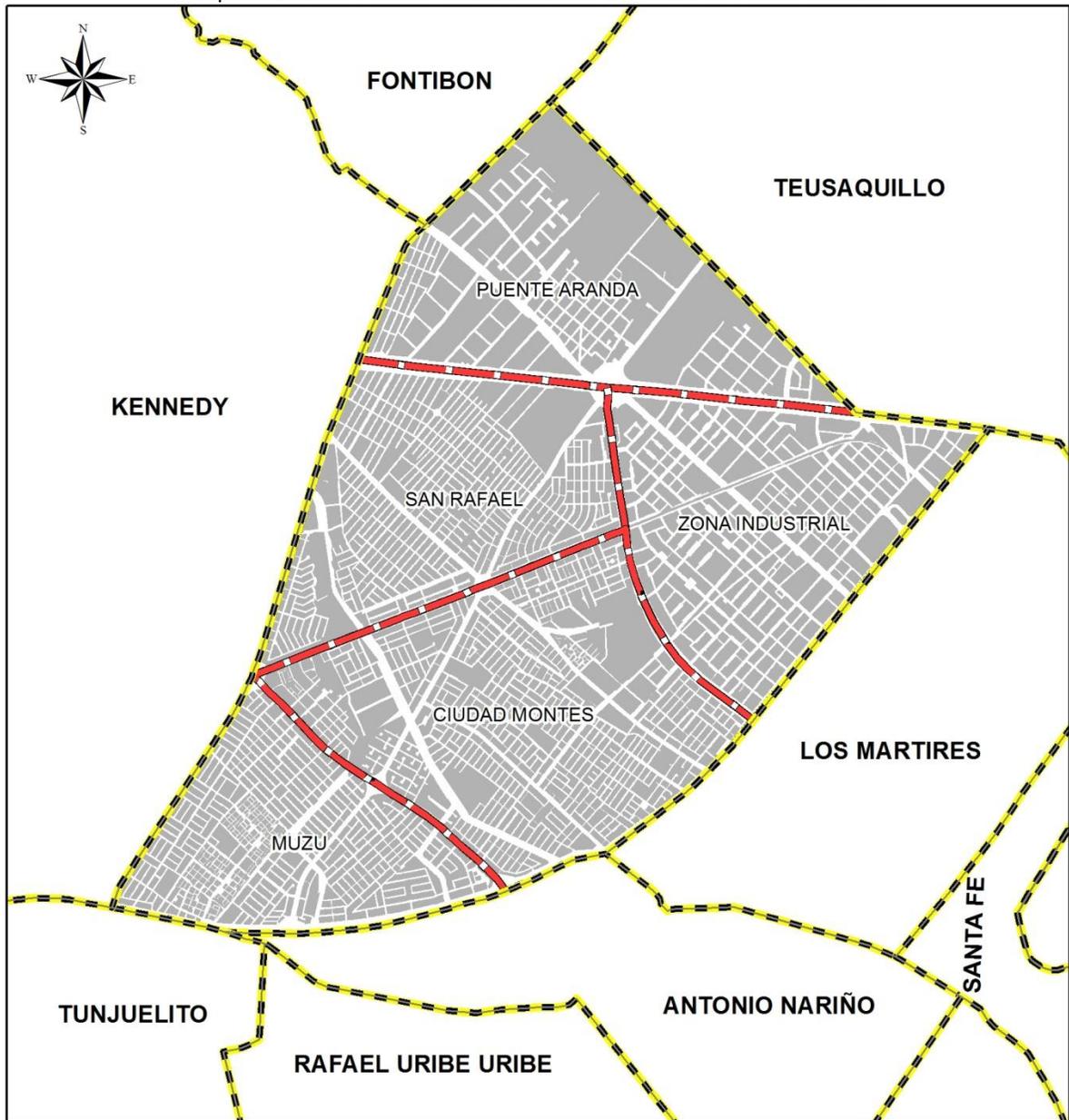
⁵ Corresponde en su gran mayoría a sectores donde se ubican barrios tradicionales de la ciudad, con tendencia a la densificación no planificada y al cambio de usos del suelo, donde el predominante es el residencial con presencia de familias de estratos medios.

⁶ Sectores con uso industrial predominante, en algunos casos mezclados con actividades comerciales y dotacionales.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital del Sur

Mapa 1. División Político – Administrativa. Localidad de Puente Aranda.



LEYENDA

Límites

-  Límites Localidades
-  Límite Unidades de Planeación
-  Manzana

1 centímetro en el mapa equivale a 474 metros sobre el terreno



Equipo ASIS
Análisis de Situación de Salud
2014

Fuente: Equipo ASIS. Hospital del Sur, 2015



1.2.1. UPZ Ciudad Montes:

Se ubica en el costado sur de Puente Aranda, su extensión representa el 26% del total del área de las UPZ de la localidad. Se estima una presencia de 16.093 viviendas y 24.756 hogares con un aproximado de 4 integrantes en cada uno. El estrato que predomina es el tres y la cobertura de servicios públicos es total. Se caracteriza por ser un área densamente poblada y residencial con sectores de actividad económica en la vivienda y zonas delimitadas de comercio y servicios. El crecimiento del uso industrial ha afectado las zonas de vivienda por el impacto urbano y ambiental ya que altera las características iniciales de los barrios.

Entre las características de las condiciones de vivienda se encuentra que estas son grandes, cuentan con terrazas, patios de ropa, sala comedor, cocina, baños, zonas de jardines, algunas con balcones, garajes, enrejadas, con buena iluminación, la gran mayoría de personas viven de su pensión.

Por la UPZ pasan las quebradas Fucha, San Agustín, La Albina y Seco. El río Fucha es un canal receptor de aguas negras y emana olores que perjudica el bienestar de la comunidad aledaña. Por otro lado, se reconocen 6 parques (Ciudad Montes, Veraguas, El Jazmín, Milenta, Tejar y San Eusebio), por lo anterior, se considera como una UPZ con alta riqueza ecológica.

1.2.2. UPZ Muzú:

Se localiza al suroccidente de la localidad, su extensión equivale al 14,6% del total del área de las UPZ. Se estima la presencia de 10.248 viviendas y 16.534 hogares con un promedio de 4 integrantes cada uno. Predomina el estrato 3. Se caracteriza por ser un área densamente poblada. La cobertura de servicios públicos es total. Sobre la autopista Sur, existe una importante actividad empresarial e industrial generadora de empleo y que adicionalmente conecta a la ciudad de Bogotá con la región.

Muzú tiene como principal uso la vivienda, aunque también existen actividades comerciales e industriales en pequeña escala concentradas en vías principales. Pasan dos canales; Río Seco y La Albina. Ante la cantidad de población actual no cuenta con suficientes parques y zonas verdes.

1.2.3. UPZ San Rafael

Está ubicada en el costado oriental de Puente Aranda, su extensión equivale al 19,2% del total del área de las UPZ de la localidad. Cuenta con aproximadamente 12.304 viviendas y 21.914 hogares con 4 integrantes cada uno. La estratificación



es 3 y el cubrimiento de servicios públicos es total. Se caracteriza por ser un centro industrial importante de la ciudad, siendo una fortaleza en las actividades económicas y la generación de empleo, sin embargo su principal uso es la vivienda, la industrial se encuentra en la Avenida de Las Américas. Esta UPZ se beneficia del Río Fucha y el Canal de los Comuneros. Es una zona con buena accesibilidad por la ubicación de vías principales.

1.2.4. UPZ Puente Aranda

Se localiza en el costado norte de Puente Aranda, su extensión equivale al 20,3% del total del área de las UPZ de la localidad. El uso del suelo es predominante industrial con casi el 70 % destinado a dicha actividad, el 20 % al comercio metal mecánica y el 10 % residencial. Se identifica un alto volumen de población flotante, mientras que la población residente está dedicada al reciclaje recibiendo ingresos inestables.

1.2.5. UPZ Zona Industrial

Se ubica al oriente de Puente Aranda, con una extensión de 346,95 hectáreas, equivalentes al 20,3% del total del área de la localidad. A nivel espacial cuenta con una zona comercial: San Andresito 38 y zona de outlets, así como una zona industrial en donde se identifica principalmente producción alimenticia y de aceites industriales, elaboración de vidrios, manufacturas metalmecánicas y actividades de reciclaje. Finalmente presenta equipamientos de seguridad que generan una percepción en este sentido.

1.3. DINAMICA SOCIO-DEMOGRÁFICA

1.3.1. Dinámica Poblacional

De acuerdo a las proyecciones del Censo DANE 2005, para el año 2014 Puente Aranda cuenta con una población total de 258,154 habitantes, 51% mujeres y 49% hombres. El índice de masculinidad general es de 96 (por cada 100 mujeres hay 96 hombres). Por etapa de ciclo vital la mayor representación de mujeres está en adulto y adulto mayor con un índice de masculinidad de 92 y 78 respectivamente, por el contrario en infancia, juventud y adolescencia la proporción de hombres es mayor con un índice de masculinidad de 109, 107 y 105 respectivamente.

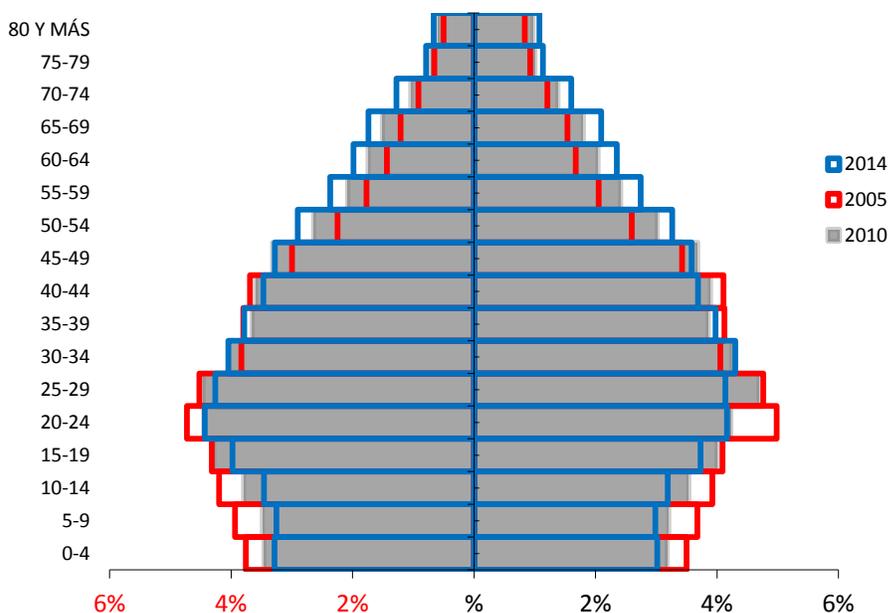
La densidad poblacional es de 149,7 habitantes por hectárea, siendo la novena localidad más densa en Bogotá. Por UPZ Ciudad Montes es la de mayor extensión en área y concentración poblacional (244,2 hab/ ha), condensando el 42% de la



población local, seguida por San Rafael que agrupa el 29,1% de los habitantes, Muzú con el 21,1%, Puente Aranda 6,4% y Zona Industrial con el 1,6%.

La pirámide poblacional Local, muestra un proceso de envejecimiento caracterizado por una reducción de la base al igual que de las zonas medias, pero un ensanchamiento en su pico evidenciando un comportamiento regresivo, con un aumento en la población que se encuentra en el ciclo vital adultez y vejez y una disminución de la población en infancia, adolescencia y juventud. Esto se explica al encontrar que el crecimiento total de la población local tan solo ha sido del 0,4% entre el año 2005 y el 2014, así mismo durante este periodo se ha encontrado que entre el año 2005 y 2010 se presentó un incremento casi imperceptible del 0,6%, pero entre el 2010 y el 2014 el comportamiento disminuyó un 0,2%. Para el año 2015 se estima un incremento del 0,1% con respecto al 2014.

Gráfica 1. Pirámide Poblacional. Puente Aranda. Año 2005-2010-2014



Fuente: Proyecciones Censo de población 2005-2015, según grupos de edad y por sexo por UPZ DANE- Secretaría Distrital de Planeación SDP: Convenio específico de cooperación técnica No 096-2007.

Durante los últimos diez años (periodo 2005-2014) la población menor de 15 años disminuyó pasando de representar el 23% a 19,2%, mientras que la población de adultos y adultos mayores aumento de 38,7% a 41,4% y de 10,9% a 14,7% respectivamente. Por su parte, la población potencialmente activa (15-64 años), paso del 69,2% al 70,4% lo que evidencia una ampliación casi imperceptible en las edades medias y más productivas. Por otro lado, se estima que la edad media en



el año 2010 fue de 30,6 años situación que aumentó frente al año 2005 en el que era de 29 años, pero inferior a la del 2015 que será de 32,6 años (22). Con respecto al 2015 la situación continuará profundizándose ya que la población menor de 15 años pasará de 19,2% (2014) a 18,9% (2015). Y la población activa vivirá un estancamiento ya que seguirá representando el 70,4%.

1.3.2. Índice de Envejecimiento⁷

El índice de envejecimiento local es de 54, indicando que por cada 100 personas menores de 15 años hay 54 mayores de 65 años. Específicamente para el sexo masculino es de 31,9 y para el femenino de 64,3, esto muestra una alta proporción de población envejecida; la cantidad de mujeres mayores de 65 años corresponde a más de la mitad de los habitantes menores 15 años. A través del tiempo se observa un incremento del índice pasando de 35 en 2005 a 54 en 2013, este comportamiento continuará aumentando ya que para el 2015 será de 57.

1.3.3. Razón de Dependencia⁸

El índice de dependencia local general para el 2014 es de 42,0 es decir que por cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 42,0 económicamente activas. Específicamente el índice de dependencia infantil y el de vejez es de 27,2 y 14,7 por cada 100 personas económicamente activas respectivamente. Estos valores reflejan una mayor proporción de población joven dependiente de aquella económicamente activa en comparación con la población mayor de 65 años.

1.3.4. Esperanza de Vida⁹

La esperanza de vida local se estima en 76,7 para el quinquenio 2010 -2015; 79,9 años para mujeres y 73,7 para hombres, este comportamiento aumentará siempre y cuando se mantenga la tendencia de mortalidad (22).

1.3.5. Tasa Bruta de Natalidad, Tasa General y Global de Fecundidad.

La tasa bruta local de natalidad para el año 2014 fue de 12,1 por cada 1.000 habitantes, lo que indica un descenso de 3 nacimientos por cada 1.000 habitantes con respecto al 2005 (14,8). Por otro lado, el número de nacidos vivos por cada 1.000 mujeres entre los 15 y 49 años es de 44,2, reportando un aumento frente al

⁷ El índice de envejecimiento es la relación entre la cantidad de personas adultas mayores de 65 años y la cantidad de niños y jóvenes menores de 15 años.

⁸ La razón de dependencia es la relación entre las personas en edad en que no deben trabajar (menores de 15 y mayores de 64 años) y las personas en edad "económicamente productiva" (de 15 a 64 años).

⁹ La esperanza de vida es el número medio de años que una persona puede prever que vivirá si se mantienen en el futuro las tasas de mortalidad por edad del momento en la población.



año anterior (34,2). Al comparar la tasa general de fecundidad de Puente Aranda (44,0) con Bogotá (56,8), la local se encuentra por debajo. El número promedio de niños por mujer es de 1,6, tendencia que ha venido disminuyendo ligeramente desde el 2008. La edad media de la maternidad presenta un comportamiento estable con respecto a los años anteriores, reportando 27,6 años.

Tabla 5. Resumen Indicadores Demográficos. Puente Aranda 2014

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	PUENTE ARANDA	
TASA BRUTA DE NATALIDAD	Nacimientos/1.000 Habitantes.	12,1	
TASA GENERAL DE FECUNDIDAD	Nacimientos/ 1.000 mujeres entre 15 a 49 años	44,0	
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD	No hijos promedio que tendría una mujer	1,6	
RAZÓN DE MASCULINIDAD	Razón Hombres/Mujeres		
0-4		108,8	
5-9		109,0	
10-14		108,5	
15-19		106,7	
20-24		106,4	
25-29		103,0	
30-34		94,1	
35-39		95,2	
40-44		94,1	
45-49		91,5	
50-54		89,0	
55-59		86,3	
60-64		84,5	
65-69		83,0	
70-74		79,6	
75-79		69,5	
80 +		61,8	
TOTAL		96,0	
ESPERANZA DE VIDA AL NACER	Años	MUJERES	HOMBRES
		79,9	73,7
EDAD MEDIA DE LA MATERNIDAD	Años	27,6	
RAZÓN DE DEPENDENCIA	Razón Población Dependiente/Productiva	42,0	

Fuente: Proyecciones Censo de población 2005-2015, según grupos de edad y por sexo por UPZ DANE-Secretaría Distrital de Planeación SDP: Convenio específico de cooperación técnica No 096-2007 y Base Nacido Vivo DANE -RUAF-Sistema de Estadísticas Vitales SDS-datos preliminares



1.4. DINÁMICA SOCIO-ECONÓMICA

Para el análisis de la situación socioeconómica de la población, se tendrá en cuenta varios indicadores que permiten su medición, comparación y evaluación de variables respecto a las condiciones de vida de los residentes de la localidad.

1.4.1. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)

La metodología de NBI busca determinar, si las necesidades básicas de la población se encuentran cubiertas. Los grupos que no cubran una de las cinco variables se clasifican en pobreza y si no cubre al menos dos se clasifica en miseria. Los indicadores son: viviendas inadecuadas, viviendas con hacinamiento crítico, viviendas con servicios inadecuados, viviendas con alta dependencia económica y viviendas con niños en edad escolar con que no asisten a la escuela.

En la localidad de Puente Aranda, para el año 2014 el 2,5% de los habitantes presenta una necesidad básica insatisfecha clasificándose como pobre, sin embargo la cifra se redujo con respecto al año 2011 en un 0,9%. El 0,2% presenta al menos dos necesidades básicas insatisfechas considerándose en miseria, sin embargo, la cifra aumenta con respecto al 2011 en un 0,1%.

El comportamiento por variable y en los años comparados (2011-2014) indica que la vivienda inadecuada se mantuvo en 0,1, al igual que los servicios inadecuados en 0,3. El hacinamiento crítico se redujo de 1,4 a 0,4 y la alta dependencia económica de 1,4 a 1,3. Sin embargo, la inasistencia escolar de niños entre 7 y 11 años aumentó de 0,3 a 0,6.

Al comparar la cifra Local (2,5%) con la Distrital (4,2%) Puente Aranda se encuentra por debajo, siendo el cuarto más bajo con NBI compartiendo lugar con Barrios Unidos y encontrándose 2 puntos porcentuales por encima de la localidad que presenta el índice más bajo (0,5% Teusaquillo). En cuanto a miseria, Puente Aranda presenta la misma cifra que la ciudad capital (0,2) (23).

1.4.2. Índice de Calidad de Vida (ICV)

El Índice de Condiciones de Vida (ICV) es un indicador estándar de vida que combina variables de acumulación de bienes físicos, medido a través de las características de la vivienda y acceso a los servicios públicos domiciliarios, el capital humano presente y potencial, dado por la educación del jefe del hogar y de los mayores de 12 años, así como el acceso de niños y jóvenes a los servicios escolares; finalmente, con las variables de la composición del hogar como son el



hacinamiento y proporción de niños menores de 6 años en los hogares. Las anteriores variables permiten apreciar qué tan bien o mal viven las personas de una zona geográfica, resumido en un número que varía entre 0 y 100 puntos. A mayor puntaje, las condiciones de vida son mejores para la población analizada.

El ICV para la localidad de Puente Aranda se sostuvo en 93,6 para el año 2014, 1,6% por encima del Distrital. La variable Acumulación de Capital Humano se mantuvo en 27,3; el Capital Social Básico pasó de 35 en 2011 a 34,7 en 2014; la Acumulación Colectiva de Bienes pasó de 18,5 a 18,9 en el mismo periodo comparativo y finalmente, la Acumulación Individual de Bienes Materiales aumentó levemente de 12,7 en 2011 a 12,8 en 2014.

1.4.3. Coeficiente de Gini¹⁰

El índice de Gini mide hasta qué punto la distribución del ingreso (o, en algunos casos, el gasto de consumo) entre individuos u hogares dentro de una economía se aleja de una distribución perfectamente equitativa. Un índice de Gini de 0 representa una equidad perfecta, mientras que un índice de 100 representa una inequidad perfecta.

De acuerdo a la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011, se ha evidenciado un crecimiento en el Coeficiente de Gini en Puente Aranda, ya que en el 2003 era de 0,398 y para el 2011 de 0,424, lo que indica un aumento en la desigualdad, que puede ser generada por las condiciones estructurales y socioeconómicas de transición, como por el proceso de desarrollo en la industria. En año 2011 las localidades con menor desigualdad fueron Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Bosa y Usme, que se caracterizan albergar poblaciones con los ingresos más bajos de Bogotá (24).

1.4.4. Índice de Pobreza Monetaria:

Para la medición de la pobreza monetaria se requieren dos elementos: el valor de las líneas de pobreza y el ingreso per-cápita de los hogares. La línea de indigencia corresponde al valor de una canasta básica de alimentos y la de pobreza al valor de una canasta que incluye además de alimentos otros bienes básicos. Esta medición consiste en determinar cuántos hogares carecen de ingresos suficientes para comprar dichas canastas.

¹⁰ El coeficiente de Gini es una medida de la desigualdad ideada de tipo estadístico que normalmente se utiliza para medir la desigualdad en los ingresos.



Según la Encuesta Multipropósito 2014, en Puente Aranda el 12,5% de los hogares se encuentran por debajo de la línea de pobreza monetaria y el 5,8% por debajo de la línea de pobreza monetaria extrema. En comparación con la cifra Distrital Puente Aranda se encuentra por debajo en un 3,3% de la línea de pobreza y por encima de la pobreza extrema en un 1,7%. En Bogotá, las localidades que presentan marcadas diferencias son Ciudad Bolívar y Usme con un 29% y en contraposición Teusaquillo con un 4,3%.

1.4.5. Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)

El índice de pobreza multidimensional refleja las carencias o privaciones en las condiciones básicas que requieren los hogares para alcanzar el bienestar. Un hogar es considerado en pobreza multidimensional si presenta carencia o privación de varios aspectos simultáneamente. Las dimensiones que se consideran son: condiciones educativas, condiciones de la niñez y la juventud, condiciones de trabajo, condiciones de salud y condiciones de la vivienda y servicios públicos.

Según los resultados de la EMB 2011 para la localidad, la incidencia o proporción de hogares pobres multidimensionales disminuyó al pasar de 15,1% en 2007 a 7,2% en 2011. Adicionalmente, la intensidad pasó de 24,1% en 2007 a 24,6% en 2011, indicando que en promedio los hogares de la localidad padecen más privaciones. Como resultado de la combinación del comportamiento de estos dos factores (incidencia e intensidad) el IPM disminuyó de 3,6% en el año 2007 a 1,8% en el año 2011 (20). De acuerdo a las dimensiones evaluadas la más crítica es: trabajo con el 61,7 seguida de condiciones de la niñez y juventud 25,1, condiciones educativas 19,5, salud 16,8 y acceso a servicios públicos 1,8 (25). Al comparar el IPM de Puente Aranda (1,8%) con Bogotá (3,2%) este se encuentra por debajo, por localidades la que tiene menos carencias o privaciones es Teusaquillo (0,4%) y la localidad que más presenta es Usme (6,4%) (25).

1.4.6. Tasa de Ocupación y de Desempleo

Expresa el nivel de desocupación en la población económicamente activa. Se calcula con la población de 15 años y más que no está trabajando y busca trabajo dividido por la población económicamente activa de 15 años y más.

La pobreza oculta en Puente Aranda se hace visible como fenómeno de las clases medias urbanas por pérdida de poder adquisitivo y de empleo, reflejando pérdida en la calidad de vida (26). La tasa de ocupación de Puente Aranda es muy baja en



comparación con las demás localidades; 55,3 seguida por Ciudad Bolívar y San Cristóbal con tasas de 54,7 y 53,5, pese a la situación actual se ha tenido un incremento desde el año 2007 la cual se encontraba en 48,7. Las actividades industriales y comerciales no logran ofertar ingresos a la población de la Localidad; elementos mencionados como la flexibilización laboral, pobreza oculta y pobreza por ingresos, son variables a aunar en este indicador (24).

1.4.7. Nivel de Ingreso

El ingreso del hogar se define como la suma de los ingresos de todos sus miembros y los que se captan de manera conjunta, tanto en efectivo como en especie. El ingreso total es igual a la suma de los ingresos formados por: (a) los sueldos y salarios en dinero y especie, las contribuciones de los empleadores a la seguridad social y a planes similares (cajas de pensiones, seguros de enfermedad, etc.), y la renta empresarial bruta de sociedades no incorporadas, (b) la renta de la propiedad (constituida por la renta imputada de los ocupantes de sus propias viviendas, intereses, dividendos, rentas, regalías, patentes, derechos de autor, y otros similares), y (c) las transferencias corrientes y otros beneficios recibidos que incluyen los ingresos de beneficios de la seguridad social, pensiones y beneficios de seguros de vida y otras transferencias corrientes.

Al deducir de este ingreso total los impuestos directos y contribuciones a la seguridad social y fondo de pensiones (gastos obligatorios) se obtiene el *ingreso total disponible del hogar*. Disponible para el consumo final (en efectivo y en especie), otros gastos (de no consumo) no obligatorios y para el ahorro.

El 16,3% de los habitantes de la Localidad de acuerdo a su percepción refieren que los ingresos no alcanzan a cubrir los gastos mínimos, cifra inferior a la reportada en Bogotá (18,6%). Por otro lado el 57,1% manifestó que apenas los ingresos alcanzan para cubrir los gastos mínimos, valor más alto que el Distrital (56,5%). Finalmente, el 26,6% percibe que los ingresos del hogar cubren más que los gastos mínimos, proporción más alta que Bogotá (24,9%) (24). Por otro lado, el 10% de los hogares son pobres por ingresos (reciben menos de \$177.562 mensual), situación que se encuentra por debajo de la Distrital (17,3%) ocupando el sexto lugar entre las localidades de Bogotá (24).



1.4.8. Nivel de Endeudamiento

En el Informe Especial de Estabilidad Financiera año 2012 del Banco de la República, refiere que los indicadores financieros de los hogares deben estar enfocados a evaluar la capacidad que estos tienen para cumplir con las obligaciones que han adquirido con el sistema financiero, teniendo en consideración: i) disponibilidad de recursos en un período específico para el servicio de la deuda y ii) monto de la deuda. Para alcanzar este objetivo se construyeron tres indicadores, el primero es de carga financiera tradicional (CFI), que busca cuantificar el porcentaje del ingreso que se destina para el servicio a la deuda. Los otros dos indicadores buscan medir el nivel de endeudamiento con respecto al ingreso anual (CDI) y la riqueza (CDR). (27)

Este indicador financiero no se encuentra disponible a nivel local, únicamente a nivel distrital. Los resultados del CFI y el CDI para Bogotá muestran que, durante el primer semestre de 2012, la carga financiera y el endeudamiento de los hogares presentaron una ligera disminución como resultado de un mayor crecimiento del ingreso de los hogares con respecto a su deuda. De esta manera, el servicio a la deuda se ubicó en 19,0% de los ingresos en junio de 2012, cifra que es 1,6 inferior a la registrada en 2011 (20,6%). En relación con el nivel de endeudamiento, el CDI disminuyó, al pasar de 35,9% en 2011 a 34,0% en junio del año en curso. Vale la pena resaltar que este indicador es considerablemente superior al observado para el total nacional. Este hecho, combinado con los niveles del CFI, sugiere que los hogares de la capital están más endeudados y difieren sus créditos durante un plazo más largo, lo que aumenta el riesgo para el sistema financiero. (27)

1.4.9. Condiciones de Vivienda

Se considera Vivienda un espacio independiente y separado con áreas de uso exclusivo, habitado o destinado a ser habitado por una o más personas. Las más comunes son las casas, apartamentos y la tipo cuarto. Sin embargo también hay otros tipos como ocupadas con personas presentes, ocupadas con todas las personas ausentes y desocupadas. Se tiene en cuenta el material de las paredes, pisos, la forma de eliminar las basuras, disponibilidad de servicios, entre otros.

En cuanto a la proporción de las viviendas tipo apartamento, para Puente Aranda la cifra aumentó de 55,1 en 2011 a 64,7 en 2014. La proporción de viviendas con problemas de humedad en paredes, pisos o techos se redujo de 35,5 a 18,3 y la proporción de viviendas con problemas de inseguridad se redujo de 72,3 a 61,8.



En el déficit de vivienda, se miden las necesidades y condiciones habitacionales de los hogares a partir de variables cuantitativas y cualitativas. En las variables cuantitativas se evalúa la estructura es decir si se construyó con materiales inestables, la cohabitación que se refiere a hogares secundarios con más de dos miembros que habitan en la misma vivienda y el hacinamiento no mitigable cuando habitan cuatro o más personas por cuarto; por su parte la variable cualitativa evalúa la estructura es decir viviendas con pisos inadecuados, hacinamiento mitigable y servicios públicos que se refiere a hogares que no cuenten con al menos de alguno de los siguientes servicios: acueducto, energía eléctrica, sanitario y recolección de basuras. Con respecto al déficit cuantitativo se observa que se redujo de 4,2 en el año 2011 a 1,3 en el 2014.

1.4.10. Cobertura en Servicios Públicos

Según la Cartilla de Conceptos Básicos e Indicadores Demográficos del DANE 2007, se considera la disponibilidad de los siguientes servicios públicos como característica de las viviendas censadas:

- “Acueducto: Servicio público domiciliario de agua por tubería u otro ducto que está conectado a una red y cuyo suministro es relativamente permanente. Este servicio debe estar dado por una empresa especializada. Si la conexión del servicio está hecha de forma ilegal se considera que la vivienda tiene acueducto. No se considera que la vivienda tiene acueducto cuando en forma particular se haya construido un sistema de conducción por medio de cañas, guaduas, o mangueras desde un río, pozo o desde otra vivienda.
- Gas Natural: Servicio público domiciliario de gas natural proveniente de una red exterior. No es el caso de las pipetas de gas propano.
- Alcantarillado: Servicio público domiciliario de eliminación de excretas (materias fecales y orines) y aguas servidas (agua del lavaplatos, etc.) mediante un sistema de desagüe por tuberías, prestado por una empresa especializada.
- Energía Eléctrica: Energía eléctrica suministrada por una empresa especializada de servicios público domiciliario.” (28)

La Localidad de Puente Aranda presenta una leve reducción de cobertura en servicios públicos en el 2014, excepto en gas natural. En acueducto y alcantarillado se observa que en el 2011 se redujo de 99,9% a 99,6% en el 2014. En cuanto a recolección de basuras pasó de 100% a 99,6% y la energía eléctrica pasó de 99,1% a 99,6%; sin embargo la cobertura de gas natural aumentó de 92,5% a 95,8%.



En cuanto a los gastos promedio de los hogares en servicios públicos, Puente Aranda fue la localidad que más incrementó sus gastos en un 36%, seguido por Bosa y Suba con 30,8% y 30,4% respectivamente, y las localidades que menos gastaron fueron Mártires en un 19,2%, Teusaquillo en un 10,7% y Fontibón en un 2,6%. Por su parte, la localidad que gastó más dinero fue Chapinero de \$228.000 en 2011 a \$248.000 en 2014 y la que menos dinero gastó fue Ciudad Bolívar que pasó de gastar en 2011 \$82.400 a \$87.400 en 2014. Puente Aranda pasó de gastar en 2011 \$138.500 a \$189.000 en 2014. En cuanto a la cobertura de servicio de telefonía fija, la cobertura se redujo al pasar de 73,3% en 2011 a 63,2% en 2014. Sin embargo, en el mismo periodo de comparación, el servicio de internet aumentó de 45,3% a 64%.

1.4.11. Cobertura en Educación

La Tasa de Cobertura Bruta (TCB) relaciona el total de la población matriculada con respecto a la población en edad escolar. Según la caracterización del Sector Educativo año 2013 en la localidad, el promedio de escolaridad para personas de 5 años o más fue de 10,1 años en 2011. Así mismo, se cuenta con una tasa de analfabetismo del 0,8% (hombres 0,5%, mujeres 1,0%). Comparado con Bogotá (1,6%) la tasa está 0,8 puntos porcentuales por debajo (29)

Entre el año 2009 y el 2013, la tasa de cobertura bruta local disminuyó, al pasar de 111,3% en 2009 a 109,8% en 2013. Por nivel de escolaridad, preescolar y primaria presentan un comportamiento variable durante el período, secundaria crece hasta el 2012 y decrece en 2013. La educación media crece hasta 2011 y decrece en 2012 y 2013. (29)

Con respecto a la educación superior, la Encuesta Distrital de Demografía y Salud 2011, indica que en la localidad el 36,5% de hombres y el 35,8% de mujeres cuenta con estudios de educación superior. En comparación con la cobertura de educación Distrital, para el nivel preescolar se presenta una de las más altas tasas de cobertura con un 101,2%, aun así por debajo de las localidades de Candelaria (203,4%), Tunjuelito (132%), Teusaquillo (114%) y Los Mártires (109,7%). Para primaria y secundaria la tasa de cobertura fue de 111,7% y 118,8% respectivamente.

En el nivel de educación media la tasa disminuye con relación al año 2011 en 4,9 puntos porcentuales encontrándose para el 2012 en 97,9%, por encima del porcentaje Distrital. Se puede evidenciar una disminución en las tasas de cobertura a medida que aumenta los niveles, lo que podría significar que hay



menos instituciones educativas en los niveles de educación media en la localidad (30). En el 2013 la demanda educativa oficial de la localidad fue de 27.787 cupos escolares frente a 32.2903 del año anterior. Este resultado significó una tasa de crecimiento negativa de 16,2%. Por su parte, la demanda educativa representó 2,9% del total de la ciudad. Por grados la mayor demanda de cupos está concentrada de sexto (6º) a octavo (8º) de bachillerato. Por el contrario, el grado en el que menor número de cupos se demanda es aceleración.

El número de colegios de la localidad asciende a 15 distritales que cuentan con 31 sedes en 2013. Así mismo, la oferta educativa fue 31.094 cupos en colegios oficiales distritales. Esto quiere decir que no existen colegios en concesión ni en contrato en la localidad. Según la Encuesta Multipropósito 2014, el 97,6% de las personas de 15 años y más en Puente Aranda sabe leer y escribir, sin variar la cifra desde el 2011. Por otra parte, el porcentaje de personas de 5 años y más que asiste a un establecimiento educativo se redujo al pasar de 32,1 en el 2011 a 28,6 en el 2014. El grupo de personas de 5 a 11 años que estudia se redujo de 99,4% al 97,5%, al igual que los de 12 a 15 años pasando de 99,1% a 94,2%. El grupo de personas que estudian de 16 a 17 años aumentó de 84,7% a 89,5%, al igual que el de 18 a 25 pasó de 49,8% a 52,1% y finalmente el grupo de 26 años y más se redujo de 7,8% a 5%.

1.4.12. Sistema de Salud

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollan para proporcionar cobertura a todos los problemas que afecten la salud y la economía.

Según la Encuesta Distrital de Demografía y Salud 2011, la población afiliada a las EPS del sistema contributivo constituye el 74,1%, las subsidiadas tienen el 10,3% y en el régimen especial está el otro 5,5%. No está afiliado el 9,6% lo que dificulta garantizar los servicios de salud a toda la población. Es importante destacar que Puente Aranda es una de las 20 localidades de Bogotá con menor cantidad de afiliados al régimen subsidiado.

Por su parte, en la Encuesta Multipropósito 2014, se indica que Puente Aranda se redujo el número de afiliados pasando de 91,6% en el 2011 a 89,6% en el 2014, aumentando así en número de no afiliados de 8,1 a 9,0. Se considera alto el número de personas que no sabe o no informa, pasando de 0,3% en el 2011 a



1,4% e 2014. En cuanto al régimen de afiliación, el régimen contributivo aumentó del 81,8% en el 2011 al 83,6% en el 2014. El régimen especial se redujo de 3,9% al 2,6% y el régimen subsidiado se redujo del 13,8% al 13,3%. El 0,5% no sabe o no informa en los dos años de comparación.

1.4.13. Movilidad Forzada

Con corte al 30 de noviembre de 2014 la Alta Consejería para los derechos de las víctimas, la paz y la reconciliación ha caracterizado un total de 126.643 personas víctimas del conflicto armado a nivel distrital, donde para la Localidad de Puente Aranda presenta un registro así: Para el año 2012 se caracterizaron 847 personas, para el año 2013 se caracterizaron 553 personas y para el año 2014 se caracterizaron 269 personas siendo este un total de 1669 personas víctimas de conflicto armado. Para el año 2014 se hizo la identificación y/o caracterización de familias que habitarán en el 2015 la Localidad de Puente Aranda por el proyecto de vivienda Plaza de la Hoja. (31)

Según datos suministrados por el Gobierno Nacional y las Cajas de Compensación Familiar, estas familias quedarán ubicadas en el Barrio Cundinamarca y se identificó que la mayor parte de la población es perteneciente al ciclo vital adultez, el 65% del total de los cabezas de hogar son mujeres y con relación a las ocupaciones de los diferentes jefes de hogar que han sido caracterizados se observa que se encuentra en primer lugar los oficios de servicios generales, seguido el trabajo de ventas, construcción y oficios varios representando el 26% del total de la población caracterizada. De igual forma se identificó que otras actividades que realizan son de tipo agrícola, aseo, mecánica automotriz, carpinteros y personas vinculadas como guardas de seguridad. (31)

1.5. DINAMICA FISICA Y AMBIENTAL

Puente Aranda no tiene en el territorio que administra riesgo u amenazas de tipo físico o natural, sin embargo, se debe aclarar que se descarta información de la microzonificación sísmica ya que no se tiene documentación sobre los análisis hechos en cuanto a propagación de las ondas sísmicas y la resistencia del material o tipo del suelo del cual se compone este sector de Bogotá. Cuenta con cuatro cuerpos hídricos, el principal es el Río Fucha y sus afluentes son el canal Río Seco, La Albina, Los Comuneros y San Francisco, debido a la altimetría y a la intervención de canalización de los cuerpos de agua, no se tiene desaguaderos, o zonas de acumulación de aguas, que puedan generar algún tipo de amenaza por inundación.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital del Sur

Es por ello que se considera amenaza las provenientes de intervenciones antrópicas, tales como, la contaminación de fuentes hídricas por la alta concentración industrial; la contaminación atmosférica por gases industriales o vehiculares, que aumentan la emanación de gases contaminantes en altas cantidades, y perjudican las condiciones de salud de la población que habita la localidad y localidades vecinas, con gases como el CO₂, PM₁₀, entre otros; y finalmente las amenazas químicas, tales como fugas de gases hacia fuentes hídricas, o emanación de gases tóxicos en zonas residenciales o de alta concurrencia poblacional.

Según la medición del indicador de calidad del agua realizando por la Secretaría Distrital de Ambiente, los resultados muestran que el tramo alto del Rio Fucha tiene una excelente calidad del agua, situación que cambia en el tramo bajo ya que la calidad del agua baja por los vertimientos, la disposición inadecuada de residuos sólidos y por las aguas residuales. Específicamente en la localidad de Puente Aranda pasa el tramo II del Rio Fucha, identificándose que la calidad del agua es pobre, lo que indica que esta no cumple con los objetivos de calidad, y que la mayoría de veces su calidad se encuentra amenazada o afectada; en general el agua esta apartada de las condiciones deseables.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital del Sur

Mapa 2. Amenazas e impacto industrial en la localidad de Puente Aranda



LEYENDA

- Cuerpo de agua
 - Río
 - Embalse
 - Canal
 - Humedal
 - Laguna

- Límites**
 - Límites
 - Manzana
 - Zona Industrial

- Curvas de Nivel**
 - 2564 - 2568
 - 2548 - 2551
 - 2552 - 2555
 - 2556 - 2559
 - 2560 - 2563

- Amenaza por Contaminación (PM10)**
 - Medio
 - Alto
 - Muy Alto

1 centímetro en el mapa equivale a 474 metros sobre el terreno
 0 0,375 0,75 1,5 2,25 3 Km

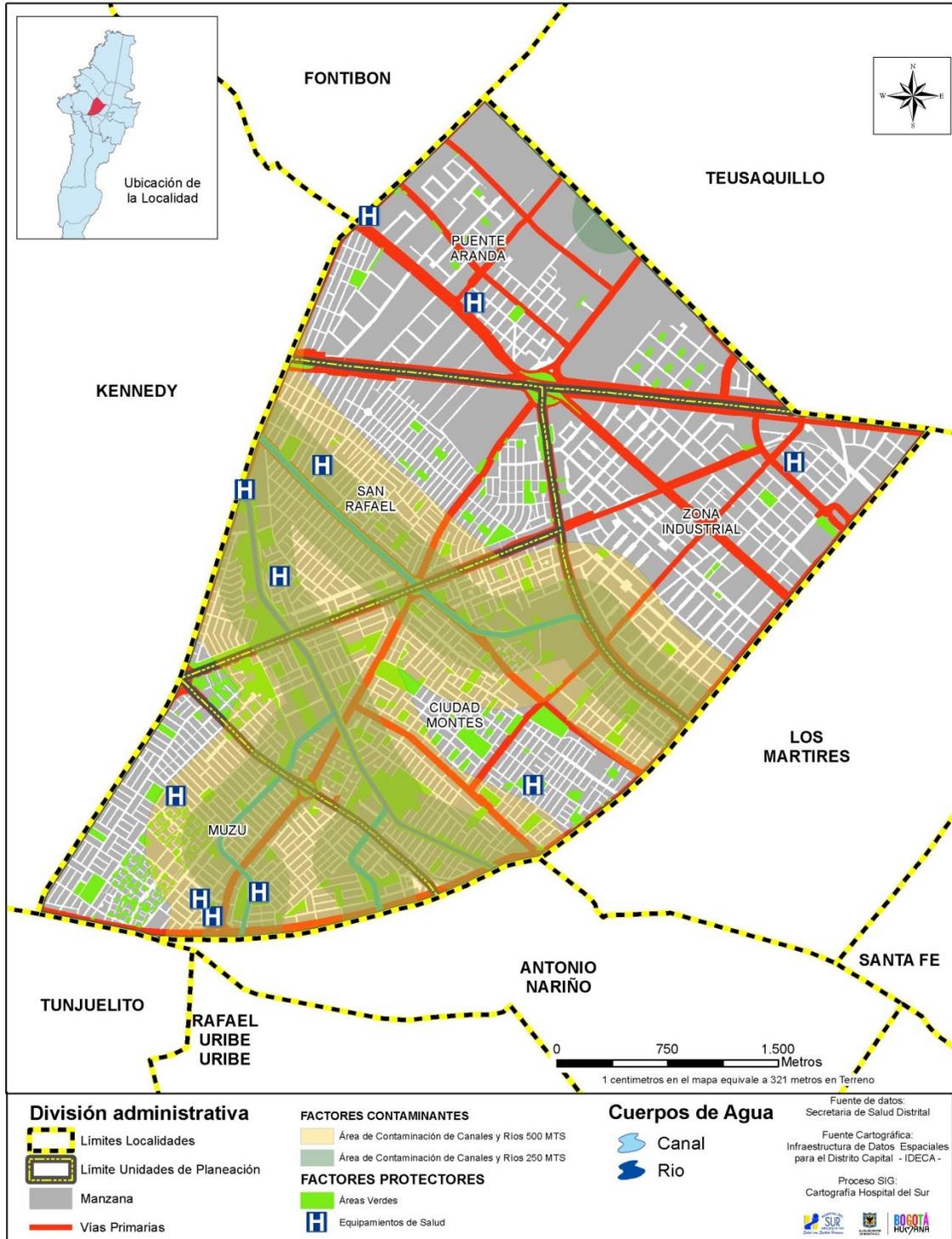
Equipo ASIS
Análisis de Situación de Salud
2014

Fuente: Hospital del Sur. Equipo ASIS. 2015



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital del Sur

Mapa 3. Factores protectores y de riesgo contaminante - Puente Aranda



Fuente: Hospital del Sur. Equipo ASIS. 2014



Los canales en esencia se estructuraron para el transporte de aguas lluvias, estos por el contrario presentan contaminación por aguas negras e industriales, disposición inadecuada de basuras, invasión de rondas, baja arborización, malos olores y proliferación de vectores y plagas; condiciones que son factores de riesgo para la generación de enfermedades infectocontagiosas, diarreicas, respiratorias y de piel. Por otro lado, Puente Aranda tiene una baja densidad arbórea, donde la proporción de árboles por habitante es de 0,16¹¹, y ocupa el décimo lugar entre las localidades de Bogotá, lo que traduce en la disminución de la producción de oxígeno y baja captura de partículas.

1.5.1. Accesibilidad Movilidad

Puente Aranda ocupa el décimo puesto entre las localidades, en cuanto a infraestructura vial se refiere con un 5,3% de la malla vial de la ciudad equivalente a setecientos sesenta y seis (766) kilómetros. Sin embargo, el 76% de las vías está en deterioro: 45% en mal estado y 31% en estado regular. El Sistema de Transporte Masivo Transmilenio ocupa dos vías principales; la avenida NQS y la calle 13 – Sector Américas. El sistema Integrado de Transporte Público (SITP) también realiza recorridos. Puente Aranda pertenece al eje central territorial junto con Fontibón, Teusaquillo y Santa Fe. Estas localidades en días normales generan un gran índice de viajes. El Paradero satélite de buses intermunicipales permite la comunicación con Fontibón y municipios vecinos: Funza, Mosquera, Madrid.

El movimiento de cargas peligrosas que entra y sale de Bogotá representa el 4,4% del tránsito total y casi el 8% del volumen de la carga transportada, siendo Puente Aranda, Fontibón y Usaquén los principales lugares de destino de estas cargas. La movilidad se ve afectada por el estacionamiento de camiones¹² y falta de claridad en la reglamentación de las zonas de estacionamiento, además de la ausencia de áreas autorizadas de cargue y descargue de mercancías. Con respecto al ciclo-ruta habilitado en el Distrito, de los 375,54 kilómetros Puente Aranda cuenta con 14,22 kilómetros. Adicionalmente en el año 2013 fueron habilitados los primeros 8,77 kilómetros de carriles bici, por la carrera 50.

A pesar de todas las vías que facilitan la movilidad en la localidad, no se cuenta con un índice favorable en la movilidad al interior de la misma, pues la malla vial está compuesta en un 60% de una red vial secundaria, la cual es muy transitada y poco rápida, motivo por el cual acceder a los espacios es complejo.

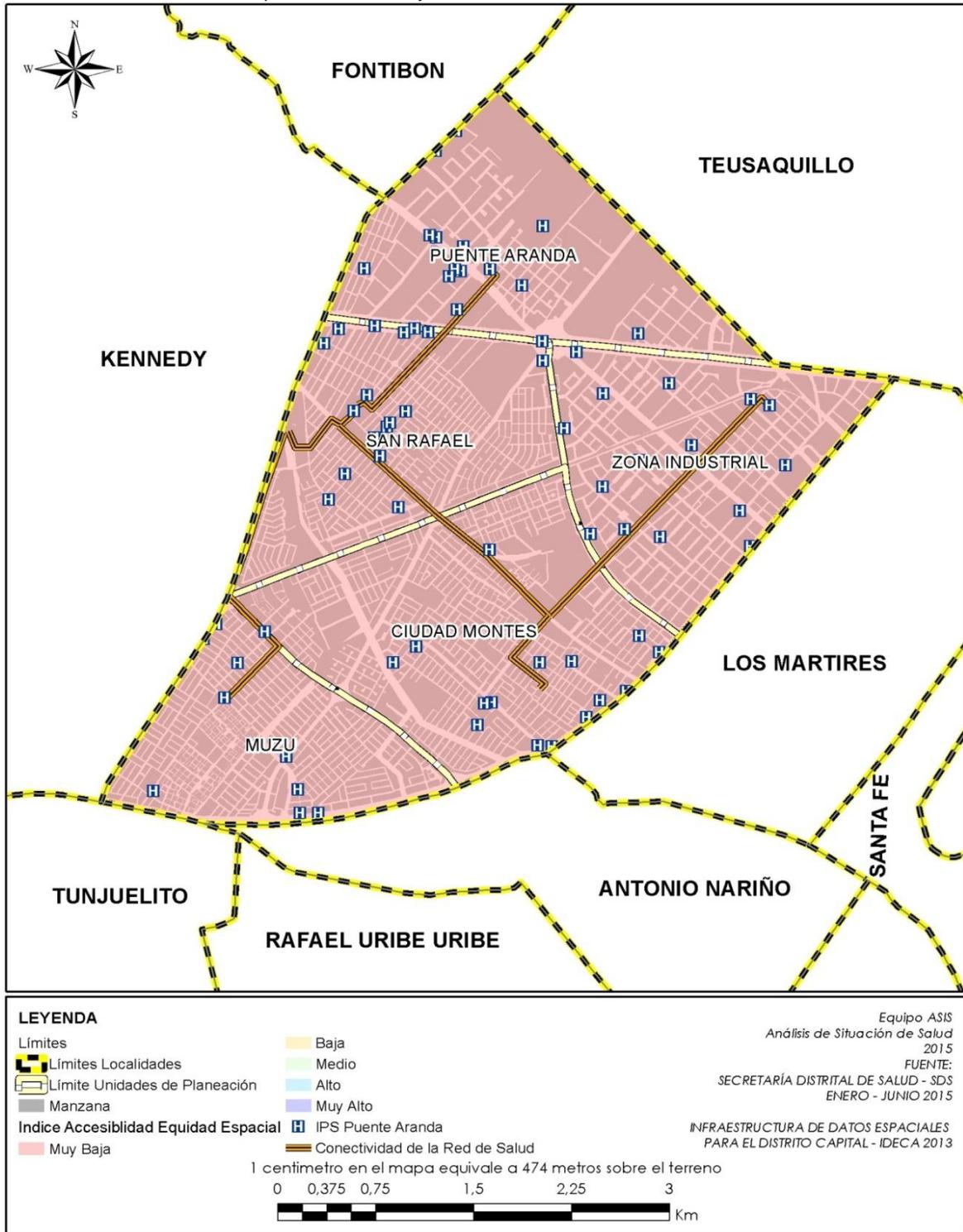
¹¹ Observatorio ambiental de Bogotá D.C., 2015.

¹² Puente Aranda, Zona Industrial Gorgonzola, Calle 6 con 13, y San Andresito.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital del Sur

Mapa 4. Movilidad y acceso a los servicios en salud.

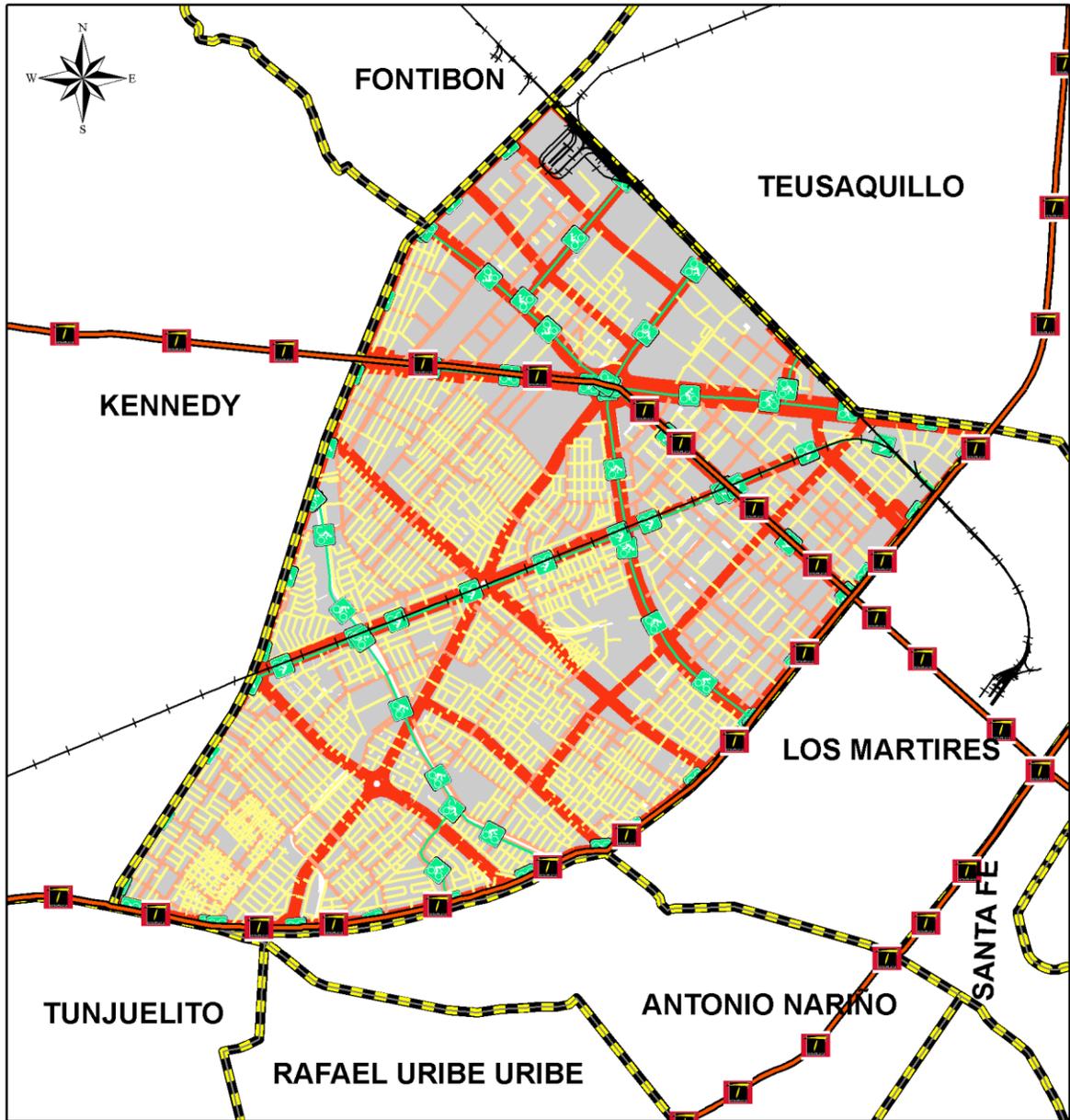


Fuente: Hospital del Sur. Equipo ASIS. 2015



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital del Sur

Mapa 5. Red vial. Localidad de Puente Aranda



LEYENDA

Límite Localidad

- Límite Localidad
- Manzana

Estaciones de Transmilenio



Red Vial

- Principal
- Secundaria
- Terciaria

Ruta de Transmilenio

- Vía Ferrea
- Ciclorrutas

1 centímetro en el mapa equivale a 474 metros sobre el terreno



Fuente de datos:
Secretaría de Salud Distrital

Fuente Cartográfica:
Infraestructura de Datos Espaciales
para el Distrito Capital - IDECA -

Proceso SIG:
Cartografía Hospital del Sur



Fuente: IDECA



1.6. PRIORIZACIÓN DE UPZ (Método Hanlon)

Para la priorización de las UPZ, se utilizó el método Hanlon teniendo en cuenta los indicadores trazadores de Salud Pública e indicadores de riesgo ambiental correspondientes al año 2014. Este es un instrumento que clasifica los problemas y los recursos con los que se cuenta, priorizando la problemática de acuerdo a cuatro componentes: magnitud del problema, severidad, eficacia de la solución y factibilidad de la intervención. Los indicadores trazadores de salud pública tenidos en cuenta para la priorización son: Mortalidad Perinatal, Mortalidad Materna, Mortalidad Infantil, Mortalidad en Menores de 5 años, Suicidio, Desnutrición Global, Desnutrición Crónica, Bajo Peso al Nacer, Embarazo en adolescentes menores de 14 años y Embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años.

Los indicadores ambientales se enfocaron desde dos factores principales que inciden en la salud y sostenibilidad ambiental del entorno urbano: 1. Aire (Material Particulado 10 micras y contaminantes atmosféricos en canales). El indicador de PM10 fue calculado a partir de la medición de emisiones suministrado cruzada con el área de cada una de las UPZ de las localidades y finalmente con la población, este dato, permitió calcular la tasa de afectación y para calcular la tasa de afectación por gases emitidos en caños y zonas de descarga fuentes hídricas, se generó un buffer de cobertura por cada UPZ y se cruzó con la población habitante. 2. Zonas verdes por habitante. Para el indicador de déficit de áreas verdes por habitante, se tomó el indicador suministrado por el IDECA de área verde por habitante y se calculó el déficit por UPZ, finalmente el déficit en áreas verdes.

Como resultado del proceso de priorización, y como se observa a continuación, las UPZ en orden de priorización son Puente Aranda, Muzú y Ciudad Montes:

Tabla 6. Priorización UPZ Localidad De Puente Aranda. 2015

INDICADOR	PUNTAJE PUENTE ARANDA	PUNTAJE MUZÚ	PUNTAJE CIUDAD MONTES	PUNTAJE SAN RAFAEL	PUNTAJE ZONA INDUSTRIAL
Mortalidad Perinatal	13,2	19,2	19,2	19,2	19,2
Mortalidad Materna	0	0	0	16,8	0
Mortalidad Infantil	19,2	19,2	16,8	7,2	0
Mortalidad Menores de 5 años	16,8	16,8	4,8	4,8	0
Suicidio	0	0	0	0	0
Desnutrición Global	18	6	6	16	11
Desnutrición Crónica	20	13	6	11	11
Bajo Peso al Nacer	18	8	8	8	18



INDICADOR	PUNTAJE PUENTE ARANDA	PUNTAJE MUZÚ	PUNTAJE CIUDAD MONTES	PUNTAJE SAN RAFAEL	PUNTAJE ZONA INDUSTRIAL
Embarazo < =14 años	12,8	11,2	11,2	0	0
Embarazo 15-19 años	10,4	10,4	14,4	10,4	10,4
Población afectada por gases de canales	16,8	14,4	14,4	6,5	19,2
Emisiones PM10	3,5	24	21,6	8,8	5,5
Déficit cobertura verde por individuo	16	16	16	16	14,4
TOTAL	164,7	158,2	138,4	124,7	108,7

Fuente: ASIS. Hospital del Sur. 2015

De acuerdo a la priorización de UPZ, Puente Aranda presenta mayor puntaje en indicadores de desnutrición crónica, mortalidad infantil y bajo peso al nacer. En Muzú y Ciudad Montes se observa que coinciden los indicadores de emisiones de material particulado menor o igual a 10 micras (PM10), mortalidad perinatal e infantil. El análisis que se realiza de lo anterior parte de la densidad poblacional que tiene cada UPZ, es decir, en Puente Aranda considerada una UPZ de uso de suelo industrial y comercial, residen menos individuos que en las UPZ Muzú y Ciudad Montes cuyo suelo es de uso residencial. Es así, como un evento notificado en esta UPZ en donde residen menos individuos, es más representativo y visible que en una UPZ con mayor número de habitantes.

Por otra parte, la UPZ Puente Aranda cuenta con gran cantidad de fábricas e industrias. Al profundizar en el análisis de los puntajes de magnitud, severidad, eficacia y factibilidad, se observa que en cuanto a la magnitud, es decir el número de personas afectadas por el problema, los indicadores calificados con mayor puntaje son desnutrición crónica, el déficit de cobertura verde, cuyas tasas indican que la afectación por cada 100.000 habitantes es de 72.235, 47.177 y 82.765 respectivamente.

En cuanto a la severidad de la mortalidad y morbilidad que se encuentra que los indicadores que tuvieron mayor puntaje fueron mortalidad infantil y mortalidad menores de 5 años por una parte y la desnutrición global, crónica y bajo peso al nacer por la otra.

Con respecto a la eficacia que identifica si se cuenta con los recursos y tecnología para alterar el problema, se evidencia que la mayoría de indicadores podrían tener



una fácil solución, si se destinan los recursos necesarios para servicios sociales y de salud que permitan mitigar la problemática. Y finalmente, frente a la factibilidad de la intervención, la cual mide la pertinencia, la aceptabilidad de la población, disponibilidad de recursos, factibilidad económica y la sustentación legal, se observa que todos presentan una respuesta positiva, aunque en cuanto a la aceptación de la población se requiere la sensibilización especialmente en temas de nutrición y cuidado del medio ambiente.

En Muzú se observa que los indicadores con mayor magnitud son principalmente los relacionados con los riesgos ambientales como la emisión de PM10, afectación por gases de canales y el déficit de cobertura verde. Las tasas indican que la afectación por cada 100.000 habitantes es de 99.576, 72.395 y 66.242 para cada uno de los riesgos ambientales y de 14.514, 12.440 y 5.672 para cada uno de los indicadores de morbilidad. Frente a la severidad, se evidencia que son los mismos indicadores de riesgo ambiental y mortalidades perinatales, infantiles y en menores de cinco años los que presentan mayor puntaje.

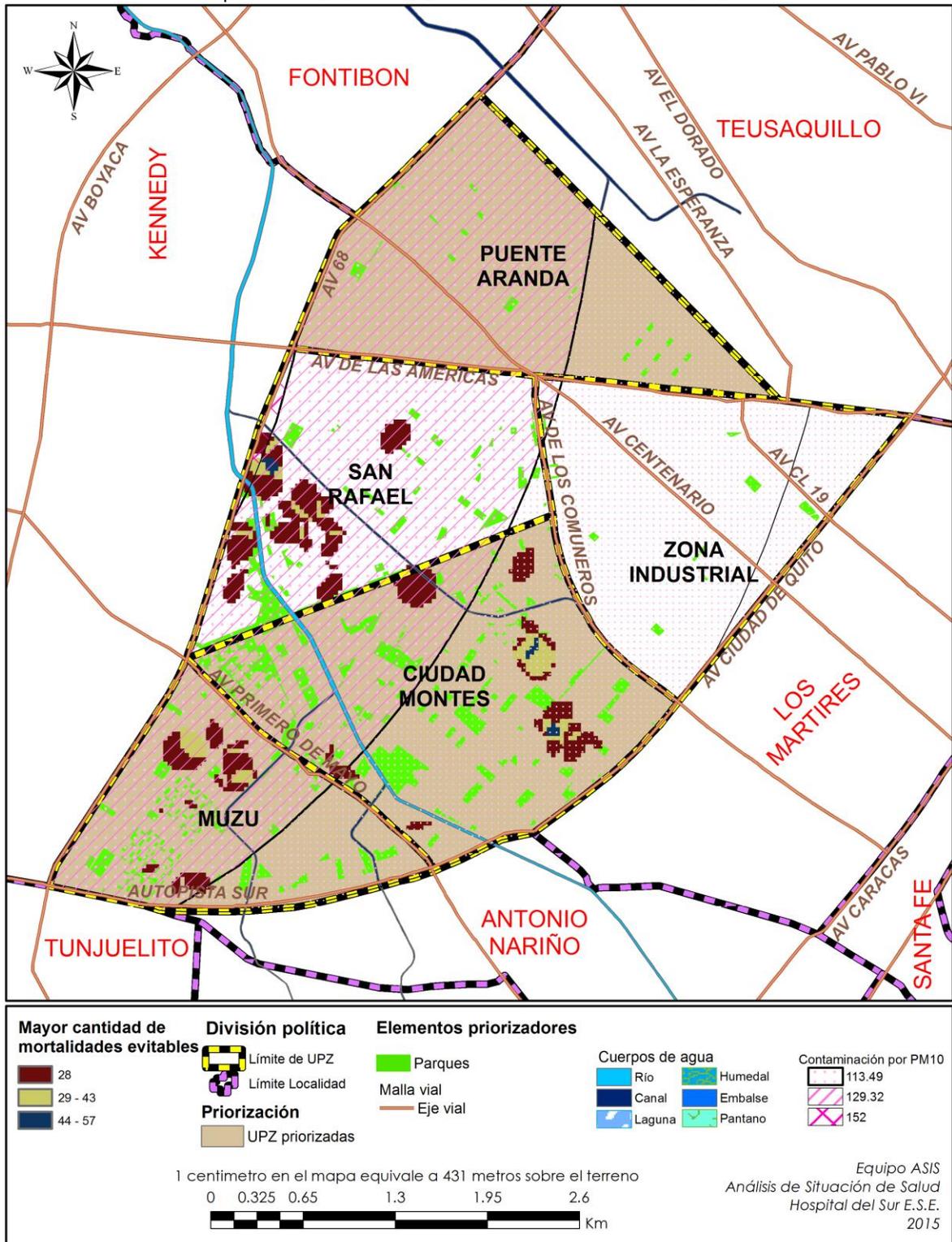
Finalmente Ciudad Montes, es la UPZ priorizada con menor puntaje en comparación con Puente Aranda y Muzú. Presenta mayor puntaje en la magnitud de los indicadores relacionados con los riesgos ambientales como el déficit de cobertura verde por individuo, la emisión de PM10 y la afectación por gases de canales. Sin embargo, también presentan magnitud alta en el indicador de embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años y el bajo peso al nacer. Las tasas indican que la afectación por cada 100.000 habitantes es de 54.202, 44.806 y 15.413 para cada uno de los respectivos riesgos ambientales y de 13.226 y 11.022 para cada uno de los respectivos indicadores de morbilidad.

La severidad se evidencia en los indicadores de mortalidad perinatal e infantil, al igual que los indicadores que presentan alta magnitud. En cuanto a la eficacia, en la mayoría de indicadores se evidencia que se podría tener una fácil solución en términos de recursos y tecnología existente y todos son factibles en su intervención.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital del Sur

Mapa 6. Priorización UPZ Localidad de Puente Aranda. Año 2014



Fuente: ASIS, Hospital del Sur. Año 2015



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital del Sur

2. CAPITULO II

ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS.

2.1. PERFIL SALUD ENFERMEDAD

Los procesos de salud y enfermedad son el reflejo del contexto social, económico, cultural, ambiental y político de una sociedad. En la localidad de Puente Aranda los altos niveles de contaminación, las condiciones económicas y espacios inadecuados de vivienda y los estilos de vida poco saludables, son factores que inciden en el desmejoramiento de la salud y calidad de vida de la población.

2.1.1. Mortalidad

La mortalidad en el contexto demográfico, se define como la relación que existe entre el número de defunciones ocurridas en un determinado tiempo (1 año) y la población total de una entidad geográfica. Se expresa a través de la tasa por cada 10.000 habitantes. Debido a su trascendencia los análisis de mortalidad son procesos útiles para generar y evaluar las intervenciones individuales y colectivas. En este apartado se analizará la mortalidad desde tres perspectivas: mortalidad por grandes causas, mortalidad por subgrupos y mortalidad evitable.

2.1.1.1. Mortalidad General por Grandes Causas

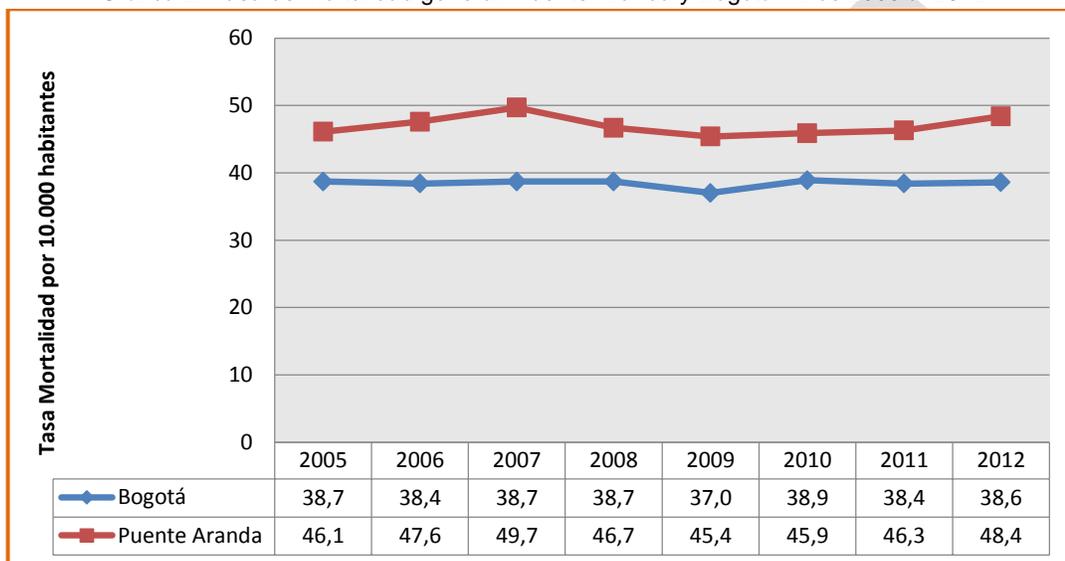
Los datos de mortalidad general hacen parte de la última información disponible suministrada por la Secretaría Distrital de Salud, de los años 2011 y 2012.

Si se observa la evolución de la tasa de mortalidad en Puente Aranda, en los últimos 8 años se evidencia un leve incremento pasando de 46,1 en el 2005 a 48,4 en el 2012. Mientras que para Bogotá la tendencia es estable. En el año 2012, en la Localidad murieron 1.250 personas cifra similar a la reportada en el año 2011 en donde fallecieron 1.196, pasando de una tasa de 46,3 muertes por 10.000 habitantes en el 2011 a una de 48,1 en el 2012. Con respecto a Bogotá la tasa Local tanto del año 2012 (Bogotá 38,6) como la del 2011 (Bogotá 38,4) está por encima de la Distrital, revelando que en Puente Aranda en el 2012 morían 10 personas por cada 10.000 habitantes más que en la Capital. Por sexo, si la población de hombres y mujeres de la localidad de Puente Aranda para el año 2012, tuviera la misma distribución de la población estándar, se esperarían 610 y 394 muertes respectivamente, lo que nos arroja una razón de tasas de 1,39 lo que



indica que la mortalidad en hombres es 39% más alta que en mujeres. Al compararlo con el año 2011 si la población de hombres y mujeres de la localidad de Puente Aranda para este año, tuviera la misma distribución de la población estándar, se esperarían 31.700 y 24.961 muertes respectivamente, lo que nos arroja una razón de tasas de 1,27 lo que indica que la mortalidad en hombres es 27% más alta que en mujeres.

Gráfica 2. Tasa de mortalidad general. Puente Aranda y Bogotá. Años 2005 al 2012



Fuente: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- año 2012 (Publicación DANE octubre 31 del 2014). Año 2011 Preliminares ajustado 21-10-2013.

Frente a las causas de mortalidad, se observa que las tres primeras tanto en el año 2012 como en el 2011 se mantienen con una distribución similar, lo que indica que las enfermedades crónicas representan una carga importante en la morbi-mortalidad de la Localidad en los dos años analizados.

Tabla 7. Mortalidad por grandes causas. Puente Aranda. Años 2011 y 2012

Año 2012				Año 2011			
Orden	Causa 105	No Casos	%	Orden	Causa 105	No Casos	%
1	Enfermedades isquémicas del corazón	195	15,6	1	Enfermedades isquémicas del corazón	189	15,8
2	Enfermedades cerebrovasculares	120	9,6	2	Enfermedades cerebrovasculares	83	6,9
3	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	77	6,2	3	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	83	6,9
4	Diabetes mellitus	62	5,0	4	Enfermedades hipertensivas	54	4,5
5	Enfermedades hipertensivas	50	4,0	5	Tumor maligno del estómago	36	3,0
6	Tumor maligno del estómago	42	3,4	6	Diabetes mellitus	35	2,9
7	Neumonía	36	2,9	7	Neumonía	35	2,9



Año 2012				Año 2011			
Orden	Causa 105	No Casos	%	Orden	Causa 105	No Casos	%
8	Tumor maligno del colón, de la unión rectosigmoidea, recto y ano	26	2,1	8	Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano	30	2,5
9	Tumor maligno del hígado	24	1,9	9	Agresiones (homicidios) y secuelas	28	2,3
10	Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	22	1,8	10	Enfermedades del hígado	23	1,9
11	Resto causas	596	47,7	11	Resto de causas	600	50,2
TOTAL		1.250	100	TOTAL		1.196	100

Fuente: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- año 2012 (Publicación DANE octubre 31 del 2014). Año 2011 Preliminares ajustado 21-10-2013.

2.1.1.2. Mortalidad por Subgrupos:

Las tasas de mortalidad más altas en el año 2012 se presentan en los ciclos vitales de menores de un año (73,4 x 10,000 habitantes) y mayores de 60 (270,5 x 10,000 habitantes). Situación que aumentó con respecto al año 2011 ya que la tasa de mortalidad en menores de 1 año era de 66,6 y en los mayores de 60 años era de 264,9. Estos grupos se consideran de mayor vulnerabilidad, dadas las dinámicas de salud y dependencia que presentan, siendo más susceptibles a enfermar y morir, sin contar con las barreras de acceso a los servicios de salud.

SUBGRUPO MENORES DE 1 AÑO:

En el año 2012 fallecieron en Puente Aranda 25 menores de un año, lo que revela una pérdida de 1.780 años de vida perdidos (AVPP), situación que aumentó con respecto al 2011 ya que los AVPP fueron 1.638 correspondientes a 23 muertes. Al comparar el comportamiento de la mortalidad Local con la Distrital, se evidencia que en Bogotá (103,6) se presentan tasas de mortalidad en menores de un año 41% más altas que en Puente Aranda. Las principales causas de muerte en este grupo de para el año 2012 fueron: trastornos respiratorios (28,0%), complicaciones obstétricas (20,0%) y retardo en el crecimiento fetal, bajo peso al nacer (12,0%).

SUBGRUPO DE 1 A 4 AÑOS:

En los niños y niñas entre los 1 a 4 años edad, en el 2011 fallecieron 4 traducidos en 297 AVPP, este comportamiento aumentó para el 2012 ya que murieron 6 niños y niñas lo que significa 445 AVPP. Específicamente para el año 2012 la tasa de mortalidad en este grupo de edad en Bogotá fue de 3,8 por 10.000 hab, esto revela que en Puente Aranda la mortalidad en niños y niñas de 1 a 4 años es 10,9 veces más alta que en Las principales causas de muerte para este grupo de edad en el 2012 fueron: epilepsia (16,7%), neumonía (16,7%) y malformaciones congénitas del sistema circulatorio (16,7%).



SUBGRUPO DE 5 A 14 AÑOS:

Para el grupo de 5 a 14 años, en el 2011 murieron 3 personas lo que se traduce en 202 AVPP, tendencia que aumenta para el 2012 en donde fallecen 5 niños y niñas con 336 AVPP. En el año 2012 la tasa de mortalidad en Bogotá estuvo en 19,2 por 10.000hab, lo que indica que el Distrito Capital presenta tasas de mortalidad en niños y niñas de 5 a 14 años un 33% más altas que en Puente Aranda. Las primeras causas de muerte para este grupo son: tumor maligno del encéfalo del ojo y de otras partes del sistema nervioso central, las malformaciones congénitas deformidades y anomalías congénitas y el ahogamiento y sumersión accidentales, cada causa con una participación del 20%.

SUBGRUPO DE 15 A 44 AÑOS:

En el grupo de 15 a 44 años, en el 2011 fallecen 114 individuos lo que revela 4.862 años de vida perdidos, para el 2012 esta cifra disminuye a 103 muertes, pero los AVPP se mantienen. La tasa de mortalidad de Bogotá para el año 2012 se constituyó en 10,2 por 10.000hab, revelando que en Bogotá se presentan tasas de mortalidad en personas de 15 a 44 años 24% más altas que en Puente Las principales causas de muerte en el 2012 son: agresiones (homicidios) y sus secuelas (11,7%), accidentes de transporte (10,7%) y VIH (6,8%).

SUBGRUPO DE 45 A 59 AÑOS:

En el grupo de 45 a 59 años, en el 2011 fallecen 140 individuos lo que revela 3.458 años de vida perdidos, para el 2012 esta cifra aumenta a 152 muertes con 3.754 AVPP. La tasa de mortalidad de Bogotá para el año 2012 se estableció en 303,3 por 10.000 hab, revelando que en Bogotá se presentan tasas de mortalidad en personas de 15 a 44 años 24% más altas que en Puente Aranda. Entre los 45 a 59 años se registra que las enfermedades cerebro-vasculares (11,2%), las enfermedades isquémicas del corazón (10,5%) y el tumor maligno de la mama de la mujer (6,6%) son las causas más frecuentes.

SUBGRUPO DE 60 AÑOS Y MÁS:

En el año 2011 fallecen 908 individuos y para el 2012 esta cifra aumenta a 959 muertes con. La tasa de mortalidad de Bogotá para el año 2012 fue de 254,8 por 10.000hab, revelando que en Puente Aranda se presentan tasas de mortalidad en personas mayores de 60 años 0,6% más altas que en Bogotá. Las enfermedades isquémicas del corazón (18,5%), las enfermedades cerebrovasculares (10,1%) y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias (7,7%) se constituyeron como las primeras causas



2.1.1.3. Hechos Mortales objeto de Monitoreo y Seguimiento por Subgrupos

Frente a los hechos mortales que son objeto de monitoreo y seguimiento en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 se encuentran: mortalidad por accidentes de transporte terrestre, tumor maligno de mama, tumor maligno del cuello uterino, tumor maligno de la próstata, tumor maligno del estómago, diabetes mellitus, lesiones autoinfligidas intencionalmente, trastornos mentales y del comportamiento, agresiones (homicidios), tuberculosis, enfermedades infecciosas y emergencias y desastres.

SUBGRUPO MENORES DE 1 AÑO:

No se presentaron eventos de hechos mortales objeto de monitoreo y seguimiento en residentes de la Localidad de Puente Aranda en el año 2012, sin embargo, en Bogotá se reportan 19 casos por: enfermedades infecciosas, tuberculosis, accidentes de transporte terrestre y agresiones (homicidios) con una tasa de incidencia de 10, 1, 2 y 3 casos por cada 100.000 habitantes respectivamente.

SUBGRUPO DE 1 A 4 AÑOS:

No se presentaron eventos de hechos mortales objeto de monitoreo y seguimiento en residentes de la Localidad de Puente Aranda en el año 2012. En Bogotá se reportan 27 hechos mortales por: enfermedades infecciosas, accidentes de transporte terrestre y agresiones (homicidios) con una tasa de incidencia de 1, 3, y 2 casos por cada 100.000 habitantes respectivamente.

SUBGRUPO DE 5 A 14 AÑOS:

Tampoco se presentaron eventos de hechos mortales que son objeto de monitoreo y seguimiento en residentes de la Localidad de Puente Aranda en el año 2012, no obstante en Bogotá se reportan 27 hechos mortales por: enfermedades infecciosas, diabetes mellitus, accidentes de transporte terrestre, lesiones auto-infligidas intencionalmente y agresiones (homicidios) con una tasa de incidencia de 0,3, 0,1, 2, 1 y 1 caso por cada 100.000 habitantes respectivamente.

SUBGRUPO DE 5 A 14 AÑOS:

Para este subgrupo, en la Localidad de Puente Aranda se reportaron 42 eventos de hechos mortales objeto de monitoreo y seguimiento lo que representa el 40,7% del total de fallecimientos ocurridos en este subgrupo en el año 2012. Al comparar el comportamiento Local con el Distrital, se destaca que la incidencia de mortalidad por tumor maligno de próstata es 17,3 veces más alta en Puente



Aranda que en Bogotá y la de trastornos mentales y del comportamiento es 12,2 veces más alta en Puente Aranda que en Bogotá. Con respecto a tumor maligno de estómago, tumor maligno de mama y accidentes de transporte terrestre la incidencia de mortalidad es igual tanto en Puente Aranda como en Bogotá.

SUBGRUPO DE 45 A 59 AÑOS:

En la Localidad de Puente Aranda se reportaron 31 eventos de hechos mortales objeto de monitoreo y seguimiento lo que representa el 20,4% del total de fallecimientos ocurridos en este subgrupo en el año 2012. Al comparar el comportamiento Local con el Distrital, se destaca que la incidencia de mortalidad por accidentes de transporte terrestre es 1,2 veces más alta en la Localidad que en el Distrito Capital, por el contrario la incidencia de mortalidad por tumor maligno del estómago, tumor maligno de mama y tumor maligno del cuello del útero es un 49%, 64% y 41% más alto en Bogotá que en Puente Aranda respectivamente. Finalmente, no se encontraron diferencias entre Bogotá y Puente Aranda en la incidencia de mortalidad por tumor maligno de próstata y diabetes mellitus.

SUBGRUPO DE 60 AÑOS Y MÁS:

En la Localidad de Puente Aranda se reportaron 139 eventos de hechos mortales objeto de monitoreo y seguimiento lo que representa el 14,5% del total de fallecimientos ocurridos en este subgrupo en el año 2012. Al comparar el comportamiento Local con el Distrital, se destaca que la incidencia de mortalidad por enfermedades infecciosas es 2,1 veces más alta en Puente Aranda que en Bogotá, en contraste la incidencia de mortalidad por tumor maligno de mama y de próstata es un 22% y 13% más alta en Bogotá que en Puente Aranda.

Tabla 8. Tasa y cociente de incidencia de hechos mortales objeto de monitoreo. Subgrupos. Puente Aranda. Año 2012

Causa 105	De 15 a 44 años		De 45 a 59 años		De 60 y más años	
	No casos	Tasa Incidencia por 100.000hab	No casos	Tasa Incidencia por 100.000hab	No casos	Tasa Incidencia por 100.000hab
Enfermedades Infecciosas	2	2	-	-	8	23
Tuberculosis	1	1	-	-	1	3
Tumor maligno del estómago	3	2	5	11	34	96
Tumor maligno de la mama	2	2	10	22	9	25
Tumor maligno del cuello del útero	4	3	3	7	5	14



Causa 105	De 15 a 44 años		De 45 a 59 años		De 60 y más años	
	No casos	Tasa Incidencia por 100.000hab	No casos	Tasa Incidencia por 100.000hab	No casos	Tasa Incidencia por 100.000hab
Tumor maligno de la próstata	1	1	1	2	16	45
Diabetes mellitus	3	2	4	9	55	155
Trastornos mentales y del comportamiento	1	1	-	-	-	-
Accidentes de transporte terrestre	11	9	5	11	7	20
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	2	2	-	-	1	3
Agresiones (homicidios)	12	10	3	7	3	8
Emergencias y desastres	-	-	-	-	-	-

Fuente: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- año 2012 (Publicación DANE octubre 31 del 2014). Año 2011 Preliminares ajustado 21-10-2013.

2.1.1.4. Mortalidad Materna y en la Niñez- Mortalidad Evitable

La mortalidad evitable, es un indicador que permite medir la calidad y efectividad de los servicios sanitarios, como parte de este conjunto de eventos se encuentran las mortalidades perinatales, maternas, infantiles, en menores de 5 años, por enfermedades respiratorias agudas, por enfermedad diarreica aguda entre otras.

MORTALIDAD MATERNA:

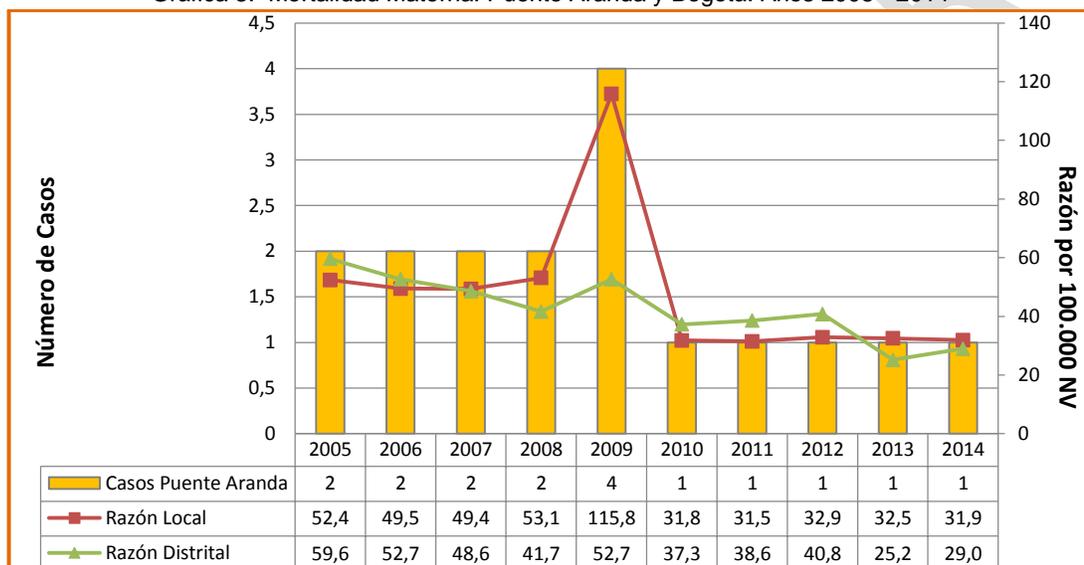
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada día mueren aproximadamente 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y parto, de esas el 99% viven en países en desarrollo. Así mismo refiere que se ha reducido en casi la mitad la mortalidad materna entre 1990 y 2013 (32).

La mortalidad materna en Bogotá, al igual que el comportamiento mundial ha disminuido, pasando de 59,6 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en el 2005 a 29,0 en el año 2014, lo que se traduce en que en Bogotá para el año 2014 se producen 30,6 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos menos frente al año 2005. Con respecto a la localidad de Puente Aranda, se evidencia una tendencia a la baja entre los años 2005 y 2014 pasando de una razón de 52,4 muertes por 100.000 nacidos vivos a una de 31,9, si bien este comportamiento se ha reducido aún la localidad no ha logrado alcanzar la meta del Plan de Desarrollo (31 por 100.000 NV), denotando un incumplimiento en el mismo durante estos años.



Al comparar el comportamiento Local con el Distrital, para el año 2014 en Bogotá la razón de mortalidad materna fue de 29,0 por 100.000 Nv, evidenciándose una razón Local por encima (31,9), lo que indica que la Capital tuvo 3 casos de mortalidad materna menos por cada 100.000 nacidos vivos que Puente Aranda. Con respecto a las demás localidades Puente Aranda se encuentra en la décima posición con la razón más alta, luego de Antonio Nariño (84,9), Usme (73,3), Santafé (65,5), Suba (65), Barrios Unidos (64,1), Usaquén (47,5), Ciudad Bolívar (38,8), Rafael Uribe (37,3) y Tunjuelito (37).

Gráfica 3. Mortalidad Materna. Puente Aranda y Bogotá. Años 2005 - 2014



Fuentes: Certificado de defunción - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Años 2005-2007 datos definitivos. Año 2010 actualizado 17-07-2012. Año 2011 actualizado 21-10-2013. Año 2012 publicación final octubre 31 del 2014. Año 2013 ajustado con datos definitivos publicación DANE 30 de julio del 2015. Año 2014 actualizado el 14 de junio del 2015 (corte 7 de abril del 2015) preliminar.

El caso de mortalidad materna del año 2014, se presentó en una mujer adulta, casada. Pertenecía al régimen contributivo. Falleció por un choque obstructivo asociado a un trombo embolismo pulmonar masivo por una embolia de coágulo sanguíneo con 24 semanas de gestación. Vivía en la UPZ San Rafael.

En unidad de análisis realizada con los asistentes al COPACO (comité de participación comunitaria) de la localidad¹³, se logró identificar varios factores asociados a las mortalidades maternas: (18) como factor de riesgo se considera que los embarazos adolescentes y no planeados tienen mayores problemas

¹³ Informe preliminar Análisis y Seguimiento a Indicadores año 2014 localidad de Puente Aranda. ASIS -Hospital del Sur. Bogotá. 2015.



referentes al nivel socioeconómico, nutricional, psicológico y por lo tanto son vulnerables y propensos a la mortalidad materna. En este punto se destaca la importancia de las pautas de crianza y valores que inculcan las familias a los hijos, teniendo en cuenta las dinámicas modernas de la sociedad donde los padres trabajan y los hijos permanecen al cuidado de terceros o muchas veces solos. Además, se cuestiona a las instituciones relacionadas con infancia y adolescencia las cuales en respuesta a los problemas de maltrato infantil y abandono visibilizados, están obstaculizando la facultad de los padres de ejercer autoridad y disciplina a sus hijos (18).

Sin embargo, en comparación con otras épocas, se manifiesta que en la actualidad se considera importante el control prenatal. Los participantes consideran que aproximadamente un 70% de las gestantes asisten al control, lo cual contribuye a detectar alertas y/o enfermedades que pueden presentar riesgos tanto para el bebé como para la madre. Los programas enfocados a lactancia materna también estimulan la asistencia al control prenatal con lo cual se evidencia que la articulación de diferentes programas puede obtener resultados importantes en cuanto a la sensibilización de la salud materno-infantil (18).

Finalmente, se identifican barreras de acceso al servicio de salud, principalmente por la falta de personal médico capacitado en la humanización de la atención, también falta de aseguramiento de los adolescentes y sus hijos, desconocimiento de la ruta de atención para los migrantes y la desconfianza en el sistema de salud, específicamente el régimen subsidiado por fallas en la calidad y oportunidad de la atención. El sistema de salud colombiano en general, sigue presentando deficiencias evidenciadas en las barreras de acceso al servicio, incluso para las gestantes y adolescentes (18).

MORTALIDAD PERINATAL:

La mortalidad perinatal representa para los países en desarrollo una causa importante de muerte en la infancia. Estas muertes son consideradas indicadores universales tanto de condiciones de vida, como de calidad y acceso a los servicios de salud. Una muerte perinatal es el resultado final de la interacción de una serie de factores presentes en la gestación. El componente social se destaca entre ellos, en lo relacionado con acceso económico, educativo, legal o familiar de la madre, así como oportunidad y eficiencia de servicios de salud (33).

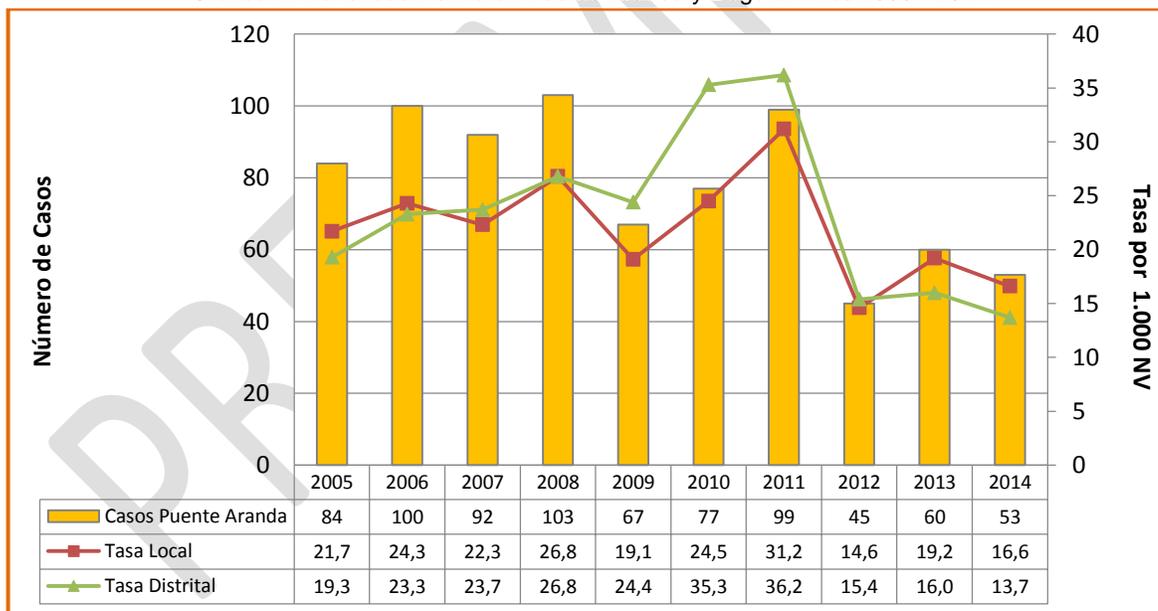
Durante los últimos 10 años, la mortalidad perinatal en el Distrito ha presentado un comportamiento variable, revelando una importante disminución en los últimos



cinco años, pasando de 35,3 en el 2010 a 13,7 por 1.000 nacidos vivos en el año 2014. Lo que indica que para el año 2014 en Bogotá se producen 21,6 muertes perinatales menos por cada 1.000 Nv con respecto al año 2010.

Específicamente para la Localidad de Puente Aranda, se presenta una conducta inestable, entre el año 2005 y 2014 se observan 3 picos; en 2006 (100 casos) en 2008 (103 casos), y en 2011 (99 casos). Para el año 2014 la tasa de mortalidad disminuyó con respecto al 2013 pasando de 19,2 muertes por 1.000 nacidos vivos a 16,6 en el 2014. Frente a Bogotá el panorama no es alentador, ya que la tasa local (16,6) del año 2014 se encuentra por encima de la Distrital (13,7), esto revela que para este año, Bogotá tuvo 2,9 casos de muerte perinatal menos por cada 1.000 Nv que Puente Aranda. Adicionalmente no se ha logrado alcanzar la meta del Plan de Desarrollo (15 muertes perinatales por 1.000 nacidos vivos) denotando un incumplimiento en la misma. Al comparar con las demás Localidades se evidencia que Puente Aranda ocupa el tercer puesto con la tasa más alta después de Candelaria (26,4) y Santafé (16,7).

Gráfica 4. Mortalidad Perinatal. Puente Aranda y Bogotá. Años 2005 - 2014



Fuentes: Certificado de defunción - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Años 2005-2007 datos definitivos. Año 2010 actualizado 17-07-2012. Año 2011 actualizado 21-10-2013. Año 2012 actualizado 13-08-2014. Años 2010-2012 Preliminar 2013. Año 2013 actualizado 31-10-2014-Preliminar. Año 2014 actualizado el 14 de junio del 2015 (corte 7 de abril del 2015) preliminar.

De las 53 muertes el 75,5% corresponde a fetales, y el 24,5% a neonatales temprana. La mayor proporción son del sexo masculino (54,7%), por UPZ, en residentes de Ciudad Montes es en donde se presentaron la mayor cantidad de



muerres (38,5%), seguida de San Rafael (32,7%), Muzú (19,2%), Puente Aranda (5,8%) y Zona Industrial (3,8%). En cuando al régimen de seguridad social, el subsidiado, contributivo y no asegurado presentan las tasas de mortalidad perinatal más altas con 25,1, 16,1 y 15,2 respectivamente, el régimen especial es el que muestra la tasa más baja (8,8). Una de las familias (2%) se reconocen como población negra o afrodescendiente. Frente al nivel educativo de la madre, el 47,2% son bachilleres, el 15,1% son universitarias, el 9,4% son técnicas o tecnólogas y el 18,9% no se graduaron de bachiller.

Entre las consecuencias identificadas la principal es la muerte materno-fetal. Además, se puede clasificar en términos físicos como enfermedades para el recién nacido y la madre, infertilidad, esterilidad en la gestante implicada, malformaciones, prematurez, amenaza de parto pretermo, y en términos psicosociales daño psicológico y emocional de la gestante, traumas en la familia, riesgo social. Estas consecuencias influyen directamente en la calidad de vida de las gestantes y de la familia, dado el impacto negativo principalmente por la muerte materno-fetal que repercute principalmente en traumas emocionales para la familia, así como puede impactar la economía familiar (34).

En cuanto a los determinantes sociales estructurales identificados están el Sistema de Salud Colombiano, falencias en las políticas de Salud Sexual y Reproductiva, lo que ocasiona barreras de acceso desde esferas superiores hacia la gestante. Frente a los intermedios están la inadecuada atención de las instituciones de salud, las condiciones socioeconómicas y bajos niveles educativos, las barreras de acceso como descuido hospitalario y negligencia médica específicamente a población en condición de desplazamiento. Y, en cuanto a los determinantes sociales proximales se identifica que las maternas no asisten regularmente al control prenatal, limitantes en la puesta en práctica de las recomendaciones brindadas desde el ERI, falta de consulta preconcepcional que viabilice el embarazo según la edad de la futura gestante (muy jóvenes o añosas), también se pueden identificar malformaciones genéticas, enfermedades como preeclampsia y fallas en la obtención de información sobre los signos de alarma en el embarazo que minimicen el riesgo de la mortalidad (34).¹⁴

¹⁴ Informe preliminar Análisis y Seguimiento a Indicadores año 2014 localidad de Puente Aranda. ASIS -Hospital del Sur. Bogotá. 2015.



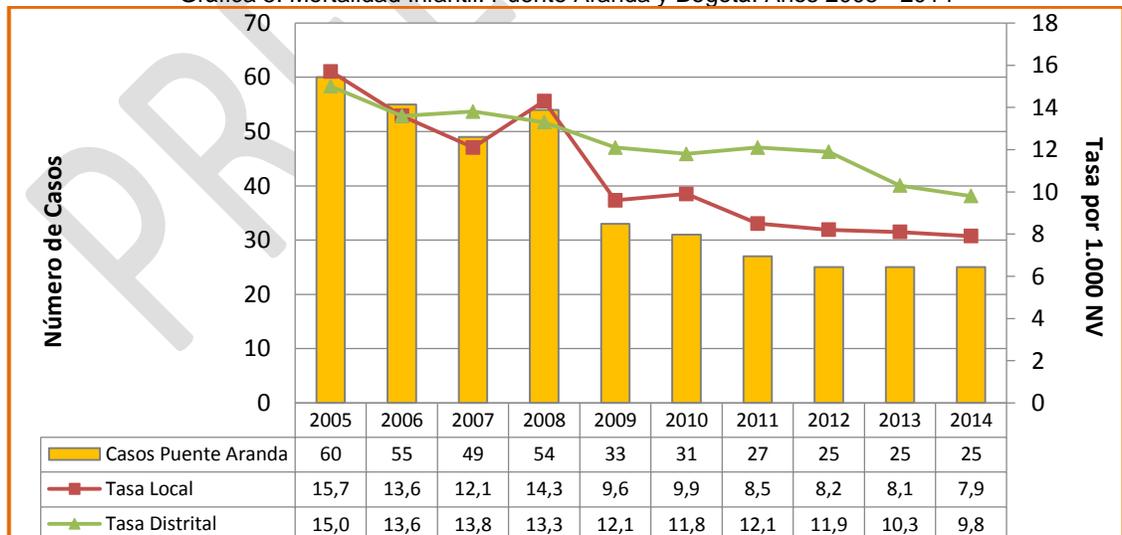
MORTALIDAD INFANTIL:

De acuerdo a la OMS cada año mueren aproximadamente 3 millones de lactantes durante su primer mes de vida. Casi la mitad de los fallecimientos tienen lugar en las primeras 24 horas de vida, y un 75% durante la primera semana. Las 48 horas posteriores al nacimiento es el momento más importante para la supervivencia del recién nacido. Es en este periodo cuando se debe realizar un seguimiento a la madre y el niño para evitar y tratar enfermedades (35).

En Bogotá la mortalidad infantil ha mostrado un importante descenso, desde el año 2005 al 2014, pasando de una tasa de 15,0 muertes infantiles por 1.000 nacidos vivos a 9,8 revelando de esta manera que en Bogotá para el año 2014 se producen 5,4 muertes infantiles por 1.000 Nv menos con respecto al año 2005.

El comportamiento de la mortalidad infantil para Puente Aranda no dista del evidenciado para Bogotá, mostrando una reducción en la tasa del 49,7% entre los años 2005 y 2014. Para el año 2014 la tasa de mortalidad infantil se consolida en 7,9 por 1.000 Nv, indicador que se encuentra por debajo del reportado por el Distrito (9,8) y que significa un cumplimiento de la meta del Plan de Desarrollo (8 muertes infantiles por 1.000 Nv). Esto muestra que en Puente Aranda se producen 2 muertes infantiles por 1.000 Nv menos con respecto a Bogotá. Por Localidades Puente Aranda ostenta una de las tasas más bajas, luego de Sumapaz (0,0), Fontibón (7,3) y Mártires (7,8).

Gráfica 5. Mortalidad Infantil. Puente Aranda y Bogotá. Años 2005 - 2014



Fuentes: Certificado de defunción - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Años 2005-2007 datos definitivos. Año 2010 actualizado 17-07-2012. Año 2011 actualizado 21-10-2013. Año 2012 actualizado 13-08-2014. Años 2010-2012 Preliminar 2013. Año 2013 actualizado 31-10-2014-Preliminar. Año 2014 actualizado el 14 de junio del 2015 (corte 7 de abril del 2015) preliminar.



Con respecto a las 25 muertes infantiles del año 2014, el 54,2% corresponde a casos de mortalidad perinatal (neonatales tempranas) y el 16,7% son muertes neonatales tardías. El 70,8% de los fallecimientos fueron en hombres. El 66,7% de las muertes se presentaron en niños y niñas prematuros y con bajo peso al nacer. Por UPZ de residencia, Ciudad Montes es la que tiene la mayor proporción de muertes (37,5%), seguida por Muzú (29,2%), San Rafael (25,0%) y Puente Aranda (4,2%). Una familia (4,2%) se auto-reconocía como negro a afrodescendiente. El 66,7% pertenecía al régimen contributivo, el 25% al subsidiado y el 8,3% no estaba asegurado. El 29,2% de las madres de los fallecidos no terminaron el bachillerato, el 25% son bachilleres, el 8,3% son técnicas o tecnólogas y el 20,8% son universitarias.

En el análisis de determinantes sociales, se identifican las falencias en el Sistema de Salud Colombiano que no logra garantizar la atención integral a la comunidad, la disminución de los ingresos en las familias, no existen condiciones estables de trabajo y excesiva flexibilización laboral, además del bajo impacto de las Políticas de Salud Sexual y Reproductiva.

Es posible encontrar factores proximales como la prematurez que se evidencia en más de la mitad de las mortalidades infantiles de la localidad. Si bien los problemas de los prematuros se relacionan con la dificultad para adaptarse a la vida extrauterina, debido a inmadurez orgánico-funcional, predisposición a las infecciones, déficit de surfactante, persistencia del ductus, regulación térmica, hemorragia parenquimatosa periventricular, etc., hoy se conoce que mejorando el estado nutricional de la gestante, el control prenatal entre otras acciones se puede disminuir la morbimortalidad del prematuro (36).¹⁵

MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS

A nivel mundial, el número de muertes de niños menores de cinco años cayó de 12,7 millones en 1990 a 6,3 millones en 2013. Según las estimaciones, unos 6,3 millones de niños murieron antes de cumplir cinco años en 2013. Más de la mitad de esas muertes se deben a enfermedades que se podrían evitar o tratar si hubiera acceso a intervenciones simples y asequibles (32).

Al igual que en la mortalidad Infantil, Bogotá ha experimentado una disminución constante en la mortalidad en menores de 5 años entre el año 2005 y 2014,

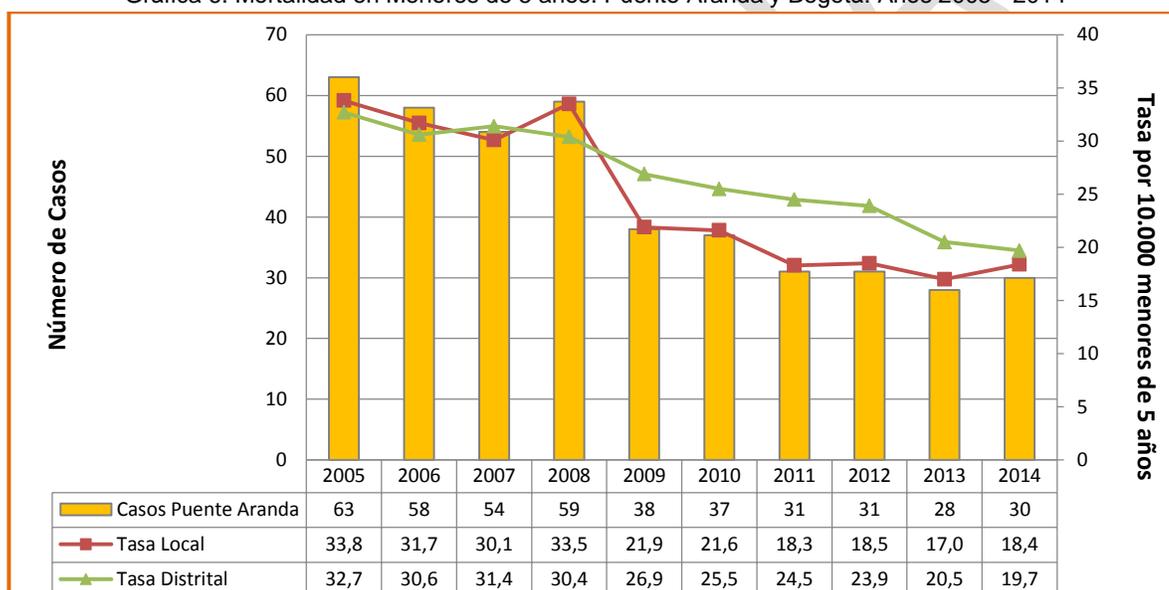
¹⁵ Informe preliminar Análisis y Seguimiento a Indicadores año 2014 localidad de Puente Aranda. ASIS -Hospital del Sur. Bogotá. 2015.



pasando de 32,7 por 10.000 menores de 5 años a 19,7. En puente Aranda, el comportamiento de la mortalidad también ha tendido a la disminución mostrando una reducción de casi del 50% entre el 2005 al 2014 pasando de 63 casos a 30. Así mismo se evidencia que la tasa local para el año 2014 (18,4) se encuentra por debajo de la Distrital (19,7).

Pese a las cifras anteriores, la Localidad aún presenta un incumplimiento en la meta del Plan de Desarrollo para este indicador (15,7 por 10.000 menores de 5 años). Frente a las otras Localidades, Puente Aranda se encuentra entre las ocho con menor tasa luego de Sumapaz (0,0), Barrios Unidos (14,0), Antonio Nariño (14,6), Engativá (15,6), Fontibón (16,2), Usme (16,3) y Kennedy (18,1).

Gráfica 6. Mortalidad en Menores de 5 años. Puente Aranda y Bogotá. Años 2005 - 2014



Fuentes: Certificado de defunción - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Años 2005-2007 datos definitivos. Año 2010 actualizado 17-07-2012. Año 2011 actualizado 21-10-2013. Año 2012 actualizado 13-08-2014. Año 2013 ajustado con datos definitivos publicación DANE 30 de julio del 2015. Año 2014 (publicación el 30 de diciembre del 2015) preliminar.

De los 30 casos que se presentaron en el año 2014, el 88,9% se reportan en menores de un año y el 11,1% se encuentra entre 1 y 4 años, situación que muestra que este indicador se encuentra estrechamente ligado a la mortalidad infantil. El 59,3% de las muertes se presentaron en menores con nacimiento pre-termino y con bajo peso. La mayor proporción de muertes fueron en hombres. Una de las familias (3,7%) se auto-reconocía como negra o afrodescendiente. En la UPZ ciudad montes se presentaron el 40,7% de los casos de mortalidad, seguido por Muzú con 29,6% y San Rafael con 22,2%. El 66,7% pertenecía al régimen contributivo, el 25,9% al subsidiado y el 7,4% no estaba asegurado. Con respecto



al nivel educativo de la madre, el 25,9% no termino el bachillerato, el 25,9% es bachiller, el 7,4% es técnica o tecnóloga y el 18,5% es universitaria.

En el análisis de determinantes sociales, se identifica las falencias en el Sistema de Salud Colombiano que no logra garantizar la atención integral a la comunidad, la disminución de los ingresos en las familias, no existen condiciones estables de trabajo y excesiva flexibilización laboral, además del bajo impacto de las Políticas de Salud Sexual y Reproductiva. Así mismo toma importancia los eventos de salud referentes a bajo peso al nacer y malformaciones congénitas. Para la localidad se debe tener en cuenta que la mayoría de los casos se presentan en recién nacidos, lo que se relaciona más estrechamente con anomalías congénitas, enfermedades respiratorias e infecciosas.

Sin embargo las causas de la mortalidad en los menores de cinco años también están asociadas a la crianza y los cuidadores y cuidadoras. Igualmente existe una ruptura en la relación entre mortalidad y bajos niveles educativos teniendo en cuenta que las maternas en Puente Aranda tienen estudios de bachillerato y formación universitaria.

Como se analizó previamente, la mayoría de los casos de mortalidad en menores de cinco años están relacionados con prematuridad, desenlace del evento antes del mes de vida y afiliación al régimen contributivo, lo que de acuerdo a la Referente de Análisis Demográfico podría asociarse en gran medida a la falta de asistencia a la cita preconcepcional. Es de resaltar que en el microterritorio Galán donde se presentaron la mayoría de los eventos, se encuentra cubierto por el CAMI Galán; en este sentido, es importante fortalecer consulta preconcepcional en Atención Primaria tanto en las instituciones de salud de carácter público como privado.¹⁶

MORTALIDAD POR NEUMONÍA, DIARREA Y DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS

Alrededor de 29.000 niños y niñas menores de cinco años (21 por minuto) mueren todos los días, especialmente de causas que se podrían evitar. Más de un 70% de los casi 11 millones de muertes infantiles que se producen todos los años se deben a seis causas: diarrea (17%), paludismo (8%), infecciones neonatales (10%), neumonía (19%), parto prematuro (10%) y falta de oxígeno al nacer (8%). Adicionalmente, la desnutrición, combinada con otros factores, es responsable del 50% de las muertes infantiles en todo el mundo (35).

¹⁶ Informe preliminar Análisis y Seguimiento a Indicadores año 2014 localidad de Puente Aranda. ASIS -Hospital del Sur. Bogotá. 2015.



Con respecto a la mortalidad por neumonía, diarrea (EDA) y desnutrición, la ciudad de Bogotá ha tenido una disminución sensible desde el año 2005 al 2014 para los tres eventos. Específicamente en la mortalidad por neumonía, la tasa en Bogotá se ha reducido en un 67,1% pasando de 23,7 muertes por cada 100.000 menores de 5 años en el 2005 a 7,8 en el 2014. En Puente Aranda se han presentado tres picos en el año 2008 con 1 caso, 2010 con 2 casos y en el 2012 con 1 caso. Para el 2014 no se presentaron muertes por esta causa.

En la mortalidad por diarrea, el panorama en la ciudad de Bogotá muestra una disminución del 81,5% pasando por una tasa de 2,7 muertes por 100.000 menores de 5 años en el 2005 a 0,5 en el año 2014. En Puente Aranda este panorama es mucho más alentador teniendo en cuenta que desde el año 2004 no se reportan muertes por esta causa.

Tabla 9. Mortalidad en menores de 5 años por neumonía, diarrea y desnutrición. Puente Aranda y Bogotá.
Años 2005 - 2014

INDICADOR	UNIDAD MEDIDA	LUGAR	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Mortalidad por Neumonía		Bogotá	23,7	18,4	17,6	21,0	17,6	17,2	10,9	9,2	7,0	7,8
		Puente Aranda	16,1	16,4	5,6	5,7	0,0	11,6	0,0	6,0	0,0	0,0
Mortalidad por Diarrea	Tasa por 100.000 <5 años	Bogotá	2,7	2,5	3,1	1,7	1,0	0,8	1,2	1,3	0,7	0,5
		Puente Aranda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mortalidad por Desnutrición		Bogotá	5,0	4,4	4,1	2,7	2,9	1,2	0,8	0,7	0,2	0,5
		Puente Aranda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuentes: Certificado de defunción - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Años 2005-2007 datos definitivos. Año 2010 actualizado 17-07-2012. Año 2011 actualizado 21-10-2013. Año 2012 actualizado 13-08-2014. Años 2010-2012 Preliminar. Año 2013 ajustado con datos definitivos publicación DANE 30 de julio del 2015. Año 2014 (publicación el 30 de diciembre del 2015) preliminar

Finalmente, frente a la mortalidad por desnutrición, Bogotá también refleja una disminución de la misma, de tal manera que para los años 2013 y 2014 las tasas de mortalidad estuvieron en 0,2 y 0,5 respectivamente. Puente Aranda en el año 2006 se presentaron las últimas muertes por desnutrición; 2 eventos; tasa de 10,9.

2.1.1.5. Identificación de Prioridades en Mortalidad:

En la mortalidad específica por subgrupos, las complicaciones obstétricas y el retardo en el crecimiento son las causas por las cuales la mayor proporción de niños menores de 1 año fallecen. En el subgrupo de 15 a 44 años se evidencia un



aumento alarmante entre el 2011 y el 2012 en los suicidios (aumento del 17,6%), y las muertes por enfermedades cerebrovasculares (aumento el 34,4%). Con respecto a los subgrupos de 45 a 59 años y mayores de 60 años las muertes por enfermedades crónicas como las enfermedades cerebrovasculares e isquémicas del corazón son las que tienen más peso en la carga. Sin embargo las mortalidades por cáncer se están incrementando preocupantemente, entre los que se encuentran: tumor maligno de mama, tumor maligno de estómago y tumor maligno de hígado.

Finalmente para el grupo de mortalidad materno-infantil, si bien las tasas de mortalidad han disminuido a través del tiempo (2005-2014) es importante seguir trabajando en su disminución con el fin de lograr reducción total de mortalidad evitable e intervenible.

Tabla 10. Listado de Prioridades de Mortalidad. Puente Aranda. Año 2014

CAUSAS DE MORTALIDAD IDENTIFICADAS	INDICADOR LOCAL (tasa por 10.000 hab)	INDICADOR REFERENCIA (DISTRITO) (tasa por 10.000 hab)
MORTALIDAD GENERAL POR GRANDES CAUSAS		
Enfermedades isquémicas del corazón	7,6	5,8
Enfermedades cerebrovasculares	4,6	2,7
Diabetes mellitus	2,4	1,3
Tumor maligno del estómago	1,6	-
MORTALIDAD ESPECIFICA POR SUBGRUPOS		
Menor de 1 año		
Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	14,7	4,6
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	8,8	3,0
Infecciones específicas del período perinatal	2,9	9,7
Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	2,9	15,3
De 1 A 4 años		
Epilepsia y otros trastornos episódicos y paroxísticos	0,8	0,1
De 15 A 44 años		
Agresiones (homicidios) y secuelas	1,0	2,5
Accidentes de transporte de motor	0,9	0,8
Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y secuelas	0,6	0,5
Enfermedades cerebrovasculares	0,3	0,3
De 45 A 59 años		
Enfermedades cerebrovasculares	3,7	2,0
Enfermedades isquémicas del corazón	3,5	3,5
Tumor maligno de la mama de la mujer	2,2	1,3
De 60 años y más		
Enfermedades cerebrovasculares	27,4	21,7
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	20,9	22,8
Diabetes mellitus	15,5	10,8
Tumor maligno del estómago	9,6	10,2
Tumor maligno del hígado	5,9	-



CAUSAS DE MORTALIDAD IDENTIFICADAS	INDICADOR LOCAL (tasa o razón)	INDICADOR DISTRITO (tasa o razón)
MORTALIDAD MATERNO INFANTIL		
Mortalidad Materna	31,9	29,0
Mortalidad Perinatal	16,6	13,7
Mortalidad Infantil	7,9	9,8
Mortalidad en menores de 5 años	18,4	19,7
Mortalidad por neumonía en menores de 5 años	0,0	7,8
Mortalidad por diarrea en menores de 5 años	0,0	0,5
Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	0,0	0,0

Fuente: Equipo ASIS. Hospital del Sur año 2016

2.1.2. MORBILIDAD

El perfil de morbilidad refleja de que se enferma la población en general. Para este apartado, se realizará el análisis según lista de morbilidad y según los eventos de notificación obligatoria.

2.1.2.1. Análisis Según Lista de Morbilidad:

Las mujeres en Puente Aranda para el año 2014 acudieron más a los servicios de salud (66,7% atenciones) con respecto a los hombres, situación similar a la ocurrida en el año 2013 en donde el 60% de las atenciones fueron en el sexo femenino, por etapas de ciclo vital los jóvenes y adultos reportan mayor asistencia.

CONSULTA EXTERNA:

Las grandes causas de consulta (primeras diez) durante los últimos tres años no han mostrado grandes variaciones. Es de esta manera, que la Hipertensión Esencial, durante el año 2012 y 2014 fue la primera causa de morbilidad pero su carga con respecto al total aumento 2,3 puntos porcentuales pasando de 11,8% en el 2012 a 14,1% en el 2014. Por otro lado, enfermedades como gingivitis crónica e hipotiroidismo que se encuentran dentro de las 10 primeras causas en el 2014, no se evidenciaron en este grupo en el 2012 y 2013.

Tabla 11. Morbilidad consulta externa diez primeras causas. Puente Aranda. Años 2012 - 2013 - 2014

CODIGO	DESCRIPCION	CONSULTAS 2014		CONSULTAS 2013		CONSULTAS 2012	
		No	%	No	%	No	%
I10X	Hipertensión Esencial (Primaria)	6.085	14,1	2.141	6,5	4.766	11,8
K021	Caries de la Dentina	2.551	5,9	2.685	8,2	2.584	6,4
J00X	Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)	1.437	3,3	2.183	6,6	2.267	5,6
M255	Dolor en Articulación	1.010	2,3	810	2,5	639	1,6
N390	Infección de Vías Urinarias, Sitio no Especificado	955	2,2	884	2,7	932	2,3



CODIGO	DESCRIPCION	CONSULTAS 2014		CONSULTAS 2013		CONSULTAS 2012	
		No	%	No	%	No	%
R104	Otros Dolores Abdominales y los no Especificados	883	2,0	1.082	3,3	1.125	2,8
M545	Lumbago no Especificado	862	2,0	795	2,4	983	2,4
B829	Parasitosis Intestinal, Sin Otra Especificación	640	1,5	-	-	736	1,8
K051	Gingivitis Crónica	630	1,5	-	-	-	-
E039	Hipotiroidismo, no Especificado	588	1,4	-	-	-	-

Fuente: Hospital del Sur. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud y Facturación. 2012 - 2013 - 2014.

Para los años 2012 y 2013 la obesidad era una de las diez primeras causas de morbilidad con una carga del 1,9% y el 1,8% respectivamente, para el año 2014 no se encuentra en este grupo. Situación similar se presenta con la vaginitis aguda, que en el año 2012 ocupaba el décimo lugar con una carga del 1,5% y la cefalea mareo y desvanecimiento que en el año 2013 presentaban una carga del 1,8% y 1,6% respectivamente, en el 2014 no hacen parte de esta lista.

Por etapas de ciclo vital para el año 2014, en infancia las principales causas de consulta son rinofaringitis (10,5%), caries dental (10,2%) y parasitosis (4,9%), por sexos la distribución es similar. En adolescencia y juventud, la caries dental es la primera causa, consultando más las mujeres con el 55,8% y 73,6% respectivamente. En adultez la hipertensión (9,6%), caries (5,6%) y dolor en articulación son las tres primeras causas, con mayor proporción en las mujeres (76,4%, 61,1% 69,8% respectivamente). En adultos mayores, la carga de morbilidad por enfermedades crónicas es evidente, siendo la hipertensión arterial, infección de vías urinarias y la diabetes las causas más frecuentes de atención principalmente en mujeres.

URGENCIAS:

En urgencias las primeras causas de consulta en los últimos 3 años no presentan grandes variaciones: la cefalea está dentro de las diez primeras causas en el 2014 pero no clasifica para los años 2013 y 2012, con respecto al lumbago no especificado este no clasificó en este grupo para el 2013.

En el año 2013 la infección aguda de vías respiratorias superiores y la amigdalitis aguda se encontraban en las diez primeras causas de consulta por urgencias, situación que para el 2014 no se presentó. Igualmente ocurre en el año 2012 con la atención materna por anomalías de los órganos pelvianos, la rinofaringitis aguda y la infección aguda de vías respiratorias superiores.



Tabla 12. Morbilidad urgencias diez primeras causas. Puente Aranda. Años 2012 - 2013 - 2014

Código	Descripción	Consultas 2014		Consultas 2013		Consultas 2012	
		No	%	No	%	No	%
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	1.143	10,1	2.025	12,9	1.751	8,4
A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	553	4,9	823	5,2	975	4,7
J029	Faringitis aguda, no especificada	501	4,4	738	4,7	919	4,4
R509	Fiebre, no especificada	422	3,7	338	2,1	417	2,0
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	371	3,3	636	4,0	814	3,9
I10X	Hipertensión esencial (primaria)	333	2,9	490	3,1	834	4,0
R51X	Cefalea	302	2,7	-	-	-	-
R074	Dolor en el pecho, no especificado	286	2,5	329	2,1	-	-
M545	Lumbago no especificado	262	2,3	-	-	418	2,0
K297	Gastritis, no especificada	250	2,2	410	2,6	-	-

Fuente: Hospital del Sur. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud y Facturación. 2012 - 2013 - 2014.

En el ciclo vital infancia, otros dolores abdominales (9,6%), la fiebre no especificada (8,1%) y la faringitis aguda (6,1%) son las primeras causas de consulta por urgencia en el 2014, la situación fue similar en ambos sexos. En adolescentes y jóvenes otros dolores abdominales y los no especificados fue la primera causa; las mujeres fueron las que más consultaron. Para adultez, otros dolores abdominales y los no especificados (10,8%), diarrea y gastro-enteritis de presunto origen infeccioso (4,9%) y la infección de vías urinarias (4,3%) se constituyen como las primeras causas, identificando una mayor proporción en mujeres. En adultos mayores, la hipertensión esencial (12,9%), otros dolores abdominales (6,8%) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (5,9%) son las primeras causas de urgencias; las mujeres son las que más consultan.

HOSPITALIZACIÓN:

Con respecto a sus primeras diez causas durante los últimos 3 años, se evidencia que enfermedades como bronquiolitis, infección de vías urinarias y traumatismo intracraneal que se encuentran como una de las primeras causas de hospitalización en el 2014 para el 2013 no se encuentran en este grupo. Igualmente ocurre en el año 2012 con diabetes, fiebre, y traumatismo intracraneal.

Tabla 13. Morbilidad hospitalización diez primeras causas. Puente Aranda. Años 2012 - 2013 - 2014

Código	Descripción	Hospitalización 2014		Hospitalización 2013		Hospitalización 2012	
		No	%	No	%	No	%
L039	Celulitis de sitio no especificado	67	13,6	14	3,8	29	5,0
O809	Parto único espontaneo, sin otra especificación	61	12,4	48	12,9	55	9,5
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	39	7,9	52	14	53	9,2



Código	Descripción	Hospitalización 2014		Hospitalización 2013		Hospitalización 2012	
		No	%	No	%	No	%
E149	Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación	33	6,7	10	2,7	-	-
J219	Bronquiolitis aguda, no especificada	20	4,1	-	-	22	3,8
R509	Fiebre, no especificada	15	3,1	10	2,7	-	-
J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	13	2,6	13	3,5	25	4,3
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	12	2,4	-	-	34	5,9
S069	Traumatismo intracraneal, no especificado	12	2,4	-	-	-	-
J069	Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	11	2,2	16	4,3	17	2,9

Fuente: Hospital del Sur. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud y Facturación. 2012 - 2013 - 2014.

Por otro lado, en el año 2013 el parto único espontaneo presentación cefálica de vértice, la neumonía y los trastornos mentales estuvieron en las diez primeras causas de hospitalización, situación que no ocurrió en el 2014. Con respecto al año 2012 este mismo escenario se presentó con diarrea, neumonía e hipertensión.

Con respecto a las primeras causas de hospitalización por etapa de ciclo vital en el año 2014, en infancia la bronquiolitis (20%), la IRA (10%), y la fiebre no especificada (10%) fueron las patologías con mayor número de hospitalizaciones encontrando que el sexo femenino es el más afectado en los tres casos. Frente a adolescencia y juventud, el parto único espontaneo se constituyó como la primera causa hospitalización con el 18,8% y 40,2% respectivamente. Por otro lado, en los adultos la celulitis en sitio no especificado (18,1%), la diabetes (11,9%) y el parto único espontaneo (10,2%) son las primeras causas de hospitalización, en el caso de la celulitis y la diabetes se hospitalizaron más hombres. Finalmente en los adultos mayores la celulitis, la diabetes y la enfermedad obstructiva crónica son las primeras causas de hospitalización, siendo las mujeres las más afectas.

2.1.2.2. Enfermedades de Alto Costo:

De acuerdo a la resolución 561 de 1994 Las enfermedades ruinosas o catastróficas son *“aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento”*. Adicionalmente representan una gran carga emocional y económica (37). La enfermedad catastrófica, deteriora ostensiblemente la calidad de vida de quienes la padecen, se considera que un diagnóstico temprano puede alcanzar a reducir el índice prematuro de muerte. No obstante, la proyección de vida de un paciente

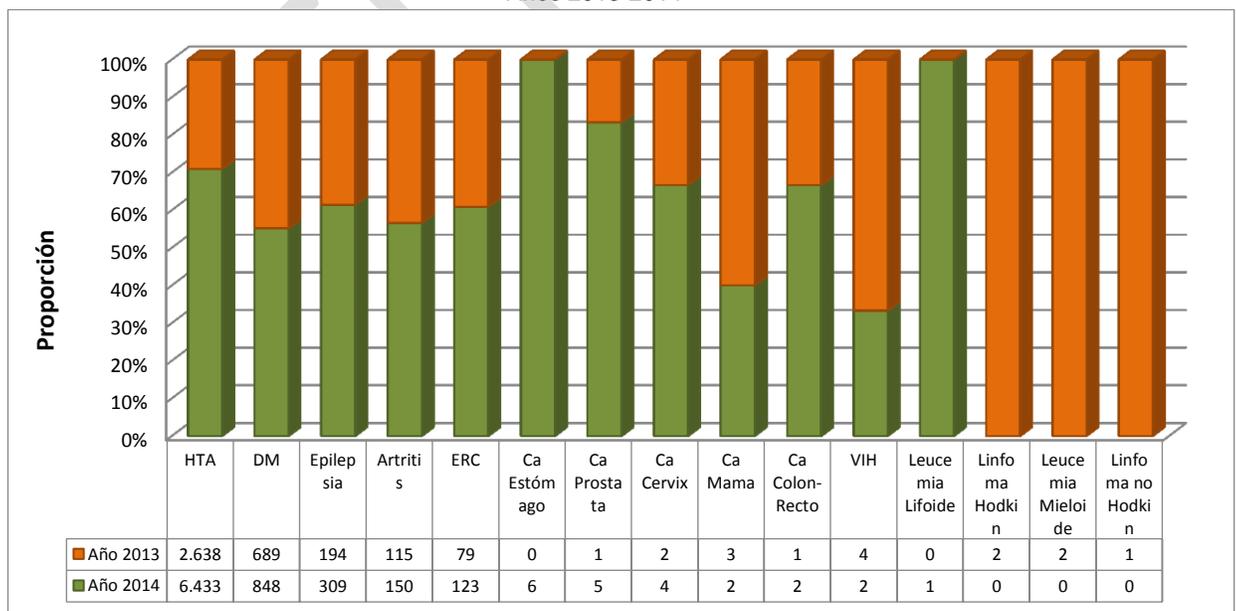


con este tipo de patologías se reduce en casi veinte (20) años, en relación con el resto de la población que no la padece.

De acuerdo al artículo 1 del decreto 2699 de 2007 las enfermedades de alto costo son: cáncer de cérvix, cáncer de mama, cáncer de estómago, cáncer de colon y recto, cáncer de próstata, leucemia linfocítica aguda, leucemia mieloide aguda, linfoma hodgkin, linfoma no hodgkin, epilepsia, artritis reumatoidea, infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)” adicionalmente se encuentran la enfermedad renal crónica, hipertensión arterial y diabetes mellitus.

En este orden de ideas y de acuerdo al Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) del Hospital del Sur. En el año 2014, se atendieron en centros de atención de la Localidad 7.885 personas con diagnóstico de enfermedad de alto costo lo que equivale al 11,8% del total de la población atendida, para el año 2013 el número fue menor (3.731) con una proporción del 8,6%. Este bajo porcentaje se explica por el nivel de atención del Hospital del Sur “primero”, por ser enfermedades complejas estas deben ser intervenidas por Hospitales de segundo y tercer nivel. Las enfermedades que más prevalecen son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tanto en el año 2013 como en el año 2014.

Gráfica 7. Distribución atención a personas con enfermedades de alto costo. Localidad de Puente Aranda. Años 2013-2014



Fuente: Hospital del Sur. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud y Facturación. 2012 - 2013 - 2014.



2.1.3. Eventos de Notificación Obligatoria

2.1.3.1. Salud Ambiental:

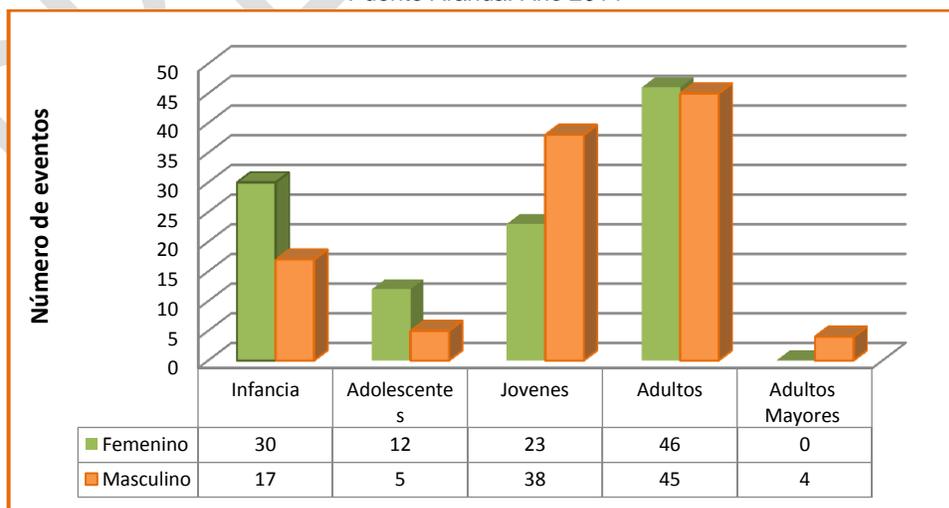
En Bogotá, el contaminante de mayor representatividad es el material particulado el cual puede incidir en el aumento del riesgo de morbilidad; sin embargo, la contaminación del aire por material particulado no es un factor causal directo de enfermedad o mortalidad respiratoria aguda sino un factor asociado, que en combinación con otros factores como desnutrición, contaminación intra domiciliaría por tabaquismo pasivo, condiciones higiénicas, falta de vacunación, condiciones climáticas, entre otras, produce un aumento de la enfermedad pulmonar (38).

Para el seguimiento de contaminantes criterio y variables meteorológicas dentro de este Territorio se encuentra ubicada la estación de Puente Aranda. Por contaminación atmosférica se prioriza la UPZ 111 (Puente Aranda) y UPZ 108 (Zona Industrial), debido a que en estas se encuentra una de las principales zonas industriales de la ciudad, además de la continua circulación de tráfico pesado por vías principales como la Avenida de las Américas, la Calle 13 y la Avenida 68 (38).

INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS QUÍMICAS:

Para el año 2014 se notificaron en Bogotá 7.112 eventos de intoxicación por sustancias químicas de los cuales el 3,0% (220) fueron en residentes de la Localidad de Puente Aranda. La mayor proporción de eventos ocurrieron en mujeres (50,4%) y en la etapa de ciclo vital adultos. De acuerdo a la pertenencia étnica 1 caso ocurrió en gitanos, y 1 en afrodescendientes.

Gráfica 8. Distribución por Etapa de Ciclo Vital y Sexo de los Eventos de Intoxicación por Sustancia Químicas. Puente Aranda. Año 2014



Fuente: Base de datos Intoxicaciones Químicas SDS- Año 2014. Depurada



La tasa de incidencia local fue de 8,5 por 10.000hab situación inferior a la Distrital que fue de 9,1 por 10.000hab, esto revela que en Bogotá se presenta tasas de intoxicación química un 1% más altas que en Puente Aranda.

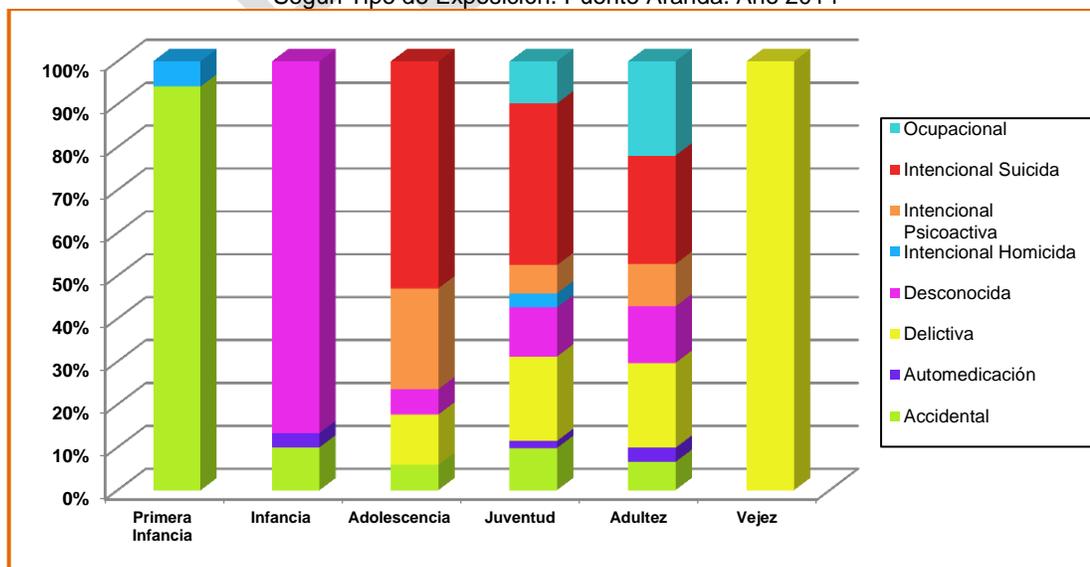
Por tipo, la mayor proporción fueron por intencionalidad suicida (25%), al comparar el comportamiento se evidencia que el local es similar al de Bogotá. Frente a la intoxicación el 32,9% de las personas lo hicieron con medicamentos, el 23,2% con otras sustancias químicas, el 18% con sustancias psicoactivas, el 11% con gases, el 8,8% con plaguicidas, el 4,4% con solventes y el 1,8% con metales pesados.

Tabla 14. Distribución Relativa y Absoluta de Intoxicaciones Químicas Según Tipo de Exposición. Bogotá y Puente Aranda. Año 2014

TIPO EXPOSICIÓN	BOGOTÁ		PUENTE ARANDA	
	No	Porcentaje	No	Porcentaje
Accidental	1.118	15,7	32	14,5
Automedicación	142	2,0	5	2,3
Delictiva	1.382	19,4	36	16,4
Desconocida	677	9,5	46	20,9
Intencional Homicida	27	0,4	3	1,4
Intencional Psicoactiva	1.204	16,9	17	7,7
Intencional Suicida	2.253	31,7	55	25,0
Ocupacional	309	4,3	26	11,8
TOTAL	7.112	100,0	220	100,0

Fuente: Base de datos Intoxicaciones Químicas SDS- Año 2014. Depurada

Gráfica 9. Distribución por Etapa de Ciclo Vital de los Eventos de Intoxicación por Sustancia Químicas Según Tipo de Exposición. Puente Aranda. Año 2014



Fuente: Base de datos Intoxicaciones Químicas SDS- Año 2014. Depurada



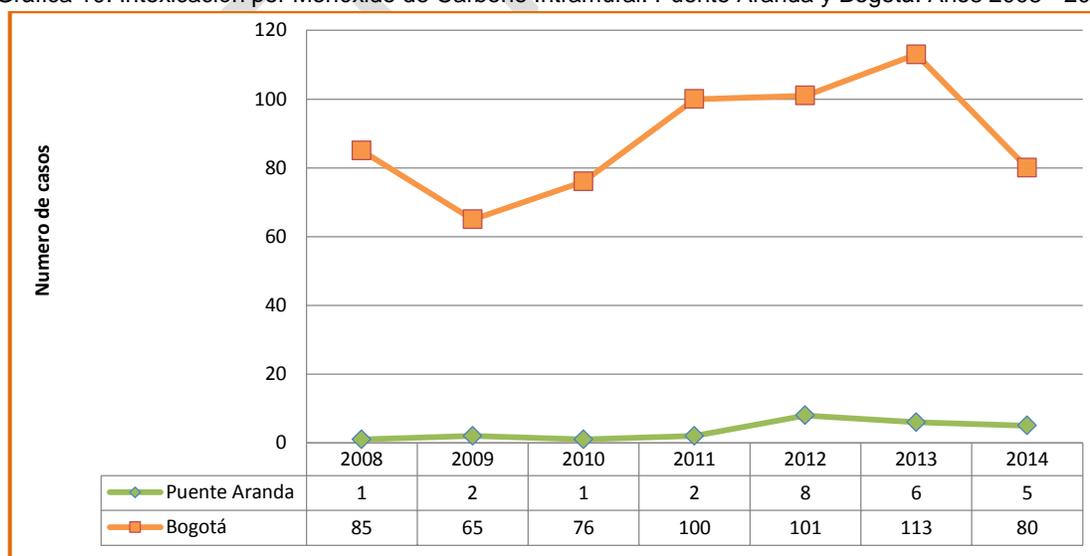
Por ciclo vital la intencionalidad suicida y psicoactiva predomina en adolescencia, juventud y adultez, mientras en primera infancia el tipo de exposición es la accidental en vejez es evidente la intencionalidad delictiva.

INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO:

Para el año 2014 se reportaron 113 casos de intoxicación por monóxido en la Capital de los cuales, el 5,3% fueron en residentes de Puente Aranda. Esto revela una tasa de incidencia de 1 por 100hab para Bogotá y de 0,06 por 100hab local, evidenciándose que la incidencia de intoxicación por monóxido es 17 veces más alta en Bogotá que en Puente Aranda. San Cristóbal y Usaquén fueron las localidades con mayor número de eventos cada una con 17. Durante el año 2014 se reportaron en la localidad 6 casos de intoxicación, evidenciándose una disminución del 46,2% con respecto al año 2013 (13 casos) y del 25% para el año 2012.

Finalmente, frente a los casos de intoxicación por monóxido de carbono Intramural, históricamente desde el año 2008 se han reportado 620 eventos en Bogotá de los cuales 25 se han presentado en residentes de Puente Aranda. De los cinco casos notificados en el 2014, el 83,3% de los eventos fueron en mujeres, el 83,3% eran adultos y el 17,7% niños y la intoxicaron fue con gas natural en su lugar de trabajo.

Gráfica 10. Intoxicación por Monóxido de Carbono Intramural. Puente Aranda y Bogotá. Años 2008 - 2014



Fuente: Plantilla de Monóxido- SDS. Corte Diciembre 2014

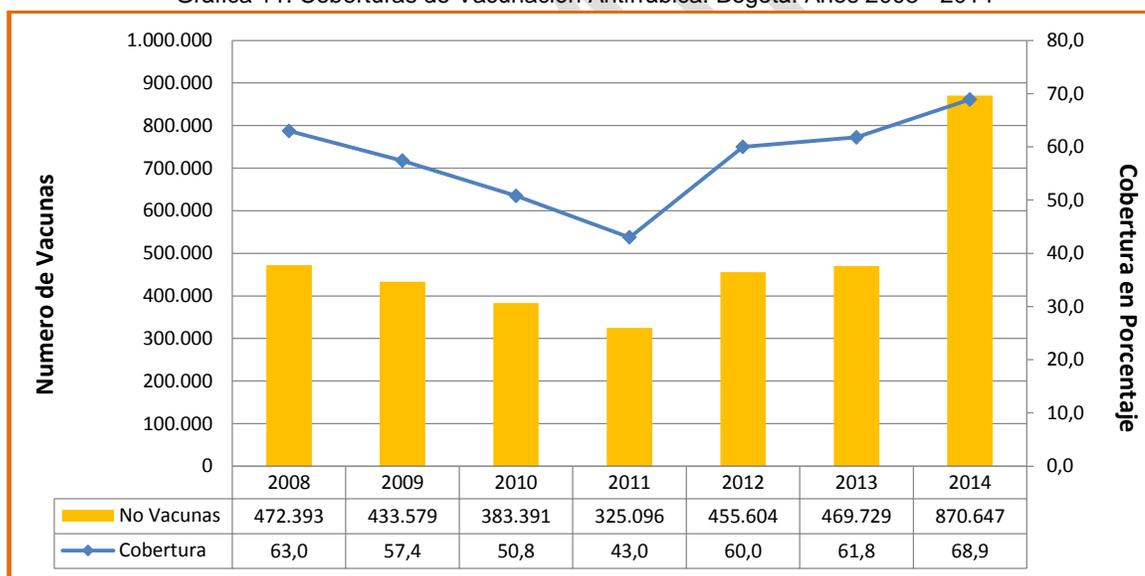


COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA:

La vacunación antirrábica contribuye a disminuir el riesgo de la transmisión de la rabia; es de esta manera que en Bogotá no se reporta desde el año 2001 casos autóctonos de rabia animal y desde 1982 rabia humana. Si bien las coberturas de vacunación Distritales no son las esperadas, se estima que el 47% de las dosis son aplicadas por el sector privado, quienes a pesar de la resolución 682 de 2004 no reportan mensualmente este proceso (39).

Para el año 2014 de los 1.263.579 gatos y perros censados, Bogotá obtuvo una cobertura de vacunación del 69% lo que representa un incremento del 13% con respecto al año 2013, significando un avance importante dadas las bajas coberturas de los años anteriores, esto responde a estrategias desarrolladas como el fortalecimiento de la temática de tenencia responsable de animales de compañía. En Puente Aranda, para el año 2014 hubo una disminución de las coberturas del 55% con respecto al año 2013, pasando de 20% a un 9% (39).

Gráfica 11. Coberturas de Vacunación Antirrábica. Bogotá. Años 2008 - 2014



Fuente: Tomado de Observatorio de Salud Ambiental de Bogotá. Sistema de Vigilancia SIVIGILA y SISPIC. Oficinas de atención al ambiente de los Hospitales Distritales Anuarios Vigilancia Sanitaria y Ambiental.

AGRESIÓN POR ANIMAL POTENCIALMENTE TRANSMISOR DE LA RABIA

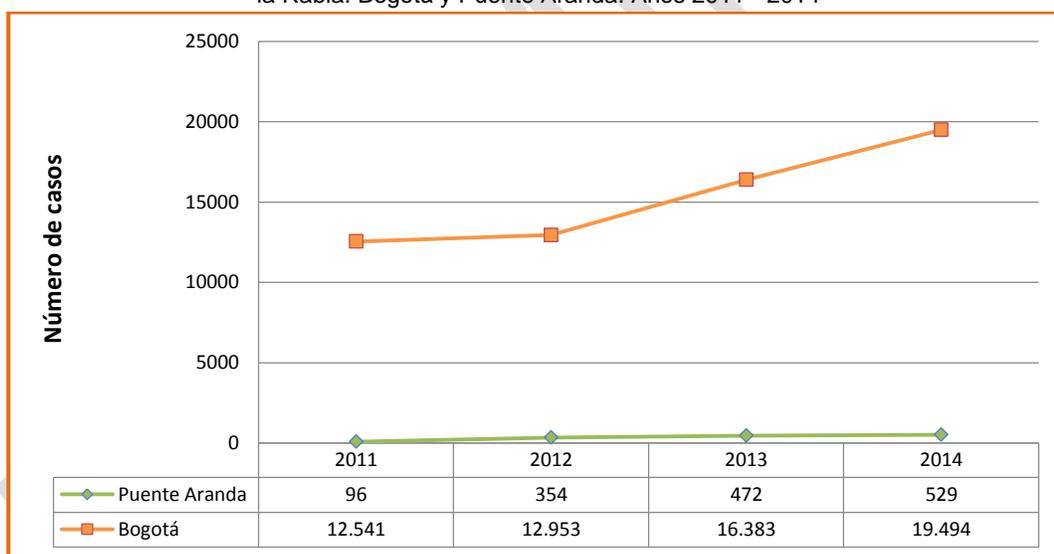
Frente a la notificación de agresiones por animales potencialmente transmisores de la rabia tanto Bogotá como Puente Aranda han presentado un aumento en la notificación desde el año 2011 al 2014. Para la Capital la notificación se ha incrementado un 19% y para la Localidad este aumento ha sido del 12%.



Para el año 2014 en el Distrito se notificaron 19.494 agresiones por animal potencialmente transmisor de la rabia, el 2,7% (529) ocurrieron en residentes de Puente Aranda. La tasa de incidencia local fue de 20 por cada 10.000hab, comportamiento que se encuentra por debajo de la incidencia Distrital (25), es de esta manera que se puede afirmar que Bogotá presenta una tasa de incidencia de agresiones por animal potencialmente transmisor de la rabia 22% más alta que Puente Aranda.

La mayor proporción de los eventos se presentaron en hombres (52,5%) y en la etapa de ciclo vital adultos. El 74,8% de las personas se encontraban afiliadas al régimen contributivo, el 11,7% al subsidiado, el 6,1% no estaba asegurado y el 4,3% estaba en el régimen especial. Frente a la pertenencia étnica, se presentó un caso en raizales, gitanos y negros respectivamente. 29 eventos fueron en personas con discapacidad.

Gráfica 12. Distribución Absoluta Notificación de Eventos. Agresión por Animal Potencialmente Transmisor de la Rabia. Bogotá y Puente Aranda. Años 2011 - 2014

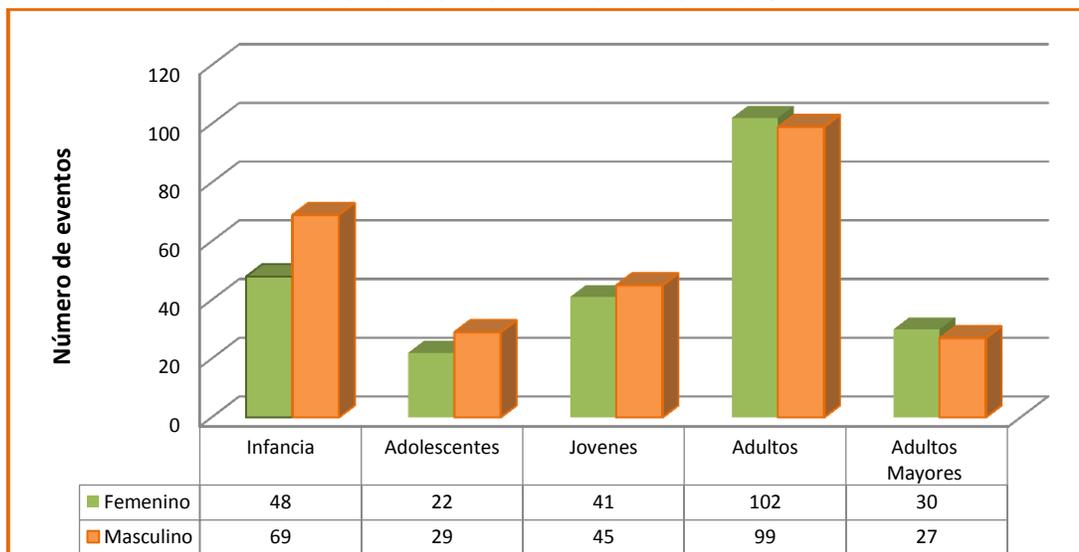


Fuente: Base de datos evento 300 SDS- Años 2011 - 2014. Depurada

Con respecto al tipo de agresión, en el 90,8% fue mordedura y en el 9,2% arañazo. Frente al agresor en el 81,3% de los casos son perros, en el 18,6% gatos y en el 0,2% bovinos (1 caso), del total de eventos el 51,0% fue por un animal desconocido, el 36,5% de los agresores estaban vacunados. Respecto al tipo de exposición, el 53,1% se clasificó como no exposición, el 37,1% exposición leve y el 9,8% exposición grave. Al 0,6% se les aplicó suero antirrábico y al 2,0% vacuna.



Gráfica 13. Distribución por Etapa de Ciclo Vital y Sexo de los Eventos Agresión por Animal Potencialmente Transmisor de Rabia. Puente Aranda. Año 2014



Fuente: Base de datos evento 300 SDS- Año 2014. Depurada

2.1.3.2. Enfermedades Transmisibles

Entre el 2012 y el 2014 se han notificado 8.969 casos al SIVIGILA (residentes de la Puente Aranda), con un incremento pausado del 2% al 3% del reporte y la presencia de los eventos de interés en salud pública en cada año, pasando de 2.923 casos reportados en el 2012 a 2.980 en 2013 y 3.066 en el 2014.

Los eventos que más se notificaron en el año 2014 en la localidad son los denominados de control Nacional¹⁷ (93%), comportamiento que se ha mantenido desde el año 2012, los transmisibles aportan el 4% de la notificación, el 2% son notificaciones de eventos de eliminación¹⁸ y el 0,3% son enfermedades crónicas (10 casos) de las cuales 2 son cáncer infantil. Finalmente se han notificado 2 casos de erradicación (Parálisis Flácida).

Tabla 15. Distribución de Casos Según Clasificación de eventos SIVIGILA. Puente Aranda. Año 2012- 2014

CLASIFICACIÓN EVENTO	2012		2013		2014		Total General
	2012	%	2013	%	2014	%	
Eventos de Control Nacional	2.809	96%	2.799	94%	2.864	93%	8.472

¹⁷ Eventos de control Nacional: Accidente Ofídico, Dengue, Difteria, Encefalitis, Fiebre Tifoidea y Paratifoidea, Hepatitis, ETAs, Intoxicaciones, Leishmaniasis, Lesiones por Pólvora, Malaria, Meningitis, Mortalidad Evitable, Parotiditis, Tifus, Tosferina, Tuberculosis, Varicela, VIH/SIDA

¹⁸ Eventos en Eliminación: Rubéola, Rubéola Congénita, Sarampión, Tétanos Neonatal, Sífilis Congénita, Rabia Humana, Lepra



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital del Sur

Eventos No Transmisibles	54	2%	105	4%	116	4%	275
Eventos en Eliminación	60	2%	76	3%	74	2%	210
Enfermedades Crónicas		0%		0%	10	0%	10
Eventos en Erradicación		0%		0%	2	0%	2
TOTAL	2.923	100%	2.980	100%	3.066	100%	8.969

Fuente: Base SIVIGILA 2012 – 2014, Secretaría Distrital de Salud

Frente a la notificación, la mayor proporción fue por varicela individual con un 46%, seguida por agresión por animal potencialmente transmisor de rabia 16%, 11% Leishmaniasis Cutánea, 6% enfermedades transmitidas por alimentos, 5% parotiditis. Estos cinco eventos representan el 73% de la notificación general. La población más afectada es la infancia con el 37% de los casos, seguida por adultez (29%) y Juventud (29%). Por UPZ la mayor proporción de casos se registran en Ciudad Montes 29%, Puente Aranda 28% y San Rafael 20%.

Los eventos no transmisibles que representan el 4% de la notificación, el bajo peso al nacer tiene el mayor número de reportes (95%), seguido por lesiones por pólvora (4 casos). Los eventos de eliminación aportan el 3% de la notificación; considerados de alto impacto en la población y la salud pública¹⁹. Los de mayor notificación son los de sospecha de sarampión y rubeola con el 90%, seguido por sífilis congénita 5%, síndrome de Rubeola congénita 3%, y lepra 2%. Identificados principalmente en infantes (79% de los casos), seguido por adultez (9%) y juventud (7%). Estas personas residen principalmente en la UPZ Ciudad Montes (32%), Muzú (29%) y San Rafael el 20%.

Los eventos crónicos inician notificación en el año 2014 con 10 casos de Cáncer infantil y menores de 15 años, 8 son infantes y dos adolescentes, ubicados en Muzú (4 casos), Zona Industrial y Ciudad Montes (dos casos cada una), San Rafael y Puente Aranda reportan un caso cada una. Frente a los eventos de erradicación se presentaron dos casos probables de Parálisis Flácidas en el 2014, con resultados negativos para Polio Virus, residentes en Muzú y San Rafael. No se reportan casos de control internacional²⁰ en Puente Aranda

¹⁹ Eventos de erradicación en Colombia: Parálisis Flácida Aguda.

²⁰ Eventos de control internacional: Cólera, Fiebre Amarilla, Peste.



Tabla 16. Primeros Eventos de Notificación al SIVIGILA. Localidad de Puente Aranda. Años 2012-2014

EVENTO	2012		2013		2014		TOTAL GENERAL
	No	%	No	%	No	%	
Varicela individual	1.218	42%	895	30%	909	30%	3.022
Agresión por animal potencialmente transmisor de rabia	354	12%	467	16%	529	17%	1.350
Leishmaniasis cutánea	230	8%	276	9%	423	14%	929
Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)	208	7%	149	5%	142	5%	499
Parotiditis	139	5%	195	7%	72	2%	406
Tos ferina	101	3%	116	4%	64	2%	281
Bajo peso al nacer	52	2%	101	3%	109	4%	262
VIH/SIDA/mortalidad por SIDA	73	2%	70	2%	101	3%	244
Dengue	31	1%	77	3%	65	2%	173
Intoxicación por sustancias psicoactivas	55	2%	72	2%	39	1%	166
Morbilidad materna extrema	24	1%	53	2%	73	2%	150
Intoxicación por otras sustancias químicas	55	2%	38	1%	49	2%	142
Intoxicación por fármacos	72	2%	64	2%	1	0%	137
ESI - IRAG (vigilancia centinela)	55	2%	40	1%	22	1%	117
Rubeola	28	1%	41	1%	32	1%	101
Otros eventos	228	8%	326	11%	436	14%	990
TOTAL GENERAL	2.923	100%	2.980	100%	3.066	100%	8.969

Fuente: Base SIVIGILA 2012 – 2014, Secretaría Distrital de Salud

Los 15 eventos con mayor notificación durante los años 2012 – 2014, representan el 86% de la notificación al SIVIGILA. La población más afectada se encuentra en la etapa de ciclo de infancia con el 37% de los casos, seguida por adultos con el 29% y juventud con el 25%. La mayor proporción reside en la UPZ de Ciudad Montes con el 30%, seguido por Puente Aranda 27%, San Rafael 20%, Muzú 18% y Zona Industrial con el 5% de los casos.

La Varicela aporta el 30% de la notificación del 2014, se evidencia un incremento significativo y contante durante los últimos tres años, el ciclo vital donde más se presenta es infancia que reporta el 55% de los casos, seguido por juventud y adultez que mantienen iguales proporciones 19%. La mayoría reside en la UPZ Ciudad Montes 31%, Muzú 24% y San Rafael 23%. Las Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, representan el 17% de la notificación general del año 2014, principalmente en el ciclo de adultez 34% seguido por infancia 30%, grupos que concentran el 69% de este evento, la mayoría son residentes de la UPZ Ciudad Montes 35%, San Rafael 24% y Muzú 21%.

Finalmente, frente a los eventos objeto de seguimiento en el marco del Plan Decenal de Salud Pública, entre el año 2012 y 2014 no se han reportado mortalidades por Tos Ferina. Frente a la lepra tampoco se han reportado eventos.



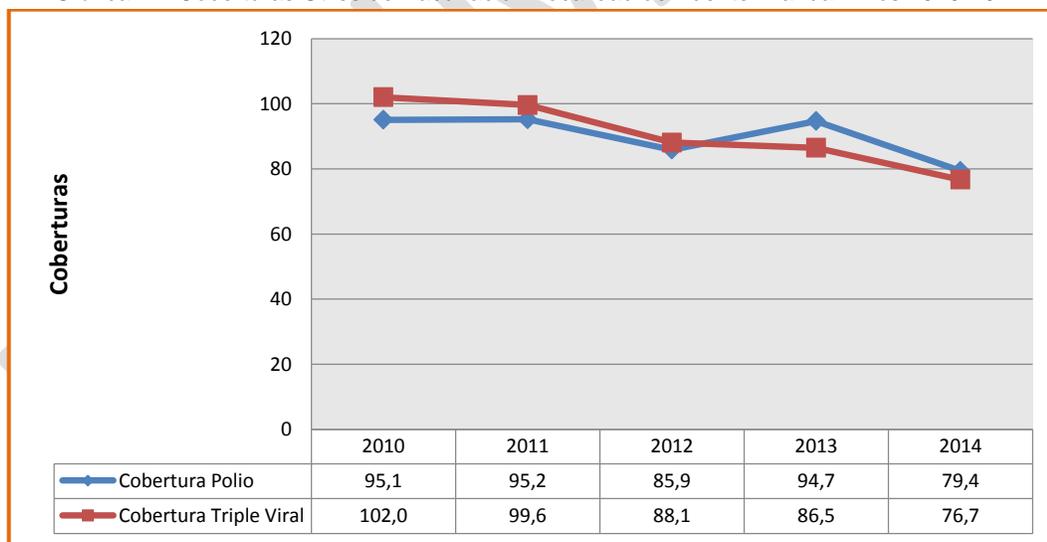
Por otro lado, en el año 2014 se presentaron 15 casos de tuberculosis de los cuales uno falleció, representando una tasa de 6,6 mortalidades por cada 100 casos de TB en la localidad para el 2014.

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN (PAI):

El Plan de Desarrollo Distrital establece como meta, un 95% de cobertura en vacunación para cada biológico del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI); como indicadores trazadores se tiene las dosis de polio aplicadas en población menor de un año y las dosis de triple viral aplicadas en población de un año.

Con respecto a lo anterior, en los últimos cinco años se evidencia un comportamiento fluctuante en las coberturas de vacunación en la localidad, es de esta manera que en el año 2012 y 2014 no se alcanzó la meta del 95% en ninguno de los dos biológicos, en el año 2013 solo se alcanzó cobertura útil para polio y en los años 2010 y 2011 los dos trazadores obtuvieron una cobertura por encima del 95%. Específicamente para el año 2014 se aplicaron 4.053 dosis de polio y 4.042 dosis de triple viral denotando en los dos trazadores incumplimiento en la meta con 79,4% 76,7% respectivamente.

Gráfica 14. Coberturas Útiles de Vacunación Localidad de Puente Aranda. Años 2010-2014



Fuente: PAI Hospital del Sur. Años 2010-2014

MORBILIDAD ATENDIDA EN SALAS ERA:

De acuerdo a la información suministrada por las salas ERA de la Localidad de Puente Aranda, el Hospital ha atendido un total de 1.413 niños y niñas desde el año 2010 al 2014 (38).



En el año 2014 en el CAMI (Centro de Atención Inmediata) Trinidad Galán se atendieron un total de 338 casos de niños menores de 5 años en la sala ERA. En cuanto al seguimiento de los 338 casos atendidos para determinar el destino final en las Salas ERA, el 95% fueron resueltos en su totalidad en el centro de atención médica. Al 100% de los casos se les realizó acompañamiento y seguimiento telefónico por parte del personal responsable en cada uno de los centros de atención, verificando la comprensión de las recomendaciones y la posibilidad de su aplicación en casa (38).

Tabla 17. Distribución Diagnósticos en Sala ERA. Puente Aranda. CAMI Trinidad Galán. Año 2014.

Diagnóstico Sala ERA	No Casos	Porcentaje
Bronquiolitis	115	34,0
Síndrome Broncoobstructivo	180	53,3
Laringotraqueítis - CRUP	32	9,5
Otros Diagnósticos	11	3,3
TOTAL	338	100,0

Fuente: Boletín Epidemiológico Mensual de la línea aire, ruido y radiación electromagnética. De febrero a Diciembre de 2014. Hospital del Sur

2.1.3.3. Convivencia Social y Salud Mental

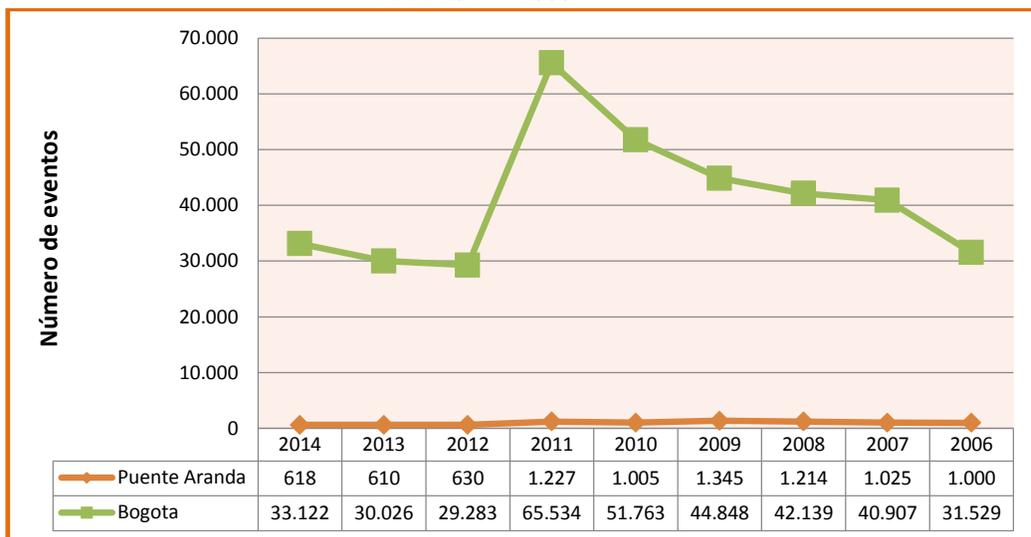
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:

Entre el año 2006 y el año 2014 en el Distrito Capital 369.151 personas han denunciado a SIVIM algún tipo de violencia intrafamiliar, de las cuales 8.674 (2,3%) residen o han residido en la Localidad de Puente Aranda. El comportamiento de la notificación en estos 9 años ha sido bastante heterogéneo identificando que tanto para la Localidad como para Bogotá la mayor proporción se presentó del año 2011 al 2006, en los últimos 3 años se ha reducido aproximadamente un 50% la notificación.

La tasa de incidencia en el año 2014 en eventos notificación al subsistema SIVIM para la localidad de Puente Aranda, se consolidó en 23,9 por cada 10.000hab, la de Bogotá estuvo en 42,6, esto revela que en Bogotá se presentan tasas de notificación al subsistema SIVIM 78% más altas que en la localidad.



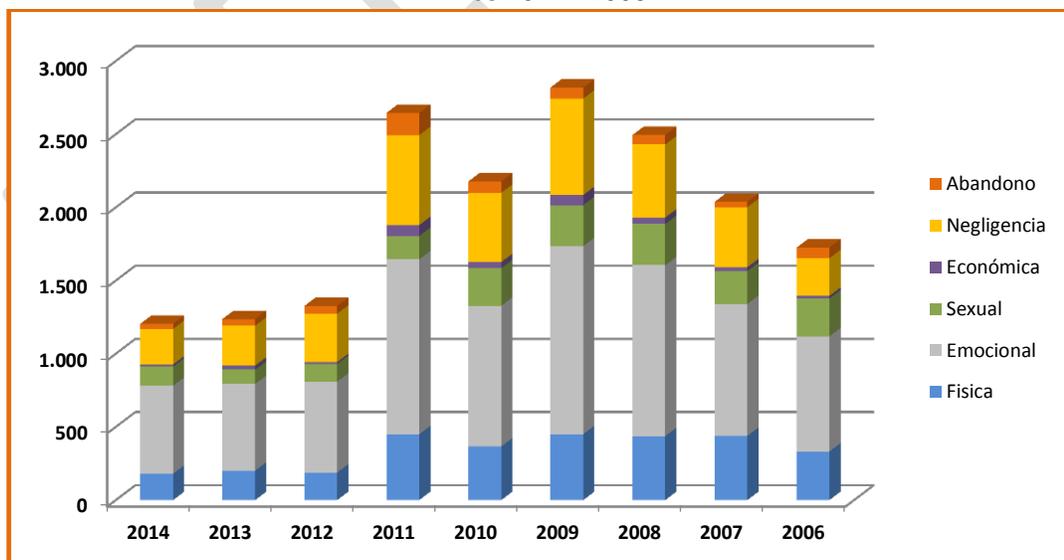
Gráfica 15. Valores Absolutos de la Notificación al SIVIM por Violencia Intrafamiliar. Bogotá y Puente Aranda. Años 2014 – 2006.



Fuente: SIVIM Base de Datos Depuradas. Años 2014-2006

Con respecto al tipo de violencia, el comportamiento de cada una se ha mantenido constante y similar entre los años 2014 y 2006 tanto en Puente Aranda como en el nivel Distrital. Del total de notificaciones por tipo de violencia se encuentra que la emocional es la que más se presenta; Puente Aranda (45,9%), Bogotá (44,0%), esta violencia generalmente va acompañada por otro tipo.

Gráfica 16. Distribución Absoluta por Tipo de Violencia. Localidad de Puente Aranda. Años 2014 - 2006



Fuente: SIVIM Base de Datos Depuradas. Años 2014-2006

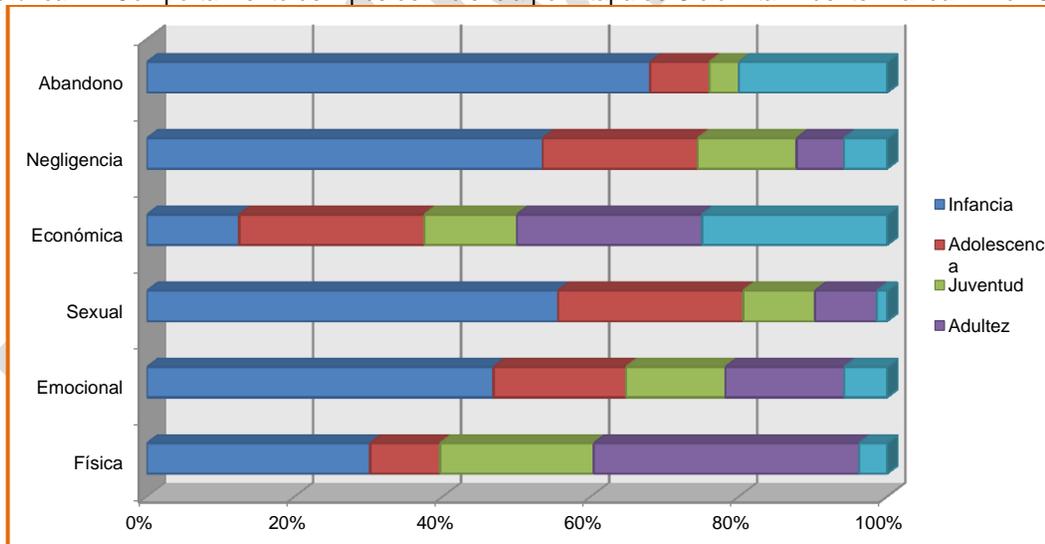


Luego de la violencia emocional la que más se presenta es la negligencia con el 23,1% en Bogotá y 21,3% en Puente Aranda, seguida por la física 17,2% Puente Aranda y 15,9% en Bogotá, la sexual (7,6%) Bogotá y 10,3% Puente Aranda, abandono 5,5% en Bogotá y 3,5% en Puente Aranda y finalmente la que menos se denuncia es la violencia económica con un 1,8% en Puente Aranda y un 4% en Bogotá.

Para el 2014 en Puente Aranda se reportaron 618 casos de violencia, 1,3% más con relación al año 2013 en donde se reportaron 610 eventos, no se evidencian frente al año anterior grandes diferencias en el comportamiento de las violencias. Las mujeres siguen siendo las principales víctimas con el 70,3 % de los casos.

La violencia emocional generalmente se reporta con otros tipos de violencia y es la de mayor frecuencia, seguida por negligencia con un 23,0%, violencia física con 14,0% y por último está la violencia sexual con el 9,0% de los casos, aunque la frecuencia de esta última violencia es más baja hay que tener en cuenta que la problemática que genera a nivel familiar y social tiene un mayor impacto psicológico en el individuo, la familia y la sociedad a corto, mediano y largo plazo.

Gráfica 17. Comportamiento de Tipos de Violencia por Etapa de Ciclo Vital. Puente Aranda. Año 2014



Fuente: Bases de Datos SIVIM – Hospital del Sur 2014

En este año se identifica a la infancia como el ciclo vital que más se ve afectado por la violencia intrafamiliar con el 46%, proporción inferior a la del 2013 que aunque también son las principales víctimas esta fue del 49,4%. La negligencia y la violencia sexual los principales tipos de violencia que se presentan en este



grupo étnico. Por otro lado, el 19% de los casos de violencia reportados afectan a los adolescentes, la negligencia es el tipo de violencia que se presenta con mayor frecuencia (47%) seguido de la violencia sexual (18%).

En la juventud, la negligencia es el tipo de violencia con mayor notificación, representado en su mayoría por gestantes sin controles prenatales, seguida de la violencia física. Mientras que en los adultos, la violencia física ocupa el primer lugar, siendo mayor en las mujeres, es de anotar que posiblemente exista un subregistro teniendo en cuenta el género, ya que muchos hombres no denuncian casos de violencia intrafamiliar. La etapa de vejez, presenta la menor notificación. Es de resaltar que respecto a años anteriores la tendencia de crecimiento continúa en cuanto a número de notificaciones y si bien este aumenta, los tipos de violencia que históricamente han tenido una alta frecuencia en Puente Aranda en casos efectivos, no presentan cambios significativos los cuales puedan hacer suponer un mantenimiento en esta problemática.

Tabla 18. Características Sociodemográficas de los Eventos Notificados a SIVIM. Puente Aranda. Año 2014

Variables sociodemográficas	TOTAL		Masculino		Femenino	
	No	%	No	%	No	%
Régimen de Seguridad Social						
Contributivo	340	55,0	101	56,1	239	54,6
Subsidiado	144	23,3	46	25,6	98	22,4
Vinculado	115	18,6	28	15,6	87	19,9
Especial	17	2,8	4	2,2	13	3,0
Particular	2	0,3	1	0,6	1	0,2
Total	618	100	180	100	438	100
Etnia						
No pertenece a ninguna etnia	616	99,7	179	99,4	437	99,8
Afro-colombiano	2	0,3	1	0,6	1	0,2
Total	618	100	180	100	438	100
Grupo Poblacional						
Desplazados	15	2,4	2	1,1	13	3,0
Habitante de Calle	1	0,2	0	0,0	1	0,2
Discapacidad	28	4,5	8	4,4	20	4,6
Gestantes	18	2,9	0	0,0	18	4,1
LGBTI	2	0,3	1	0,6	1	0,2
No pertenece a ningún grupo	554	89,6	169	93,9	385	87,9
Total	618	100	180	100	438	100

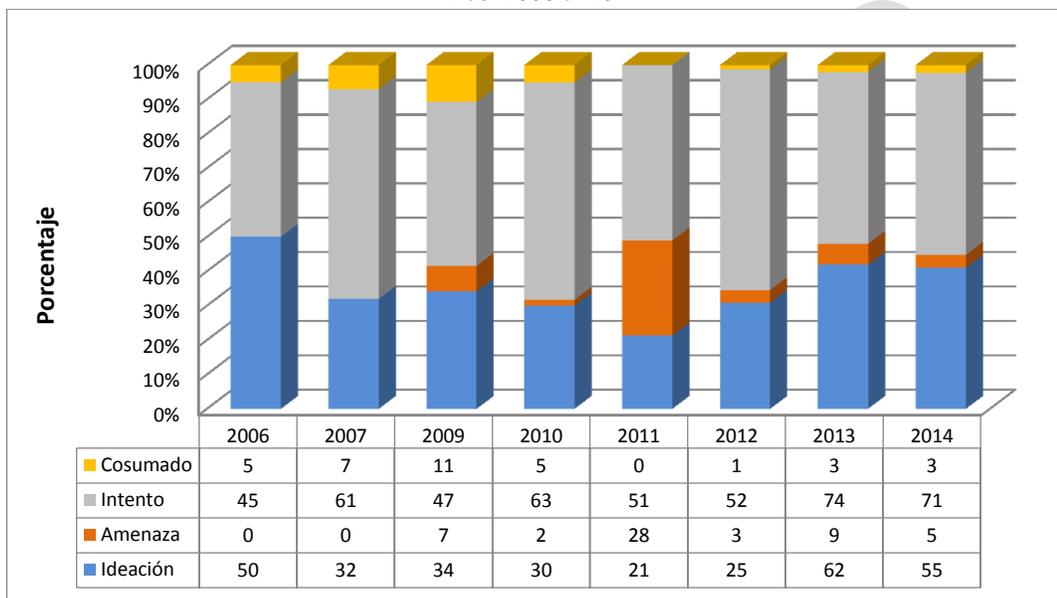
Fuente: Base Datos SIVIM Depurada. Año 2014



CONDUCTA SUICIDA:

Desde el año 2012 la notificación de la conducta suicida a ha tenido un marcado incremento tanto en el nivel Local como en el Distrital, es así como la notificación paso de 81 casos a 134 en Puente Aranda y de 3.900 a 7.826 casos en Bogotá entre el año 2012 y el año 2014.

Gráfica 18. Comportamiento Eventos Conducta Suicida. Localidad de Puente Aranda. Años 2006 al 2014



Fuente: Hospital del Sur. Bases SISVECOS.

Durante el 2014, se reporta un incremento en la notificación del 16,2% comparado con el año anterior, este comportamiento se viene presentando desde el año 2012 en un orden del 40% frente al promedio de los año del 2006 al 2011. El mayor porcentaje de notificaciones se presenta en el evento de intento de suicidio (56%), el cual es captado en su mayoría por los servicios de urgencias; la notificación del evento de ideación se mantiene en aumento, asociado al reporte por parte de servicios educativos y de salud prestados a usuarios residentes en el territorio. Frente al comportamiento de la notificación por sexo se encuentra que el 33% de las conductas suicidas se presenta en hombres, mientras que el comportamiento de la notificación en mujeres corresponde al 67% (90 casos).



Tabla 19. Intervenciones de campo efectivas SISVECOS Puente Aranda. Año 2014

Conducta Suicida	Total		Hombres		Mujeres	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ideación	54	41,5	19	14,6	35	26,9
Amenaza	9	6,9	6	4,6	3	2,3
Intento	64	49,2	17	13,1	47	36,2
Consumado	3	2,3	1	0,8	2	1,5
TOTAL	130	100	43	33,1	87	66,9

Fuente: Hospital del Sur. Bases SISVECOS.

Las UPZ Ciudad Montes y San Rafael, presentan la mayor notificación de conducta suicida con el 35,4% y 36,9%, respectivamente. De acuerdo a la base SISVECOS, dentro de los factores de riesgo que están generando una tendencia a que el suicidio se presente cada vez más en poblaciones jóvenes, se considera la presencia de conflictos con el grupo primario de apoyo por apoyo familiar inadecuado y en adultos por problemas en la relación entre esposos o pareja.

Tabla 20. Características Sociodemográficas de los Eventos Notificados a SISVECOS. Puente Aranda. Año 2014

Variables sociodemográficas	TOTAL		Masculino		Femenino	
	No	%	No	%	No	%
Régimen de Seguridad Social						
Contributivo	82	61,2	26	59,1	56	62,2
Subsidiado	31	23,1	10	22,7	21	23,3
Vinculado	13	9,7	6	13,6	7	7,8
Especial	3	2,2	1	2,3	2	2,2
Excepción	5	3,7	1	2,3	4	4,4
Total	134	100	44	100	90	100
Etnia						
Ninguna	134	100,0	44	100,0	90	100,0
Total	134	100	44	100	90	100
Grupo Poblacional						
Desplazados	3	2,2	2	4,5	1	1,1
Discapacidad	6	4,5	3	6,8	3	3,3
Gestantes	1	0,7	0	0,0	1	1,1
LGBTI	5	3,7	3	6,8	2	2,2
Ninguna	119	88,8	36	81,8	83	92,2
Total	134	100	44	100	90	100

Fuente: Base Datos SISVECOS Depurada. Año 2014



El mayor porcentaje de los eventos se concentra en los intentos de suicidio con un 49,2%, manteniendo la tendencia en la notificación, por sexo se encuentra que el 13% de los intentos de suicidio son en hombres, esto contrasta con el comportamiento de la notificación donde el 36,2% (47 casos) de los intentos se presenta en mujeres. Referente a la edad, la notificación de intento suicida muestra que el 17% se reporta entre los 27 a 59 años, seguido por el 16,2% entre 14 a 17 años. Para la ideación suicida se encuentra que el mayor número de eventos corresponde a las edades entre los 27 a 59 años (13%); para las edades de la vejez el evento de ideación suicida alcanza el 3% (4 casos).

En unidad de análisis realizada sobre violencia y suicidio²¹ se encuentra que los más de la mitad de estudiantes identificaron los factores protectores (56,6%), superando los factores de riesgo (17,6%), el 26,7% identificaron factores desencadenantes. Esto es importante si se tiene en cuenta que los estudiantes identifican los factores aplicables a su propia vida, siendo predominante en este grupo los factores protectores.

Dentro de los factores de riesgo identificados por los estudiantes se encontró que el sentimiento de soledad, aislamiento y conducta compulsiva constituyen el 54% para eventos de violencia y conducta suicida. El 8% de ellos refirió tener amigos con antecedente suicida y el 4% familia en la cual se presentó un evento suicida.

Con respecto a los factores protectores identificados, están: comunicación adecuada al interior de la familia, demostraciones de afecto y buen manejo de las relaciones afectivas, constituyendo el 29,2% de los factores registrados. En este sentido se evidencia que la estabilidad emocional y los lazos afectivos de la familia, forman parte de los aspectos más importantes para estos jóvenes, que podrían protegerlos de algún evento de conducta suicida.

Tabla 21. Identificación de factores de riesgo de la Conducta suicida. Puente Aranda. Año 2014

FACTORES DE RIESGO	Nº de respuestas	%
Sentimiento de soledad	29	25,7%
Aislamiento	20	17,7%
Eventos vitales estresantes (enfermedades terminales o	9	8,0%
Conducta impulsiva	12	10,6%
Falta de redes de apoyo	7	6,2%

²¹ Institución Semillas de Vida. Localidad de Puente Aranda. 26 de marzo de 2014.



FACTORES DE RIESGO	Nº de respuestas	%
Pautas de crianza inadecuadas	4	3,5%
Antecedente de intento individual o en la familia	4	3,5%
Enfermedad mental o antecedente familiar de enfermedad	1	0,9%
Fácil acceso a armas, medicamentos y tóxicos	2	1,8%
Antecedentes en la familia de suicidio consumado	5	4,4%
Uso de medicamentos para estado de animo	4	3,5%
Antecedentes en la familia de suicidio consumado	4	3,5%
Antecedente de amigos con conducta suicida	9	8,0%
Antecedentes en la familia de ideación suicida	3	2,7%
Uso de medicamentos para estado de animo	4	3,5%
SUBTOTAL	113	17,6

Fuente: Hospital del Sur. Equipo ASIS. 2014

El periodo adolescente al constituir una etapa de cambios físicos, emocionales y sociales, requiere de redes de apoyo familiares que permitan el establecimiento de patrones de conductas estables y de vínculos fuertes que amortigüen las dificultades que generan los amigos y pares. Acciones en el hogar y en las instituciones educativas como fomentar la seguridad y estimular adecuadamente su desarrollo y estabilidad, minimizarían factores de riesgo como la soledad y el aislamiento. Es importante tener en cuenta el fortalecimiento de los valores no solo desde la escuela sino también desde casa y familia como primer ente institucionalizado de los sujetos en proceso de formación, así como fortalecer la información frente a temas inherentes a los sujetos sociales, teniendo en cuenta el conducto regular según el caso que se presente en circunstancias de contexto académico o social.²²

2.1.3.4. Seguridad Alimentaria y Nutricional

El Estado Nutricional es un indicador importante del nivel de salud y de la calidad de vida de la población; así como del grado de satisfacción de las necesidades básicas. Por esta razón, la valoración nutricional de la población, en especial la de riesgo (niños, embarazadas, adolescentes y adulto mayor), es un elemento de gran importancia en salud pública que permite evaluar las inequidades sociales.

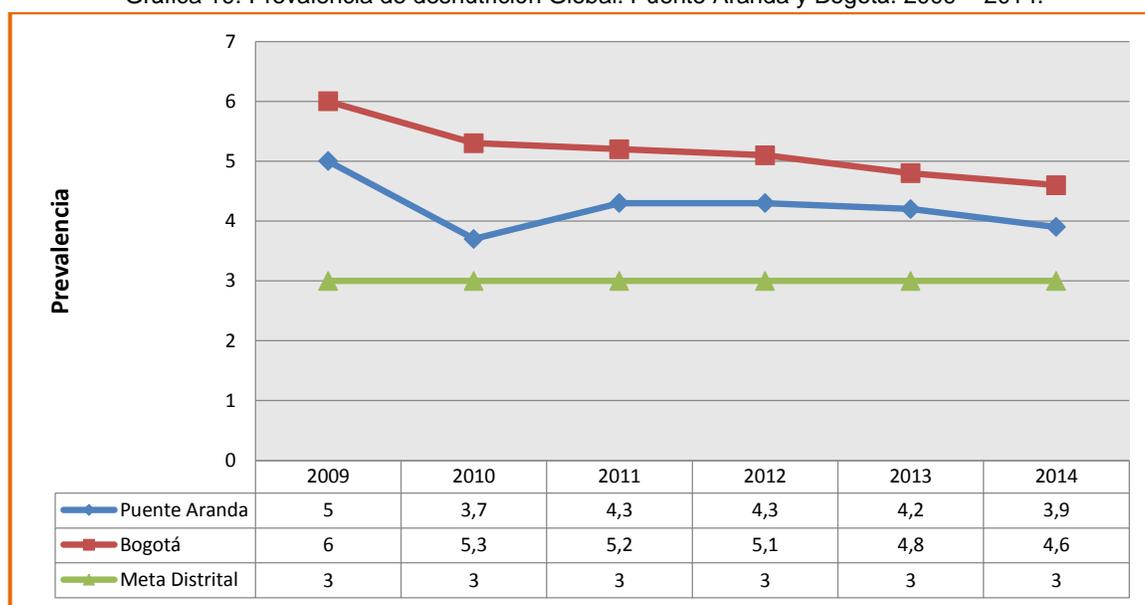
²² Informe preliminar Análisis y Seguimiento a Indicadores año 2014 localidad de Puente Aranda. ASIS -Hospital del Sur. Bogotá. 2015.



DESNUTRICIÓN GLOBAL MENORES DE 5 AÑOS:

La desnutrición Global (peso/edad) para la localidad de Puente Aranda durante el año 2014 muestra un descenso del 4,2% con respecto al año 2013 y para el 2014 la prevalencia fue de 3,9%, representando una diferencia de 0,3%.

Gráfica 19. Prevalencia de desnutrición Global. Puente Aranda y Bogotá. 2009 – 2014.



Fuente: SDS. Bases oficiales SISVAN 2009 - 2014.

Con respecto al Distrito la prevalencia del 2014 fue de 4,6% siendo significativa la diferencia con el comportamiento Local, sin embargo en los dos casos la prevalencia se encuentra por encima de la meta del Plan de Gobierno (3,0%). Este indicador muestra la sensibilidad de las condiciones económicas frente al acceso de la alimentación de las familias de la localidad. En los menores de 2 años de Puente Aranda el 7,1% presenta sobrepeso y el 1,7% obesidad.

Por sexo no se evidencian grandes diferencias entre mujeres 3,9% y hombres 3,8%. Referente al grupo étnico solo un menor se auto reconoce como gitano. En cuanto al régimen de afiliación, la mayor proporción no se encuentran asegurados (6,7%), seguido por el subsidiado (6,1%), y especial (1,6%). La UPZ con mayor prevalencia de desnutrición global es Puente Aranda con un 10,0% seguida de San Rafael (4,3%), Zona Industrial (3,2%), Ciudad Montes (3,0%) y Muzú (2,8%).

A pesar de hay una disponibilidad de alimentos estable en la localidad, no se cuentan con los recursos suficientes para adquirir alimentos con la frecuencia y cantidades adecuadas, se da prioridad en muchos casos a los alimentos que



logran saciedad como cereales y derivados, grasas y tubérculos, dejando a un lado el consumo de frutas, hortalizas, legumbres, lácteos y cárnicos, lo que ha redundado en malos hábitos alimentarios y carencias nutricionales en la población residente en Puente Aranda. Por otro lado, cabe mencionar que el sobrepeso y/u la obesidad son observados como trastornos alimentarios que empiezan a tener especial incidencia en la población infantil debido a la falta de prácticas de autocuidado y a la concepción del tiempo libre (40).

Aunque el Estado ha trabajado en el fortalecimiento de los programas de promoción, prevención e inclusión social en salud y servicios sociales de la primera infancia, aún se siguen presentando casos de malnutrición por déficit en la ciudad. Para profundizar el análisis de la problemática se realizó una unidad de estudio con madres y gestantes que asisten al FAMI Mis Picardías (41), quienes indican que practican una alimentación balanceada en sus hogares, teniendo como prioridad la alimentación de los niños y niñas de hasta 8 ó 9 años de edad. Incluyen en su dieta todos los grupos de alimentos: lácteos, frutas verduras, proteínas, cereales, tubérculos, azúcares, aceites y grasas. Sin embargo, al indagar sobre los alimentos de consumo menos frecuente identifican los que les hace daño y los que no les gusta.

Si bien esto nos puede indicar que las familias se alimentan adecuadamente, profundizando en el análisis se observa y ellas manifiestan que las condiciones económicas influyen en el acceso a los alimentos, porque que no pueden alimentarse como quisieran porque los ingresos no son suficientes. Además, por ser un trabajo grupal, algunas madres se cohíben de informar sobre sus necesidades reales, se percibe vergüenza social, dado que una madre al indicar que consume balanceadamente sus alimentos condiciona a las demás a manifestar lo mismo, posiblemente por el temor al qué dirán o a ser señaladas de no tener los recursos suficientes para alimentarse bien (41).

El grupo también indica que la alimentación de los adultos es secundaria, lo principal es el alimento nutritivo para los niños y niñas. Se manifiesta que hay estrategias para adecuar la alimentación en la familia, como el reemplazar alimentos, adquirir los que están en cosecha y en última instancia los adultos comen en menor cantidad para poder satisfacer las necesidades alimentarias de sus hijos. Esto evidencia que dadas las condiciones económicas la nutrición de los adultos pasa a un segundo plano y la calidad de vida de las familias se ve afectada (41).



Se percibe que los comedores comunitarios juegan un papel muy importante. Si bien hay consideraciones que indican que la preparación de los alimentos en los comedores puede influir negativamente en la población, existen otras posturas positivas sobre éstos, son considerados muy buenos por la variedad, cantidad y calidad de los alimentos, además es una alternativa para las familias de bajos recursos, especialmente niños, niñas y adultos mayores. Sin embargo, existe la percepción de que a los comedores asiste mucha gente que no los necesita, y a la vez se observa muchas personas que no han podido acceder y que en realidad necesita esa ayuda. Ante esto se cuestiona sobre cómo desde el Gobierno y la política determina quienes pueden o no acceder a los beneficios que otorga el Estado (41).

Con respecto a los factores que influyen en la desnutrición en la localidad, se considera la economía, los ingresos insuficientes, los niños y niñas cuyos padres y madres trabajan y no pueden procurar que sus hijos se alimenten adecuadamente porque quedan al cuidado de terceros. También se considera que los embarazos no planeados y las madres adolescentes no tienen la madurez necesaria para cuidar adecuadamente los hijos, tienen otras prioridades, sumada la idea de la estética, dado que por influencia de los medios como la televisión se quieren ver delgadas y por ello se alimentan y alimentan a sus hijos con comidas “light”, rápidas, prefabricadas, que requieren mínimo esfuerzo y tiempo. Todas estas problemáticas. Esto se ve reflejado también en el matoneo que se observa, donde se critica por la apariencia física, llevando a las adolescentes a no alimentarse bien por no verse “gordas”. Se considera que falta comunicación en las familias y particularmente sobre el tema de la nutrición, porque la influencia social es grande y por lo tanto se debe prestar gran importancia a los comportamientos y pautas de crianza en las familias (41).²³

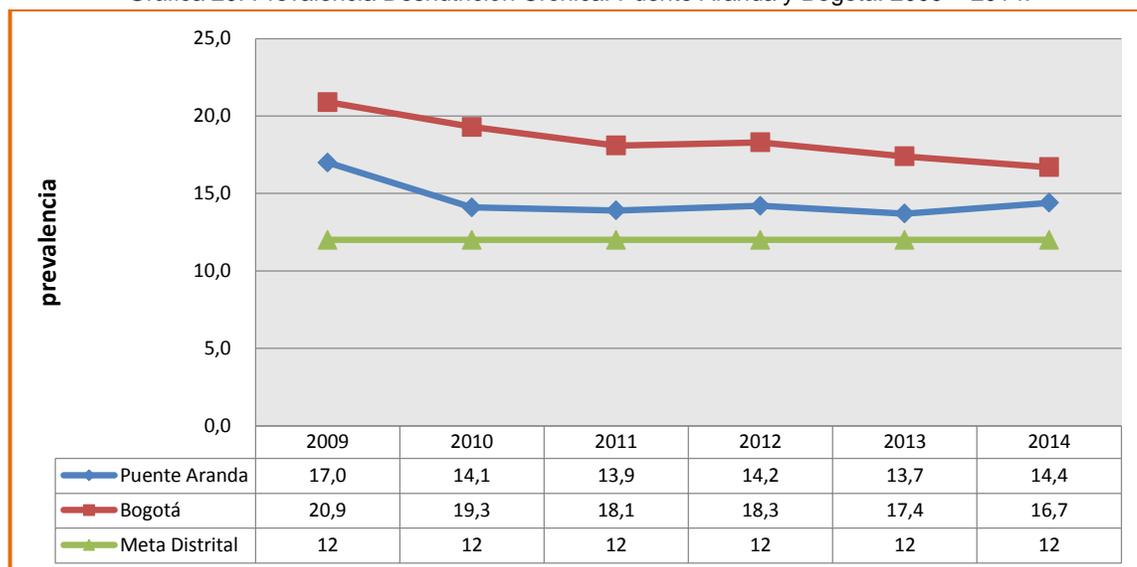
DESNUTRICIÓN CRÓNICA MENORES DE 5 AÑOS:

La prevalencia de desnutrición crónica en el Distrito se ha mantenido en los últimos 6 años por encima de la meta esperada (12%), para el año 2013 la prevalencia alcanzó un 17,4% y para el 2014 esta cayó un 4,0%.

²³ Informe preliminar Análisis y Seguimiento a Indicadores año 2014 localidad de Puente Aranda. ASIS -Hospital del Sur. Bogotá. 2015.



Gráfica 20. Prevalencia Desnutrición Crónica. Puente Aranda y Bogotá. 2009 – 2014.



Fuente: SDS. Bases oficiales SISVAN 2009 - 2014.

El comportamiento de la desnutrición crónica en Puente Aranda, ha sido inestable durante los últimos 6 años, es de esta manera que para el 2014 la prevalencia aumentó 0,7 puntos porcentuales. Se debe tener en cuenta que este indicador mide el retraso en el crecimiento. Por UPZ en el año 2014, Puente Aranda es la que tiene la prevalencia de desnutrición crónica más alta (22,2%), continuando con Zona Industrial (14,3%), Muzú (12,9%), San Rafael (12,8%) y Ciudad Montes (11,7%).

La localidad presenta concentración de familias pobres con problemas de hacinamiento, pobreza oculta debido a que son estratificados en nivel 3 cuando en muchas ocasiones los ingresos no cubren las necesidades básicas de los residentes. La inadecuada comunicación familiar genera incomprensión, intolerancia y problemas de convivencia, teniendo en cuenta que actualmente la figura de familia nuclear (madre, padre e hijos) está en crisis (40), a ello se suma la pobreza oculta y flexibilización laboral resultado del enfoque neoliberal donde hay desregulación del mercado del trabajo y el quebrantamiento del poder sindical permitiendo la aparición de trabajos mal remunerados y precarios. (2).

En la unidad de análisis realizada con los equipos territoriales ERI y ERC (42), se identificaron varios factores relacionados con el lugar de abastecimiento para la localidad, los aspectos que influyen en el consumo de alimentos y la condición socioeconómica. Los equipos manifiestan que el lugar de abastecimiento para la



localidad es la plaza del Galán, sin embargo lo más usual son los mini mercados de barrio, las tiendas y ventas callejeras por la facilidad al acceso.

Se debe tener en cuenta que el número de personas que conforman las familias y quienes de ellos proporcionan el dinero para el sustento económico y alimenticio es importante, además el aspecto cultural también influye en los productos adquiridos. En un gran número de familias no se hace el mercado pensando en la importancia de consumir los 7 grupos de alimento debido que en algunos casos no se cuenta con dinero suficiente para garantizar el consumo de los mismos y en otros casos por el desconocimiento o hábitos alimentarios.

Finalmente, destacan que existe mala manipulación de los alimentos por la cultura en que se han desarrollado sus procesos de alimentación al igual que para su consumo. Muchos de ellos por su condición económica no poseen donde mantener frescos y refrigerados sus alimentos. Algunos de ellos consumen su alimentación en ventas callejeras por economía sin prestar atención en la buena o mala preparación de los mismos²⁴ (42).

LACTANCIA MATERNA:

La lactancia materna es considerada la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables, además, reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades. (43).

La media de lactancia materna ha presentado un comportamiento estacionario en Bogotá durante los últimos 4 años, con 2,9 meses. En Puente Aranda, para el año 2014, la mediana de lactancia materna se encuentra en 3,3 meses, situación que pese a estar por debajo de la meta esperada (4 meses), ha aumentado en los últimos 4 años pasando de 3,0 en el 2011 a 3,2 meses el 2014. Con respecto a la lactancia prolongada (de 7 a 24 meses o más) esta se encuentra en 11,8 meses, siendo un factor protector en el crecimiento y desarrollo de los menores. Se puede evidenciar que en los dos casos las medias no cumplen las recomendaciones internacionales de 6 meses exclusiva y 2 años o más complementaria.

²⁴ Informe preliminar Análisis y Seguimiento a Indicadores año 2014 localidad de Puente Aranda. ASIS -Hospital del Sur. Bogotá. 2015.



Entre las causales que impiden que la lactancia materna sea exclusiva hasta los seis meses de edad en la localidad se encuentran los patrones culturales, bajo nivel educativo, necesidad de trabajo por parte de las madre, desconocimiento y dificultades en la práctica extracción y conservación de la leche materna para suminístrasela a los bebes mientras la madre se ausenta, introducción temprana de otro tipo de alimentos, la mercadotecnia de los sucedáneos de la leche materna, desconocimiento del Banco de Leche Materna y efectos en la estética corporal de la madre. Es importante continuar promoviendo la práctica de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, teniendo en cuenta que la localidad tiene un alto porcentaje de industrias y comercio en su territorio, es de vital importancia promover en sus trabajadoras lactantes la extracción y conservación de leche materna en sus sitios de trabajo facilitándoles los espacios y el tiempo para dicha actividad.²⁵

BAJO PESO AL NACER:

Según las estadísticas Distritales, en los últimos cinco años los nacimientos con bajo peso (independiente de la edad gestacional) representan cerca del 12% del total de nacidos vivos; para el año 2014 el porcentaje de bajo peso al nacer en Bogotá se estableció en 12,2%, encontrándose 2,2% por encima de la meta Distrital a alcanzar en el año 2016, si se observa su comportamiento desde el año 2008 se evidencia un estancamiento del indicador.

Frente a Puente Aranda, la tendencia ha sido inestable en donde se observa en el periodo aumento y disminución de la prevalencia entre un año y otro. Entre el 2008 y 2014 se ha generado un leve descenso del 6,8% pasando de 11,7% a 10,9%, si bien para el año 2014 ésta prevalencia disminuyó aún localmente el indicador se encuentra por encima de lo esperado (10%).

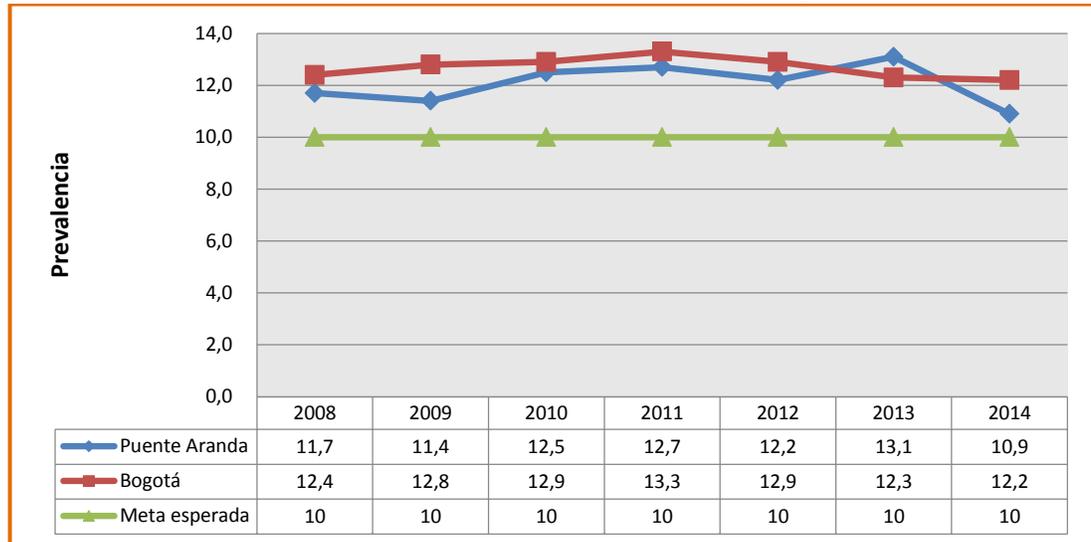
Durante el 2014, se presentan 344 casos de bajo peso independientes de su edad gestacional, 8,5% menos que el 2013 (378). De los menores nacidos con bajo peso al nacer, el 53,3% son del sexo femenino y el 47,7% del masculino; el 1,4% son hijos de mujeres adolescentes, de los cuales uno es hijo de una niña de 13 años, por otro lado el 13,9% son hijos de madres mayores de 35 años. En lo relacionado con el nivel educativo de la madre se observa que la mayor proporción son bachilleres con un 42,1%; respecto al régimen de afiliación el 82,9% se

²⁵ Informe preliminar Análisis y Seguimiento a Indicadores año 2014 localidad de Puente Aranda. ASIS -Hospital del Sur. Bogotá. 2015.



encuentran afiliados al contributivo, seguido del subsidiado 10,9% y no asegurado 3,0%.

Gráfica 21. Prevalencia Bajo Peso al Nacer. Puente Aranda y Bogotá. Años 2008 - 2014



Fuente: Certificado de Nacido Vivo - Bases de datos SDS y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Datos Preliminares. Actualizado 14-06-2015

Las UPZ Ciudad Montes, San Rafael y Muzú presentan las cifras más altas de bajo peso al nacer (34,5%, 33,9% y 21,5% respectivamente), siendo los territorios en donde se evidencia mayor riesgo en la salud materno infantil por bajo peso al nacer. El embarazo en hogares donde se evidencian niveles educativos y socio – económicos bajos pueden impactar negativamente en la calidad de vida de los menores de edad.

Desde el análisis de determinantes sociales, se puede decir que a nivel estructural el modelo económico capitalista incrementa la inequidad social y económica, el modelo neoliberal fomenta la privatización de los servicios públicos, bajos salarios y aumento de impuestos, que influye de manera directa en la economía familiar y en la calidad alimenticia. A nivel intermedio se identifica la problemática familiar y el embarazo adolescente como factores que profundizan el riesgo de niños y niñas con bajo peso al nacer. En narraciones sobre cómo vivieron su o sus embarazos, la mayoría de las asistentes no contaron con las mejores condiciones durante el mismo, problemas familiares, hijos no planeados, falta de apoyo del progenitor, embarazo en adolescentes son algunas de las dificultades presentadas (44).



Las madres y gestantes identifican comúnmente como factores protectores la asistencia a controles prenatales, la buena alimentación y el acompañamiento a la gestante. En cuanto a estos elementos se debe tener en cuenta que a nivel institucional se debe promocionar la asistencia a controles prenatales y es un deber de la gestante concientizarse sobre la importancia del. En cuanto a la adecuada alimentación esta depende de la situación económica de la familia y como se dijo anteriormente es un problema estructural debido a la inequidad social que se vive en Bogotá y en el país en general. Sin embargo, es conveniente reforzar los hábitos de vida saludables, la preferencia de alimentos nutritivos, la higiene y manipulación de alimentos (44).

En las madres que planearon su embarazo, tuvieron un desarrollo normal de su gestación y tienen en la actualidad niños y niñas saludables. Además, el apoyo de la pareja y familiar les garantizó un estado emocional y psicológico satisfactorio. En cuanto a las madres que no planearon sus embarazos se observa problemas familiares, falta de redes de apoyo, depresión, problemas emocionales y psicológicos, que si bien no ocasionaron bajo peso al nacer en los hijos, si son factores de riesgo que dificultan el desarrollo adecuado de los niños y niñas.

En los últimos años se ha reconocido un mayor impacto de los factores psicológicos y sociales de la mujer y especialmente su decisión de iniciar un embarazo; es decir, si la gestación responde a una decisión planificada por parte de la mujer las probabilidades de que su hijo nazca en las mejores condiciones son más altas, principalmente porque habrá una mayor vinculación y asistencia permanente a los controles prenatales.²⁶

ESTADO NUTRICIONAL DE LAS GESTANTES:

Para el año 2014 se captaron por parte del SISVAN 3.991 gestantes, de las cuales el 14,8% presenta bajo peso y el 34,4% reporta malnutrición por exceso (obesidad 8,1% y sobrepeso 26,3%). Esto se traduce en que el 49,2% de las gestantes presentan malnutrición durante la gestación, siendo esto uno de los factores de riesgo durante el embarazo para la gestante y el producto.

Por etapa de ciclo vital, se encontró que el 38% de las gestantes adolescentes presentaban bajo peso y el 19% exceso de peso; 1% en obesidad. Por el contrario, las gestantes añosas (35 y más años), la prevalencia de exceso de peso

²⁶ Informe preliminar Análisis y Seguimiento a Indicadores año 2014 Puente Aranda. ASIS -Hospital del Sur. Bogotá. 2015.



aumenta considerablemente (49,5%) y el de déficit es menor (4,1%). Frente a las gestantes que se encuentran entre los 18 y los 34 años, el 47% tiene peso normal, el 18,2% bajo peso y el 29,4% exceso de peso; 6% obesidad.

SISVAN ESCOLAR:

La estrategia SISVAN ESCOLAR para el año 2014 valoró en Puente Aranda 2.440 escolares en 2 colegios centinela uno público y otro privado, donde el 1.495 estudiantes se encuentran con malnutrición, que corresponden al 61,3% de la población tamizada, evidenciando que los escolares presentan malos hábitos de alimentación que genera excesos en su mayoría y déficit nutricional

PERSONA MAYOR:

La población de adulto mayor reportada para el 2014 fue de 3.815 para la localidad, el diagnóstico nutricional que prevalece es la malnutrición por exceso, la cual representa el 75,6% de los adultos mayores, dejando en un segundo plano el déficit (1,1%), lo que se relaciona con la presencia de enfermedades crónicas.

2.1.3.5. Derechos Sexuales y Sexualidad (Salud Sexual y Reproductiva)

EMBARAZOS EN ADOLESCENTES:

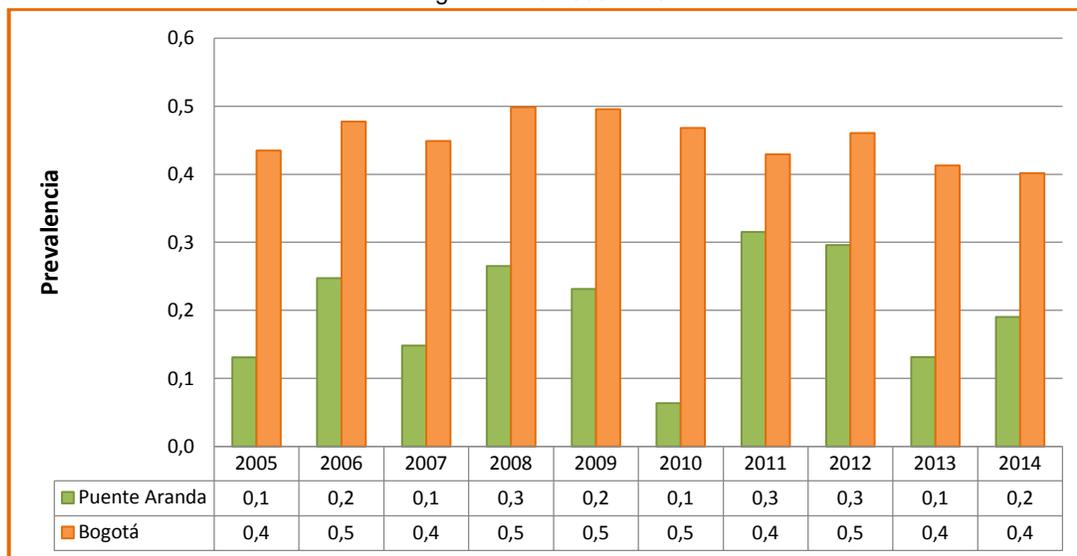
Es considerada como una de las principales problemáticas de la localidad, por todos los riesgos que genera para la salud de las gestantes y el bebé, pero también por todas las implicaciones sociales que conlleva en la reproducción de las situaciones de pobreza y exclusión social y los factores determinantes de la misma, como la violencia intrafamiliar, el inadecuado uso del tiempo libre, la falta de oportunidades educativas y laborales para los y las jóvenes, la falta de comunicación y orientación al interior de la familias, el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, las prácticas sexuales inseguras y el abuso sexual (embarazo en menor de 14 años tiene esta consideración).

Nacidos vivos en adolescentes de 10 a 14 años:

En el 2014, el comportamiento Distrital y Local no dista de lo presentado en los años anteriores. En Bogotá se registraron 415 nacimientos en este grupo de edad con una prevalencia del 0,4%. En Puente Aranda 6 nacimientos (0,2%) fueron en niñas menores de 15 años, desde otra perspectiva el 1,4% del total de los casos Distritales están presentes en Puente Aranda. Al comparar el comportamiento de nacimientos del 2014 con otras Localidades, se logra establecer que Puente Aranda tiene una de las menores prevalencias luego de Barrios Unidos (0,0%), Teusaquillo (0,07%), Engativa (0,15%) y Chapinero (0,16%)



Gráfica 22. Comportamiento Nacidos Vivos en Adolescentes de 10 a 14 años. Localidad de Puente Aranda y Bogotá. Años 2005 al 2014



Fuente: Certificado de nacido vivo.- Base de datos DANE -RUAF-ND -Sistema de estadísticas vitales SDS. Años 2005-2009 actualizado 9 de septiembre de 2014. Años 2010 - 2014 actualizado 2014 el 14 de junio del 2015. Datos preliminares

Frente a los nacimientos, el 50% se encuentran afiliados al régimen contributivo y el 50% al subsidiado. El 16,7% tuvo bajo peso al nacer, los 6 recién nacidos nacieron a término. El 83% de las adolescentes asistieron a menos de 5 consultas pre-natales. Con respecto a la edad de la madre una tenía 13 años y cinco 14. Así mismo el 66,7% de las adolescentes ya convivía con su pareja en unión libre. En cuanto al nivel educativo una se encuentra en primaria y las otras cinco están cursando bachillerato.

El embarazo en este grupo de edad, es considerado abuso sexual, sin embargo, de acuerdo al subsistema SIVIM estos se presentan principalmente con el consentimiento de las niñas, cobrando vital importancia para la ocurrencia de este evento las pautas de crianza y modelos disfuncionales de familia. Por otro lado, se observa pobre adherencia a los controles prenatales que puede generar riesgo en la salud materno – infantil. El embarazo en adolescentes menores de 15 años y el abuso y la violencia sexual como potencial causa, son problemas de salud pública y de derechos humanos que generan graves consecuencias biológicas, psíquicas y sociales²⁷.

²⁷ Hospital del Sur. ASIS. Diagnóstico Localidad de Kennedy. 2012.



En unidad de análisis realizada con adolescentes es posible identificar conocimiento global sobre métodos de planificación familiar y su accesibilidad. Según su aporte, la edad propicia para el inicio de las mismas es entre los 18 y 23 años, relacionada así mismo con el estudio universitario en donde es posible adquirir “mayor conocimiento del mundo exterior”, más estabilidad y “preparación mental”. Dentro de las principales causas identificadas por las adolescentes cobra especial interés el acompañamiento de los padres en esta etapa de ciclo y la importancia del rol de los padres en la educación sexual de sus hijos (45):

Tabla 22. Causas del embarazo en adolescentes. Institución educativa de la Localidad de Puente Aranda.

PERCEPCION DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES
Malas decisiones influenciadas por la pareja
Descuido e ignorancia de las adolescentes
Malas amistades
Pobre abordaje de los padres en los temas de educación sexual
Ausencia de los padres en el cuidado de sus hijos
Los niños no dan relevancia al tema cuando es una realidad
Internet y televisión como principales fuentes de información
Abuso sexual

Fuente: Unidad de Análisis. Grupo ASIS. Hospital del Sur. 2014.

Con respecto al impacto social y familiar, las estudiantes mencionan la problemática social y familiar que se genera tras un embarazo en el adolescente, ya que la enseñanza se encamina a ser padres cuando se ha estudiado y se ha logrado una estabilidad laboral. En tal caso, es posible que se deba suspender el estudio para buscar ingresos económicos adicionales o cuidar al bebe porque no es posible su atención por parte de la familia. Cabe anotar que se identifica a la mamá como la primera persona a la que se acercarían para buscar apoyo en caso de embarazo o infección de transmisión sexual, mencionando la importancia de tener confianza en los padres, pero principalmente en la figura materna (45). En el ámbito escolar, las menores mencionan que se verían inmersas en situaciones como discriminación, burlas, bullying o crítica, pero a la vez es posible encontrar redes de apoyo.²⁸ (45).

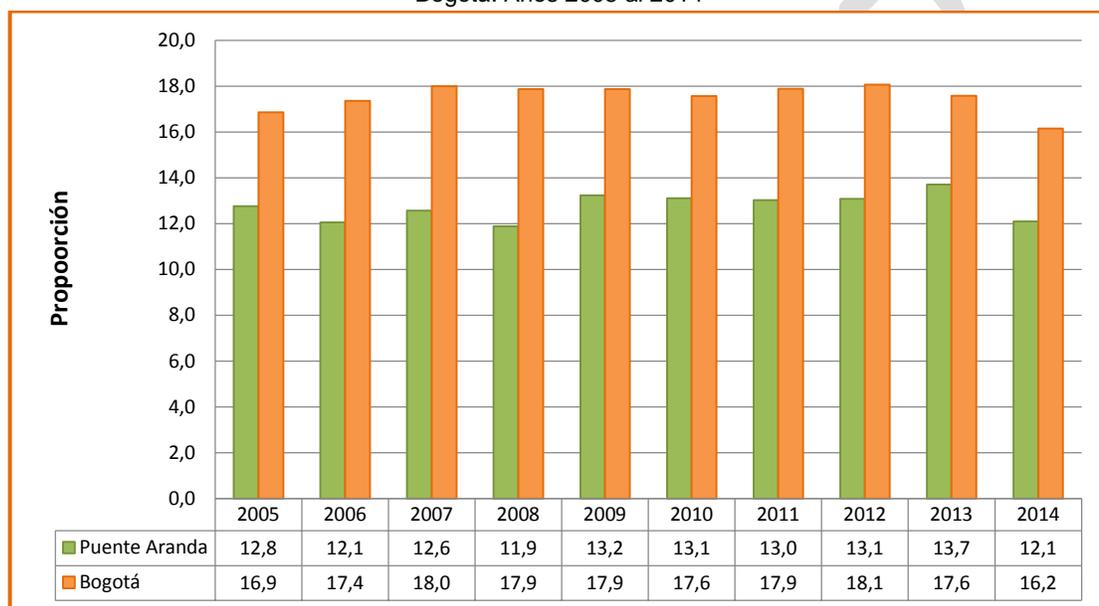
²⁸ Informe preliminar Análisis y Seguimiento a Indicadores año 2014 localidad de Puente Aranda. ASIS -Hospital del Sur. Bogotá. 2015.



Nacidos vivos adolescentes de 15 a 19 años:

Durante los últimos años Bogotá ha experimentado una disminución paulatina en la proporción de nacidos vivos en adolescentes de 15 a 19 años de edad, pasando de 17,9% en el año 2008 a 16,2% en el año 2014. Por el contrario, Puente Aranda ha tenido un comportamiento homogéneo entre el año 2009 y 2013, la proporción de nacimientos del año 2008 fue menor con respecto al 2014.

Gráfica 23. Comportamiento Nacidos Vivos en Adolescentes de 15 a 19 años. Localidad de Puente Aranda y Bogotá. Años 2005 al 2014



Fuente: Certificado de nacido vivo.- Base de datos DANE -RUAF-ND -Sistema de estadísticas vitales SDS. Años 2005-2009 actualizado 9 de septiembre de 2014. Años 2010 - 2014 actualizado 2014 el 14 de junio del 2015. Datos preliminares

Para el periodo de enero a diciembre del 2014 Bogotá reportó 16.686 nacimientos en madres de 15 a 19 años, mostrando un descenso del 10,1% con respecto al 2005 en donde se notificaron 18.964 nacimientos en este grupo de edad. Frente a las demás localidades Puente Aranda es una de las que presentan las menores prevalencias después de Teusaquillo (5,1%), Chapinero (6,8%), Usaquén (9,1%), Barrios Unidos (10,7%), Engativá (11,2%) y Fontibón (11,8%).

Específicamente para el año 2014, la proporción de nacimientos en adolescentes local con respecto al 2013, pasando de 417 casos a 381, lo que se traduce en una reducción del 8,6%. Pese a los avances que se han tenido, aún se muestra un incumplimiento de la meta esperada la cual es reducir el embarazo al 30% (frente a la línea de base “289 casos”), esto deja ver que para el año 2014 los nacimientos en este grupo etéreo están 31% por encima de lo esperado.



Para el año 2014, el 36,4% de las adolescentes residen en la UPZ Ciudad Montes, el 20,4% en Muzú, el 33,1% en San Rafael, el 5,3% en Zona Industrial y el 4,7% en Puente Aranda. Específicamente sobre los nacimientos, el 63,8% se encuentran afiliados al régimen contributivo, el 26,9% al subsidiado, el 6,9% no se encuentra asegurado y el 2,3% está en el de excepción. El 10,5% tuvo bajo peso al nacer y el 9,7% nació antes de la semana 37 (pre-termino), el 26,2% de las gestantes tuvieron menos de 5 controles pre-natales lo que se constituye como riesgo de morbi-mortalidad materna y perinatal.

Con respecto a la madre, el 60,3% convive en unión libre, el 35,6% están solteras, el 1,5% son casadas y el 0,8% viudas. Frente al nivel educativo el 53,8% son bachilleres, el 1,5% se encuentra estudiando una carrera universitaria y el 35,6% aún se encuentra estudiando en la secundaria. Cabe resaltar, que los factores de riesgo propios de la adolescente disminuyen en el embarazo cuando la pareja, familia y sociedad identifica y reconoce individualmente el problema, igualmente si existe apoyo político y respaldo jurídico consecuente para enfrentar la problemática, de modo que se ofrezca una adecuada atención médica pre-concepcional y post-concepcional a la pareja, la gestante y su hijo (46).

En la unidad de análisis realizada con adolescentes se encuentra, que si bien las menores tienen conocimiento del impacto físico y emocional que acarrea el embarazo en la adolescencia, al igual que el impacto social, las consecuencias en el proyecto de vida, y los métodos de planificación, entre otros; no identifican factores de riesgo a los que se exponen ante el inicio de prácticas sexuales, como las enfermedades de transmisión sexual. Su conocimiento se limita únicamente a la infección por VIH-SIDA, sin conocer a profundidad sus implicaciones en la salud materno-infantil. (45).

Los menores buscan conocer más sobre sexualidad en amigos, medios de comunicación e internet, corriendo el riesgo de obtener información distorsionada en este tema. La participación temprana en la educación sexual de los hijos por parte de los padres, transmite la seriedad e importancia que esta requiere en su desarrollo. Existe un sentimiento de corresponsabilidad con los padres ante la presencia del embarazo en los adolescentes. El padre trasmite seguridad y protección, mientras que la madre genera identidad y confianza en la adolescente. Su presencia en la crianza cobra vital importancia ante este evento (45).

Aunque la teoría de la educación sexual exista en la etapa escolar, el sentimiento de mayor independencia en los primeros años de la universidad y su encuentro



con nuevas culturas y posibilidades, puede conllevar a la presencia de embarazos no deseados y de riesgo, dadas las edades tempranas en las cuales los jóvenes hoy en día ingresan a la educación superior (desde los 16 o 17 años). Cobra vital importancia la formación del carácter de los menores desde el hogar y en las instituciones educativas, la educación sexual adecuada y el acompañamiento en el establecimiento claro de un proyecto de vida. Es importante por consiguiente, crear espacios de socialización y participación en temas que involucran directamente a la población joven, si bien se ha dado apertura en las instituciones educativas, es importante involucrar a los padres en el desarrollo y educación sexual de sus hijos, así como en el fortalecimiento de lazos fundamentados en la confianza y el respeto (45).

Hay que tener en cuenta el fortalecimiento de los valores no solo desde la Escuela sino también desde la casa y la familia, como primer ente institucionalizado de los sujetos en proceso de formación. Se identifica que las Políticas de infancia y adolescencia, las educativas, las de Salud sexual y reproductiva, no han tenido el impacto esperado en esta población, además se requiere mayor seguimiento a la socialización de la guía de atención para el CPN y atención del parto.²⁹

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:

El comportamiento de las infecciones de transmisión sexual (Hepatitis B, Sífilis Gestacional y VIH), para el año 2014 revela un aumento frente a los años 2012 y 2013 como periodos inmediatamente anteriores, para el año 2012 se reportó un total de 2.469 casos en Bogotá de ITS de los cuales el 3.9% (n=97) residían en Puente Aranda; así mismo en el año 2013 se reportaron en Bogotá 2.617 casos evidenciándose un aumento del 5.9% frente al 2012, en Puente Aranda por el contrario al comportamiento Distrital la notificación disminuyó un 16,5% (n=81). Finalmente, en el año 2014 las cifras de eventos muestran un aumento del 16,6% (n=3.053) en Bogotá frente al año inmediatamente anterior, Puente Aranda no es ajena a este comportamiento registrando un aumento del 53,1% (n=124) con respecto al año 2013.

En este orden de ideas para el año 2014, se revela una tasa de incidencia de 4,8 por 10.000hab en Puente Aranda y de 3,9 en Bogotá. Esto indica que en la

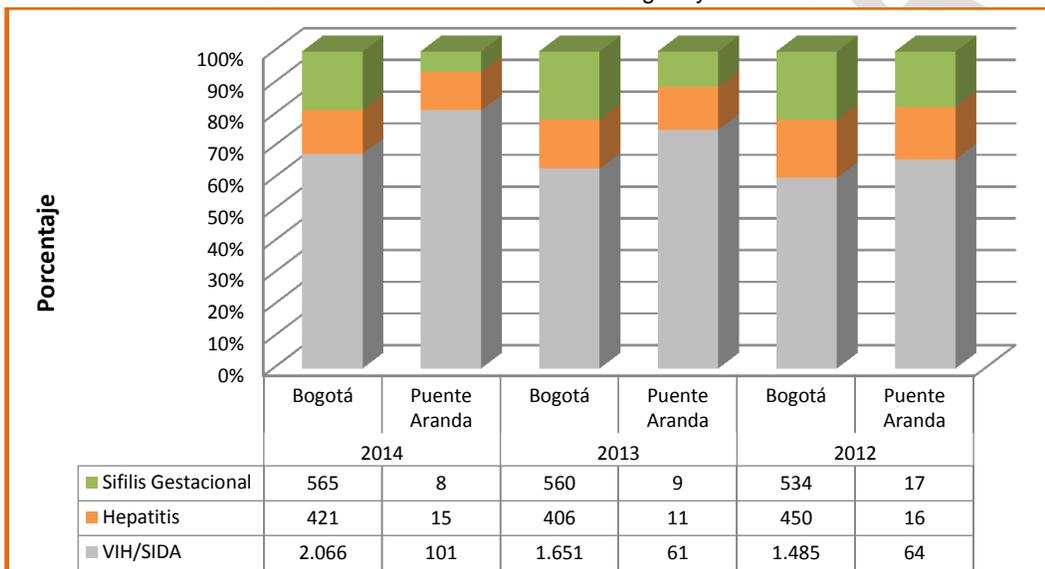
²⁹ Informe preliminar Análisis y Seguimiento a Indicadores año 2014 localidad de Puente Aranda. ASIS -Hospital del Sur. Bogotá. 2015.



Localidad se presentan tasas de incidencia de enfermedades de transmisión sexual un 22% más altas que en Bogotá.

El comportamiento de los casos de ITS para la localidad de Puente Aranda, en cuanto a su distribución por UPZ para el año 2014 presenta mayor concentración de casos la UPZ Puente Aranda con un 34,8% (n=43) de casos notificados, seguido de Ciudad Montes 28,2% (n=35), San Rafael 18,5% (n=23), Muzú 12% (n=15) y Zona Industrial 6,5% (n=8).

Gráfica 24. Notificación de Eventos de transmisión Sexual. Bogotá y Puente Aranda. Años 2012 - 2014



Fuente: SIVIGILA, eventos SSR años 2012, 2013 y 2014. Depuradas

El evento con mayor número de casos para el año 2014 corresponde a VIH con 101 casos, evidenciándose un incremento del 65,5% con respecto al año 2013 (61 casos). Los casos de VIH reportados a 2014 indican una proporción de incidencia de 3,9 casos por cada 100.000hab en la localidad y de 2,7 en el nivel Distrital, es de esta manera que en Puente Aranda se presentan tasas de incidencia de VIH un 46% más altas que en Bogotá.

Los casos de Hepatitis B identificados muestran que en contraste con años anteriores el 2014 presenta un aumento en su incidencia, con un total de 15 casos notificados y una diferencia de 36,3% frente al número de casos del año 2013 (n=11), mientras que el año 2012 se reportaron 16 eventos. La tasa de incidencia del año 2014 en Puente Aranda fue de 5,8 por cada 100.000hab y la de Bogotá fue de 5,4. Esto revela que en la Localidad se presentan tasas de incidencia de Hepatitis B un 1% más altas que en Bogotá.



Para el evento de sífilis gestacional Puente Aranda presentó durante el año 2012 un total de 17 eventos revistiendo durante los siguientes dos años una disminución; para el 2013 9 eventos y para el 2014 8 eventos. La tasa de incidencia local en el año 2014 fue de 3,1 por cada 100.000hab y el Distrital fue de 7,3. Es de esta manera que en Bogotá se presentan tasas de incidencia de Sífilis un 34% más altas que en Puente Aranda.

Tabla 23. Características sociodemográficas de los eventos notificados de SSR.
Puente Aranda. Año 2014

Variables sociodemográficas	TOTAL		Masculino		Femenino	
	No	%	No	%	No	%
Régimen de Seguridad Social						
Contributivo	64	51,6	54	50,9	10	55,6
Subsidiado	27	21,8	21	19,8	6	33,3
No Asegurado	6	4,8	4	3,8	2	11,1
Particular	24	19,4	24	22,6	0	0,0
Excepción	3	2,4	3	2,8	0	0,0
Total	124	100	106	100	18	100
Etnia						
Afrodescendiente	1	0,8	0	0,0	1	5,6
Raizal	1	0,8	0	0,0	1	5,6
Ninguna	122	98,4	106	100,0	16	88,9
Total	124	100	106	100	18	100
Grupo Poblacional						
Desplazados	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Discapacidad	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LGBTI	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ninguna	124	100,0	106	100,0	18	100,0
Total	124	100	106	100	18	100

Fuente: Base Datos evento 850 cerrada, evento 340 final, evento 750 y 740 final. Año 2014

Por otro lado, Puente Aranda para el año 2014 muestra una disminución significativa en los casos de sífilis congénita con respecto a periodos anteriores, ya que se presentó un solo caso con una tasa de 0,3 por 1000 nacidos vivos, mientras que para los años 2010 y 2012 presentaron la tasa más alta con un total de 5 casos para cada año y una tasa de 1,7 por 1.000 Nacidos vivos, cifra muy por encima de la meta Distrital 0,5 por 1.000 nacidos vivos.



2.1.3.6. Vida Saludable y Condiciones no transmisibles.

LESIONES DE CAUSA EXTERNA:

El subsistema de lesiones de causa externa es el encargado de fortalecer la gestión de la Vigilancia en Salud Pública de los eventos prioritarios en salud mental: lesiones de causa externa, incluidos eventos como lesiones por explosivos y pólvora y agresiones con ácido, en este orden de ideas.

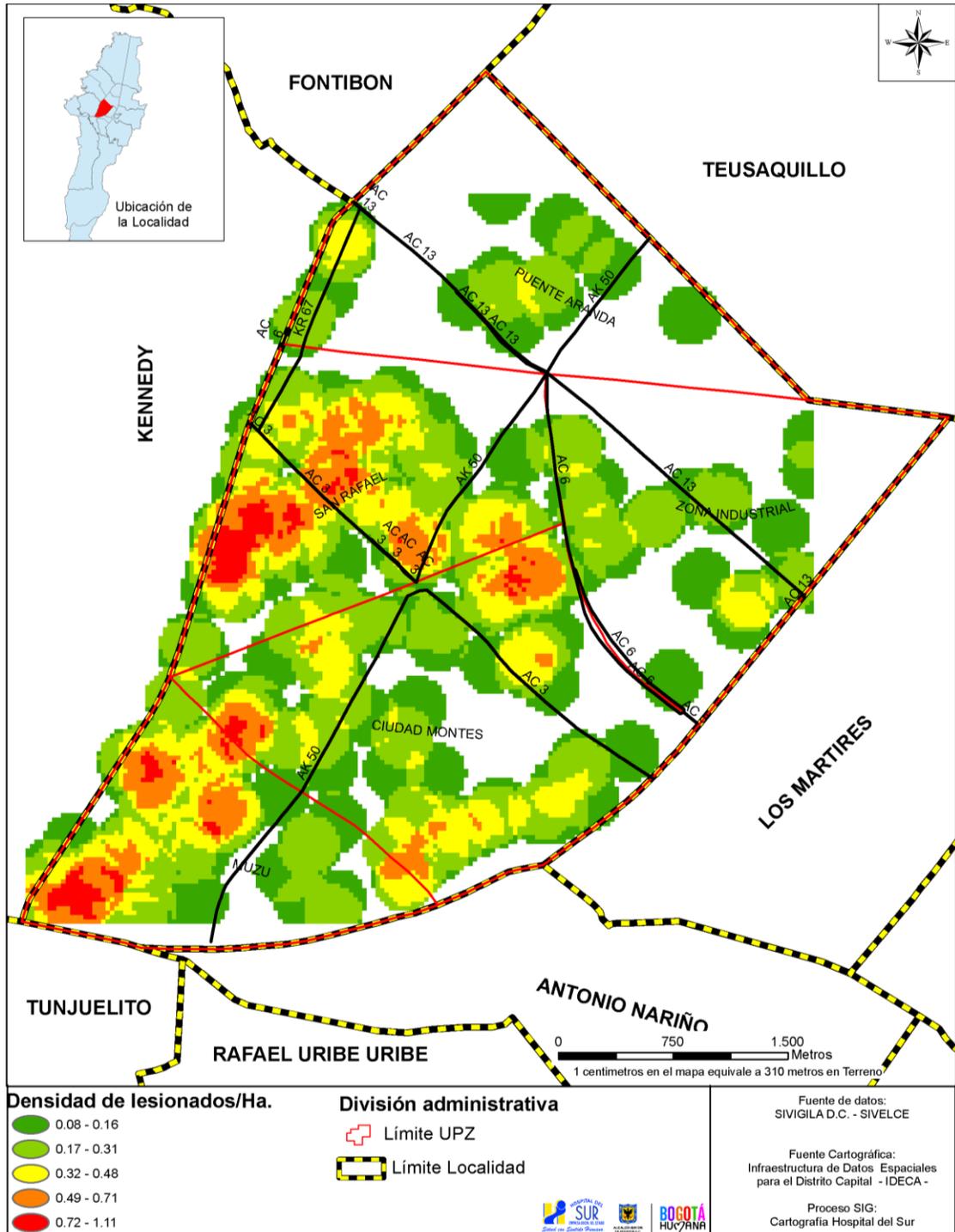
La mayoría de los lesionados por causa externa pertenecen a la etapa del ciclo vital adulto, seguido del grupo de juventud, el 20% de los casos notificados están presentes en la infancia. En cuanto a la distribución por sexo, el 61% de los afectados son del sexo femenino, situación que se debe revisar en el contexto, ya que las lesiones de causa externa pueden ser ocasionadas por accidentes, pero también en forma intencional. Con respecto al lugar de residencia de las personas notificadas se pudo establecer que la mayor densidad reside en las UPZ Muzú y San Rafael aunque se presentan algunos focos en el sector Ciudad Montes, especialmente en proximidades a la Avenida Norte Quito Sur con calle 8ª.

Las lesiones ocasionadas con armas contundentes son las más frecuentes (38%), que incluyen golpes con puños, patadas, correas, palos, en segundo lugar, se encuentran las ocasionadas al caerse de la propia altura con un 32% de los casos y en tercer lugar están las ocasionadas por armas corto-punzantes (13%), que incluyen puñales, puñaletas, agujas, tijeras y todo tipo de cuchillo o machete. En el 2014 no se notificaron lesionados por pólvora, residentes en Puente Aranda.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital del Sur

Mapa 7. Densidad por Hectáreas de Personas Afectadas por Lesiones de Causa Externa.
Puente Aranda. Año 2014.





SALUD ORAL:

En el SISVESO, se consolida la información de las enfermedades de Salud Oral de interés en salud pública que son diagnosticadas y notificadas por las instituciones de salud que hacen parte de la red de vigilancia de la localidad. Como resultado del 2014 se notifica un total de 1.573 eventos.

Tabla 24. Características sociodemográficas de los eventos notificados al SISVESO. Puente Aranda. 2014

Variables sociodemográficas	TOTAL		Masculino		Femenino	
	No	%	No	%	No	%
Régimen de Seguridad Social						
Contributivo	1.154	73,4	491	74,4	663	72,6
Subsidiado	369	23,5	155	23,5	214	23,4
Vinculado	50	3,2	14	2,1	36	3,9
Sin datos	0	0	0	0	0	0
Total	1.573	100	660	100	913	100
Etnia						
Mestizo	1.571	99,9	660	100	911	99,8
Indígena	0	0	0	0	0	0
Afro-colombiano	2	0,1	0	0	2	0,2
Total	1.573	100	660	100	913	100
Grupo Poblacional						
Desplazados	1	0,1	0	0	1	0,1
Gestantes	13	0,8	0	0	13	1,4
Otros	1.559	99,1	659	100	900	98,5
Total	1.573	100	659	100	914	100

Fuente: Hospital del Sur. Base SISVESO. 2014

Debido a la diversidad de diagnósticos, una persona, puede presentar uno o más eventos. De acuerdo a lo anterior, el 54,9% presenta fluorosis dental, gingivitis el 17,9%, el 23,2% caries dental. Referente a la higiene oral, en el 31,7% de los casos es regular, en el 46,8% es buena y en el 23,4% es deficiente.



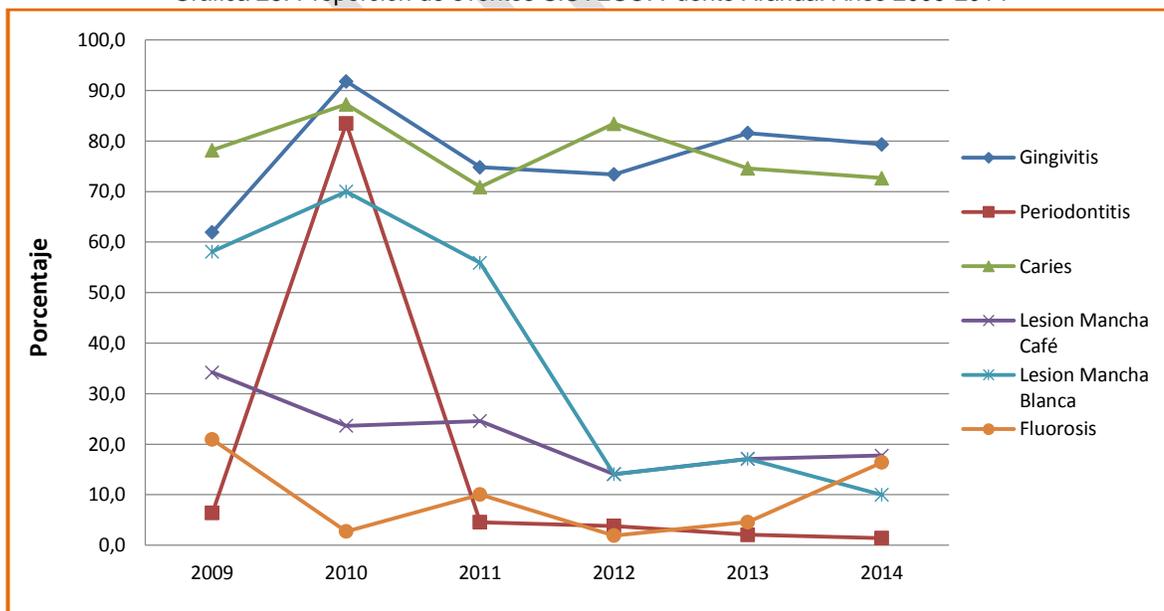
Tabla 25. Comportamiento Eventos Notificados al SISVESO por Ciclo Vital. Puente Aranda. 2014

Ciclo Vital	Caries		HIGIENE ORAL						Gingivitis		Periodontitis		Fluorosis Dental	
		%	Buena	%	Regular	%	Deficiente	%		%		%		%
Infancia	301	26,3	166	67,8	306	60,7	103	13,2	359	28,8	0	0,0	86	33,3
Adolescencia	152	13,3	4	1,6	42	8,3	129	16,5	167	13,4	0	0,0	50	19,4
Juventud	275	24,1	54	22,0	81	16,1	220	28,2	308	24,7	4	18,2	60	23,3
Adulthood	398	34,8	21	8,6	73	14,5	309	39,6	393	31,5	16	72,7	62	24,0
Vejez	17	1,5	0	0,0	2	0,4	20	2,6	21	1,7	2	9,1	0	0,0
TOTAL	1.143	100	245	100	504	100	781	100	1248	100	22	100	258	100

Fuente: Hospital del Sur. Base SISVESO. 2014

El mayor porcentaje de caries, gingivitis y periodontitis se presenta en la etapa adultez, mientras que la fluorosis dental, lesión mancha blanca y lesión mancha café se encuentra en mayor proporción en la infancia y juventud. Las UPZ en donde se presentan el mayor número de casos son: Muzú con (48,2%) casos notificados, seguida de Ciudad Montes (27,7%), las cuales concentran un alto número de población de la localidad y hay presencia de UPGD centinelas en SISVESO. La menor notificación se ubica en las UPZ Zona Industrial (2,7%) y Puente Aranda (4,0%), zonas en donde se captan pacientes por UPGD privadas.

Gráfica 25. Proporción de eventos SISVESO. Puente Aranda. Años 2009-2014



Fuente: Hospital del Sur. Base SISVESO. 2014



Los eventos de interés en salud pública de Salud Oral ha presentado cambios en los últimos seis años, donde se observa una disminución del evento de periodontitis, la lesión mancha blanca y lesión mancha café, además, se observa que la gingivitis ha tenido una tendencia alta para los mismos años lo cual no es coherente ya que la gingivitis inducida por placa bacteriana se encuentra altamente relacionada con los eventos de lesión mancha blanca y café. También, se observa que la fluorosis dental ha disminuido entre el 2013 (4,6%) y 2012 (1,9%), para el 2014 tiene un incremento este evento (16,1%), lo que se ve reflejado en las capacitaciones para el buen diagnóstico de este evento.

La mayoría de los lesionados por causa externa pertenecen a la etapa del ciclo vital adulto, seguido del grupo de juventud, el 20% de los casos notificados están presentes en la infancia. En cuanto a la distribución por sexo, la mayoría de los afectados son del femenino (61%), situación que se debe revisar en el contexto, ya que las lesiones de causa externa pueden ser ocasionadas por accidentes, pero también en forma intencional.

2.1.3.7. Salud Pública en Emergencias y Desastres:

En el nivel Nacional la Ley 1523 de 2012 es la que adopta la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, en donde se define que es un “proceso orientado a la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, estrategias, planes, programas, regulaciones, instrumentos, medidas y acciones permanentes para el conocimiento y la reducción del riesgo y para el manejo de desastres, con el propósito explícito de contribuir a la seguridad, el bienestar, la calidad de vida de las personas y el desarrollo sostenible”.

En este marco, los consejos Locales de Gestión de Riesgo, dando alcance a la ley 1523 de 2012, al Decreto 172 del 30 de abril de 2014 son los encargados en el territorio de dar cumplimiento a la política adoptada por la Alcaldía Mayor a través del Acuerdo 546 de 2013, por el cual se transformó el Sistema Distrital de Prevención y Atención de Emergencias (SDPAE), en el Sistema Distrital de Gestión de Riesgo y Cambio Climático (SDGR-CC), los cuales tienen como propósito ser la instancia de coordinación, asesoría, planeación, consulta, seguimiento y evaluación de la administración local, para garantizar la efectividad y articulación de los procesos de gestión de riesgos y cambio climático en la respectiva localidad, en armonía con las disposiciones del Plan Distrital de Gestión de Riesgos y el Plan Distrital de Mitigación y Adaptación al Cambio Climático, y las



orientaciones y directrices trazadas por el Consejo Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático.

En el nivel local, los equipos de urgencias y emergencias están diseñados bajo el modelo organizacional – Sistema Comando de Incidentes – SCI, el cual fue adoptado por el Sistema Distrital de Prevención y Administración de emergencias – IDIGER para el comando, control y coordinación de la respuesta a una situación de emergencia y su objetivo es estabilizar el incidente y proteger la vida, las propiedades y el ambiente. El grupo trabaja en Unidades Comando en Salud Pública en el área de vigilancia en salud pública de las Empresas Sociales del Estado y realiza la atención de eventos de carácter rutinario que desbordan la capacidad de respuesta local y demás situaciones que se presenten en forma extraordinaria que demanden una respuesta de carácter institucional por parte de la Secretaría Distrital de Salud. El alcance local del grupo de urgencias y emergencias, se enmarca en la prevención y administración de las urgencias y emergencias con impacto en Salud Pública (47).

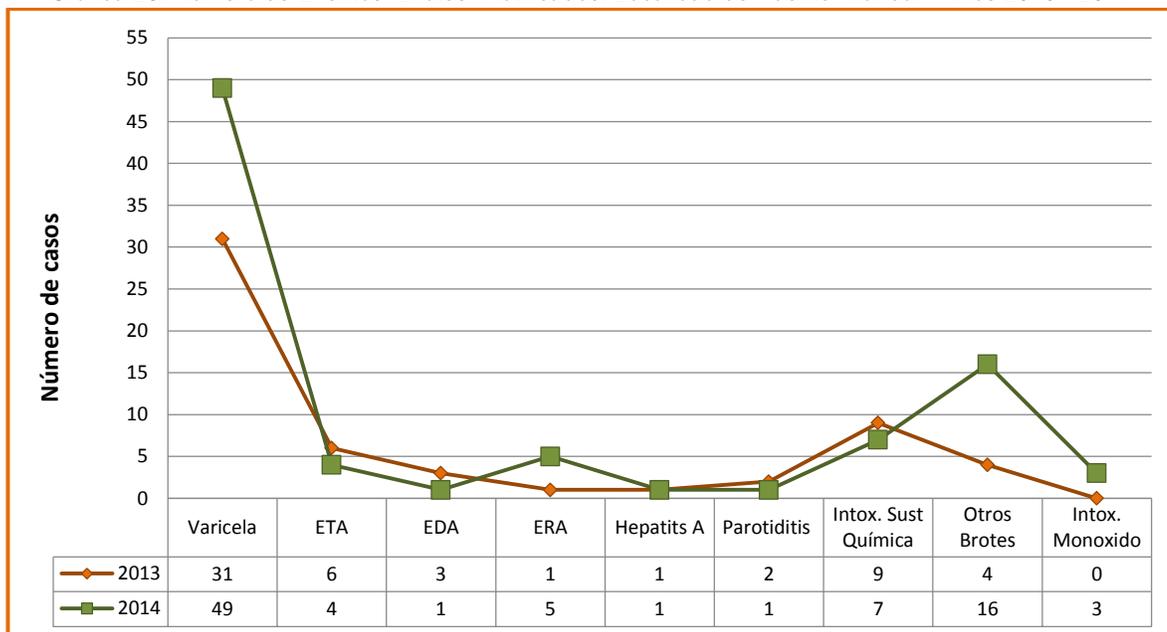
Es de esta manera que el equipo de Urgencias y Emergencias debe Coordinar las acciones para la atención integral de Emergencias, Urgencias y brotes en salud pública de la localidad y emergencias complejas definidas por IDIGER (entidad coordinadora del Sistema Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático). De acuerdo a lo anterior para el año 2014, entre las actividades realizadas por el Consejo Local de Gestión del Riesgo se encuentran: preparación y realización de 4 simulacros comunitarios y/o industriales y/o comerciales, simulación de alojamientos, Evaluación de Parques y Salones Comunes para posibles albergues en casos de emergencia de nivel 1, 2 y 3, se trabajan los temas de actualización del Plan de Emergencias de la Localidad y su actualización por parte de cada entidad. Así mismo se realizó asesoría y acompañamientos en el componente de emergencias con impacto en salud pública a 6 establecimientos de la localidad.

Por otro lado, y en el marco de la atención a brotes ocurridos en la localidad se dio respuesta a las notificaciones recibidas, encontrándose varicela y enfermedades transmitidas por alimentos como las más frecuentes. En el año 2014 se dio respuesta a un total de 80 brotes en la localidad de Puente Aranda lo que se traduce en un aumento del 40% con respecto al año 2013, el número de casos atendidos fue de 532 personas, que distribuidos por etapa de ciclo vital se evidencia que la población más afectada fue la adultez con el 31,7% de los



eventos seguidos por infancia y juventud con el 22,6% cada uno, primera infancia con el 18,1%, adolescencia con el 5% y vejez con el 0.2%.

Gráfica 26. Número de Eventos "Brotos" Notificados. Localidad de Puente Aranda. Años 2013 - 2014



Fuente: Urgencias y Emergencias. Hospital del Sur. Años 2013 - 2014

Los brotes de varicela tuvieron un aumento del 63% con respecto al año 2013, esto se debe a que este tipo de patología es de fácil propagación o transmisión además de ser endémica. Las ETAS están asociadas a las instituciones como el Centro Penitenciario la Modelo en donde a través de las IEC se evidencian falencias en aspectos higiénico sanitarios del lugar y de los hábitos inadecuados de los internos. Por otra parte se observa que los demás eventos están asociados a la manipulación de sustancias y de las condiciones de habitabilidad al interior de las viviendas y del desconocimiento de riesgos biológicos y químicos.

2.1.3.8. Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión en Salud:

La vigilancia de la Salud Ambiental, es una de las ramas de la Salud Pública encargada de evaluar y controlar el impacto de las personas sobre el medio ambiente y el del medio ambiente sobre las personas (6). La vigilancia sanitaria se adelanta en el marco de normas internacionales, nacionales y distritales, dispuestas como instrumentos para hacer cumplir las condiciones sanitarias a los establecimientos comerciales, institucionales e industriales abiertos al público; entre otras disposiciones establecidas para dicho fin se cuenta con: Reglamento Sanitario Internacional (OMS), documentos CONPES relacionados con la salud



ambiental, ley 9 del 79 y decretos reglamentarios que soportan las actuaciones realizadas por el ente territorial.

Para la consolidación de los datos oportunos y congruentes del componente de vigilancia sanitaria y ambiental se estableció el uso de un aplicativo denominado Sistema de Información en Salud Ambiental SISA (antes Sistema de información del plan de intervenciones colectivas – sisPIC-) a través del cual se consolida de manera mensual la información en lo referente al número de actividades realizadas según las metas concertadas con las ESE por línea de intervención, su porcentaje de cumplimiento, presupuesto invertido, entre otros.

Bajo el contexto que enmarca la definición de la vigilancia sanitaria establecida en el decreto 3518 del 2006, profesionales y técnicos de las Empresas Sociales del Estado, ejecutan las actividades de la vigilancia sanitaria y ambiental, identificando los riesgos relacionados con el uso y consumo de los alimentos, bebidas alcohólicas y no alcohólicas, medicamentos, sustancias químicas, agua potable, además de adelantar el control de la población canina callejera, control de vectores, bajo los lineamientos elaborados por los profesionales de la Subdirección de Salud Pública de esta entidad. Las líneas de intervención actualmente definidas en la política de salud ambiental y a través de las cuales se opera la vigilancia sanitaria y ambiental, en cumplimiento de las normas y para efectos de prevenir e intervenir factores de riesgo son: Alimentos Sanos y Seguros, Calidad del Agua y Saneamiento Básico, Seguridad Química, Medicamentos seguros, Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico, Cambio Climático, Aire, ruido y radiación electromagnética,

Desde la rectoría sanitaria, el Hospital del Sur realiza vigilancia y control (IVC) a 1.345 establecimientos con un aumento del 14% (1.180) frente al año 2013. El mayor número de acciones IVC se llevan a cabo en línea de alimentos sanos y seguros, esta situación es una tendencia permanente, teniendo en cuenta que la vigilancia que adelanta esta línea se realiza en los establecimientos que preparan, almacenan, distribuyen y comercializan alimentos y bebidas (alcohólicas y no alcohólicas) para consumo humano, con esta vigilancia se busca disminuir el expendio de alimentos y bebidas alcohólicas adulteradas, alteradas, falsificadas o contaminadas y así contribuir en reducir la incidencia de Enfermedades Transmitidas por Alimentos de acuerdo con el análisis de los riesgos asociados al consumo. Frente a los conceptos emitidos tanto para el año 2013 como para el 2014 el de pendiente es el que más prevalece.



Tabla 26. Conceptos emitidos desde la rectoría sanitaria (IVC). Puente Aranda. Años 2013 -2014

Concepto	Año 2013			Año 2014		
	Establecimientos vigilados	Número	%	Establecimientos vigilados	Número	%
Favorable		320	27,1%		265	19,7%
Pendiente	1.180	740	62,7%	1.345	975	72,5%
Desfavorable		120	10,2%		105	7,8%
TOTAL		1.180	100,0%		1.345	100,0%

Fuente: Sistema de Información en Salud Ambiental - SISA -

Acorde a la definición de la Vigilancia y Control Sanitario establecida en el Decreto 3518 de 2006 artículo 3, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá como ente territorial y autoridad sanitaria, le compete adelantar la “inspección, vigilancia y control del cumplimiento de normas y procesos para asegurar una adecuada situación sanitaria y de seguridad de todas las actividades que tienen relación con la salud humana”, situación que igualmente puede concebirse como el ejercicio de la rectoría sanitaria, para lo cual y bajo este contexto en particular se procede cuando se requiere la toma de medidas sanitarias preventivas, de seguridad y de control a que haya lugar.

Las medidas sanitarias definidas en la normatividad vigente son: Clausura temporal total, Clausura temporal parcial, Suspensión total de trabajos o servicios, Suspensión parcial de trabajos o servicios, Congelación, Decomiso y destrucción de productos. En este orden de ideas a continuación se relaciona el comportamiento de las medidas sanitarias aplicadas en la Localidad.

Tabla 27. Medida Sanitarias Aplicadas. Localidad de Puente Aranda. Años 2013 – 2014

Medida Sanitaria	2013		2014	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Según Tipo				
Congelación	6	8,5%	1	1,0%
Decomiso	27	38,0%	65	67,7%
Clausura	30	42,3%	14	14,6%
Suspensiones	8	11,3%	16	16,7%
Total	71	100,0%	96	100,0%
Causas Generales				
Saneamiento	40	39,6%	31	32,6%



Medida Sanitaria	2013		2014	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Proceso	35	34,7%	30	31,6%
Dotación	3	3,0%	0	0,0%
Documentación	23	22,8%	34	35,8%
Total	101	100,0%	95	100,0%
Punto Crítico				
Restaurantes	16	21,1%	8	10,8%
Expendios Carnes	8	10,5%	0	0,0%
Droguerías	25	32,9%	25	33,8%
Estéticas	10	13,2%	10	13,5%
Micro-Empresas	8	10,5%	0	0,0%
Alto Impacto	9	11,8%	0	0,0%
Minoristas	0	0,0%	16	21,6%
Homeopáticas	0	0,0%	2	2,7%
Educativos	0	0,0%	9	12,2%
Piscinas	0	0,0%	4	5,4%
Total	76	100,0%	74	100,0%
Producto				
Rotulado	55	54,5%	15	15,8%
Vencido	46	45,5%	80	84,2%
Total	101	100,0%	95	100,0%

Fuente: Sistema de Información en Salud Ambiental - SISA -

El mayor número de medidas sanitarias se aplica en Alimentos Sanos y Seguros, esto debido a que la vigilancia y control que se adelanta se realiza en establecimientos donde se preparan, procesan, almacenan y comercializan alimentos y bebidas alcohólicas y no alcohólicas y que se constituyen en un factor de alto riesgo para la salud, en los casos en los que no se manejan adecuadamente dichos productos; así mismo se adelanta vigilancia intensificada en temporadas de mayor consumo de algunos productos, como semana santa, halloween y navidad e incluye también la vigilancia de intoxicaciones relacionadas con la ingesta de bebidas alcohólicas adulteradas, falsificadas y alteradas con metanol; otro factor que contribuye en que la línea de alimentos sea la que más aporte en las estadísticas de las medidas sanitarias, es la dinámica social, condición económica y de informalidad laboral que se da en la ciudad, ésta última soportada en la apertura y cierre a diario de establecimientos que ven el sector alimentos como una opción para la consecución de recursos, en muchos casos sin



tener en cuenta la normatividad establecida y los trámites administrativos a que conlleva la apertura de un establecimientos de este tipo.

Las medidas sanitarias definidas por conceptos negativos según la normatividad se aplican de la siguiente manera: Clausura temporal, clausura temporal parcial, suspensión total de trabajos o servicios, congelación, decomiso y destrucción de productos. Con respecto a los alimentos decomisados, de los 65 la mayor proporción fue de alimentos sanos y seguros (83%), seguido por medicamentos sanos y seguros (15%), y calidad del agua y saneamiento básico (2%). Contrario a las medidas de seguridad, el número de medidas preventivas Sanitarias aplicadas es mucho más bajo, las medidas definidas en la norma de este tipo son:

- Aislamiento de personas del proceso de elaboración.
- Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades.
- Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas.
- Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles.

De manera complementaria a la vigilancia rutinaria, se realizan actividades de carácter promocional y preventivo como son las capacitaciones a la comunidad en temas enfocados al manejo adecuado de alimentos; manejo adecuado de agua y disposición final de residuos; tenencia responsable de mascotas; manejo adecuado de medicamentos y sustancias químicas. La sensibilización en los temas de salud ambiental está encaminada a la prevención de la ocurrencia de eventos tales como intoxicaciones y a la promoción del auto cuidado para disminuir factores de riesgo.

El mayor número de estas acciones se realizaron en la línea de alimentos sanos y seguros. En la actualidad, adicionalmente se fortalecen las intervenciones educativas y de sensibilización en los temas de auto cuidado en el hogar y prevención de intoxicaciones por medicamentos y sustancias químicas.

Tabla 28. Actividades educativas. Localidad de Puente Aranda. Año 2014.

Medida Sanitaria	Año 2014	
	Número	Porcentaje
Línea de Intervención		
Alimentos Sanos y Seguros	60	32,4%
Calidad del Agua y Saneamiento Básico	8	4,3%
Seguridad Química	15	8,1%
Medicamentos Seguros	1	0,5%



Medida Sanitaria	Año 2014	
	Número	Porcentaje
ETOS	101	54,6%
Total	185	100,0%
Personas Capacitadas		
Alimentos Sanos y Seguros	860	36,8%
Calidad del Agua y Saneamiento Básico	90	3,8%
Seguridad Química	189	8,1%
Medicamentos Seguros	0	0,0%
ETOS	1.200	51,3%
Total	2.339	100,0%

Fuente: Sistema de Información en Salud Ambiental - SISA –

2.1.3.9. Prioridades de Morbilidad:

Finamente como resultado del análisis de morbilidad en los habitantes de la localidad de Puente Aranda, con respecto a las morbilidades atendidas en las áreas de hospitalización, consulta externa y urgencias, teniendo en cuenta que la información es obtenida de la atención de un hospital de I nivel se puede establecer que los dolores abdominales son los que mayor carga de morbilidad tienen, así como las enfermedades crónicas (hipertensión y diabetes mellitus).

Frente a los eventos de notificación obligatoria las varicelas y la agresión por animal potencialmente transmisor de rabia son las que más se presentan. Es importante prestar especial atención en eventos de notificación obligatoria como los son conducta suicida y violencia intrafamiliar que año a año ha denotado un incremento importante en el número de casos presentados, así como en lo relacionado con la desnutrición global y crónica en menores de 5 años.

Tabla 29. Prioridades de Morbilidad. Localidad de Puente Aranda. Año 2014

CAUSAS MORBILIDAD		VALOR LOCAL EN PORCENTAJE
MORBILIDAD GENERAL Y ATENDIDA		
	Celulitis de sitio no especificado	13,6%
	Parto único espontaneo, sin otra especificación	12,4%
HOSPITALIZACIÓN	Otros dolores abdominales y los no especificados	7,9%
	Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación	6,7%
	Hipertensión esencial (primaria)	14,1%
CONSULTA EXTERNA	Caries de la dentina	5,9%
	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	3,3%
	Dolor en articulación	2,3%
	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	2,2%



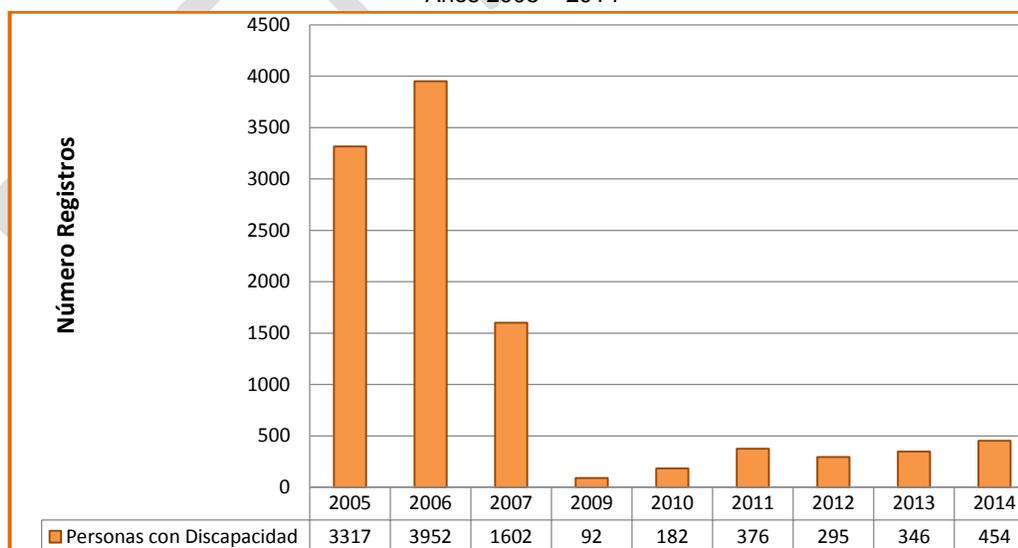
CAUSAS MORBILIDAD		VALOR LOCAL EN PORCENTAJE
URGENCIAS	Otros dolores abdominales y los no especificados	10,1
	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	4,9
	Faringitis aguda, no especificada	4,4
	Fiebre, no especificada	3,7
EVENTOS NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA		
SIVIGILA	Varicela individual	909
	Agresión por animal potencialmente transmisor de rabia	529
	Leishmaniasis cutánea	423
SISVECOS	Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)	142
SIVESO	Total de Eventos	134
	Total de Eventos	2676
SISVAN	Desnutrición Global	3,9%
	Desnutrición Crónica	14,4%
SIVIM	Bajo peso al nacer	10,9%
	Total Eventos	618

Fuente: Equipo ASIS. Hospital Sur. Año 2016

2.1.4. DISCAPACIDAD

Para el periodo comprendido entre el año 2005 y 2014 se registraron 12.614 personas con discapacidad en la Localidad de Puente Aranda, de las cuales 1.998 ya han fallecido. La información será tomada a partir de las 10.616 personas vivas. El 83,6% de los registros se realizaron entre los años 2005 y 2007, lo cual corresponde a 8.871 personas con discapacidad registradas en este periodo.

Gráfica 27. Distribución de Población con Discapacidad Registrada. Puente Aranda. Años 2005 – 2014

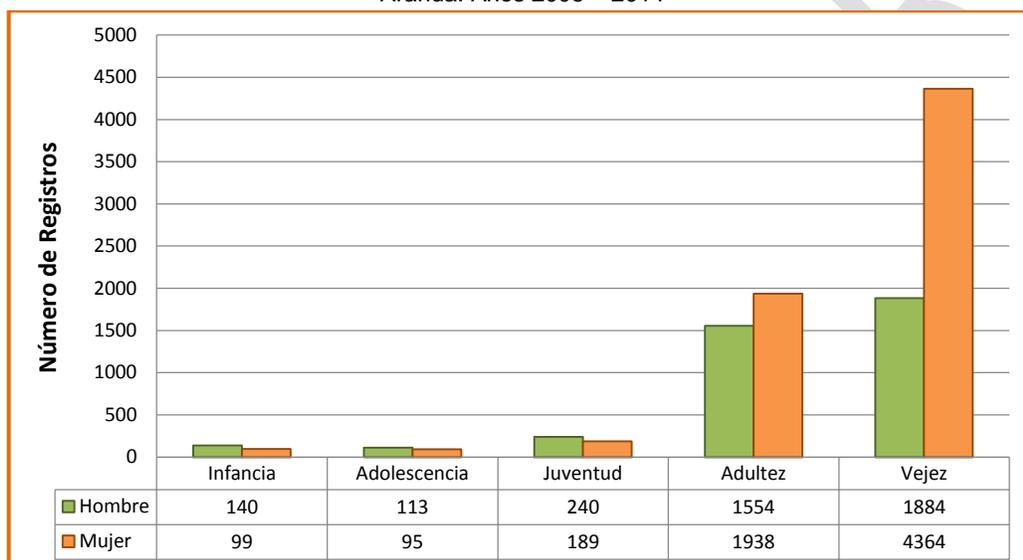


Fuente: Base de Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad 2005 – 2014, Ministerio de Salud y Protección Social – Secretaría Distrital de Salud



Las mujeres con discapacidad registradas corresponden al 63%, mientras que los hombres son el 37%. En la distribución por Etapa de Ciclo Vital (ECV) el 58,9% son personas de la tercera edad, seguida por los adultos con el 32,9%; siendo las mujeres quienes se registraron en mayor medida (64,7%) en estas etapas de ciclo. Para las etapas de ciclo de infancia, adolescencia y juventud, los hombres se registraron con mayor frecuencia (56,2%). En cuanto a la distribución por estrato socioeconómico, el 97,2% pertenece al 3, seguido por el estrato 2 con el 1,3%.

Gráfica 28. Distribución de población con Discapacidad Registrada por Sexo y Etapa de Ciclo Vital. Puente Aranda. Años 2005 – 2014

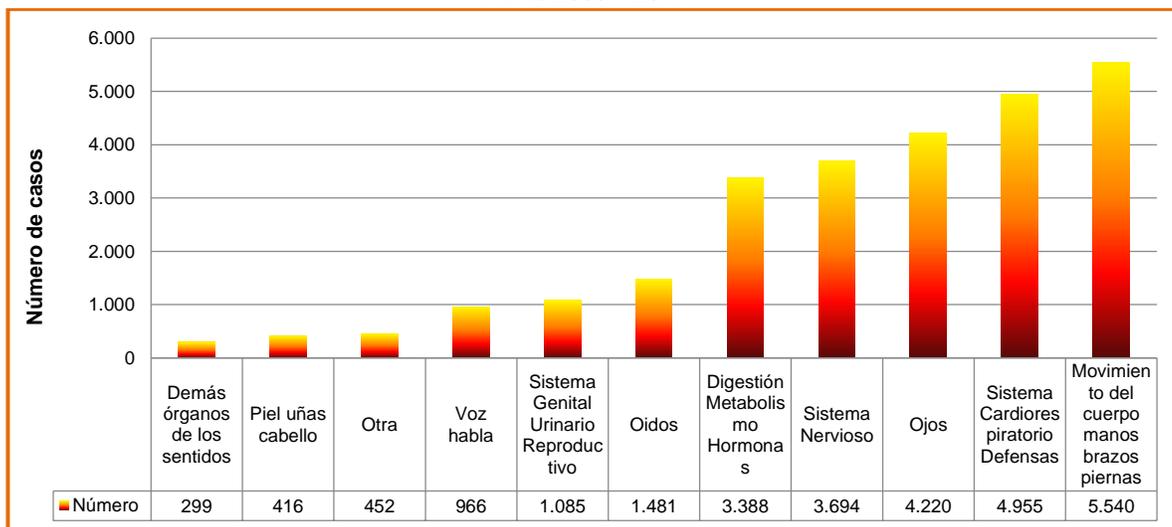


Fuente: Base de Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad 2005 – 2014, Ministerio de Salud y Protección Social – Secretaría Distrital de Salud

Frente a las alteraciones permanentes. Se identifica que el movimiento de cuerpo, manos, brazos, piernas es la alteración más registrada (20,9%), seguida por sistema cardiorrespiratorio, defensas (18,7%) y alteración en ojos (15,9%). La alteración en demás órganos de los sentidos es la que menos se registra (1,1%), junto con la opción de Piel, uñas y cabello (1,6%).



Gráfica 29. Distribución Alteraciones Permanentes Población con Discapacidad Registrada. Puente Aranda. Años 2005 – 2014



Fuente: Base de Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad 2005 – 2014, Ministerio de Salud y Protección Social – Secretaría Distrital de Salud

En cuanto al régimen de afiliación, se identifica que el 58,3% de las personas registradas entre el 2005 al 2014, se encuentran afiliadas al contributivo, seguido por el subsidiado con el 14,8%, vinculado con el 12,6%, especial 8,5% y sin ningún régimen de afiliación el 5,7%.

El RLCPD³⁰ cuenta con un capítulo de trabajo, donde se identifica la principal actividad realizada en los últimos 6 meses. Frente a los resultados entre el 2005 al 2014, se obtuvo que el 25,7% de la población caracterizada estuvo principalmente realizando oficios del hogar, seguido por el 19,1% que se encontraban trabajando y el 18,6% con incapacidad permanente para trabajar, sin pensión, principalmente. En cuanto a las opciones con menor porcentaje, se identifica como ninguna actividad (0,01%), menores de 10 años que no responden a la opción de trabajo (0,3%) y las actividades de autoconsumo (1,2%).

³⁰ Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad



2.2. DETERMINANTES DE LA SALUD

2.2.1. Dimensión de Salud Ambiental

2.2.1.1. Determinantes Estructurales e Intermedios de las Inequidades en Salud

La localidad presenta problemáticas ambientales identificadas en el Diagnóstico Ambiental de la Localidad realizado por la Alcaldía Local³¹ que se relacionan con “mala calidad del aire asociado con altas concentraciones de material particulado menor a 10 micras (PM10), partículas y gases, por las emisiones industriales y en gran medida por las emisiones atmosféricas de los vehículos de transporte pesado y público colectivo”; contaminación de aguas superficiales (aguas negras y residuales) y subterráneas (contaminación de los mismos por infiltración causada por la fuga, en superficie, de sustancias tóxicas o hidrocarburos de tanques de almacenamiento); contaminación por ruido industrial y empresarial; en cuanto a la contaminación visual “número excesivo de publicidad exterior visual, en especial por publicidad de uso comercial”; arrojamiento clandestino de escombros que trae problemas de conservación de suelos y finalmente la amenaza tecnológica dada por el transporte de material químico y residuos peligrosos.

A continuación, se evidencian algunas de las causas identificadas en el Diagnóstico Ambiental de la localidad:

1. Hábitos, costumbres, estéticas y conductas ciudadanas que impactan negativamente el ambiente de la localidad.
2. Desconocimiento de los impactos ambientales asociados al desarrollo de diferentes actividades, las posibles soluciones y el papel de cada actor dentro de su implementación.
3. Poco interés en los asuntos ambientales por los residentes, visitantes, comerciantes e industriales de la localidad
4. Baja participación en los procesos de planeación y gestión ambiental.
5. Carencia de espacios de integración y aplicación de conocimientos adquiridos en temáticas de conservación y protección ambiental.
6. Baja cobertura de los canales de información y de comunicación actuales entre los actores de la planeación ambiental.
7. Desconocimiento de los deberes y derechos con el ambiente por parte de los actores locales.
8. Indiferencia frente a los procesos de planeación ambiental local.
9. Poco alcance institucional de las acciones desarrolladas.

³¹ Diagnóstico Ambiental de Puente Aranda. Alcaldía Local de Puente Aranda. Bogotá. 2014.



10. Inexistencia de un diagnóstico valorado desde la percepción de las comunidades con respecto a su entorno ambiental.
11. Carencia de herramientas técnicas y prácticas que permitan a los actores ambientales locales, generar políticas sostenibles en el corto, mediano y largo plazo.
12. Falta de programas permanentes de sensibilización, capacitación y evaluación de las acciones desarrolladas en temáticas ambientales, particularmente a escala residencial considerado este como mediano generador de residuos.
13. Los procesos desde la familia, la escuela, la comunidad, no incluyen la construcción y vivencia de valores ambientales, lo que evidencia la ausencia de apropiación de los escenarios locales ambientales por parte de la comunidad. a. La comunidad estudiantil no interactúa permanentemente con la infraestructura de la ciudad encargada de la gestión ambiental, el desarrollo científico y tecnológico.
14. Carencia de conocimientos llevados a la práctica en el manejo integral de los recursos naturales y de programas de educación ambiental a largo plazo que permitan a las comunidades la promoción e instauración de nuevos hábitos y esquemas culturales que apoyen la implementación del Sistema de Gestión Integral Ambiental.
15. La carencia de bases de información ambiental y de sistemas de indicadores confiables y sistemáticos constituyen serias restricciones para que la gestión ambiental pueda tener un control efectivo sobre los recursos e impiden la capacidad de monitoreo y de evaluación de las propias políticas ambientales. La potencialidad y efectividad de un sistema de indicadores y de un observatorio ambiental urbano, es tanto mayor en cuanto esté más estrechamente articulado a un conjunto de políticas, puesto que en estas condiciones se constituyen en una demanda derivada de las propias necesidades de la gestión ambiental. Por lo tanto, el diseño y desarrollo de indicadores debe ofrecer una evaluación oportuna sobre la eficiencia y efectividad de las políticas a fin de introducir los cambios requeridos”.³²

Como se puede observar, se identifican determinantes proximales que se refieren a las conductas antrópicas donde el ser humano es el principal causante de la contaminación ambiental a partir de conductas y hábitos inadecuados; sin embargo, desde a nivel estructural e intermedio, las instituciones no han generado

³² Ibíd. 2012.



el espacio ni las herramientas propicias para la participación y formación basada en los valores ambientales.

2.2.1.2. Dimensión Vida Saludable y condiciones no transmisibles

En cuanto a las condiciones de salud y hábitos de vida, en la localidad se evidencia la presencia de enfermedades crónicas las cuales se deben en gran medida a cuatro factores comportamentales de exposición que se han afianzado a raíz de los procesos de transición económica, los rápidos procesos de urbanización y los modos de vida de los últimos años: el consumo de tabaco, las dietas inadecuadas, la inactividad física y el uso nocivo de alcohol. Esta problemática predomina en la localidad, donde las enfermedades crónicas están asociadas a inadecuados estilos de vida, hábitos poco saludables y poca adherencia a los tratamientos médicos.

Entre los determinantes estructurales de la prevalencia de enfermedades crónicas se identifican la desigualdad social (pobreza) que impide la satisfacción de las Necesidades Básicas en las familias, fallas en el SGSSS: evidenciado en las barreras de acceso a los servicios de salud de medicina general y especializada, a laboratorios especializados los cuales contribuyen al manejo del paciente, esto debido al proceso de autorización en la EAPB con la cual cápita el usuario. De igual forma el nivel de cobertura para un segundo nivel de atención a población crónica es débil, no se cuenta con los suficientes centros de atención especializada para cubrir a la población crónica.

Existe percepción asistencialista de las políticas públicas, hábitos poco saludables reproducidos intergeneracionalmente, dinámica contemporánea acelerada de vida, contaminación ambiental y productos agrícolas transgénicos que contienen químicos. Entre los determinantes intermedios identificados se encuentran fallas en la articulación intra e interinstitucional para fomentar los hábitos de vida saludables, deficiente oferta de Servicios Sociales: salud, educación y cultura, especialmente dificultad en el acceso a cita de control y a programas de salud mental, falta de estrategias de divulgación y promoción de hábitos de vida saludables y en la información de las enfermedades crónicas y degenerativas.

También se presentan fallas en la atención médica preventiva, un ambiente cultural limitado, poco talento humano y recursos para trabajar en la promoción de hábitos de vida saludables y mala atención de los profesionales de la salud, que no permiten la detección temprana de las enfermedades crónicas.



2.2.1.3. Dimensión Convivencia Social y Salud Mental

En la localidad se evidencia pobreza oculta, pensamiento individualista, dependencia económica de jóvenes y adultos de las personas mayores. En cuanto a la existencia de entornos protectores para la salud mental y la convivencia, se encuentran en la localidad espacios recreativos como los Parques Barrio Salazar Gómez, Barrio Jazmín, El Divino Niño, Paz y Futuro, Parque Autopista Sur - Carrera 51, Barrio Pradera, Colonia Oriental, San Rafael, Barrio Amistad que fomentan el uso adecuado del tiempo libre además de condiciones y hábitos de vida saludables, pero que en ocasiones son utilizados por habitantes de calle generando inseguridad en las zonas.

Se identifican determinantes estructurales como redes de prostitución en la Zona Bancaria Cra 56, Avenida Ferrocarril, Avenida 68 – 10, Cra 50 - Cll 3, Cra 3 - Av 68 "Centro de Zorreros". Cerca al Colegio 1 de Mayo se evidencia atracos, acoso sexual, violación, agresión sexual, algunas manifestaciones de la comunidad se refieren a "cogen una bujía y les rompen el vidrio", "por la condición de mujer pueden molestar", "hay hacinamiento en las cárceles", "Complicidad en el delito", "Falta de tránsito e iluminación," "por el hecho de ser mujeres".

Otros factores de riesgo son la falta de iluminación, poco tránsito "vendedores ambulantes cómplices", venta y consumo SPA, ineffectividad Policial "sólo policías bachilleres", delincuencia, habitantes de calle, soledad, oscuridad, descuido, acoso sexual, peleas entre jóvenes "las bandas se pelean", "masturbación en espacio público", "roban en bicicleta". En las cercanías de la Cárcel "La Modelo" de Bogotá se evidencia tobos, violación, agresiones verbales, "ambiente agresivo", redes de tráfico,

Frente a temas relacionados con factores de riesgo asociados a violencias, trastornos mentales y otros problemas para las mujeres se evidencia percepciones de inseguridad que limitan el uso, goce y apropiación del espacio público por parte de las mujeres. Para las mujeres de esta localidad también se presenta la pobreza oculta que favorece la violencia económica y la dependencia de familiares se ven vulnerados derechos como acceso a salud, pensión, vivienda, alimentación y trabajo. También se presentan problemas de violencia intrafamiliar y feminicidios son agresiones que se han denunciado ante las autoridades en la localidad.

Para las mujeres de la localidad de Puente Aranda los espacios identificados como zonas de miedo son los canales, parques y los espacios públicos de uso recreativo cercanos a su casa que no son seguros, puentes de estaciones de



transmilenio (Pradera, Puente Aranda, Cra 53, Zona Industrial) donde se presenta agresión sexual, acoso sexual y robos.

2.2.1.4. Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional

Con respecto a la oferta y acceso al grupo de alimentos prioritarios, La localidad de Puente Aranda cuenta con la Plaza Trinidad Galán que se constituye en la principal plaza de mercado de la localidad, sin embargo por la situación que atraviesa referente a los conceptos sanitarios desfavorables, no se considera el principal punto de abastecimiento de alimentos ya que existe oferta por parte de supermercados, surtiferver y tiendas de barrio en las cuales las personas prefieren adquirir los alimentos a pesar de que el costo es un poco más elevado que en la Plaza por las condiciones sanitarias y de presentación de venta de los alimentos. A pesar de ello en la localidad se tienen varios puntos de abastecimiento para adquirir los alimentos.

2.2.1.5. Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

En cuanto a la garantía del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género y los servicios integrales en el tema se ve afectada con problemáticas de amplio espectro, ya que tanto los temas de sexualidad como los de reproducción cubren de forma integral la situación de la población de la localidad de Puente Aranda. Tomando las prioridades en salud pública frente a salud sexual y reproductiva se incluye: Maternidad Segura, Planificación Familiar, Salud sexual y reproductiva de los adolescentes, Cáncer de Cuello uterino, seno y próstata, ITS- VIH/SIDA. Violencia doméstica y sexual, eventos negativos en SSR, personas en ejercicio de la prostitución. Por su amplio espectro y la afectación de toda la población es fundamental tener claridad que su vulneración impacta negativamente en la calidad de vida poblacional. En el marco específico de la localidad de Puente Aranda es importante evidenciar que la situación actual en morbi-mortalidad en SSR presenta mayor severidad en el incremento de VIH positivos, exige la continuación de acciones y estrategias que respondan a los indicadores de afectación en cuanto a la educación preventiva en salud y derechos a las poblaciones y las rutas que permitan desde la Red disminuir las permanentes barreras de acceso de la cual son víctima la población.

2.2.1.6. Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles

En cuanto a la carga de enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo se observa que ha disminuido la mortalidad por neumonía en menores de 5 años. Se ha observado una mejora, ya que para el año 2008 se tenía una tasa de mortalidad de 5,7 por cien mil menores de cinco años (un caso), mientras que para



el año 2014 no se presentó ningún caso, comportamiento que se mantiene en los últimos 4 años. Entre los determinantes sociales que se identifican, se encuentra entre los estructurales los factores ambientales y sociales relacionados con la dinámica industrial de la localidad, además climatológicas como la pluviosidad que genera virus y bacterias.

Como respuesta a algunos determinantes intermedios y proximales relacionados con el acceso a servicios de salud y capacitación en prevención y tratamiento de las enfermedades respiratorias se cuenta con el funcionamiento de las Salas ERA, que permiten además del manejo de las enfermedades respiratorias, la educación en signos de alarma, recomendaciones para evitar y tratar estas enfermedades y el seguimiento de pacientes que deben asistir a controles.

Teniendo en cuenta que Puente Aranda es la segunda localidad con mayor número de casos con ERA, se implementó un Plan de Choque para prevenir y mitigar la enfermedad, que consiste en educación en signos de alarma en jardines públicos y privados y capacitación a profesionales.

Frente a la atención integral de enfermedades transmitidas por vectores se conoce la solicitud de atención de enfermedades transmitidas por vectores como la Leishmaniasis, Malaria, Chagas, enfermedades que no son diagnosticadas en todas las instituciones de la localidad, debido a que la consulta en el mayor de los casos se realiza es por urgencias. En la localidad de Puente Aranda se presenta un número mayor de casos en el Basam, teniendo en cuenta que estos pacientes vienen de diferentes zonas del país.

Entre los determinantes sociales identificados, se encuentran las funciones laborales de los miembros de las compañías y distritos militares que son enviados a zonas endémicas cuyas condiciones climáticas, ambientales y de salubridad posibilitan la transmisión de enfermedades por vectores. Por una parte, el cambio climático ha ampliado la posibilidad de incubación de las enfermedades mencionadas, debido a la ampliación de las zonas endémicas; por otra parte, existen barreras de acceso a los servicios de salud, que generan no disponibilidad de métodos diagnósticos y tratamientos adecuados; esto sumado a la falta de redes de acción colectiva, institucional y comunitaria, permite la propagación de las enfermedades transmisibles.



2.2.1.7. Dimensión Salud y Ámbito Laboral

En cuanto a la carga de enfermedades de origen laboral y de acuerdo con lo identificado por el equipo del escenario laboral en los territorios de salud, se han evidenciado posibles enfermedades laborales en su mayoría relacionada por riesgo por carga física, a saber, desordenes osteomusculares: drosolumbalias, tenosinovitis, lesiones musculoesqueléticas, tunel carpiano, por exposición a factores de riesgo: movimientos repetitivos, manipulación de cargas, aplicación de fuerza, y posturas mantenidas. Otros factores que aumentan y/o agravan estas patologías es la ausencia de hábitos de autocuidado en el trabajo. Adicionalmente se ha identificado disminución auditiva en un 60% de los vendedores ambulantes identificados por territorios saludables, el cual se produce a partir del factor de riesgo Ruido Ambiental. Así mismo se presenta en nivel medio, posibles enfermedades a consecuencia de riesgo psicolaboral debido a la dinámica de los informales que se traduce en jornadas extensas de trabajo, bajos ingresos, presión de público. En lo relacionado con posibles accidentes de trabajo presentados por la población trabajadora intervenida por el ámbito laboral de la ESE Hospital del Sur, se evidencian, en su mayoría heridas por cortaduras y el segmento afectado mayormente son las manos.

2.2.1.8. Dimensión Transversal de Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables (mujer y género)

Se identifican barreras de acceso en cuanto a salud, discriminación en las instituciones educativas dificultades en atención de médicos especialistas, terapias y medicamentos, baja cobertura a programas sociales, baja identificación y caracterización de población étnica. Según el Documento del ASIS Diferencial Puente Aranda 2015³³, se identifican las siguientes problemáticas principales en las poblaciones diferenciales y de inclusión.

Las principales problemáticas de los indígenas se determinan según la comunidad. Para los Nasa se identifican problemáticas relacionadas con el servicio de salud, específicamente cuando migran desde su territorio a la ciudad de Bogotá o viceversa y no informan el traslado correspondiente a las instituciones prestadoras del servicio de salud; esto conlleva a problemas administrativos que no permiten la atención oportuna al servicio. Para los Kichwa la problemática principal es la falta de intérpretes de su lengua para la comunicación efectiva con

³³ Análisis de la Situación en Salud de la Poblaciones Diferenciales y de Inclusión de la Localidad de Puente Aranda. ASIS – Hospital del Sur. Bogotá. 2015.



la población en general, que limita el entendimiento para acceder a los servicios de salud, educación, trabajo, vivienda, entre otros.

Para la comunidad afrodescendiente la principal problemática es la discriminación racial que sufren, que impide el acceso a sectores educativos y laborales. Para la comunidad gitana, se identifican problemáticas específicas relacionadas con el aseguramiento y discriminación a las mujeres gitanas por su vestimenta al momento de acceder a servicios sociales y/o de salud. En el Consejo Local de Discapacidad se identifica como problemática prioritaria para las Personas con Discapacidad la falta de oportunidades educativas y laborales, incentivos y préstamos para crear microempresa, que conlleva a la consecución de trabajo informal sin prestaciones sociales ni condiciones dignas y saludables de trabajo. De igual forma, los cuidadores se ven afectados dado que no pueden pagar a personal especializado y acceder a trabajos fuera de su hogar, conllevando a problemas económicos al interior del hogar que no permiten una buena calidad de vida para la PcD como para su familia.

La problemática principal de la población víctima de conflicto armado puede considerarse el desempleo, ya que como se decía anteriormente su origen rural, donde la categoría laboral más común es la agricultura genera un obstáculo para la consecución de trabajo en la ciudad receptora, al igual que los bajos niveles educativos y la mínima formación técnica de las víctimas no permiten la inserción laboral formal. En la población carcelaria como problemática principal se encuentra el hacinamiento lo cual genera condiciones de vida poco dignas y saludables.

La problemática principal que se evidencia en las personas en ejercicio de prostitución es dificultades en su salud mental, específicamente el hecho de asumir doble identidad, problemas de depresión, baja autoestima e imaginarios en salud sexual y reproductiva (condón asociado a planificación familiar y no a prevención de ITS). Para la población LGBTI Como problemática principal se considera la falta de estímulos para la participación y espacios de encuentro para las personas de los sectores LGBTI a nivel local.

En la población recicladora se evidencia la falta de sensibilidad frente al autocuidado de su salud, así como las dificultades económicas no les permite acceder a Elementos de Protección Personal o Individual (EPP o EPI), lo cual trae



como consecuencia la presentación de accidentes de trabajo y el desarrollo de enfermedades laborales o comunes que se agravan con la actividad que realizan.

2.3. ANÁLISIS INTEGRAL DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Determinantes sociales estructurales como la pobreza, la contaminación ambiental, la ineficiencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de Educación, sumado a la incoherencia de las políticas públicas frente a las necesidades reales de la población, repercuten negativa y directamente sobre las instituciones no sólo administrativas y de operación local sino también en las comunitarias y familiares.

La falta de políticas internacionales y nacionales que impidan la depredación y degradación agresiva del ambiente por parte de las grandes multinacionales y corporaciones industriales, ocasionan daños irreversibles al planeta, tales como el calentamiento global que afecta la salud humana por la expansión de enfermedades, la producción agropecuaria y por lo tanto la seguridad alimentaria, las migraciones humanas, la desaceleración del crecimiento económico y desarrollo social, generando mayores niveles de pobreza.

Por su parte la distribución inequitativa de la riqueza genera injusticia, hambre, explotación, acceso desigual a los servicios de salud, educación, recreación, vivienda, trabajo digno, que a su vez limita el libre desarrollo de las capacidades y posibilidades humanas.

Desde el sector de la salud, se mantienen las barreras de acceso a los servicios de salud específicamente las relacionadas con aseguramiento, no entrega de medicamentos, inoportunidad en la asignación de citas médicas generales y con especialistas, que desembocan en fallas de la promoción, atención y prevención de las enfermedades. Se presentan problemas de salud evidenciados en la prevalencia de enfermedades crónicas, enfermedades transmisibles y enfermedades mentales, que afectan la calidad de vida de todas las etapas de ciclo vital manifestándose en la esfera social en forma de violencias, maltrato, abuso, delincuencia y toda manifestación que indica desequilibrios sociales.

Otro determinante social evidenciado es la falta de articulación de los diversos sectores e instituciones en los diferentes espacios territoriales, nacional, distrital y local, que generan rupturas en la atención integral de las necesidades de la población y se visibiliza en la enfermedad física y mental. La falta de



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital del Sur

corresponsabilidad institucional y la visión limitada de las funciones generan acciones individuales y descontextualizadas que impiden el beneficio de la comunidad. Los problemas de salud de una comunidad no son responsabilidad exclusiva del sector salud, si no intervienen los sectores de educación, integración social, desarrollo económico, ambiente, seguridad, participación social, entre otros, no es posible el bienestar integral de los grupos humanos.

PRELIMINAR



3. CAPITULO III

IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA LOCALIDAD

En el lineamiento de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, se expone la definición e importancia de la identificación y valoración de las tensiones, así como los factores que la componen: "... para la comprensión integral del estado de salud de la población en un territorio particular, es necesario identificar y comprender las tensiones que se presentan entre las dinámicas territoriales (PASE) y entre estas y las condiciones de salud de la población (...) La identificación de tensiones exige el reconocimiento de los factores que las originaron (generadores), de los factores que las refuerzan así como de aquellos que las contrarrestan y de las implicaciones que tienen en distintas áreas del desarrollo local. La identificación de tensiones facilita y ordena la actividad para la identificación de los determinantes de la salud. (...)

Una tensión en salud se define como "el conjunto de presiones provenientes de una o varias dimensiones del desarrollo o de las dimensiones prioritarias y transversales para la vida, que actúan en diferentes direcciones y generan niveles de estrés que deterioran el estado de salud de una población" Una tensión en salud expresa la forma en que se materializan las condiciones y situaciones presentes en el territorio y los determinantes de la salud en el estado de salud de la población." (47)

Así, a continuación se presenta la identificación, valoración y análisis de las tensiones presentes en la localidad de Puente Aranda, según ciclo vital y dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública.

3.1. TENSIONES POR CICLO VITAL

3.1.1. Ciclo Vital Infancia:

TENSIÓN: Disminución de la lactancia materna exclusiva en menores de seis meses que genera aumento de enfermedades en la primera infancia como ERA y EDA, además de afectaciones negativas en los vínculos y economía familiar y deterioro ambiental.

DIMENSIÓN: Seguridad Alimentaria y Nutricional.

COMPONENTE: Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos.



ÁREA DE OBSERVACIÓN: Alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada; aprovechamiento y utilización biológica de los alimentos.

Se identifica el evento referente a la deficiencia en la práctica de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses en la localidad de Puente Aranda. La práctica de la lactancia materna exclusiva está indicada según la OMS para los niños y niñas menores de 0 a 6 meses, tiempo en el cual su único alimento será la leche materna la cual se brindará a libre demanda. En la localidad de Puente Aranda la mediana de la lactancia materna se encontró en 3 meses para el año 2014 cuando la meta distrital para el año 2016 es de 4 meses.

Esta situación se presenta principalmente por la falta de conocimiento de las familias sobre la importancia del consumo de la leche materna en los menores de 6 meses para evitar infecciones y enfermedades que pueden afectar el estado de salud del menor, a las creencias culturales que van en contra de la lactancia materna, a la situación económica del hogar que obliga a la madre a dejar a su bebé al cuidado de terceros y por falta de tiempo y desconocimiento, a la informalidad laboral que no brinda licencia de maternidad ni horas de lactancia en el retorno a las labores, a la falta de espacios adecuados e inocuos que permitan realizar la extracción y almacenamiento de la leche materna, al gran número de embarazos no deseados en los cuales la madre no desea practicar el amamantamiento, por la falta o deficiencia del vínculo afectivo con su bebé, al deficiente acompañamiento que se le brinda a la madre desde el momento del parto para el inicio de la práctica de amamantamiento y al seguimiento a las dificultades que puedan presentar a la mamá y bebé cuando salen del hospital al hogar y a la violación que ejercen los laboratorios al no cumplir las normas estipuladas en el código de sucedáneos de la leche materna, brindando beneficios a los pediatras que promuevan el consumo de la leche de fórmula por encima del consumo de la leche materna.

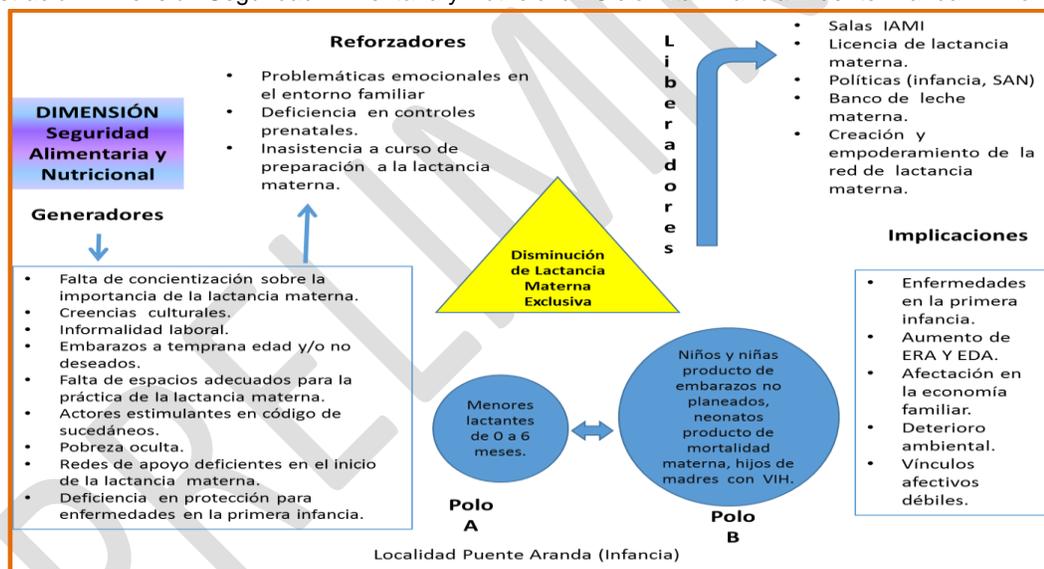
El no practicar la lactancia materna puede generar complicaciones en la salud de los menores de 6 meses ya que la leche materna no sólo brinda los nutrientes que el menor necesita sino que también provee al menor de factores protectores para su sistema inmunológico y para lograr la maduración de su sistema digestivo, evitando así las complicaciones que se puedan generar cuando el bebé consume leche de fórmula, así como evitar la enfermedad por deficiencia en la maduración del sistema inmunológico, con la LME se evita la Enfermedad Respiratoria Aguda y la Enfermedad Diarreica Aguda. Con la práctica de la lactancia materna exclusiva la madre también se ve beneficiada debido a que disminuye los riesgos



de sufrir cáncer de seno y ovario. La práctica de la LME ayuda a la economía del hogar debido a que el menor tiene menos riesgos de enfermarse (no gastos de hospitalización, medicamentos, licencias de trabajo para cuidar al bebé en el hospital), la leche materna viene lista para consumir por lo cual no requiere de envases para su suministro (a menos que la madre no pueda estar con su bebé y deba practicar la extracción), no requiere gastos de agua y luz para su preparación, así como tampoco requiere de inversión en dinero para la compra de leches de fórmula, la práctica de la LME protege el medio ambiente debido a que no genera residuos.

Entre los factores que mitigan la problemática se encuentran las Salas IAMI, los proyectos de ley que analizan el tiempo de licencia de maternidad, el Banco de Leche Materna y la Red de Lactancia Materna, además de las políticas de Infancia y Seguridad Alimentaria y Nutricional que se territorializan a nivel local.

Ilustración 1. Tensión Seguridad Alimentaria y Nutricional. Ciclo Vital Infancia. Puente Aranda. Año 2014



Fuente: Equipo Gestión de Programas y Políticas y Equipo ASIS. Hospital del Sur. Año 2015

TENSIÓN: Niños y niñas menores de 14 años afectados por negligencia y violencia emocional que genera problemáticas individuales, familiares y sociales como trastornos de la salud mental, depresión, conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas, participación en pandillas, delincuencia, pobreza e incluso mortalidad infantil.

DIMENSIÓN: Convivencia Social y Salud Mental.

COMPONENTE: prevención y atención integral a problemas trastornos mentales y diferentes formas de violencia.



ÁREA DE OBSERVACIÓN: Atención integral de problemas mentales y eventos asociados.

Con respecto a los eventos de negligencia y violencia emocional para la etapa de ciclo vital infancia se evidencia una serie de acontecimientos históricos y sociales traducidos en situaciones asociadas con la pobreza oculta y dificultades relacionadas con las condiciones básicas de vida que exacerbaban de manera indiscriminada las diferentes formas de violencia, puesto que aspectos relacionados con la falta de oportunidad laboral y de empleabilidad de los padres predisponen comportamientos y conductas nocivas para el desarrollo de los menores de edad, quienes crecen sin o con un acompañamiento intermitente de sus progenitores lo que dificulta el reconocimiento de pautas de crianza y habilidades para la vida generando la reproducción de eventos de conflicto y agresividad al entorno del hogar; la repetición de dichas conductas en contextos de iguales lo cual se traduce en violencia escolar, el desenlace de conducta suicida y la réplica de situaciones asociadas en la infancia correspondientes a Trastorno de la Conducta Alimentaria y Trastorno, Déficit de Atención e Hiperactividad.

Las dificultades recurrentes pueden desencadenar en eventos temporales de condición transitoria o permanente como atraso en el desarrollo psicomotriz, dificultades para socializar, dilatación frente al desarrollo de habilidades cognitivas, sociales y emocionales, discapacidades a causa del evento o fatales como la muerte en el ciclo vital infancia y adolescencia. Dichas situaciones inciden directamente, además de las dificultades relacionadas con las condiciones básicas de vida como agua potable, alimentación, vivienda etc., en las habilidades para la vida establecidas a corto, mediano y largo plazo, el acceso oportuno a los derechos y la garantía de la restitución de los mismos y por ende en el tema de calidad de vida.

Desde esta perspectiva en que se analiza la tensión en mención, no se están cumpliendo las leyes que buscan la garantía del derecho de los niños y las niñas frente a estos dos tipos de violencia, específicamente el artículo 44 de la Constitución Política de Colombia. A pesar de que se contempla que la familia, el estado y la sociedad deben proteger a los niños y a las niñas para garantizar su desarrollo integral y que cualquier persona puede exigirlo ante las autoridades competentes, en Puente Aranda existen aspectos que impiden su cumplimiento a pesar de que existen las entidades competentes para la garantía y restitución de los derechos de los niños y las niñas.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital del Sur

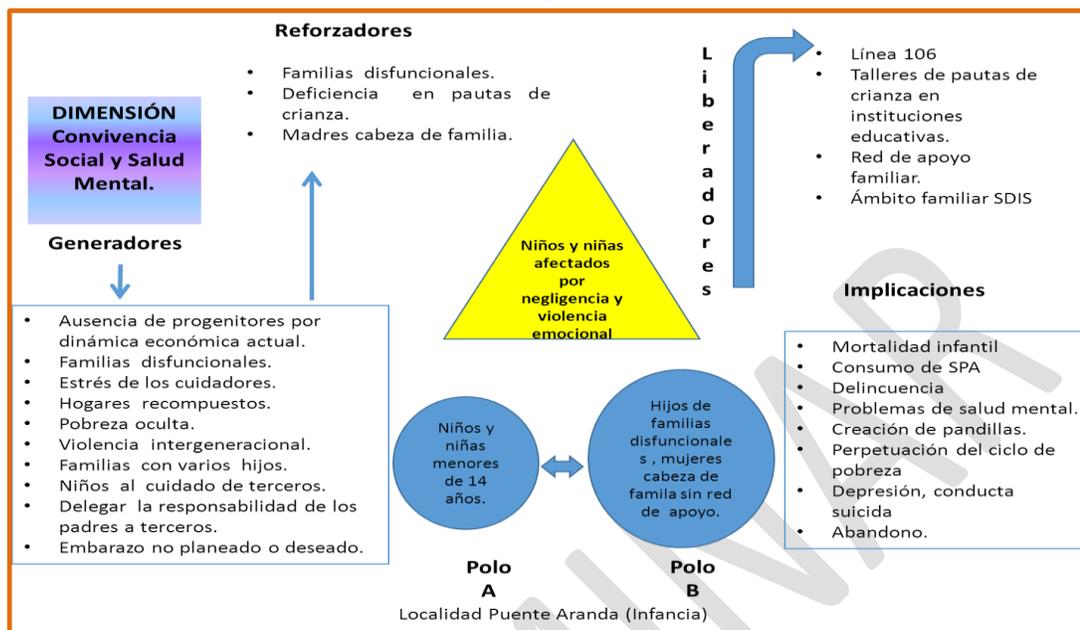
En Colombia se cuenta también con el Código de Infancia y Adolescencia (Ley 1098 de 2006) que en el artículo 39 contempla las obligaciones de la familia en la garantía de los derechos de los niños y las niñas. En la localidad de Puente Aranda la disfuncionalidad familiar y las inadecuadas pautas de crianza entre otros generadores y reforzadores de la problemática, influyen significativamente en la ocurrencia y continuidad de la violencia emocional y por negligencia, posiblemente por el poco alcance de las instituciones competentes en la garantía del derecho. Finalmente la Ley 1616 del 2012 contempla dentro de sus respuestas la vigilancia y control, de eventos relacionados con prioridades por condición alta en salud mental teniendo como prelación la niñez y la adolescencia; sin embargo, por la misma naturaleza de la edad donde la exclusividad del cuidado se debe a padres o a quien tiene patria de potestad, siguen habiendo casos en la clandestinidad sobre todo los concernientes a la primera infancia, pues las continuas sensibilizaciones a través de lo que reglamenta la ley de fortalecer APS renovada en Colegios e IED ha permitido sensibilizar y movilizar acciones en el reconocimiento de signos y señales de alerta pero también la activación de rutas.

Entre las implicaciones que genera este evento se encuentran la mortalidad infantil, el consumo de sustancias psicoactivas, abandono, delincuencia, pandillismo, problemas de salud mental como depresión, conducta suicida además de la perpetuación del ciclo de pobreza. Sin embargo, se cuenta con algunos factores mitigantes de la problemática como la Línea 106, los talleres de pautas de crianza que se realizan en las Instituciones Educativas, el acompañamiento del Programa Territorios Saludables, ámbito familiar y las acciones de Secretaría Local de Integración Social.



Ilustración 2. Tensión Convivencia Social y Salud Mental. Ciclo Vital Infancia. Puente Aranda. 2014

Año



Fuente: Equipo Gestión de Programas y Políticas y Equipo ASIS. Hospital del Sur. Año 2015

3.1.2. Ciclo Vital Adolescencia

TENSIÓN: Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes que genera problemáticas individuales, familiares y sociales como habitabilidad en calle, delincuencia, suicidio, pandillismo, aumento de Enfermedades de Transmisión Sexual, ruptura de lazos familiares y consumo generacional de sustancias psicoactivas.

DIMENSIÓN: Convivencia Social y Salud Mental

COMPONENTE: Prevención y atención integral a problemas trastornos mentales y diferentes formas de violencia

ÁREA DE OBSERVACIÓN: Atención integral de problemas mentales y eventos asociados.

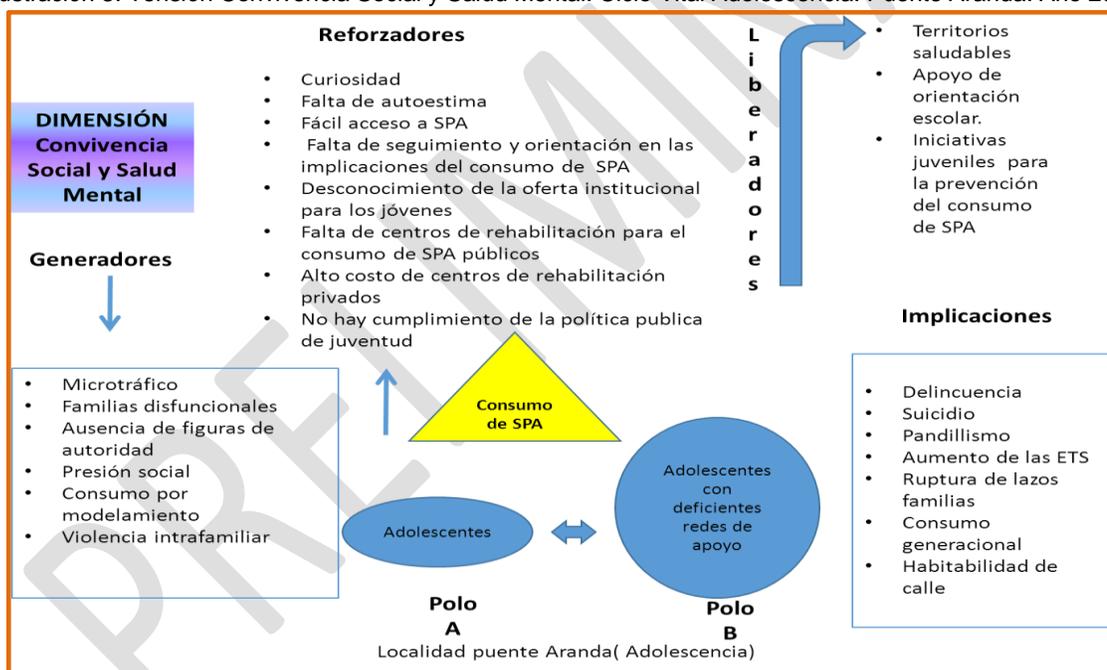
El evento de Consumo de Sustancias Psicoactivas en el ciclo vital adolescencia se considera generalizado a nivel local y distrital. Se logran identificar algunas causas como la ausencia de figuras de autoridad relacionadas con la disfuncionalidad de las familias, violencia intrafamiliar, la presión social de los pares llevando al consumo por modelamiento y factores externos como el microtráfico de sustancias psicoactivas que permiten fácil acceso a las mismas.



Entre los factores que refuerzan las causas del consumo son la curiosidad, falta de autoestima, desconocimiento de la oferta institucional en cultura, recreación y deporte. También se evidencia la falta de capacidad institucional para la mitigación de la problemática, es decir, no existen centros de rehabilitación públicos para consumidores de psicoactivos y los centros privados funcionan con altos costos.

Este evento tiene implicaciones graves a nivel personal, familiar y social, como la incidencia de delincuencia, suicidio, pandillismo, aumento de Enfermedades de Transmisión Sexual, ruptura de lazos familiares, consumo generacional y habitabilidad de calle. Sin embargo, existen algunos factores que mitigan el evento como las intervenciones del Programa Territorios Saludables, apoyo de Orientación Escolar en las Instituciones Educativas e iniciativas juveniles para la prevención del consumo.

Ilustración 3. Tensión Convivencia Social y Salud Mental. Ciclo Vital Adolescencia. Puente Aranda. Año 2014



Fuente: Equipo Gestión de Programas y Políticas y Equipo ASIS. Hospital del Sur. Año 2015

TENSIÓN: Desconocimiento de los adolescentes sobre sus derechos sexuales y reproductivos que generan embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, prostitución y violencia intrafamiliar.

DIMENSIÓN: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos.

COMPONENTE: Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos.



ÁREA DE OBSERVACIÓN: Prevención y atención integral, humanizada y de calidad en salud sexual y reproductiva.

El pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la comunidad adolescente y juvenil, garantizan el desarrollo libre, sano, seguro y satisfactorio de la sexualidad y la reproductividad, además de ser campos del ejercicio de la dignidad, la libertad y la igualdad. Infortunadamente en la localidad de Puente Aranda se evidencia el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, ya que los jóvenes no se encuentran empoderados frente al tema, hay un bajo interés en conocerlos o cuando el joven se acerca a los espacios en salud, el staff de profesionales no brinda la información objetivamente y en ocasiones utilizan juicios de valor lo que ocasiona perder a un potencial multiplicador de esta información. Su desconocimiento implica perder autonomía al decidir sobre su cuerpo, su vida sexual y reproductiva, les impide gozar de una óptima salud sexual y a vivir su sexualidad libre de discriminación, limitaciones y/o violencias.

De igual forma implica continuar con un proceso de desinformación e invisibilización de su sexualidad que es la dimensión fundamental de su sano crecimiento y desarrollo mental, físico y emocional; incita a la permisividad frente al incesto, acoso y violaciones; se da una propagación de infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA; se genera una maternidad a temprana edad con efectos casi siempre negativos en la salud o llevando a la conformación de uniones y familias altamente vulnerables limitando el desarrollo integral de los/as jóvenes; se elevan las tasas de morbilidad materna por causas prevenibles y se vulnera los derechos de las personas en general frente a sus creencias, identidad y orientaciones sexuales.

Otros factores asociados son el alto costo de los métodos de planificación familiar, barreras de acceso al servicio de salud, falta de comunicación asertiva en la familia, promiscuidad y falta de recursos para implementación de programas para jóvenes en los colegios.

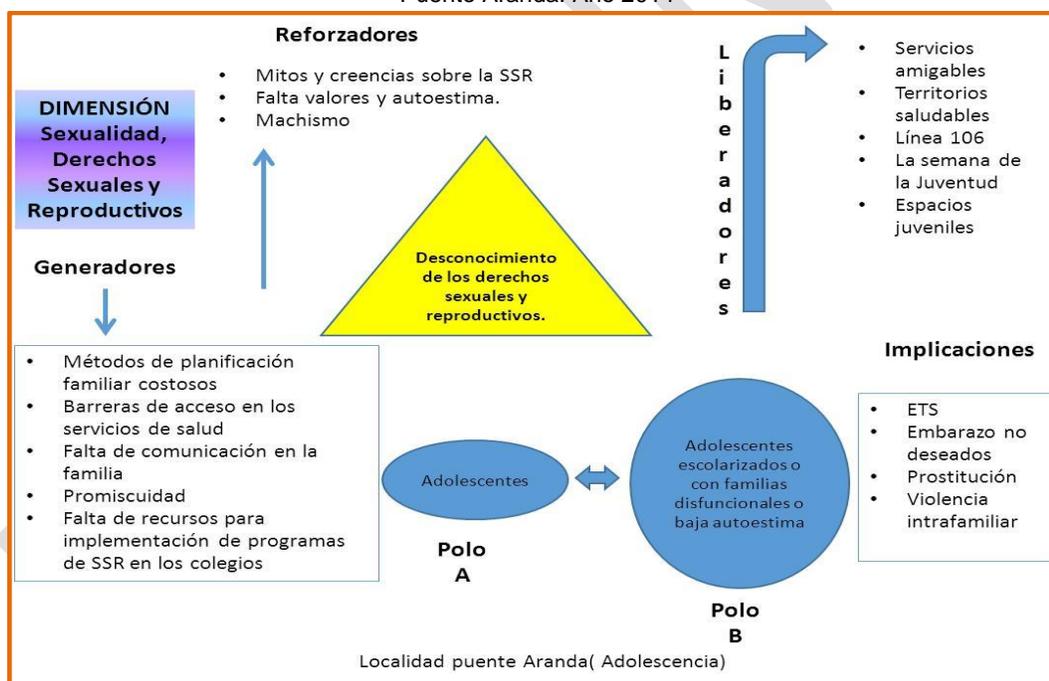
Los derechos sexuales y reproductivos se encuentran inmersos en la Declaración Universal de los Derechos Civiles y Políticos (1976), la Convención Internacional para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1981), Convención sobre los Derechos del Niño (1990), entre otros; en la Política Pública de SSR y desde la Constitución Política los artículos 13, 15, 16, 18 y 42. Las leyes y normas que mejoran el evento se dan a partir del CONPES de juventud 147 de 2012, la Sentencia C-355 de 2006, la Resolución 412 de 2000, la Circular 0006



del 16 de junio de 2015, el Lineamiento 2015, para la implementación de la política pública de juventud enmarcado en el derecho a la salud Está fundamentado en la gestión, articulación y armonización de acciones con el Subprograma: “Jóvenes para la salud y la vida”, el Decreto 2968 de 2010.

Las estrategias que se han implementado, son de tipo lúdico pedagógico como el juego, piezas comunicativas, canalización a los servicios amigables, videos “Amor propio. UNFPA- SDS”, que ha funcionado en las poblaciones intervenidas; pero se debe ampliar los campos de intervención y el equipo interdisciplinario; además de brindar a las instituciones, la capacitación, el equipamiento y elementos necesarios para su buen posicionamiento. Además de la línea 106, los espacios juveniles como la Semana de la Juventud, los Servicios Amigables y la Intervención del Programa Territorios Saludables.

Ilustración 4. Tensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos. Ciclo Vital Adolescencia. Puente Aranda. Año 2014



Fuente: Equipo Gestión de Programas y Políticas y Equipo ASIS. Hospital del Sur. Año 2015

3.1.3. Ciclo Vital Juventud:

TENSIÓN: Falta de oportunidades laborales en la población joven entre 18 y 29 años que genera afectación negativa en los recursos económicos familiares, aumento de trabajo informal, consumo de sustancias psicoactivas, depresión, conducta suicida, violencia emocional y delincuencia.



DIMENSIÓN: Salud y Ámbito Laboral.

COMPONENTE: Seguridad y salud en el trabajo.

ÁREA DE OBSERVACIÓN: Protección de la salud en el trabajo y fomento de la cultura preventiva a los trabajadores.

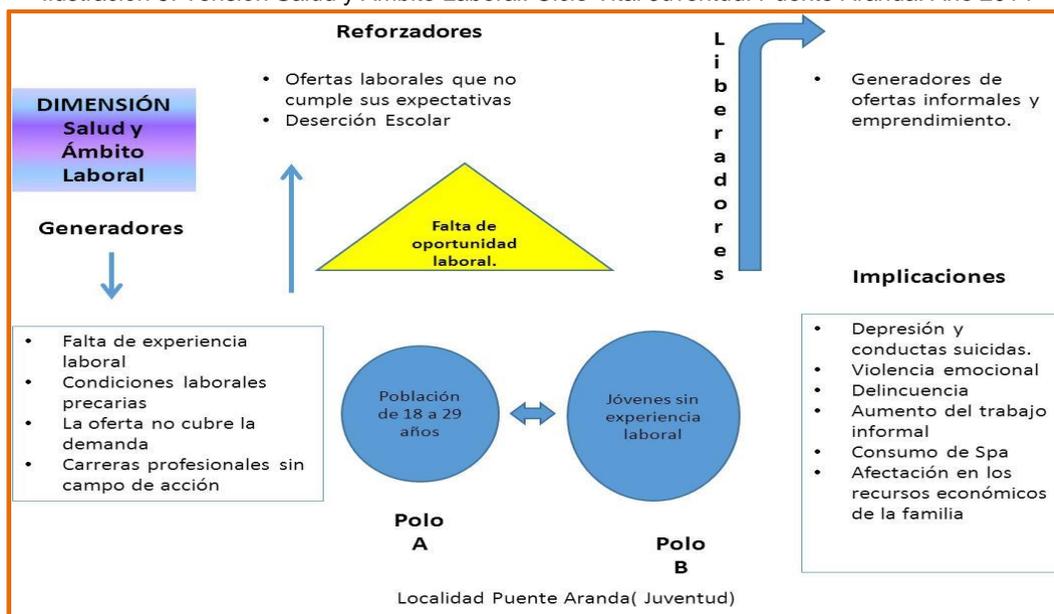
La falta de oportunidad laboral influye principalmente en la población joven y adulta, sin desconocer que en esta localidad se evidencia trabajo en adulto mayor, población que al no contar con oportunidades laborales dignas, se emplean en actividades informales, caracterizadas por no contar con seguridad en el trabajo, afiliación o administradora de riesgos laborales, con hábitos no saludables en el desarrollo de sus actividades y con una cultura de normalizar y aceptar que los accidentes en el trabajo y los síntomas generados o aumentados con dichas actividades son "normales".

Dentro de las causas que generan la falta de oportunidades se encuentra el aumento de tecnología desde las empresas para suprimir mano de obra, así mismo exigen competencias y experiencia relevante cada vez mayor para laborar en empresas formales. La falta de educación relacionada con la deserción escolar a temprana edad, además la falta de un proyecto de vida definido con características de calidad de vida y bienestar no son prioridad en una parte importante de la población. Sin embargo, el desempleo se ha convertido en una problemática estructural en la cual la oferta de trabajo no cubre la demanda, las condiciones laborales son precarias y algunas carreras profesionales no tienen amplio campo de acción.

Dentro de las consecuencias se consideran problemas de salud mental como depresión y conductas suicidas, violencia emocional, otras implicaciones son delincuencia, aumento de trabajo informal, consumo de SPA, afectación de los recursos de la familia. La baja productividad de la población adulta y joven ocasiona también retraso en el desarrollo del país y la perpetuación de la pobreza. Así mismo una población sin calidad de vida y bienestar.



Ilustración 5. Tensión Salud y Ámbito Laboral. Ciclo Vital Juventud. Puente Aranda. Año 2014



Fuente: Equipo Gestión de Programas y Políticas y Equipo ASIS. Hospital del Sur. Año 2015

TENSIÓN: Falta de continuidad en el aseguramiento de la población joven entre 18 y 29 años al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que genera diagnóstico tardío de enfermedades y eventos en salud y vulneración de los derechos en salud.

DIMENSIÓN: Salud y Ámbito Laboral.

COMPONENTE: Seguridad y salud en el trabajo.

ÁREA DE OBSERVACIÓN: Estilos, modos y condiciones saludables en el entorno laboral.

La falta de continuidad con la afiliación del sistema de salud de la población joven, se viene presentando desde las primeras reformas en salud, afecta al ciclo vital juventud comprendido entre los 18 y 26 años, cuya situación se presenta por la falta de oportunidades para acceder a educación superior, falta de empleos estables que garanticen el acceso a los servicios de salud, informalidad laboral, desconfianza en el sistema de salud actual, puntajes de valoración socioeconómica altos asociados a pobreza oculta.

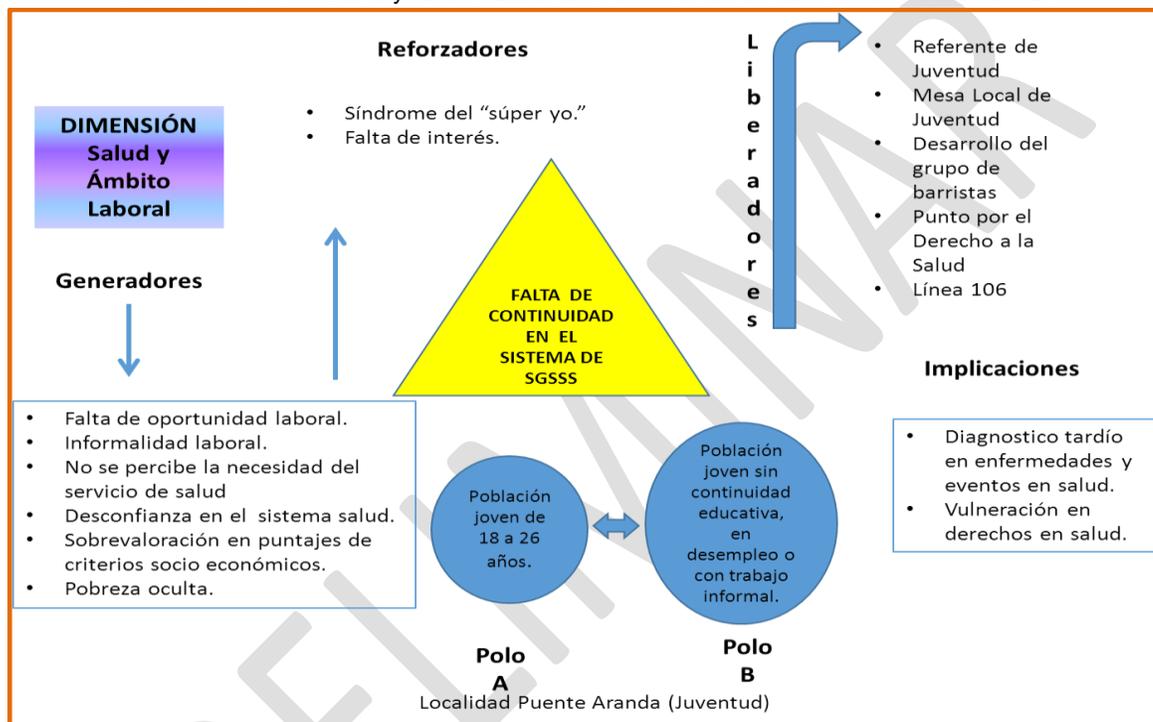
Estas situaciones que conllevan a la obtención de empleos informales que impiden el diagnóstico temprano de enfermedades y eventos en salud sumado a la vulneración en derechos en salud. Este evento afecta de manera diferencial a la Población Con Discapacidad debido a que las políticas públicas para las personas



con discapacidad y la de acceso al primer empleo que no garantizan la continuidad en los servicios de salud.

Entre los factores que mitigan la problemática se encuentra la atención en el Punto por el Derecho a la Salud, la Mesa Local de Juventud, la línea 106 y las acciones de territorialización de la política de juventud y el Programa Territorios Saludables.

Ilustración 6. Tensión Salud y Ámbito Laboral. Ciclo Vital Juventud. Puente Aranda. Año 2014



Fuente: Equipo Gestión de Programas y Políticas y Equipo ASIS. Hospital del Sur. Año 2015

3.1.4. Ciclo Vital Adultez

TENSIÓN: Presencia de habitabilidad en calle en el ciclo vital adultez que genera aumento de las enfermedades de salud pública y enfermedades de transmisión sexual, inseguridad, pérdida de población económicamente activa y reproductiva, además de retraso económico y social.

DIMENSIÓN: Convivencia Social y Salud Mental

COMPONENTE: Prevención y atención integral a problemas trastornos mentales y diferentes formas de violencia.

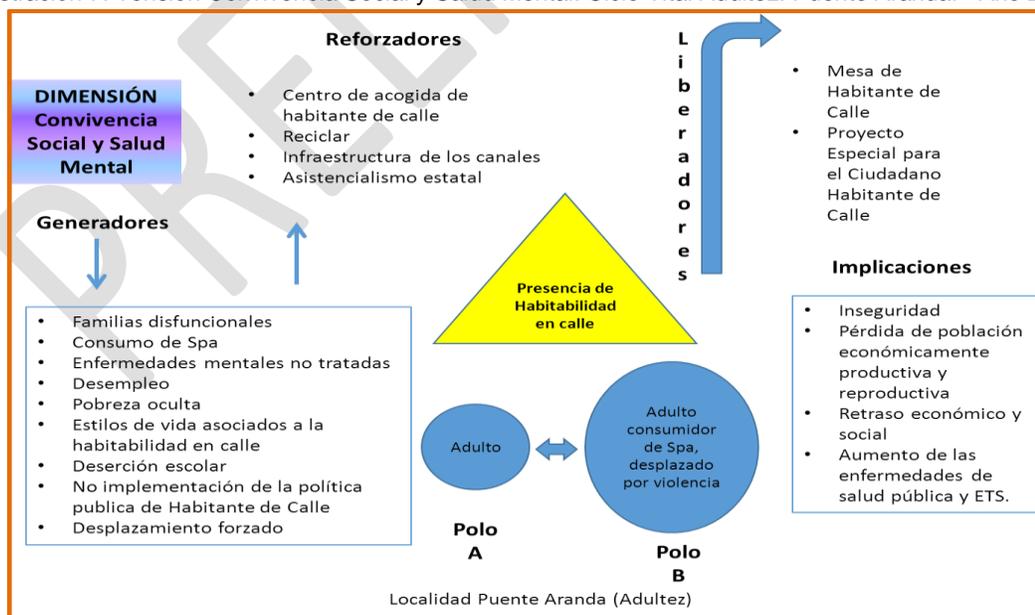
ÁREA DE OBSERVACIÓN: Atención integral de problemas mentales y eventos asociados.



La habitabilidad en calle, se presenta desde hace varios años, pero no se cuenta con documentos oficiales que evidencien la problemática. La problemática afecta a todos los ciclos vitales pero prevalece juventud, adultez y vejez. Entre las principales causas está la disfuncionalidad de las familias, consumo de sustancias psicoactivas, enfermedades mentales no tratadas, desempleo, estilos de vida poco saludable, deserción escolar, desplazamiento forzado, entre otras.

El evento se ve reforzado con la ubicación de los Centros de Acogida que funcionan en la localidad para todos los ciudadanos habitantes de calle del Distrito, la infraestructura de los canales y el asistencialismo estatal. Este evento afecta tanto a la comunidad como a la población ciudadana habitante de calle ya que se observa como una situación de corresponsabilidad. La inexistencia de la política pública para población ciudadana habitante de calle dificulta su atención. Este evento se ve relacionado con actividades delictivas, hurtos y microtráfico, trabajos informales como recolección de basura, reciclaje donde el dinero que adquieren es para suplir sus necesidades básicas como alimentación, vivienda y consumo de SPA. Entre las implicaciones se consideran la inseguridad, pérdida de población económicamente productiva, retraso económico social y económico, sumado al aumento de las enfermedades de salud pública. Para mitigar la problemática se ha establecido la Mesa de Habitante de Calle, el Proyecto Especial para el ciudadano habitante de calle del Hospital del Sur.

Ilustración 7. Tensión Convivencia Social y Salud Mental. Ciclo Vital Adultez. Puente Aranda. Año 2014



Fuente: Equipo Gestión de Programas y Políticas y Equipo ASIS. Hospital del Sur. Año 2015



TENSIÓN: Apatía de la población adulta a los procesos de participación local, que generan aumento de la corrupción, monopolización de la democracia, mal gasto de los recursos públicos, creación de programas que no se ajustan a la mayoría de la población y no satisfacen las problemáticas reales de la comunidad en términos de calidad y cobertura.

DIMENSIÓN: Convivencia Social y Salud Mental

COMPONENTE: Promoción de la salud mental y la convivencia

ÁREA DE OBSERVACIÓN: Comportamientos individuales y colectivos para el cuidado de la salud mental y la convivencia social

En la población adulta de la localidad de Puente Aranda se evidencia falta de participación en los espacios, ya que se argumenta falta de tiempo e intereses en participar, pues se prioriza los procesos productivos que generen ingresos para asumir su rol de proveedor económico. Este evento genera que los adultos se aislen de los espacios y no tengan conocimiento de las acciones que se están gestando para la comunidad, delegando el poder de decisión en unos pocos.

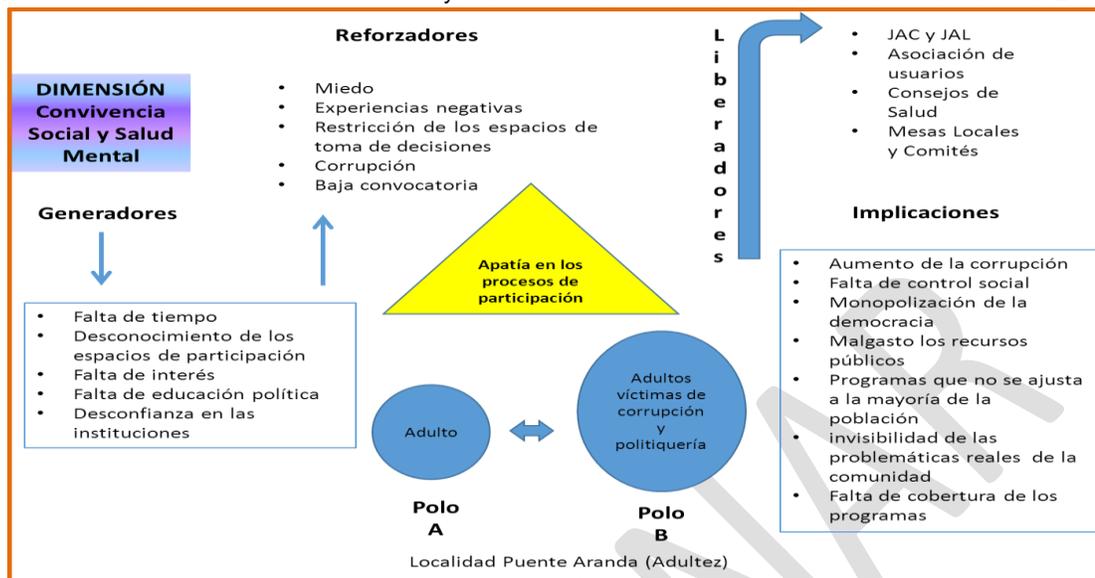
Se consideran factores asociados la falta de tiempo, interés, desconfianza en las instituciones, falta de educación política y desconocimiento de los espacios de participación. Esto sumado a factores que refuerzan las causas como miedo, corrupción, experiencias políticas negativas, baja convocatoria institucional y restricciones genera aún más baja participación de los adultos en estos procesos.

La población adulta se reconoce como la que lleva el direccionamiento en el hogar, barrio y comunidad, pero el no tener conciencia política y de participación no permite avanzar en un ejercicio de transparencia y avance, ya que se limita esa participación, se monopoliza los proceso, no se da control social requerido y no se trabaja sobre el bienestar general sino el particular, dando prioridad a los intereses de unos pocos que participan. El no tener claro el ejercicio de participación, los adultos delegan decisiones importantes y relevantes a otros, que no tienen el contexto global de las necesidades de la población. Otra implicaciones del evento es el aumento de la corrupción, la falta de control social, falta de cobertura de los programas sociales, malgasto de los recursos públicos, invisibilidad de la problemática real de la población y programas que no se ajustan a las necesidades de la comunidad.

Entre los factores que mitigan la problemática están los espacios de participación como las JAC y las JAL, las Mesas Locales y Comités, los Consejos de Salud y las Asociaciones de Usuarios.



Ilustración 8. Tensión Convivencia Social y Salud Mental. Ciclo Vital Adultez. Puente Aranda. Año 2014



Fuente: Equipo Gestión de Programas y Políticas y Equipo ASIS. Hospital del Sur. Año 2015

3.1.5. Ciclo Vital Vejez

TENSIÓN: Dificultades en el acceso de la población adulta mayor a los servicios de salud especializados generando deficiencias en la calidad de vida, detección tardía de enfermedades, aumento en los costos de las familias y sobrecostos al sistema de salud, saturación en servicios de salud de emergencia y mortalidades prevenibles.

DIMENSIÓN: Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles.

COMPONENTE: Modos, condiciones y estilos de vida saludable

ÁREA DE OBSERVACIÓN: Infraestructura, bienes y servicios saludables

El evento identificado en el ciclo vital vejez es la falta de oportunidad en las citas para especialistas, generado principalmente por las limitaciones de la Ley 100 de 1993 que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud; a esto se suma, el déficit de especialistas e gerontología que sufre el país, las barreras de acceso socioeconómicas de la población, la inequidad en el servicio de salud, la falta de apoyo de los cuidadores y el desconocimiento en los servicios de salud preventivos en cada edad.

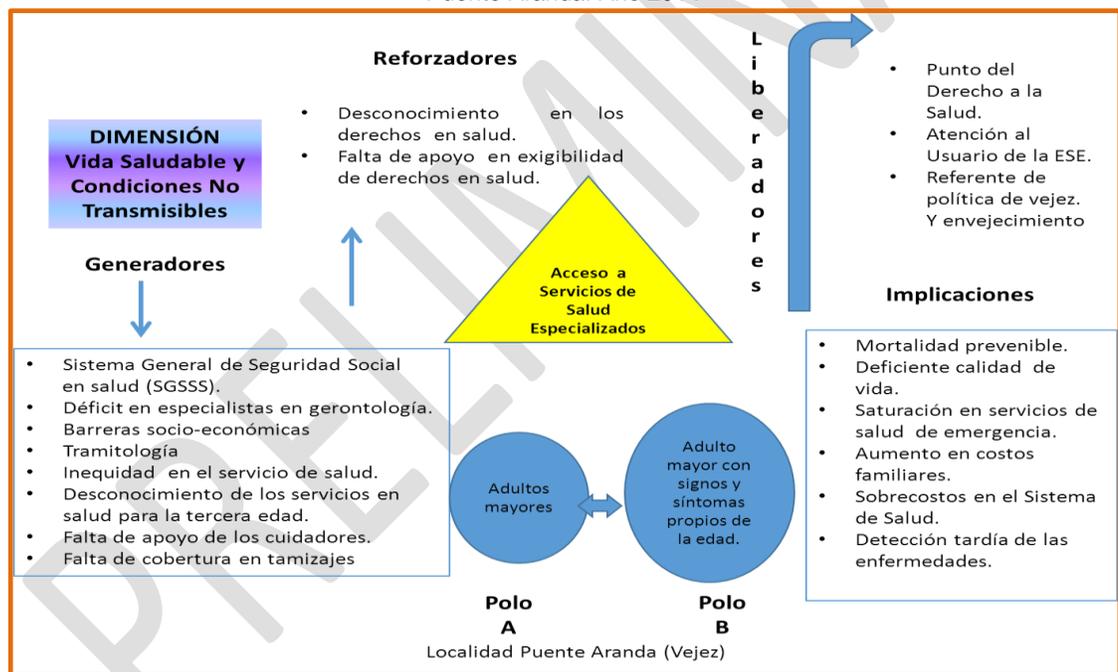
Como factores que refuerzan ésta situación, se evidencian el desconocimiento de los derechos en salud de la población en general y la falta de apoyo en la exigibilidad de los mismos. Esta suma de factores generan detección tardía de las enfermedades ocasionando mortalidades prevenibles; adicionalmente se ocasiona



saturación en servicios de salud de emergencias, sobrecostos en el sistema de salud y aumento en los costos de las familias, que afectan directamente la calidad de vida de la población.

La ley 1616 de 2012 intenta mitigar las barreras de acceso, sin embargo el proceso es estructural y por lo tanto no se puede dar una respuesta efectiva; las campañas y las jornadas buscan mejorar las condiciones de vida para evitar la enfermedad crónica, sin embargo, no se llega al 100% de la población. El PDS busca mejorar las condiciones de las personas con barreras de acceso pero no se cuenta con capacidad instalada para la atención. Desde la Oficina de Atención al Usuario y desde la política de Vejez y Envejecimiento se procura mitigar la problemática identificada.

Ilustración 9. Tensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles. Ciclo Vital Vejez. Puente Aranda. Año 2014



Fuente: Equipo Gestión de Programas y Políticas y Equipo ASIS. Hospital del Sur. Año 2015

TENSIÓN: Violencia económica y emocional hacia los adultos mayores generando depresión y conducta suicida, culminación de la vejez en soledad y mortalidades prevenibles

DIMENSIÓN: Convivencia Social y Salud Mental.

COMPONENTE: Prevención y atención integral a problemas trastornos mentales y diferentes formas de violencia.



ÁREA DE OBSERVACIÓN: Atención integral de problemas mentales y eventos asociados.

Desde hace ya aproximadamente 10 años se realiza el reconocimiento de la situación de riesgo de las personas mayores de 60 años frente a los cambios y situaciones que experimentan con el día a día y que precipitan la ocurrencia del evento; sin embargo hasta hace unos 5 años con el nacimiento de la política pública de envejecimiento y vejez se hace una aproximación a la realidad y contexto socio histórico de grupo etaria, pues no solo por el establecimiento de un marco civil y normativo que permite ver aspectos que resultan indispensables en el desarrollo de dicha población, sino además comprender el origen de los factores de riesgo y como inciden en la integridad de hombres y mujeres.

Es allí donde se pueden reconocer las posibles causas que anticipan la recurrencia del evento, las principales son: la desestructuración de los hogares, que trae consigo situaciones asociadas con dificultades de orden emocional en el ámbito familiar, en este caso lo que responde a falta de comunicación, brechas transgeneracionales, cambio de roles, reglas no definidas, inexistencia o mínima repercusión de las redes de apoyo en la vida cotidiana y disminución o desvalorización de la etapa de ciclo vital adulto mayor. Por otra parte se analizan otras condiciones del contexto social en este caso se habla del desplazamiento traducido en situaciones asociadas al conflicto armado el cual sin lugar a dudas genera secuelas en la salud general de la persona, pero cuya consecuencia más evidente es el desarraigo cultural y de orígenes.

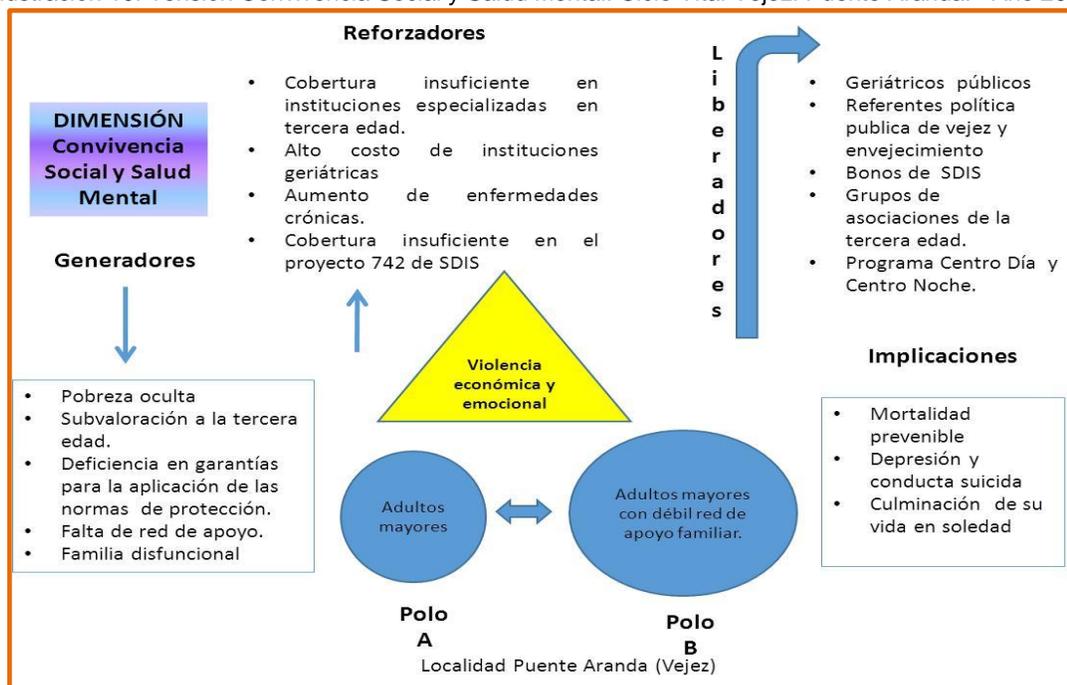
Con respecto al desarrollo económico se evidencia la apropiación indiscriminada de los bienes materiales cuya provisión inicial fue del adulto mayor, por lo tanto los miembros de la familia lo ven como un atributo para el cuidado del mismo o terminan desapropiándolo de forma abrupta de propiedades o dinero recaudado inicialmente de pensiones o de frutos de la labor como independientes; aun así dichos detonantes terminan por considerarse dentro de la naturalización de formas y estilos de vida de dicho grupo; ello en derivación de las transformaciones de tipo cultural y social donde se ven trastocados aspectos relacionados con las condiciones primarias de vida (Vivienda, Alimentación, Vestido, Ocio y Diversión), además de las condiciones secundarias de vida que dificultan el fortalecimiento de la calidad de vida y el curso natural del proyecto de vida.

Dicho evento tiene un impacto social bastante crítico pues su presencia se evidencia a nivel general dentro de la localidad; pero quizá dentro de las UPZ



residenciales con mayor preponderancia, siendo un foco de riesgo que no discrimina sexo ni género, aún así, estadísticamente el reporte siempre se verá excedido por la identificación y notificación de mujeres, esto responde probablemente a la dificultad de hombres para asumir que pueden ser víctimas.

Ilustración 10. Tensión Convivencia Social y Salud Mental. Ciclo Vital Vejez. Puente Aranda. Año 2014



Fuente: Equipo Gestión de Programas y Políticas y Equipo ASIS. Hospital del Sur. Año 2015

3.1.6. Transversales a Todos los Ciclos Vitales

TENSIÓN: Barreras de acceso a los servicios de salud de la población diferencial y de inclusión, especialmente población adulta entre 28 y 59 años, generando aumento de enfermedades crónicas y discapacidad, deterioro de la calidad de vida y congestión en los centros de atención en salud.

DIMENSIÓN: Transversal de gestión diferencial de poblaciones vulnerables.

COMPONENTE: Salud en poblaciones étnicas.

ÁREA DE OBSERVACIÓN: Salud en Poblaciones Étnicas.

Frente a la vulnerabilidad de poblaciones especiales se puede reconocer que es un aspecto cuyo índice se incrementa, pues la falta de reconocimiento y la pertinencia frente a su desarrollo ponen en riesgo mayor la garantía y restitución de sus derechos.



Finalmente, aunque existe la política pública de envejecimiento y vejez bajo el acuerdo 395 del 2010 y la ley 1616 del 2012 no se visibiliza de forma permanente la integración en respuestas sectoriales que permitan trascender de un discurso netamente escrito a propósitos que permitan viabilizar un escenario de oportunidades frente al propósito de territorialización de la misma, pues se evidencian más los vacíos, barreras de acceso de tipo administrativo y la sobre demanda frente a la oferta. Sin embargo, se identifican algunos factores que mitigan la problemática, como los bonos de SDIS, los grupos y asociaciones de personas mayores, el Programa de Centro Día y Centro Noche que buscan atender a la persona mayor más vulnerable.

Las barreras de acceso al servicio de salud para las poblaciones étnicas se han presentado al transcurrir de la historia y la evolución de la humanidad. En tiempos actuales se ha venido mejorando esta situación por las constantes luchas de líderes, lideresas y representantes de la comunidad, ya que luchan un reconocimiento y mejor calidad de vida de la población.

Las barreras de acceso a servicios sociales y de salud se presentan en la comunidad debido a sus constantes traslados de vivienda, generando la desactualización de los sistemas de información de las instituciones; también se presentan las barreras de acceso por la atención inadecuada, deshumanizada y no diferencial a la población étnica al no respetar los usos y costumbres en el momento de la atención asistencial. No se logra tener una cobertura adecuada por la falta de conciencia en el personal que aborda la población étnica ya que cometen errores al identificar a la población mediante el fenotipo y no en el autorreconocimiento de la comunidad.

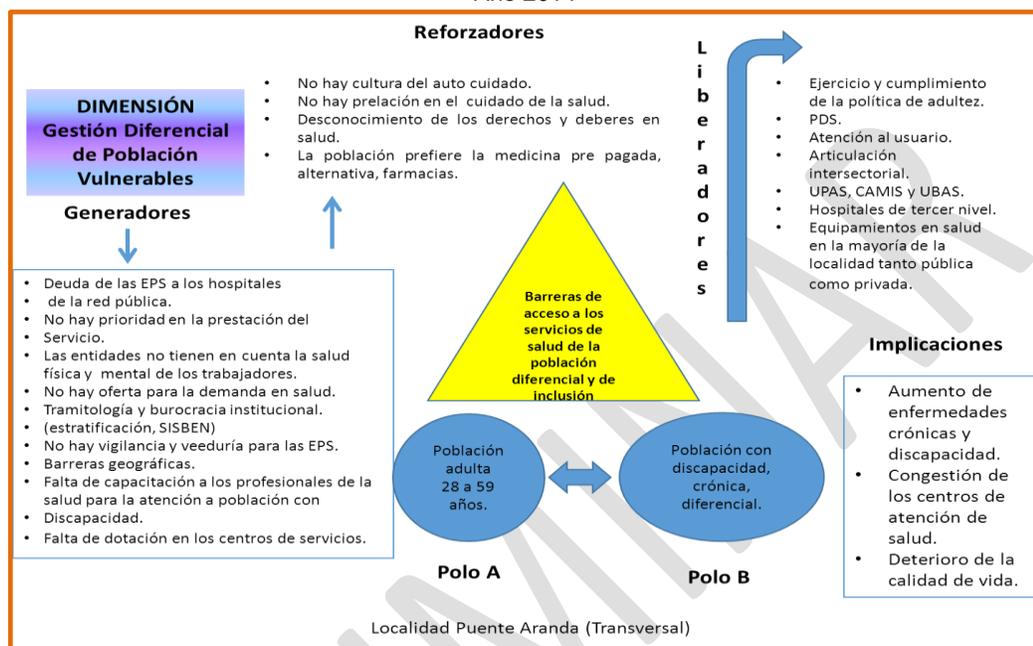
Otros factores asociados a las barreras de acceso se relacionan con las de tipo administrativo como las deudas de las EPS a los hospitales impidiendo la oportuna atención, Tramitología y burocracia institucional y falta de dotación en los centros de salud. Se suman algunos factores geográficos y socioeconómicos y factores personales como la falta de cultura del autocuidado, el desconocimiento de los derechos y deberes en salud y la automedicación.

Estos factores generan implicaciones en la salud de las poblaciones diferenciales y de inclusión, especialmente aumento de enfermedades crónicas y discapacidad, deteriorando la calidad de vida de las personas y aumentando la congestión en los centros de atención de salud. Sin embargo, existen factores que mitigan la



problemática como la atención en los Puntos por el Derecho a la Salud, oficina de Atención al Usuario y la articulación intersectorial.

Ilustración 11. Tensión Gestión Diferencial de Población Vulnerables. Transversal. Puente Aranda. Año 2014



Fuente: Equipo Gestión de Programas y Políticas y Equipo ASIS. Hospital del Sur. Año 2015

TENSIÓN: Eventos transmisibles de origen zoonótico que afecta a toda la población, generando aumento de enfermedades transmitidas por animales de compañía y enfrentamientos entre vecino por inadecuado manejo de animales.

DIMENSIÓN: Ambiental

COMPONENTE: Situaciones de salud relacionadas con condiciones ambientales

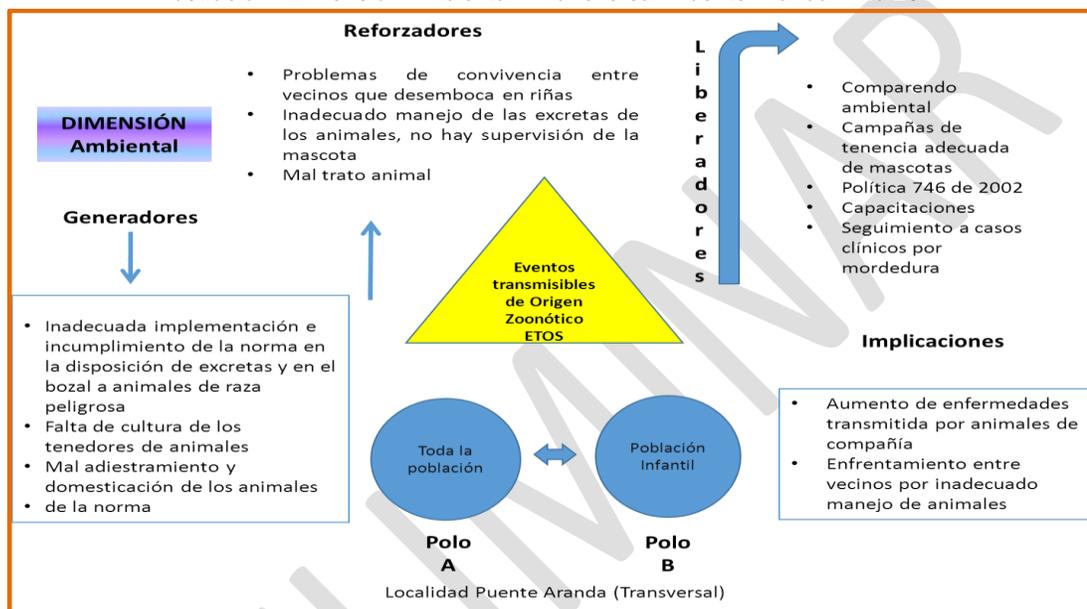
ÁREA DE OBSERVACIÓN: Identificación y prevención de nuevas amenazas para la salud relacionadas con el ambiente

El evento que se identifica son las enfermedades transmisibles de origen zoonótico ETOS, que afectan a toda la población especialmente a niños y niñas. Los factores generadores se relacionan con el incumplimiento de la norma en la disposición de excretas y en el uso de bozal de animales de raza peligrosa, sumado a la inadecuada implementación de la misma; además de la falta de cultura de los tenedores de animales, el mal adiestramiento y domesticación de los mismos. Estos factores se relacionan con factores sociales como los problemas de convivencia entre vecinos que desemboca en riñas, factores culturales como el inadecuado manejo de excretas, mal trato animal y no supervisión de la mascota.



Entre las principales consecuencias de este evento se encuentra el aumento de enfermedades transmitidas por animales de compañía y enfrentamiento entre vecinos por malas prácticas de manejo de excretas. Entre las medidas que se han implementado para mitigar la problemática, se encuentra el comparendo ambiental, campañas de tenencia adecuada de mascotas, capacitaciones, seguimiento a casos clínicos por mordedura y la política 746 de 2002.

Ilustración 12. Tensión Ambiental. Transversal. Puente Aranda. Año 2014



Fuente: Equipo Gestión de Programas y Políticas y Equipo ASIS. Hospital del Sur. Año 2015

TENSIÓN: Contaminación por inadecuada disposición de residuos sólidos que genera proliferación de vectores y roedores, aumento de Era y EDA, malos olores, deterioro de los entornos comunitarios y públicos, además del riesgo de contraer enfermedades transmitidas por roedores y vectores.

DIMENSIÓN: Ambiental.

COMPONENTE: Situaciones de salud relacionadas con condiciones ambientales

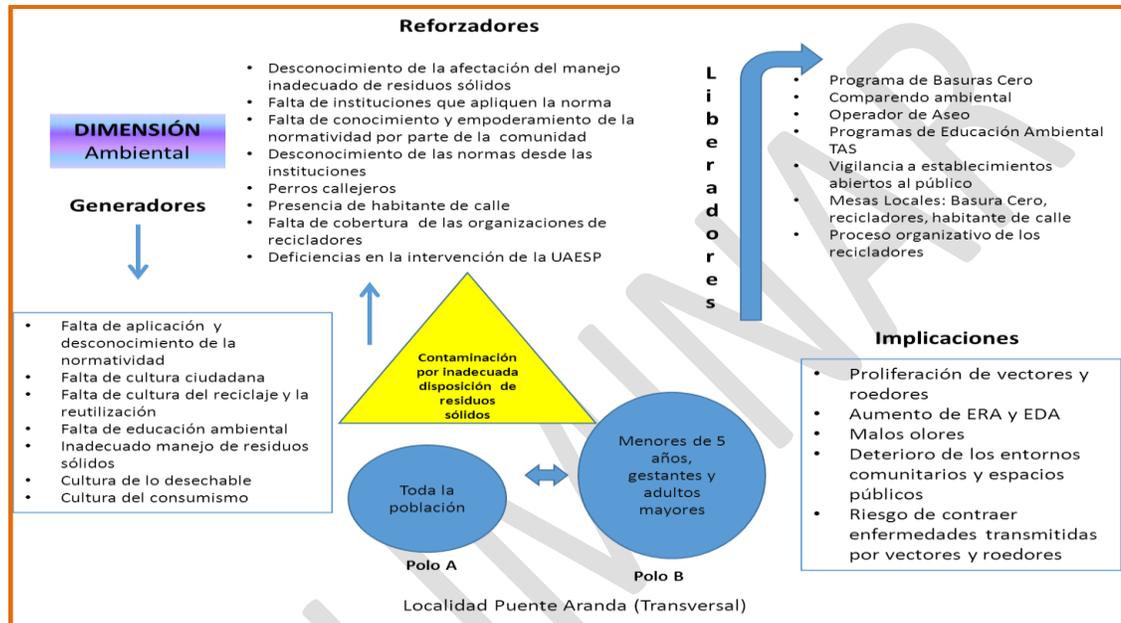
ÁREA DE OBSERVACIÓN: Identificación y prevención de nuevas amenazas para la salud relacionadas con el ambiente.

El evento identificado se refiere a la contaminación por mal manejo de residuos sólidos que afecta a toda la población principalmente a menores de 5 años, gestantes y adultos mayores. Entre las causas del evento se encuentran la falta de aplicación y desconocimiento de la normatividad, presencia de perros callejeros, falta de cultura ciudadana, de educación ambiental, de cultura del reciclaje,



manifestaciones de la cultura consumista y de lo desechable. Entre los factores que se relacionan con éstas causas se encuentra el desconocimiento de la afectación del manejo inadecuado de residuos sólidos, falta de instituciones que apliquen la norma, falta de conocimiento y empoderamiento de la norma por parte de la comunidad e instituciones.

Ilustración 13. Tensión Ambiental. Transversal. Puente Aranda. Año 2014



Fuente: Equipo Gestión de Programas y Políticas y Equipo ASIS. Hospital del Sur. Año 2015

Factores institucionales como falta de cobertura de organizaciones recicladoras, deficiencia en la intervención de la UAESP. Esto se suma a situaciones sociales como presencia de habitantes de calle. Las consecuencias del evento se evidencian en la proliferación de vectores y roedores, que pueden conllevar a contraer enfermedades, ERA, EDA, malos olores, deterioro de los entornos comunitarios y espacios públicos. Entre las medidas que se han implementado para mitigar la problemática están el Programa Basura Cero, comparendo ambiental, programas de educación ambiental TAS, vigilancia a establecimientos abiertos al público, proceso organizativo de los recicladores, mesas locales de participación como Basura Cero, recicladores y habitante de calle.

TENSIÓN: Contaminación atmosférica que genera aumento de ERA, intoxicación por químicos, enfermedades de ojos y piel, enfermedades transmitidas por roedores y vectores, riesgos de tipo natural como nevadas e inundaciones, calentamiento global y adelgazamiento de la capa de ozono.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital del Sur

DIMENSIÓN: Ambiental.

COMPONENTE: Situaciones de salud relacionadas con condiciones ambientales.

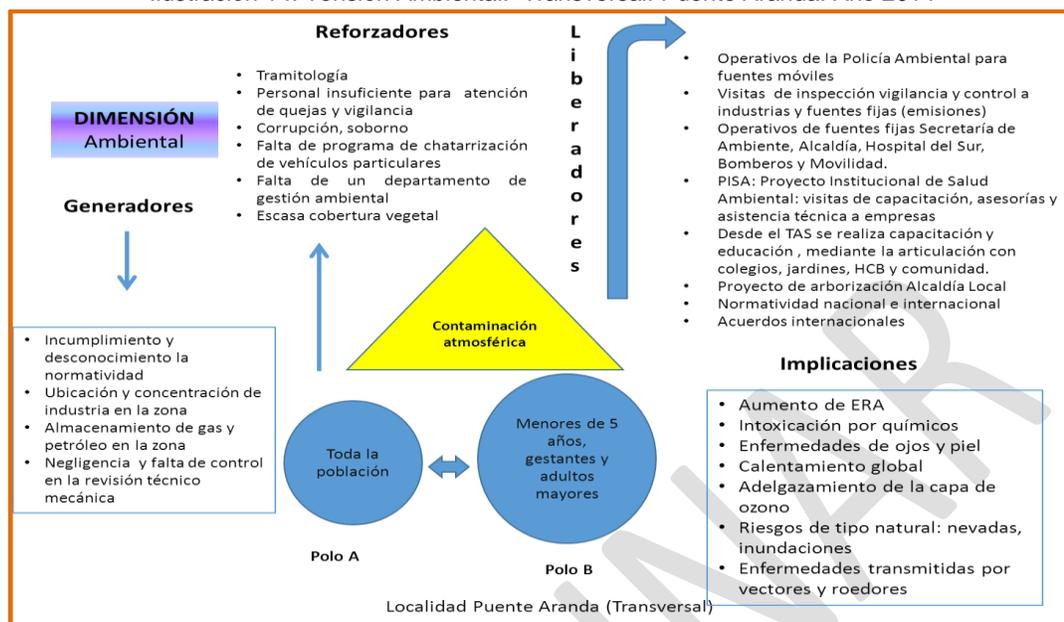
ÁREA DE OBSERVACIÓN: Identificación y prevención de nuevas amenazas para la salud relacionadas con el ambiente.

El evento identificado es la contaminación atmosférica que afecta a toda la población en especial menores de 5 años, gestantes y adultos mayores. Entre las causas generadoras del evento se encuentra el incumplimiento y desconocimiento de la normatividad, la ubicación y concentración de la industria en la localidad, almacenamiento de gas y petróleo, negligencia y falta de control en la revisión tecnomecánica. Factores relacionados con el problema se encuentra la escasa cobertura vegetal, la insuficiencia de personal para atención de quejas y vigilancia, además de la tramitología, para informar sobre empresas contaminadoras; También se relacionan factores sociopolíticos como corrupción y soborno; factores institucionales como falta de programas de chatarrización de vehículos particulares, falta de un departamento de gestión ambiental.

Como consecuencias se ocasionan intoxicaciones por químicos, enfermedades de la piel, cáncer de piel, ERA, cataratas, calentamiento global, adelgazamiento de la capa de ozono, riesgos de tipo natural como nevadas e inundaciones. Entre las medidas que se han implementado para mitigar la problemática, se encuentran los operativos de la Policía Ambiental para fuentes móviles, visitas de inspección, vigilancia y control a industrias, operativos de fuentes fijas desde la Secretaría de ambiente, Alcaldía, Bomberos, Movilidad y Hospital del Sur. Proyecto PISA: Proyecto Institucional de Salud Ambiental que realiza visitas de capacitación, asesorías y asistencia técnica a empresas. Programa Territorios Saludables que brinda capacitación y educación ambiental desde TAS, articulación con colegios, jardines, HCB y comunidad; Proyecto de arborización de la Alcaldía Local, todas las acciones respaldadas por la normatividad nacional e internacional.



Ilustración 14. Tensión Ambiental. Transversal. Puente Aranda. Año 2014



Fuente: Equipo Gestión de Programas y Políticas y Equipo ASIS. Hospital del Sur. Año 2015

3.2. RESUMEN VALORACIÓN DE TENSIONES

A partir de la información, conocimientos y articulación de los Equipos de Gestión de Políticas y Programas, ASIS y Gestión de la Salud Ambiental, a través de la matriz de valoración de tensiones, se realiza la calificación de las tensiones identificadas en cada ciclo vital.

A continuación, se presenta el promedio de las tensiones identificadas y consolidadas en cada dimensión prioritaria para la vida. Como se puede observar, las tensiones que generan alertas son las correspondientes a los ciclos vitales: Juventud (falta de oportunidad laboral), Adulthood (falta de participación social y comunitaria), Vejez (violencia económica y emocional) y en la Transversalidad de Población Diferencial (Barreras de acceso al servicio de salud).

Estas alertas corresponden a las dimensiones de salud y ámbito laboral, convivencia social y salud mental y gestión diferencial de poblaciones vulnerables.



TENSIÓN	PROMEDIO
Tensión 1 Ciclo Vital Infancia	2,88
Tensión 2 Ciclo Vital Infancia	2,88
Tensión 1 Ciclo Vital Adolescencia	3,00
Tensión 2 Ciclo Vital Adolescencia	2,88
Tensión 1 Ciclo Vital Juventud	6,00
Tensión 2 Ciclo Vital Juventud	3,00
Tensión 1 Ciclo Vital Adultez	2,50
Tensión 2 Ciclo Vital Adultez	6,00
Tensión 1 Ciclo Vital Vejez	3,00
Tensión 2 Ciclo Vital Vejez	5,75
Tensión 1 Población Diferencial	5,75
Tensión 1. Ambiente	2,63
Tensión 2. Ambiente	2,63
Tensión 3. Ambiente	2,75

Convenciones		
	>2	Prioridad Baja
	2 a 4	Prioridad Media
	4 a 6	Prioridad Alta

3.2.1. Consolidado de dimensiones, factores generadores y determinantes sociales de la salud

Para entender los procesos de salud y enfermedad de la población de la localidad de Puente Aranda, se presenta una síntesis del análisis de los factores generadores en cada dimensión del PDSP desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud.

Tabla 30. Factores Generadores y Determinantes Sociales de la Salud. Seguridad Alimentaria y Nutricional. Puente Aranda. Año 2014

DIMENSIÓN	CICLO VITAL	FACTORES GENERADORES	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD
Seguridad Alimentaria y Nutricional	Infancia	Creencias culturales	Estructural
		Deficiencia en protección para enfermedades en la primera infancia	Estructural
		Informalidad laboral	Estructural
		Embarazos a temprana edad y/o no deseados	Estructural y proximal
		Falta de espacios adecuados para la práctica de la lactancia materna	Intermedio
		Actores estimulantes en código de sucedáneos	Intermedio
		Redes de apoyo deficientes en el inicio de la lactancia materna	Intermedio
		Falta de concientización sobre la importancia de la lactancia materna	Proximal

Fuente: Equipo Gestión de Programas y Políticas y Equipo ASIS. Hospital del Sur. Año 2015



Los factores políticos, económicos y culturales determinan estructuralmente la disminución de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad. La dinámica socioeconómica actual, en la cual las mujeres se incluyen en las prácticas laborales buscando independencia económica, influye en el tiempo de lactancia materna que ofrecen a sus hijos, principalmente porque las políticas del Ministerio de Trabajo y el SGSSS no favorecen una licencia de maternidad superior a las 14 semanas posterior al parto, según la Ley 1468 de junio 30 de 2011; por su parte las madres que no se encuentran vinculadas a un empleo formal presentan mayores inconvenientes para lactar a sus hijos durante los 6 primeros meses de edad del menor.

La falta de planeación de los embarazos, también se considera un factor cultural y por lo tanto estructural que en algunos casos obstaculiza la lactancia materna exclusiva, debido a la debilidad en los lazos afectivos entre la madre y el hijo. Entre los determinantes intermedios identificados, la falta de redes de apoyo familiar y/o social son factores que reducen la posibilidad de que la madre lacte a su hijo, el factor emocional y económico permiten incentivar la lactancia materna. Otro determinante intermedio es el incumplimiento del Código de Sucedáneos ya que la información ofrecida sobre alimentos artificiales infantiles no explica los beneficios de la leche materna, los costos y peligros asociados a la alimentación artificial; tampoco se cumple la prohibición de publicidad y entrega de muestras y regalos a los agentes de salud, menos aún en los centros de salud.

Para complementar el análisis en espacio con UPGD de la localidad, se identificaron algunos determinantes estructurales, intermedios y proximales de la salud en el indicador de lactancia materna.³⁴ Entre los estructurales se encuentran el arraigo cultural, tradiciones transmitidas de generación en generación que no permiten la lactancia materna exclusiva y/o la complementaria. Dependiendo de la región de proveniencia o en algunos casos la pertenencia a comunidades étnicas ya sea indígenas, afrodescendientes, gitanas, palenqueras y/o raizales, se tienen diversas concepciones y tabúes frente al tema.

En cuanto a los determinantes intermedios de la salud se considera que la notificación al SISVAN que realizan las diferentes UPGD de la localidad, presenta inconsistencias y fallas en la calidad del dato. Y frente a los determinantes

³⁴ Informe Unidad de Análisis Lactancia Materna, Desnutrición Global y Crónica con Funcionaria de la UPGD Corporación Nuestra IPS CMF Américas. ASIS – Hospital del Sur. Mayo de 2015.



proximales se indica que las madres no han interiorizado la importancia de lactar y aportar una nutrición adecuada a sus hijos, además de las atenciones y cuidados necesarios. Desde las UPGD se manifiesta que se observa “pereza y descuido” de las madres frente al cuidado de sus hijos. Debido a la dinámica moderna y citadina se prefieren las comidas rápidas dejando de lado alimentos de importancia nutricional. También se percibe la lactancia materna como una forma de “esclavitud” frente al hijo, dada la dependencia filial. Cuando se consulta a la madre sobre la alimentación de sus hijos, no se responde exactamente qué consumen, porque asisten a jardines infantiles del ICBF y no saben qué alimentos les proporcionan, lo que evidencia también negligencia frente a la falta de conocimiento sobre la alimentación de sus hijos. Se evidencia un desapego emocional que ocasiona negligencia donde no se visibilizan las necesidades tanto afectivas como fisiológicas de los hijos.

Tabla 31. Factores Generadores y Determinantes Sociales de la Salud. Convivencia Social y Salud Mental. Puente Aranda. Año 2014

DIMENSIÓN	CICLO VITAL	FACTORES GENERADORES	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD
Convivencia Social y Salud Mental	Infancia	Ausencia de progenitores por dinámica económica actual	Estructural
		Pobreza oculta.	Estructural
		Violencia intergeneracional	Estructural
		Embarazos a temprana edad y/o no deseados	Estructural y proximal
		Hogares recompuestos	Intermedio
		Familias disfuncionales	Intermedio
		Familias con varios hijos	Intermedio
		Delegar responsabilidad de padres a terceros	Proximal
		Estrés de los cuidadores	Proximal
	Adolescencia	Microtráfico	Estructural
		Violencia intrafamiliar	Estructural
		Ausencia de figuras de autoridad	Estructural e intermedio
		Familias disfuncionales	Intermedio
		Consumo por modelamiento	Proximal
	Adultez	Presión social	Proximal
		Desempleo	Estructural
		Pobreza oculta	Estructural
		No implementación de la política pública de habitante de calle	Estructural



DIMENSIÓN	CICLO VITAL	FACTORES GENERADORES	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	
Convivencia Social y Salud Mental		Desplazamiento forzado	Estructural	
		Desconfianza en las instituciones	Estructural	
		Consumo de Sustancias Psicoactivas	Estructural y proximal	
		Falta de tiempo para asistir a procesos participativos	Estructural y proximal	
		Familias disfuncionales	Intermedio	
		Falta de educación de política	Intermedio	
		Deserción escolar	Intermedio y proximal	
		Estilos de vida asociados a la habitabilidad de calle	Proximal	
		Desconocimiento de los espacios de participación	Proximal	
		Falta de interés en participar	Proximal	
		Enfermedades mentales no tratadas	Proximal	
		Pobreza oculta	Estructural	
	Vejez		Deficiencia en garantías para la aplicación de las normas de protección	Intermedio
			Falta de red de apoyo.	Intermedio
			Familia disfuncional	Intermedio
		Subvaloración a la tercera edad	Proximal	

Fuente: Equipo Gestión de Programas y Políticas y Equipo ASIS. Hospital del Sur. Año 2015

Como se puede observar, las tensiones identificadas en la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental incluye casi todos los ciclos vitales en temas como negligencia y violencia emocional (infancia), consumo de sustancias psicoactivas (adolescencia), habitabilidad de calle y falta de participación social (adulthood), violencia económica y emocional (vejez).

Entre los determinantes estructurales se identifica como factor común la pobreza oculta en la localidad que se hace visible como fenómeno de las clases medias urbanas por pérdida de poder adquisitivo y de empleo, lo que afecta la calidad de vida de los residentes pertenecientes en su gran mayoría al estrato socioeconómico 3. Esto influye en las relaciones familiares y sociales de los ciudadanos, principalmente se evidencia violencia intrafamiliar, maltrato infantil, inadecuadas pautas de crianza que desencadenan en consumo de SPA y en algunos casos en habitabilidad de calle.



En el ciclo vital infancia, los determinantes estructurales asociados a la negligencia y violencia emocional, es la ausencia de los padres en el proceso de crianza debido a la dinámica laboral y económica actual; hogares en los cuales padre y madre trabajan se ven obligados a delegar responsabilidades como el ejercicio de la autoridad y las pautas de crianza en manos de terceros. Esta falta de acompañamiento genera en los menores la búsqueda de apoyo de amigos y pares que pueden ejercer influencias negativas que se reflejan en el consumo de sustancias psicoactivas y embarazos a temprana edad y/o no deseados.

Además, como determinante proximal se considera que el estrés de los cuidadores, debido a presiones laborales, socioeconómicas e incluso problemas de salud mental, pueden influir en el maltrato infantil, descuido y otras formas de violencia.

En cuanto al ciclo vital adolescencia, el consumo de sustancias psicoactivas se encuentra muy ligado a la problemática analizada anteriormente en el ciclo vital infancia y se evidencia como el reflejo de violencia intrafamiliar que han sufrido los menores. Como se puede observar, el tema de la convivencia social y salud mental agrupa varios factores que generan un círculo vicioso que sumado a determinantes estructurales como el microtráfico de estupefacientes, desencadena en éste flagelo de orden distrital y nacional.

Como determinantes proximales, se identifica que si el adolescente no cuenta con alta autoestima está en riesgo de iniciar el consumo de sustancias psicoactivas por la presión de pares y amigos y/o por pertenecer a un grupo determinado y ser aceptado socialmente, esto corresponde al consumo por modelamiento, el cual si no se cuenta con redes de apoyo familiar y social fuertes, desencadena en el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Por su parte el ciclo vital adultez presenta dos problemáticas relacionadas con la habitabilidad en calle y la falta de participación social. Estos dos flagelos representan dos polos opuestos y extremos, en los cuales el determinante estructural es la dinámica laboral. El desempleo por su parte, conlleva a problemas socioeconómicos, que sumados a la pobreza oculta que se presenta en la localidad, genera problemas de salud mental como la depresión, desencadenando en consumo de sustancias psicoactivas, que si avanza a consumo problemático, genera el riesgo de habitabilidad en calle.

Entre los determinantes intermedios, se considera que la deserción escolar dificulta el acceso a empleos formales con garantías para trabajos dignos con



prestaciones sociales y estabilidad laboral. Esto sumado a la falta de redes de apoyo familiar desata en problema de salud mental como se menciona anteriormente.

Sin embargo, se identifican algunos otros determinantes estructurales relacionados con la dimensión política del desarrollo, como el desplazamiento forzado debido al conflicto armado que sufre el país y la no implementación de la política pública para el ciudadano habitante de calle que genere oportunidades y fortalezas en éste grupo poblacional sin caer en el asistencialismo estatal.

Continuando con el determinante estructural referente a la dinámica laboral, los adultos que pertenecen a la población económicamente activa, no cuentan con el tiempo requerido para asistir y participar en los espacios políticos de la localidad. Esto sumado a la desconfianza en las instituciones por casos de corrupción y clientelismo limita aún más la participación social de éste ciclo vital.

En cuanto a los determinantes intermedios se identifica la falta de educación en política, ciudadanía, democracia y liderazgo, que permita fomentar en desde los primeros ciclos vitales la participación social y comunitaria en los procesos de la localidad. Finalmente, se considera que los determinantes proximales se enfocan en la falta de interés y desconocimiento de los espacios de participación que existen en el territorio, que limitan la intervención de la comunidad.

Tabla 32. Factores Generadores y Determinantes Sociales de la Salud. Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos. Puente Aranda. Año 2014

DIMENSIÓN	CICLO VITAL	FACTORES GENERADORES	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD
Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos	Adolescencia	Falta de recursos para implementación de programas de SSR en los colegios	Estructural
		Barreras de acceso en servicios de salud	Estructural
		Falta de comunicación en la familia	Intermedio
		Métodos de planificación familiar costosos	Intermedio
		Promiscuidad	Proximal

Fuente: Equipo Gestión de Programas y Políticas y Equipo ASIS. Hospital del Sur. Año 2015

Los derechos sexuales permiten a las personas regular y tener control autónomo y responsable sobre todas las cuestiones relativas a la sexualidad, sin ningún tipo de coacción, violencia, discriminación, enfermedad o dolencia, con la posibilidad de separar el ejercicio de la sexualidad del de la reproducción.

Así mismo, también permiten a las personas tomar decisiones libres y sin discriminaciones sobre la posibilidad de procrear o no, de regular la fecundidad y



de disponer de la información y medios para ello. También implica el derecho de tener acceso a servicios de salud reproductiva que garanticen una maternidad segura, la prevención de embarazos no deseados y la prevención y tratamiento de dolencias del aparato reproductor como el cáncer de útero, mamas y próstata.

Los adolescentes de la localidad presentan barreras de acceso tanto a la información como a la atención diferencial en los servicios de salud; la falta de aseguramiento, de adherencia de los adolescentes a los programas de promoción de la salud y los juicios de valor que ejercen los profesionales de la salud frente a la planificación familiar en éste ciclo vital, dificultan la adecuada y oportuna información y atención. Este determinante estructural sumado a la escasez de recursos económicos que permitan implementar programas de Salud Sexual y Reproductiva en las Instituciones Educativas limita el conocimiento y afecta la toma de decisiones de los adolescentes en temas como prevención de embarazos no deseados, maternidad segura y prevención de enfermedades de transmisión sexual y tratamientos médicos relacionados con el aparato reproductor.

Como determinante intermedio, se considera que el acceso a métodos de planificación familiar es limitado por el factor económico, que sumado a la falta de redes de apoyo familiar o sin manejo de una comunicación asertiva, conlleva al adolescente a tener y mantener prácticas sexuales no seguras o sin protección que afectan su futuro, a nivel físico, mental y emocional en los ámbitos personal, familiar y social.

Se considera como factor de riesgo y como determinante proximal, la promiscuidad asociada a la conducta de una persona que cambia con frecuencia de pareja sexual. Sin embargo, se debe tener en cuenta que es un derecho sexual la exploración y disfrute de una vida sexual placentera, sin vergüenza, miedos, temores, prejuicios, inhibiciones, culpas, creencias infundadas y otros factores que impidan la libre expresión de los derechos sexuales y la plenitud del placer sexual, además del derecho a escoger las y los compañeros sexuales. Lo que se debe resaltar en éste factor es la información de los riesgos y la responsabilidad con la cual se debe manejar la sexualidad.



Tabla 33. Factores Generadores y Determinantes Sociales de la Salud. Salud y Ámbito Laboral. Puente Aranda. Año 2014

DIMENSIÓN	CICLO VITAL	FACTORES GENERADORES	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD
Salud y Ámbito Laboral	Juventud	Pobreza oculta	Estructural
		Condiciones laborales precarias	Estructural
		La oferta no cubre la demanda	Estructural
		Carreras profesionales sin campo de acción	Estructural
		Falta de oportunidad laboral	Estructural
		Informalidad laboral	Estructural
		Sobrevaloración en puntajes de criterios socio económicos	Estructural
		Desconfianza en el sistema salud.	Estructural y proximal
		No se percibe la necesidad del servicio de salud	Proximal
		Falta de experiencia laboral	Proximal

Fuente: Equipo Gestión de Programas y Políticas y Equipo ASIS. Hospital del Sur. Año 2015

Las tensiones identificadas en el ciclo vital juventud pertenecen a la dimensión de salud y ámbito laboral; por una parte se encuentra la falta de oportunidad laborales y la no continuidad de los jóvenes en el SGSSS posterior a la mayoría de edad. Entre los determinantes estructurales se encuentra los puntajes de valoración socioeconómica altos que profundizan la situación de pobreza oculta que se vive en la localidad. Además, se suma la falta de oportunidades para acceder a educación superior, informalidad laboral y falta de oferta de empleos estables que garanticen el acceso a los servicios de salud y que satisfaga la demanda laboral de la localidad.

Por otra parte, la deserción escolar dificulta la titulación y obtención de empleo digno y en situaciones donde se logra la graduación, la falta de experiencia profesional y/o laboral limita el acceso a empleos formales; por su parte, desde las instituciones privadas no se ha evidenciado receptividad a la ley 1429 de 2010 que promueve la incorporación de jóvenes menores de 28 años y recién egresados a la dinámica laboral.

Finalmente como determinantes proximales se identifica que los jóvenes no perciben la necesidad de acceder a los servicios médicos debido a las condiciones de vida saludable que ostentan; sin embargo, esto sumado a la desconfianza en el sistema de salud y las barreras de acceso que se presentan en temas como aseguramiento, asignación de citas, entrega de medicamentos y fallas en la



atención humanizada y diferencial para los jóvenes, se abstienen de afiliarse mediante cualquier régimen.

Tabla 34. Factores Generadores y Determinantes Sociales de la Salud. Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles. Puente Aranda. Año 2014

DIMENSIÓN	CICLO VITAL	FACTORES GENERADORES	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD
Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles	Vejez	Sistema General de Seguridad Social en salud. (SGSSS).	Estructural
		Déficit en especialistas en gerontología.	Estructural
		Barreras socio-económicas	Estructural
		Tramitología	Estructural e Intermedio
		Inequidad en el servicio de salud.	Estructural
		Falta de cobertura en tamizajes	Intermedio
		Falta de apoyo de los cuidadores	Intermedio
		Desconocimiento en los servicios en salud para la tercera edad.	Proximal

Fuente: Equipo Gestión de Programas y Políticas y Equipo ASIS. Hospital del Sur. Año 2015

En la Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Trasmisibles, el ciclo vital vejez se encuentra afectado debido a las barreras de acceso al servicio de salud especializado. Se evidencia como determinante estructural el Sistema General de Seguridad Social que presenta dificultades en cuanto a la tramitología que deben realizar los usuarios especialmente con la autorización de servicios, la asignación de citas con médico especialista, donde además de la inoportunidad se presenta déficit de especialistas en gerontología, problemática que es recurrente a nivel nacional.

Además, la persona adulta mayor presenta dificultades en el acceso al servicio de salud debido a que no es atendida como población prioritaria. Sumado a esto presenta problemas socioeconómicos asociados a la pobreza oculta que se vive en la localidad, que les impide acceder a médicos especialistas particulares, medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y transporte.

El tamizaje de enfermedades crónicas permite identificar factores de riesgo cardiovascular, incluye control de la tensión arterial, control de peso, exámenes paraclínicos, el manejo, seguimiento, referencia de pacientes crónicos y capacitación en hábitos de vida saludable. Sin embargo como determinante intermedio se identifica la falta de cobertura en tamizajes para detección temprana y tratamiento oportuno de enfermedades crónicas desde el Programa Territorios



Saludable, que no cuenta con el talento humano ni los recursos para realizar los tamizajes al total de la población adulta. Por su parte las EPS privadas desconocen y por lo tanto no promocionan ni realizan el control médico al adulto, dificultando la prevención y aumentando la demanda de recursos y profesionales hacia la atención y tratamiento de éstas enfermedades.

Finalmente, como determinante proximal se identifica que la persona mayor desconoce los derechos en salud y los servicios que puede recibir de acuerdo a su ciclo vital. Aunque la persona mayor que recibe tratamiento por enfermedad crónica presenta alta adherencia a los controles médicos, quienes no lo reciben y/o no pueden acceder como resultado de las barreras de acceso al servicio, prolongan el diagnóstico y tratamiento oportuno, reduciendo su calidad de vida y generando mayores costos al sistema de salud.

Tabla 35. Factores Generadores y Determinantes Sociales de la Salud. Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables. Puente Aranda. Año 2014

DIMENSIÓN	CICLO VITAL	FACTORES GENERADORES	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD
Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables	Transversal	Deuda de las EPS a los hospitales de la red pública.	Estructural
		Barreras geográficas.	Estructural
		No hay oferta para la demanda en salud.	Estructural
		Falta de dotación en los centros de servicios.	Estructural
		Tramitología y burocracia institucional. (estratificación, SISBEN)	Estructural e intermedio
		No hay vigilancia y veeduría para las EPS.	Intermedio
		Falta de capacitación a los profesionales de la salud para la atención a población con Discapacidad.	Intermedio
		Las entidades no tienen en cuenta la salud física y mental de los trabajadores	Intermedio
No hay prioridad en la prestación del servicio	Intermedio		

Fuente: Equipo Gestión de Programas y Políticas y Equipo ASIS. Hospital del Sur. Año 2015

En las poblaciones diferenciales, principalmente las comunidades étnicas indígenas, gitanas y afrodescendientes y población con discapacidad residentes en la localidad, se presentan barreras de acceso al servicio de salud. Entre los determinantes estructurales se considera que la deuda de las EPS a los hospitales



de la red pública, la falta de dotación en los centros de servicio, las barreras geográficas para acceder al servicio obstaculizan la atención adecuada y oportuna a ésta población.

Como determinante intermedio se considera que existen dificultades para acceder a una atención diferencial e integral, donde se tenga en cuenta la cosmogonía y cosmovisión de las diferentes culturas. También las personas con discapacidad física y cognitiva se ven afectadas debido a que los profesionales de la salud no cuentan con la capacitación necesaria para su atención.

Tabla 36. Factores Generadores y Determinantes Sociales de la Salud. Ambiental.
Puente Aranda. Año 2014

DIMENSIÓN	CICLO VITAL	FACTORES GENERADORES	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD
Ambiental	Transversal	Falta de cultura ciudadana	Estructural
		Falta de cultura de los tenedores de animales	Estructural
		Falta de cultura del reciclaje y la reutilización	Estructural
		Ubicación y concentración de la industria en la zona	Estructural
		Cultura de lo desechable	Estructural
		Almacenamiento de gas y petróleo en la zona	Estructural
		Cultura del consumismo	Estructural
		Falta de educación ambiental	Intermedio
		Negligencia y falta de control en la revisión técnico mecánica	Intermedio
		Falta de aplicación y desconocimiento de la normatividad sobre tenencia de animales	Intermedio y proximal
		Incumplimiento y desconocimiento la normatividad sobre contaminación atmosférica	Intermedio y proximal
		Incumplimiento de la norma en la disposición de excretas y en el bozal a animales de raza peligrosa	Proximal
		Mal adiestramiento y domesticación de los animales	Proximal
Inadecuado manejo de residuos sólidos	Proximal		

Fuente: Equipo Gestión de Programas y Políticas y Equipo ASIS. Hospital del Sur. Año 2015

En la dimensión ambiental, transversal a todos los ciclos vitales, se identifican tensiones relacionadas con eventos transmisibles de origen zoonótico, contaminación por residuos sólidos y contaminación atmosférica. Entre los determinantes estructurales se considera el fomento de la producción industrial y debido a que la localidad presenta una dinámica industrial y de almacenamiento



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital del Sur

de gas y petróleo, se aumenta los índices de contaminación atmosférica y de residuos sólidos a nivel local y en zonas aledañas.

Algunas de las fábricas e industrias que funcionan en la localidad desconocen e incumplen la normatividad relacionada con la contaminación atmosférica, por lo cual es importante el papel de la vigilancia sanitaria y ambiental que realiza el Hospital del Sur. Sin embargo, el desconocimiento e incumplimiento de la norma se presenta además en el tema de disposición de excretas y uso del bozal en animales de raza peligrosa, lo que ocasiona riesgo de transmisión de enfermedades de origen zoonótico.

Entre los determinantes estructurales se identifica también el factor cultural asociado a la dinámica de la sociedad moderna, en la cual se ha masificado la cultura de lo desechable, del consumismo y la falta de cultura ciudadana. Este consumo y desecho a gran escala de bienes no esenciales en la sociedad contemporánea compromete seriamente los recursos naturales y una economía sostenible. Por su parte la falta de cultura ciudadana, la no reutilización y reciclaje, la inadecuada disposición de residuos sólidos deterioran y amenazan el equilibrio ecológico.

Como determinantes intermedios, se considera que la falta de educación ambiental en todas las instituciones educativas, la falta de vigilancia y control en la revisión técnico mecánica y el incumplimiento de las normas ambientales contribuyen al aumento de la problemática. Se evidencia negligencia y poca proactividad de las instituciones educativas, de salud y ambientales en la realización de sus funciones.



4. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Introducción y Panorámica. In Salud OMS. La atención primaria en salud. Mas necesaria que nunca. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2008. p. 5-16.
2. Paramino L. La socialdemocracia Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica Argentina; 2010.
3. Organización Mundial de la Salud. A conceptual framework for action on the social determinants of health. commissions on social determinants of health.; 2007.
4. De Negri A, Achury NJM. El reto de la salud pública hoy. In Perez ASM, editor. Reflexiones en salud pública. Bogotá.: Universidad del Rosario; 2009. p. 36-79.
5. Secretaría Distrital de Salud. WikiPIC. [en línea].; 2013 [citado el 2013 abril 12. Disponible en: <http://saludpublicabogota.org/wiki/images/0/04/Lin2013-004.pdf>.
6. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Scribd.com. [en línea].; 2012 [citado el 7 de noviembre 2012. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/32294681/ENFOQUE-DIFERENCIAL>.
7. Navarrete ML, Lorenzo IV, Camacho. EJ. Los sistemas de salud. In Pérez Mogollon AS, editor. Reflexiones en salud pública. Bogotá: Universidad del Rosario; 2009. p. 100-133.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La Salud en Colombia la Construyes Tú. Bogotá : Ministerio de Salud y Protección Social, Cundinamarca; 2013.
9. Subsecretaría de Salud Pública. Lineamiento Técnico. Anexo 4 Diagnóstico Local 2014. Bogotá : Secretaría Distrital de Salud, Cundinamarca; 2015.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Lineamiento Conceptual. Bogotá:, Cundinamarca ; 2014.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Lineamiento Técnico Metodológico Operativo.. Bogotá:, Cundinamarca; 2014.
12. Asociación de Proyectos Comunitarios. Asociación de Proyectos Comunitarios. Modulo 1. Liderazgo, Participación Comunitaria y Ciudadana. [en línea].; 2012 [citado el 25 de octubre 2012. Disponible en: http://www.asoproyectos.org/doc/Modulo_1_Liderazgo.pdf.
13. Secretaría Distrital de Salud - Grupo Guillermo Fergusson. Construcción colectiva de respuestas integrales a las necesidades y la Gestión Social Bogotá.: Secretaría Distrital de Salud - Grupo Guillermo Fergusson.
14. Genís IT. Psicologías del Ciclo Vital. Barcelona: Universidad Ramón Llull, Barcelona; 2012.
15. Secretaría Distrital de Salud. WikiPIC. [en línea].; 2012 [citado el 25 Octubre de 2012. Disponible en: http://saludpublicabogota.org/wiki/index.php?title=Plan_de_Intervenciones_Colectivas.
16. Perez Mogollon AS. Análisis de políticas públicas en salud. In Perez ASM, editor. Reflexiones en salud pública. Bogotá: Universidad del Rosario; 2009. p. 80-98.
17. Breilh , Jaime. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Revista de Salud Colectiva. 2010 Ene-Abr; 6(1).
18. Martinez PH, Haro JA..docstoc. [en línea].; 2007 [citado el 27 de abril 2013.Disponible en: <http://www.docstoc.com/docs/14190173/Epidemiologia-sociocultural-y-antropologia-medica>.
19. Organización Mundial de la Salud. Diseños de investigación cualitativa. In Metodología de la Investigación. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
20. Secretaría Distrital de Planeación. Monografía localidad 16 Puente Aranda. Bogotá.; 2011.
21. Localidad 16 Puente Aranda. Galería Red Tejiendo Cultura Bogotá. [en línea].; 2007 [citado el 27 de abril de 2013. Disponible en: <http://galeria.tejiendocultura.com/docs/serie02/2007-16%20Diag%20Loc%20Puente%20Aranda.pdf>.



22. Secretaría Distrital de Salud. Indicadores Básicos de Salud en Bogotá D.C. 2011-2013. Bogotá: Subsecretaría de Salud Pública, Cundinamarca; 2015.
23. Secretaria de Planeación. Bogotá Ciudad de Estadísticas. Boletín No 42 método integrado de pobreza. Bogotá; 2011.
24. Secretaria de Habitat. Encuesta Multipropósito Bogotá. Bogotá; 2011.
25. Secretaria Distrital de Planeación. 21 Monografías de las Localidades. Bogotá: Secretaria Distrital de Planeación, Bogotá; 2011.
26. Localidad Teusaquillo. teusaquillo.gov.co. [en línea]; 2011 [citado 2013 abril 27. Disponible en: <http://www.teusaquillo.gov.co/index.php/mi-localidad-por-temas/poblacion-vulnerable>.
27. Banco de la República. banrep.org. [en línea]; 2012 [citado 2015 Julio 3. Disponible en: http://www.banrep.org/documentos/publicaciones/report_estab_finan/2012/iepref_sep_7_2012.pdf.
28. DANE. Cartilla de Conceptos Básicos e Indicadores Demográficos. Bogotá D.C.; 2007.
29. Secretaría de Educación Distrital. Educación Bogotá. [en línea]; 2013 [citado 2015 Julio 8. Disponible en http://www.educacionbogota.edu.co/archivos/SECTOR_EDUCATIVO/ESTADISTICAS_EDUCATIVAS/2014/Loc16_PuenteAranda_2013.pdf.
30. Dirección Local de Educación Puente Aranda. Caracterización Sector Educativo. Bogotá: Dirección Local de Educación Puente Aranda; 2012.
31. Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación. Características de la Población identificada para el Proyecto Plaza de la Hoja. 2014..
32. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [en línea]; 2014 [citado 2015 Agosto 20. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
33. Secretaria de Salud. Salud Capital. [en línea]. [citado 2015 Agosto 23. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/Mortalidad%20Perinatal.pdf>.
34. Equipo ASIS. Hospital del Sur. Unidad de Análisis con Equipo Territorial Localidad de Puente Aranda.. Bogotá; 18 de Julio de 2014.
35. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [en línea]; 2014 [citado 2015 Agosto 24. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>.
36. Juliao J, Archila M, Gaitán H. La mortalidad de los prematuros en la unidad de cuidado intensivo neonatal de la Clínica Reina Sofía de Bogotá Colombia 2001 - 2006. Rev. Médica Sanitas. 2010 Enero; 13(1).
37. Ministerio de Salud. Resolución Número 5261 de 1994. Bogotá.; Colombia; 1994.
38. Hospital del Sur. Boletín Epidemiológico Mensual de la Línea Aire, Ruido y Radiación Electromagnética. Bogotá: Hospital Sur Salud Pública, Cundinamarca; 2014.
39. Secretaría de Salud. Observatorio de Salud Ambiental de Bogotá. [en línea]. [citado 2015 Noviembre 17. Disponible en: <http://biblioteca.saludcapital.gov.co/ambiental/index.shtml?s=l&id=37&v=1>.
40. Hospital del Sur ESE. Tiempo libre en adolescentes. ; 2012.
41. Equipo ASIS. Hospital del Sur. Unidad de Análisis con Madres y Gestantes Fami Mis Picardías.. Bogotá; 20 de octubre de 2014.
42. Equipo ASIS. Hospital del Sur. Unidad de Analisis. Equipo territorial Puente Aranda. , Bogotá; 13 de Junio de 2014.
43. Organización Mundial de la Salud. OMS. Programas y Proyectos. [en línea]. [citado 203 Febrero. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/index.html.
44. Equipo ASIS. Hospital de Sur. Unidad de Análisis con madres y gestantes Fami Looney Toones.. Bogotá; 18 de septiembre de 2014.



45. Equipo ASIS. Hospital del Sur.. Unidad de Análisis Colegio La Merced. Localidad de Puente Aranda... Bogotá ;; Mayo 9 de 2014.
46. Pascual LV, Toirac Lamarque A. Patrón de riesgo en la adolescente primípara: Un problema latente. MEDISAN. 2011 Diciembre; 15(12).
47. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento técnico, metodológico y operativo de la adaptación del modelo BIT PASE y de la Estrategia PASE al desarrollo a las condiciones del Plan Decenal de Salud Pública Bogotá D.C; 2014.
48. Equipo ASIS. Hospital del Sur. Unidad de Análisis con COPACO. Localidad Puente Aranda.. Bogotá;; 5 de septiembre de 2014.
49. Hospital del Sur. Boletín Poblaciones Diversas Localidad de Puente Aranda. Bogotá: Hospital del Sur; 2015.
50. Periódico Nueva Castilla. Hacia la construcción de diálogo social en la Localidad de Kennedy. Bogotá; 2015.
51. Secretaría Distrital de Salud. Subprograma Poblaciones Programa Territorios Saludables, Salud para el para el buen vivir. Diferenciales y de Inclusión Víctimas de Conflicto Armado. 2015..

PRELIMINAR