

DIAGNÓSTICO LOCAL CON PARTICIPACIÓN SOCIAL 2014



LOCALIDAD 6
TUNJUELITO

HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL
E.S.E.

1

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
MARCO CONCEPTUAL	7
METODOLOGÍA	9
Fuentes Primarias	10
Fuentes Secundarias	11
CAPÍTULO 1 RELACIÓN POBLACIÓN, TERRITORIO, AMBIENTE Y SOCIEDAD	12
1.1. Salud y Territorio	12
1.1.1. Contexto Territorial de la Localidad Sexta Tunjuelito	12
1.2. Salud y Población	17
1.2.1. Contexto Demográfico de la Localidad Sexta Tunjuelito	17
1.2.2. Contexto Socioeconómico Localidad VI Tunjuelito	27
1.2.3. Priorización de UPZ Críticas	33
CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS.....	38
2.1. Perfil Salud Enfermedad.....	38
2.1.1. Mortalidad.....	38
2.1.3. Morbilidad	51
2.1.4. Eventos de Alto Costo.....	57
2.1.5. Eventos precursores	58
2.1.6. Discapacidad.....	58
2.2. Dimensiones Prioritarias del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021	61
2.2.1. Dimensión Salud Ambiental	62
2.2.2. Dimensión Vida Saludable libre de Enfermedades Transmisibles	72
2.2.3. Dimensión Convivencia Social y Salud Mental	76
2.2.4. Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional	86
2.2.5. Dimensión Derechos Sexuales y Sexualidad	89
2.2.6. Dimensión Vida Saludable y condiciones no transmisibles	92
2.2.7. Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres	96
2.2.8. Dimensión Salud y Ámbito Laboral	97
CAPÍTULO 3. IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA LOCALIDAD SEXTA TUNJUELITO	101
3.1. Dimensión Salud Ambiental.....	101
3.2. Convivencia Social Y Salud Mental.....	103
3.3. Seguridad Alimentaria Y Nutricional.....	105
3.4. Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales Y Reproductivos	106
3.5. Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	109
3.6. Dimensión Salud Pública En Emergencias Y Desastres	112
3.7. Dimensión Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles	113

3.8. Dimensión Salud Y Ámbito Laboral	117
3.9. Generadores y Determinantes Sociales en Salud	118

TABLA DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1. PIRÁMIDE POBLACIONAL LOCALIDAD TUNJUELITO. 2014	19
GRÁFICA 2 ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR SEXO LOCALIDAD TUNJUELITO. 2010-2015.....	27
GRÁFICA 3. INDICADORES DEL MERCADO LABORAL. LOCALIDAD TUNJUELITO. 2011	33
GRÁFICA 4 INDICADORES DE POBREZA. LOCALIDAD TUNJUELITO. 2014	32
GRÁFICA 5 MORTALIDAD GENERAL POR SEXO. LOCALIDAD TUNJUELITO. 2011 - 2012.....	38
GRÁFICA 6 TASA BRUTA DE MORTALIDAD. LOCALIDAD TUNJUELITO, COMPARADA CON BOGOTÁ. 2000- 2011.....	39
GRÁFICA7 MORTALIDAD GENERAL POR GRUPO DE EDAD. LOCALIDAD TUNJUELITO. 2011 - 2012.....	40
GRÁFICA8 MORTALIDAD POR TUMOR MALIGNO DE PRÓSTATA. LOCALIDAD TUNJUELITO - BOGOTÁ. 2008 - 2012.....	41
GRÁFICA9 MORTALIDAD POR TUMOR MALIGNO DE MAMA. LOCALIDAD TUNJUELITO - BOGOTÁ. 2008 - 2012	42
GRÁFICA10 MORTALIDAD POR TUMOR MALIGNO DE CUELLO DE ÚTERO. LOCALIDAD TUNJUELITO - BOGOTÁ. 2008 - 2012	42
GRÁFICA11 MORTALIDAD POR TUMOR MALIGNO DE ESTÓMAGO. LOCALIDAD TUNJUELITO - BOGOTÁ. 2008 - 2012.....	43
GRÁFICA12 TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS LOCALIDAD TUNJUELITO COMPARADA CON BOGOTÁ. 2008 A 2012	43
GRÁFICA13 TENDENCIA MORTALIDAD PERINATAL. LOCALIDAD TUNJUELITO COMPARADA CON BOGOTÁ. 2005-2014	44
GRÁFICA14 TENDENCIA MORTALIDAD INFANTIL. LOCALIDAD TUNJUELITO COMPARADA CON BOGOTÁ. 2005- 2014.....	46
GRÁFICA15 TENDENCIA MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS. LOCALIDAD TUNJUELITO COMPARADA CON BOGOTÁ. 2005-2014	48
GRÁFICA16 TENDENCIA MORTALIDAD POR NEUMONÍA EN MENORES DE 5 AÑOS. LOCALIDAD TUNJUELITO COMPARADA CON BOGOTÁ. 1999-2014	49
GRÁFICA17 MORTALIDAD POR MALFORMACIONES EN MENORES DE CINCO AÑOS.....	50
GRÁFICA18 PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD POR PROGRAMA DE ASISTENCIA SOCIAL. LOCALIDAD TUNJUELITO. 2014.....	60
GRÁFICA19 MORTALIDAD TUBERCULOSIS LOCALIDAD TUNJUELITO COMPARADA CON BOGOTÁ. 2008 A 2012.....	76
GRÁFICA20 TASA DE MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO LOCALIDAD TUNJUELITO COMPARADA CON BOGOTÁ. 2008 A 2012	84
GRÁFICA21 TASA DE HOMICIDIO LOCALIDAD TUNJUELITO COMPARADA CON BOGOTÁ. 2008 A 2012	85
GRÁFICA22 TASA DE SUICIDIO LOCALIDAD TUNJUELITO COMPARADA CON BOGOTÁ. 2008 A 2012.....	86
GRÁFICA23 TENDENCIA MORTALIDAD MATERNA. LOCALIDAD TUNJUELITO COMPARADA CON BOGOTÁ. 2005-2014	90
GRÁFICA24 MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS. LOCALIDAD TUNJUELITO - BOGOTÁ. 2008 - 2012	94

TABLA DE TABLAS

TABLA 1 ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN. LOCALIDAD SEXTA TUNJUELITO, 2014	20
--	----

TABLA 2 POBLACIÓN POR ETAPA DE CICLO VITAL SEGÚN SEXO. LOCALIDAD TUNJUELITO. 2014	20
TABLA 3 DENSIDAD POBLACIONAL SEGÚN UPZ, LOCALIDAD SEXTA TUNJUELITO, 2014	21
TABLA 4 INDICADORES DEMOGRÁFICOS, LOCALIDAD SEXTA TUNJUELITO, 2005-2013- 2015.....	25
TABLA 5 TENDENCIA INDICADORES DEMOGRÁFICOS LOCALIDAD TUNJUELITO 2010 A 2014	26
TABLA 6 DISTRIBUCIÓN DE ESTRATO SOCIO-ECONÓMICO DE LA POBLACIÓN, VIVIENDAS Y HOGARES, POR UPZ. LOCALIDAD SEXTA DE TUNJUELITO AÑO 2011	28
TABLA 7 ASEGURAMIENTO, POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. LOCALIDAD SEXTA DE TUNJUELITO AÑO 2014	30
TABLA 8 AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS POR GRUPO DE EDAD. LOCALIDAD SEXTA DE TUNJUELITO AÑO 2012	40
TABLA 9 CAUSA BÁSICA DE MUERTE INFANTIL LOCALIDAD TUNJUELITO 2014	46
TABLA 10 TASA DE INCIDENCIA DE VIH NOTIFICADA LOCALIDAD TUNJUELITO. 2013 - 2014	57
TABLA 11 MORBILIDAD SEGÚN TIPO DE EVENTO DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA – SIVIGILA POR SEXO. HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL E.S.E. 2013 A 2014	55
TABLA 12 MORBILIDAD SEGÚN NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA - SIVIGILA POR ETAPA DE CICLO VITAL Y SEXO. LOCALIDAD TUNJUELITO II NIVEL E.S.E. 2014	56
TABLA 13 PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD REGISTRADAS. LOCALIDAD TUNJUELITO. 2004 - 2014	59
TABLA 14 VISITAS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL AÑO 2013 Y 2014.....	63
TABLA 15 VISITAS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL POR LÍNEA CALIDAD DE AGUA Y SANEAMIENTO BÁSICO AÑOS 2013 Y 2014.	64
TABLA 16 VISITAS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL POR LÍNEA DE SEGURIDAD QUÍMICA AÑOS 2013 Y 2014.....	66
TABLA 17 VISITAS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL, LÍNEA DE MEDICAMENTOS SEGUROS, LOCALIDAD TUNJUELITO AÑOS 2013 Y 2014	67
TABLA 18 PREVALENCIA DE EVENTOS MÓRBIDOS Y MORTALES RELACIONADOS CON LÍNEA DE AIRE. LOCALIDAD TUNJUELITO. 2014	69
TABLA 19 COBERTURA DE VACUNACIÓN POR BIOLÓGICO. LOCALIDAD TUNJUELITO. AÑOS 2013 - 2014.....	73
TABLA 20 SEGUIMIENTO CASOS TUBERCULOSIS PULMONAR. LOCALIDAD TUNJUELITO 2014.....	76
TABLA 21 DROGA DE INICIO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. LOCALIDAD TUNJUELITO. 2013	81
TABLA 22 MORTALIDAD POR VIH-SIDA. LOCALIDAD TUNJUELITO POR GRUPO DE EDAD. 2014	91
TABLA 23 MORTALIDAD CRÓNICAS EN MENORES DE 70 AÑOS POR CASOS SEGÚN CAUSAS. LOCALIDAD TUNJUELITO. 2010 – 2013	93
TABLA 24 MORTALIDAD POR CÁNCER POR GRUPO DE EDAD SEGÚN SEXO. LOCALIDAD TUNJUELITO. 2012	94
TABLA 25 BALANCE DE TENSIONES POR COMPONENTES Y ÁREAS DE OBSERVACIÓN DE LAS DIMENSIONES DEL PDSP	119
TABLA 26 GENERADORES DE TENSIONES EN SALUD SEGÚN TIPO DE DETERMINANTE. LOCALIDAD TUNJUELITO. 2014	121

TABLA DE MAPAS

Mapa 1 División Político Administrativa Localidad Tunjuelito	13
Mapa 2 Amenaza por Inundación Localidad Tunjuelito	16
Mapa 3 Vías de Comunicación Localidad Tunjuelito	18

Créditos

Alcalde Mayor de Bogotá, D.C.

Gustavo Francisco Petro Urrego

Secretario Distrital de Salud

Mauricio Alberto Bustamante García

Coordinadora Vigilancia en Salud Pública

Patricia Arce Guzmán

Secretaría Distrital de Salud

Equipo ASIS

Gerente Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E.

Kemer Ramírez cárdenas

Coordinadora de Territorios Saludables

Marisol Velandia Pedraza

Coordinadora Vigilancia Salud Pública-ASIS

Zulay Astrid Bustos Murillo

Equipo Técnico ASIS Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E.

asistunjuelito@gmail.com

Gloria Luz Ángela Beltrán Durán, Epidemióloga

Jazmín Calderón, Profesional Social

Harbey Ortiz Restrepo, Geógrafo

Santos Guillermo Robayo Ávila

Equipo Gestión de Políticas e Intersectorialidad y Programas Hospital Tunjuelito II

Nivel E.S.E.

AUTORES

Gloria Luz Ángela Beltrán Duran, Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E. Especialista en Epidemiología, Epidemióloga de Vigilancia en Salud Pública del equipo Análisis de Situación de Salud – ASIS. Contrato de prestación de servicios.

Jazmín Calderón Muñoz, Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E. Trabajadora Social. Profesional del Área Social del equipo Análisis de Situación de Salud - ASIS, contrato de prestación de servicios.

Harbey Ortiz Restrepo, Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E. Geógrafo del equipo Análisis de Situación de Salud - ASIS, contrato de prestación de servicios.

AGRADECIMIENTOS

El equipo ASIS del Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E. presenta sus agradecimientos al Doctor Kemer Ramírez Cárdenas, Gerente del Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E., Doctor Carlos Cabrera Ballesteros, asesor oficina de planeación del Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E., enfermera Constanza Martínez referente del Programa IAAS, jefe Marisol Velandia Pedraza coordinadora del Programa Territorios Saludables del Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E., doctora Zulay Bustos Murillo, Coordinadora de Vigilancia en Salud Pública así como al equipo de referentes de los subsistemas de Vigilancia en Salud Pública.

Se agradecen los aportes del equipo de Vigilancia Sanitaria del Hospital Tunjuelito, cual participó con el aporte de los indicadores de salud ambiental desde su quehacer diario y el análisis respectivo.

Así mismo, por la participación en el desarrollo del Análisis de Situación de Salud de la Localidad Sexta Tunjuelito al Equipo de Gestión de Políticas e Intersectorialidad y Programas del Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E., que ha permitido realizar análisis para el Diagnóstico Local con una visión intersectorial.

Se agradecen los aportes del equipo de Vigilancia en Salud Pública Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E.

Se agradece la participación de la comunidad, la cual se vinculó a través del quehacer del equipo de Vigilancia Poblacional y Comunitaria, manifestando sus saberes, dando a conocer sus necesidades.

Agradecemos el compromiso de la Secretaría Distrital de Salud quienes han brindado su asistencia técnica y mostrado interés en posicionar el proceso del ASIS no solo a nivel distrital sino también local.

INTRODUCCIÓN

“El Diagnóstico Local es un producto participativo mediante el cual se analiza la situación de salud y de calidad de vida de la población de una localidad, a través del análisis integral de los determinantes sociales de la salud (DSS) que la afectan.”¹ Este año, corresponde al documento que busca sintetizar el conocimiento sobre la situación de salud en la Localidad Sexta Tunjuelito y las Unidades de Planeación Zonal – UPZ 42 Venecia y 62 Tunjuelito, que la componen, a partir de la integración del análisis de los eventos de salud de la comunidad en el marco de las dimensiones establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012 a 2021 y su interrelación con las Dimensiones de Desarrollo establecidas en la estrategia PASE a la Equidad en Salud, todo esto desde la perspectiva de los determinantes sociales que intervienen.

A continuación se presenta algunas de las problemáticas y prioridades relacionadas con la salud de la población, y con los diferentes estados de morbi-mortalidad de la población residente en la localidad de Tunjuelito, los cuales han sido analizados a partir de un trabajo multidisciplinario a nivel local, el cual, recoge los diferentes esfuerzos del equipo del Hospital Tunjuelito II Nivel de Atención Empresa Social del Estado (ESE), tanto desde su nivel directivo como en el operativo, liderado por el equipo de Vigilancia En Salud Pública, Referentes de Gestión de Políticas y Programas, Ámbitos, Componentes, en cabeza del Coordinador de Salud Pública, sin dejar de lado, los aportes de otros actores comunitarios e institucionales obtenidos en los diferentes espacios locales, sin los cuales la perspectiva participativa y comunitaria del mismo estaría ausente, afectando la legitimidad del proceso, que fue una de las herramientas fundamentales en la elaboración del presente Diagnóstico.

MARCO CONCEPTUAL

El concepto de salud ha evolucionado de lo clínico-biológico, a un concepto global visto desde lo social, que trasciende al Bienestar del ser humano, sin desconocer los aspectos subjetivos como el bienestar mental y emocional. El paradigma social plantea que para entender el proceso de salud-enfermedad, se debe mantener una perspectiva biomédica, psicosocial y ecológica, este enfoque genera una visión sistémica de la salud que ya no es solo médico asistencial.

La estructura de este documento es el reflejo de un modelo de estudio del proceso salud-enfermedad concebido como “Análisis de los Determinantes de Salud”. Dichos determinantes se desarrollan alrededor y dentro de todas las actividades del individuo, la relación con su entorno, con su grupo social, sus medios de producción y su capacidad de consumo, creando un perfil de protección y/o deterioro. Los determinantes se han enfocado desde el punto de vista de los dominios general, particular y singular, lo cuales, de acuerdo a la forma de organizarse a nivel social, y a la estructura productiva, se

establece un patrón de transformaciones, interactuando entre ellos y posibilitando entendimiento del proceso de salud-enfermedad.

Los determinantes estructurales hace referencia a lo macro dentro del ámbito social, político, cultural, económico e intersectorial resultado del modelo de producción de la sociedad como por ejemplo la situación jurídico-política, la dinámica poblacional y su situación socioeconómica producto de las leyes que rigen el territorio; los determinantes intermedios se refiere a la influencia del entorno, los centros laborales (producción), el ámbito familiar (consumo) del individuo influenciado a su vez por el dominio general, este dominio comprende el consumo básico: acceso y disponibilidad de alimentación y vivienda, y el consumo ampliado: su capacidad para acceder a otros servicios no vitales pero que inciden en su calidad de vida como son educación, transporte, comunicaciones, recreación, dinámica familiar y grupal, dentro de los medios de producción están las condiciones de trabajo y efectos del entorno ambiental en el cual se desenvuelven. Los determinantes singulares se expresa en el individuo, de acuerdo con características genóticas y fenotípicas que unido a lo general y particular nos determinará un perfil de morbilidad, mortalidad y discapacidad o niveles de deterioro que se producen en los grupos sociales. De esta manera, los determinantes sociales de la salud, apuntan tanto a las características específicas del contexto social que influyen en la salud como a las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios (Organización Mundial de la Salud (OMS)-Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud 2009).

En este sentido, el territorio se asume como una construcción social, que se hace a partir de las relaciones, interacciones y apropiaciones que los sujetos realizan con relación a un espacio, sin importar sus delimitaciones. De esta manera, el territorio supera la noción de lugar y/o espacio físico, para enmarcarse como aquel espacio en donde se crean y recrean los recursos materiales y simbólicos, adquiriendo un sentido político, colocándose como protagonistas a los sujetos que interactúan allí; los sujetos se convierten en actores dinámicos, cambiantes y dotados de capacidades para transformar su realidad social, lo que sugiere una participación permanente de estos en el proceso.

El enfoque poblacional, reconoce a los sujetos como actores vivos, que pueden configurarse a través de la infancia, la juventud, la adultez y la vejez, y que están inmersos en escenarios cotidianos (el barrio, la comunidad, el trabajo, la productividad, la escuela, la familia y las instituciones que les prestan servicios); parte de identificar condiciones determinantes para los sujetos en el plano económico, cultural y político, configurando situaciones transversales en la vida, como la salud mental, la discapacidad, el género, la productividad, el desplazamiento, lo étnico, la seguridad alimentaria y la actividad física. Este enfoque se complementa con la mirada diferencial, en donde se plantea el reto del reconocimiento, en un discurso de Derechos Humanos, que busca la igualdad desde la dignidad humana, pero sin desconocer que como sujetos tenemos una condición diversa y particular, hacer visible las diferencias, implica hacer un reconocimiento a las diversas formas de entender, asumir y apropiarse del mundo, e incluir este respeto por el otro, en la forma de hacer las cosas y de interactuar de manera

colectiva, además coloca sobre la mesa la discusión de cómo generar respuestas integrales que busquen la igualdad de las poblaciones, entendiendo que existen situaciones distintas, con grupos humanos distintos, que deben ser abordados de manera intercultural, y no recaer en procesos de discriminación o absorción de los otros.

METODOLOGÍA

El análisis está estructurado según el marco metodológico – conceptual de la Guía de ASIS del Ministerio de Salud y Protección Social 2013 y la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, la cual se basa en la adaptación conceptual, metodológica y técnica - operativa del modelo BIT PASE (Balance de Interacciones y Tensiones – Dimensiones del desarrollo: Poblacional, Ambiental, Social y Económico). La estrategia PASE a Equidad en Salud busca garantizar la formulación integral del Plan Territorial de Salud de las entidades territoriales.

El Proceso de Planeación Integral en Salud que se entiende, de acuerdo con la Guía Conceptual de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS, como el conjunto de “procesos resultantes relacionados entre sí, vinculados al Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que permiten definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y control del Plan Territorial de Salud”. La estrategia plantea una secuencia lógica de los procedimientos, momentos, pasos y actividades que permitirán a las entidades territoriales avanzar exitosamente en la formulación de los Planes Territoriales de Salud.

El ASIS y específicamente el Diagnóstico local se constituyen en una herramienta e insumo para fortalecer los análisis que permiten el desarrollo de la metodología BIT PASE, en concordancia con el Plan Decenal de Salud Pública, razón por la cual se hace necesario que el desarrollo de este análisis situacional guarde coherencia no solo en los términos técnicos sino que también facilite las mediciones para realizar lecturas pertinentes de las procesos de salud-enfermedad explicadas desde el enfoque de los determinantes sociales y orienten de manera adecuada la toma de decisiones” (Secretaría Distrital de Salud, 2015). El Análisis de Situación de Salud - ASIS, dentro de la Estrategia para la formulación de los Planes Territoriales de Salud se ubica en el proceso 1 Alistamiento Institucional, en el Momento 1 Organización y el Paso 2 de Sondeo de Información y ASIS, este corresponde a la actividad de elaboración – actualización de ASIS; así mismo, se encuentra en el segundo proceso: Ruta Lógica para la formulación de PTS, en el Momento 1 Identificación, en 3 pasos 1: Reconocimiento inicial del Territorio y su Dinámica Demográfica, 2: Reconocimiento de las Condiciones Básicas de Salud e Implicaciones de las Dinámicas PASE para la Planeación en Salud y 3: Identificación de Tensiones en Salud Presentes en el Territorio. El paso 1 contempla tres actividades: 1: Reconocimiento de la base físico espacial del territorio, 2: Reconocimiento de la dinámica demográfica básica y, 3: Reconocimiento de las dinámicas básicas PASE; el paso 2

incluye 2 actividades, 1: Reconocimiento de las condiciones de salud y ASIS y, 2: Reconocimiento de implicaciones de las dinámicas PASE para la planeación integral de salud; el paso 3 consiste en dos actividades, 1: Identificación de tensiones en salud y, 2: Valoración y validación de tensiones. El aporte del documento del Diagnóstico Local 2014, de acuerdo con la directriz técnica emitida por la Secretaría Distrital de Salud, llega hasta este punto en su capítulo 3.

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) (Organización Panamericana de la Salud (PAHO) 1999) es un proceso analítico-sintético que abarca diversos tipos de análisis, permitiendo caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores; adicionalmente, facilita la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto. El ASIS se basa en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de un territorio geográfico y/o político. Incluyendo como sustrato a grupos de población con diferentes grados de postergación resultante de las condiciones y calidad de vida y desiguales, definidas según características específicas tales como sexo, edad, ocupación, entre otros, que se desarrollan en ambientes específicos. El ambiente constituye el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico de los grupos humanos, donde existen complejas relaciones de determinación y de condicionamiento.

Para hacer el análisis se parte de información tanto cuantitativa o numérica (porcentajes, tasas, número de viviendas,...), como cualitativa (comportamientos, puntos de vista, actitudes de las personas hacia determinados temas,...), y se valida por medio de la Participación Social. Dando continuidad al proceso de análisis, profundizando el enfoque de territorio y población con el fin de obtener una herramienta básica para la priorización y distribución de los recursos que permita dar respuesta a las necesidades y a la disminución de las brechas identificadas en salud, así como el monitoreo de los cambios que se van produciendo en la problemática identificada en cada territorio, según sus condiciones de vida en el ciclo vital.

Es importante, resaltar que el presente documento es el resultado de numerosos grupos de estudio y diferentes espacios de análisis y discusión, que permite analizar la dimensiones prioritarias del Plan Decenal de Salud Pública y abordar las problemáticas en salud con una mirada interdisciplinaria, intentado recoger las experiencias y diferentes voces en el territorio. En referencia a las fuentes de información, se tuvieron en cuenta entre otras fuentes:

Fuentes Primarias

En esencia son los productos captados por el quehacer cotidiano del Programa Territorios Saludables, y todas aquellas en las que bajo la responsabilidad de los coordinadores se

definen los mecanismos de seguimiento y evaluación de la recolección y ordena la información de fuentes primarias y secundarias de cada intervención de territorio o componente. También se determinan las dinámicas y responsables de asistencia a espacios de análisis de dicha información, incluyendo reuniones de análisis ASIS o escenarios propios de territorios y componentes con participación de ASIS.

Fuentes Secundarias

Son todos los productos obtenidos desde la fuente primaria y secundaria facilitan la construcción de análisis que se reflejan en los documentos de narrativas por territorios social a través del proceso de Diagnóstico y rápido y otros que por cada línea de Política Pública contribuyen a la construcción para las intervenciones como los escenarios de participación a nivel local.

Para el presente documento se actualizaron los datos cuantitativos a corte 2014, y se realizó seguimiento a metas distritales priorizadas desde el equipo técnico ASIS, en términos, de número de casos con periodicidad mensual durante el año en curso y se llevaron a cabo unidades de análisis con el propósito de cualificar la información cuantitativa disponible a nivel local y distrital, desde el enfoque de determinantes sociales en salud y el análisis de las dimensiones prioritarias establecidas en el Plan decenal de Salud.

CAPÍTULO 1 RELACIÓN POBLACIÓN, TERRITORIO, AMBIENTE Y SOCIEDAD

Este capítulo contiene una contextualización general de la localidad Sexta Tunjuelito y las UPZ 42 – Venecia y 62 - Tunjuelito en cada una de sus dimensiones del desarrollo PASE (Poblacional, Ambiental, sociodemográfica, socioeconómico y ambiental, con el fin de construir un marco de referencia que permita conocer la situación de salud y calidad de vida y de otra índole de la población de la Localidad y sus UPZ.

1.1. Salud y Territorio

1.1.1. Contexto Territorial de la Localidad Sexta Tunjuelito

1.1.1.1. Localización

La localidad de Tunjuelito se localiza al sur del distrito capital de Bogotá, sobre la parte baja de la cuenca del río Tunjuelo. Limita con las localidades de Puente Aranda, Bosa, Ciudad Bolívar, Usme y Kennedy, tiene una extensión de 1.062,33 Has, lo que la convierte en la cuarta de menor extensión del distrito. Su topografía es plana y no sobrepasa en ningún caso una pendiente mayor al 3%.

Está conformada por los siguientes barrios: Condado de Santa Lucía, Conjunto Residencial Nuevo Muzú, El Carmen, Fátima, Isla del Sol, Laguneta, Nuevo Muzú, Ontario, Rincón de Muzú, Rincón de Nuevo Muzú, Rincón de Venecia, Samoré, San Vicente, San Vicente de Ferrer, Santa Lucía, Tejar de Ontario, Ciudad Tunal, Venecia, Venecia Occidental, Villa Ximena, Abraham Lincoln, San Benito, San Carlos, Tunalito, Tunjuelito. Ver mapa 1.

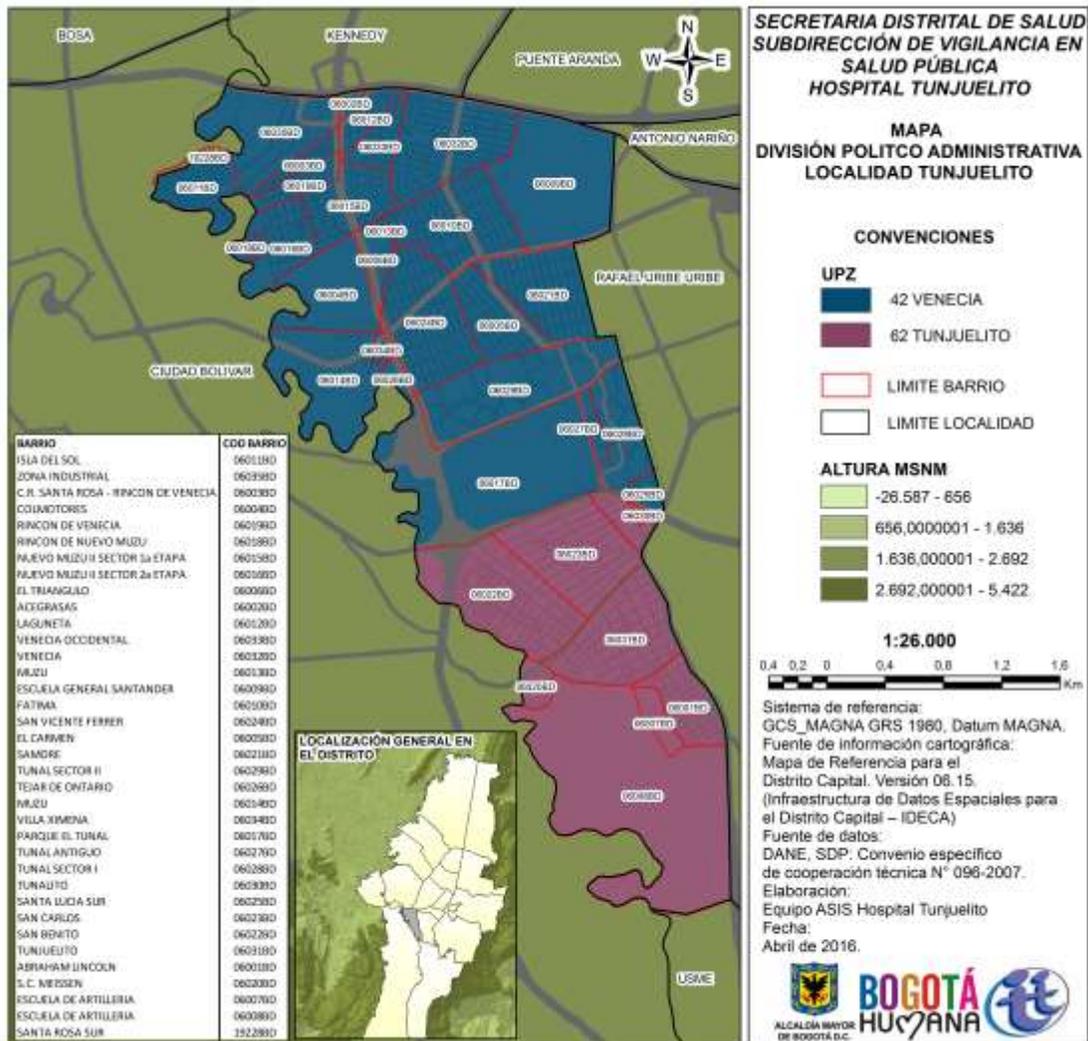
1.1.1.2. Características Físicas del Territorio

Hidrografía: El principal referente hidrográfica de la localidad es el río Tunjuelo, que además de dar el nombre a la localidad sirve como límite entre esta la localidad y la de ciudad Bolívar. “La cuenca del río Tunjuelo se ubica al sur del Distrito Capital y forma parte del sistema hidrográfica del río Bogotá. Nace en la laguna de Los Tunjos, originando el río Chisacá, a una elevación de 3780 msnm y desemboca en el río Bogotá en el sector sur-occidental de Bogotá a los 2510 msnm, para una longitud total de 66 kilómetros” (IDEAM-FOPAE 2005, pp 3).

Como se mencionó anteriormente la Localidad de Tunjuelito se localiza en la parte baja de dicha cuenca “esta área comprende desde la zona de Canteras hasta la desembocadura del río Tunjuelo en el río Bogotá. En esta zona su mayor proporción se encuentra poblada (..), es necesario atender, proyectar y controlar dicha zona, debido a que es la más propensa a problemas de inundaciones y riesgos ambientales” (IDEAM-FOPAE 2005, pp 4)

Geomorfología: La localidad se localiza al interior del valle del río Tunjuelo, el cual se caracteriza por “ser una fosa tectónica, limitada al oriente por la falla de Bogotá y al occidente por la falla Chisacá (...) La formación Tunjuelo es un cono fluvio - glaciar en el curso bajo del río Tunjuelo. Se extiende entre el ápice en la quebrada del Aleñadero (3 km al sur de Usme) y su parte distal llega a los barrios de Bosa, Class, Kennedy, Bavaria y San Rafael. Los grandes cantos rodados, gravas, gravilla, arena, limo y arcilla, que se explotan en las canteras de agregados pétreos entre Cantarrana y El Tunal, provienen de esta formación depositada por el río y en comunicación hidráulica con el mismo.

Mapa 1 División Político Administrativa Localidad Tunjuelito



FUENTE: ASIS – Vigilancia en Salud Pública. Hospital Tunjuelito II Nivel ESE 2014

1.1.1.3. Dinámica Territorial

El desarrollo de la localidad VI Tunjuelito se enmarca en las disposiciones contenidas en el Plan de Ordenamiento Territorial del Distrito Capital, tiene una extensión de 991.1 hectáreas (ha), ocupa el cuarto lugar entre las localidades con menor superficie dentro del Distrito Capital; 276,1 ha son áreas protegidas, las cuales corresponden a los espacios ecológicos de la ronda del río Tunjuelito y el parque el Tunal; por su ubicación la localidad no tiene suelo rural. Contiene 848 manzanas y 53 barrios. (8)

El uso del suelo se configura en la localidad a través de cinco grandes áreas: dos habitacionales en la parte plana, una al norte y otra al sur, separadas por una tercera de notable tamaño, ocupada por el parque Distrital El Tunal; una cuarta parte como zona institucional y una quinta de extracción e industrial. El uso residencial cubre el 60% del área construida de la localidad, el uso institucional está representado por la Escuela de Policía general Santander, la Escuela de Artillería, el reformatorio El Redentor, el Instituto Nacional de Educación Media (INEM) Santiago Pérez, la Administración Distrital con servicios de registraduría y tesorería, el Centro Zonal de Bienestar Familiar y las Parroquias. (9)

Distribución por UPZ

De acuerdo al POT vigente la localidad de Tunjuelito se encuentra conformada por dos UPZ, la 42 Venecia según el decreto 459 de 2 de noviembre de 2010 y la UPZ 62 Tunjuelito, según el decreto 072 del 15 de marzo de 2006. Mapa 1

La UPZ 42 - Venecia se localiza hacia el norte de la localidad con una extensión de 605,94 ha., 61,1% de la localidad, el suelo corresponde a uso residencial consolidado. Limita al norte con las UPZ Carvajal y Muzú de las localidades de Kennedy y Puente Aranda, respectivamente; por el oriente, con la UPZ Quiroga de la localidad Rafael Uribe Uribe; por el sur, con la UPZ Tunjuelito (con la Avenida Ciudad de Villavicencio de por medio); y por el occidente, con la UPZ Arborizadora de la localidad Ciudad Bolívar (con el Río Tunjuelo de por medio). Se cuentan 12 sectores catastrales: Isla del Sur, Venecia, Venecia Occidental, Muzú, Nuevo Muzú, Fátima, El Carmen, San Vicente Ferrer, Samoré, Tunal Oriental, Parque el Tunal, Escuela de Cadetes de Policía General "Francisco de Paula Santander".

La UPZ 62-Tunjuelito se ubica al sur de la localidad, al norte limita con la Avenida Ciudad de Villavicencio, por el oriente con la Avenida Caracas, por el sur con la localidad Usme y por el occidente con el río Tunjuelo. Según la Secretaria Distrital de Planeación-SDP, el área total de la UPZ es de 327 hectáreas, 37,5% urbanización incompleta, con 238 manzanas las cuales ocupan una superficie de 140 hectáreas. (10)

Esta UPZ cuenta con un total de 12.190 viviendas de las cuales el 95,8% (11.683) corresponden al estrato bajo, igualmente, presenta 16.824 hogares de los cuales el 95,

4% son del estrato bajo. (11). Los barrios ubicados dentro de esta UPZ, son: Abraham Lincoln, San Benito, San Carlos, Tunjuelito y Santa lucia Sur. Según el Decreto 072 de 2006, la UPZ es “predominantemente residencial con actividad económica en la vivienda; coexisten en ella actividades de comercio, servicios e industria (Barrio San Benito), y se relaciona funcionalmente con la Centralidad Danubio - Río Tunjuelo.

1.1.1.3. Accesibilidad Geográfica

En términos de las relaciones con la ciudad, la localidad de Tunjuelito se presentan las conexiones de vías importantes a nivel metropolitano, como son el paso en el oriente de la Avenida Caracas, el paso de la Avenida del Sur en su borde sur y el cruce transversal de la Avenida Boyacá; igualmente, pero de menor escala está el paso en su parte alta de la avenida Villavicencio, que proviene de la localidad de Bosa cruzando la localidad de Ciudad Bolívar en su parte plana; en el caso de vías menores específicamente las avenidas Mariscal Sucre y Jorge Gaitán Cortes le permite conectarse con el tejido intermedio de la ciudad” (Secretaria Distrital de Ambiente, 2007. pp 117)

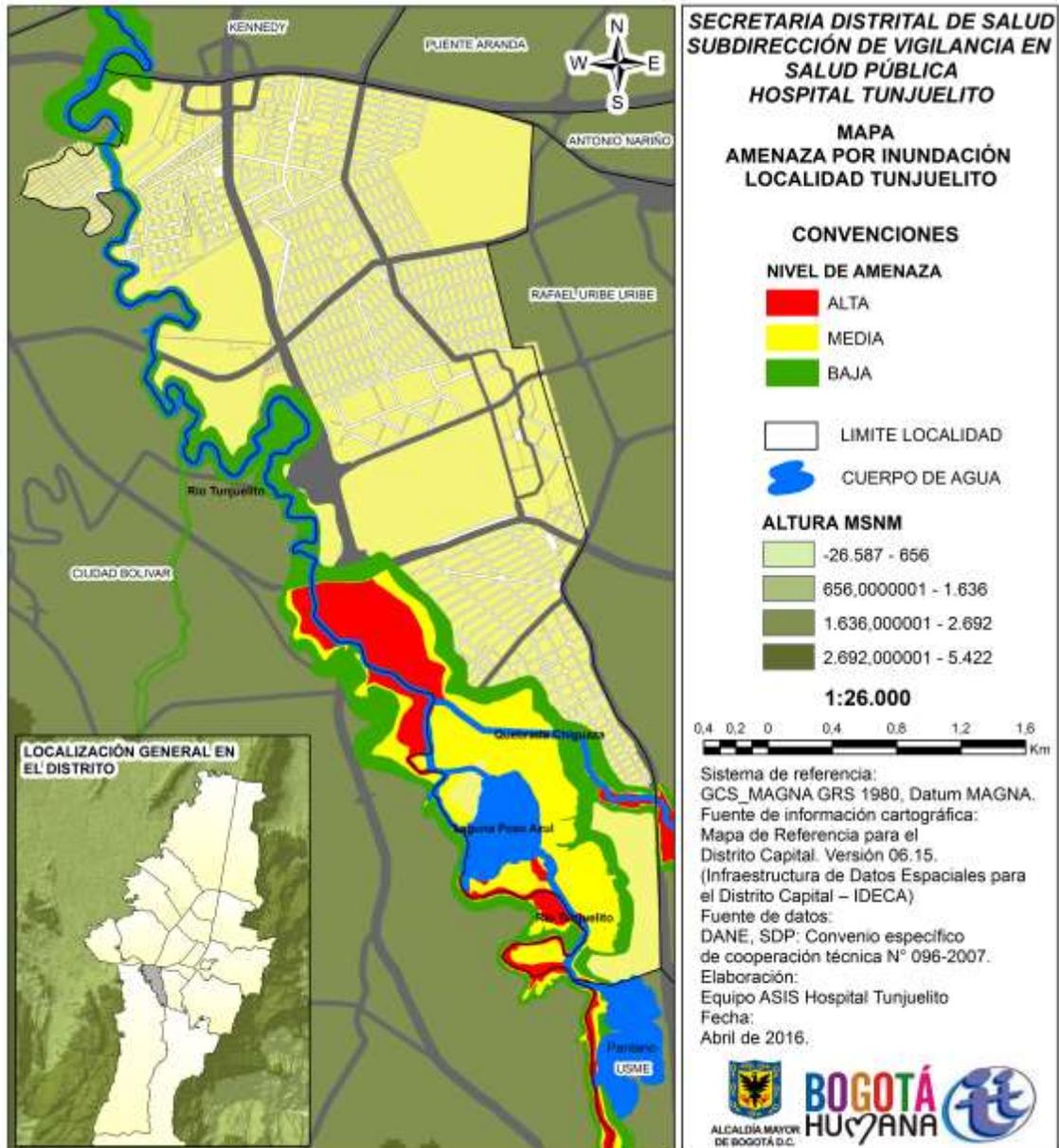
1.1.1.4. Riesgo ambiental

Riesgo de inundación: La localidad al estar localizada en el área de influencia del río Tunjuelito presenta una alta amenaza por inundación, en especial en las zonas más próximas al río, así como a sus tributarios, en especial la quebrada Chiguaza que desemboca en inmediaciones del barrios Meissen, Tunjuelito y San Benito “Esta cuenca tiene una extensión de 18.6 km², con una longitud de su cauce de 8 km., con cotas que varían desde los 2900 m.s.n.m. a 2557 m.s.n.m. y una pendiente promedio de 4.29% que la convierte en torrentosa, y en consecuencia, con gran poder erosivo en sus orillas. Sin embargo, a partir de su intersección con la Avenida Caracas disminuye su pendiente de manera tal que los incrementos de caudal representan notorios aumentos del nivel de las aguas” (DEPAE, 2015)

1.1.1.5 Asentamiento: Informal, legalizado, planeado

En cuanto a los tipos de urbanización que presenta la localidad la Secretaria Distrital de Ambiente en el diagnóstico del Plan de Ordenamiento y Manejo de la Cuenca del río Tunjuelo- POMCA, encuentra que hay básicamente dos tipos; la urbanización de origen informal y la de origen formal. (Secretaria Distrital de Ambiente. 2007, pp 95)

Mapa 2 Amenaza por Inundación Localidad Tunjuelito



FUENTE: ASIS – Vigilancia en Salud Pública. Hospital Tunjuelito II Nivel ESE 2014

La urbanización informal es generada por los propietarios de las haciendas que hacen parte de la localidad, estos propietarios aprovechando la localización periférica de la localidad venden lotes de terreno por fuera del perímetro de servicios públicos, ocupando posterior y lentamente los vacíos urbanos con nuevas construcciones, aprovechando el aumento de valor del suelo. Esta forma de urbanizar se presentó en los barrios Tunjuelito y San Benito, entre otros. La característica principal de estos barrios es la

autoconstrucción de las viviendas, así como la falta de espacios públicos (zonas verdes o espacios de uso colectivo)

Paralelo surgen también urbanizaciones formales ósea aprobadas por la Dirección de Planeación Distrital, de las cuales se pueden distinguir dos tipos; La primera es aquella de iniciativa privada propiciada constructoras particulares, que a la vez se presenta en diversas modalidades; lotes con servicios, casas terminadas y lotes semiconstruidos. Ejemplos de este tipo de desarrollos urbanos son los barrios Venecia y El Carmen.

Finalmente el segundo tipo de urbanización de origen formal es el promovido por el Estado, en el cual participa como constructor, el caso más representativo de este tipo de urbanización es ciudad Tunal. (Secretaria Distrital de Ambiente. 2007, pp 95).

1.2. Salud y Población

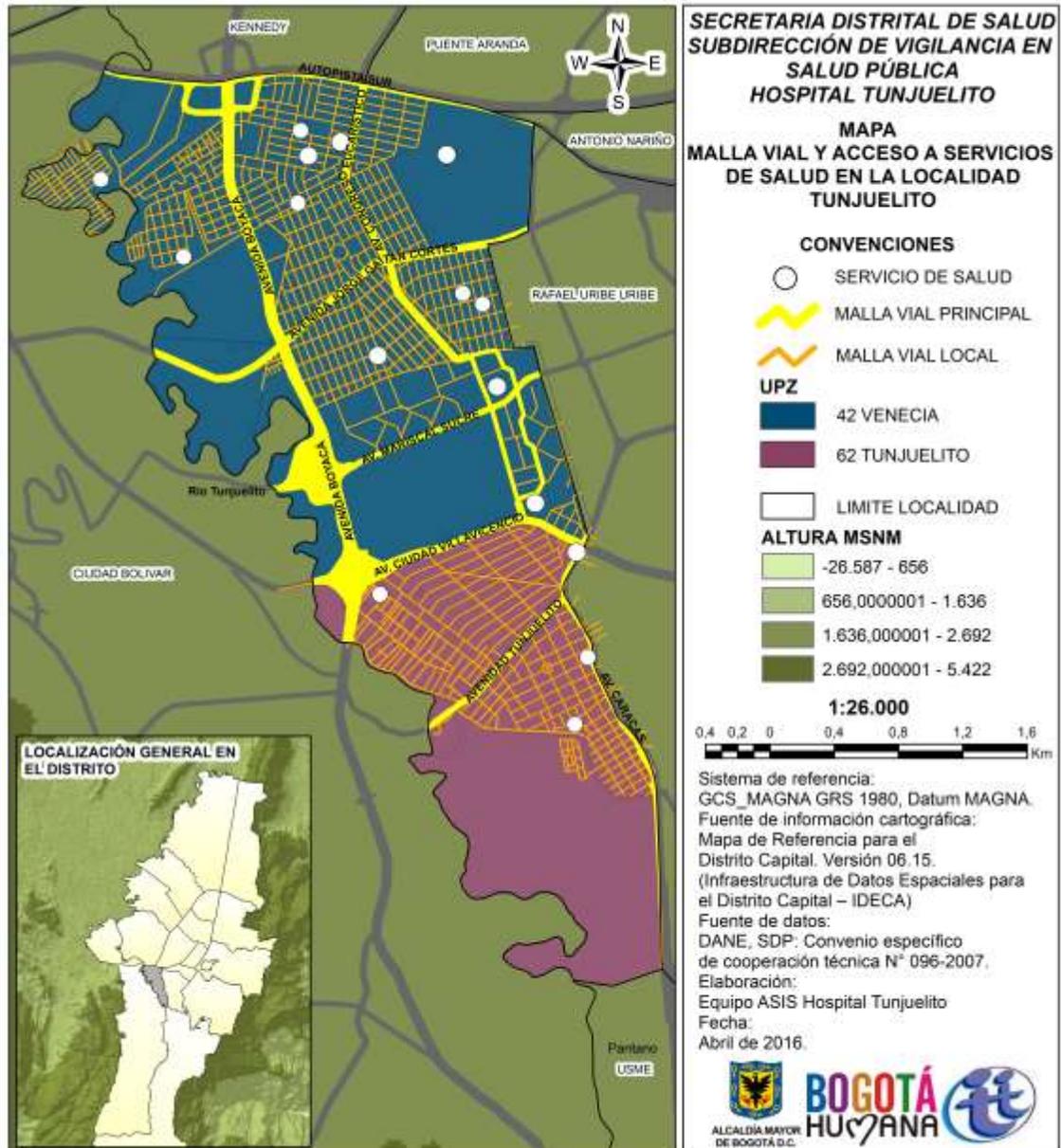
1.2.1. Contexto Demográfico de la Localidad Sexta Tunjuelito

1.2.1.1. Estructura y Dinámica Poblacional

En el año 2014 la localidad Tunjuelito, de acuerdo con las proyecciones del DANE mostró una población de 200.725 habitantes, lo cual corresponde al 2,58% de la población de Bogotá para el mismo período. La pirámide poblacional, la cual describe la distribución de la población por edad y sexo, refleja un comportamiento regresivo evidenciado por una base reducida, de forma rectangular y con menor proporción de niñas, lo que muestra disminución de la natalidad, por lo tanto con menos posibilidades de crecimiento. Este tipo de perfil corresponde a poblaciones constrictivas por cuanto se encuentra un menor número de personas en edades de 0 a 10 años que conforman la base, este comportamiento se ve modificado entre los 15 y 24 años; así mismo, se observa aumento en las mujeres de 30 a 34 años, y aumento progresivo del grupo de adulto maduro y persona mayor. Lo anterior, muestra una transición demográfica en fase 2 con tendencia a la fases 3 pues presenta disminución de la natalidad pero aún la tasa de mortalidad se mantiene alta.

Lo anterior lleva a revisar las políticas y proyectos que tienen que ver con el avance en el nivel educativo, es decir mejorar las oportunidades de educación superior especialmente para jóvenes, nivel de ingreso es decir oportunidades laborales formales para los jóvenes y adultos jóvenes que permitan una calidad de vida con dignidad, urbanización es decir acceso a vivienda propia y disminución del hacinamiento, fortalecimiento de la industrialización y el comercio, cobertura de los sistemas de salud en lo que tiene que ver con centros de atención de segundo y tercer nivel de las EPS privadas en la Localidad, consultas con especialistas en la Localidad y acceso a medicamentos de calidad entregados oportunamente y en la Localidad es decir eliminar las barreras de acceso por distancias.

Mapa 3 Vías de Comunicación Localidad Tunjuelito



FUENTE: ASIS – Vigilancia en Salud Pública. Hospital Tunjuelito II Nivel ESE 2014

Dentro el sistema de vial de la localidad puede resumirse como principales vías de acceso la Autopista Sur, Avenida Boyaca, Avenida 68 en la UPZ Venecia, la Avenida Caracas, la Avenida Villavicencio y Avenida Tunjuelito en la UPZ Tunjuelito. La malla vial para efectos de movilidad presenta un trazado continuo de las vías al interior de los barrios, para luego articularse con troncales del transporte masivo.

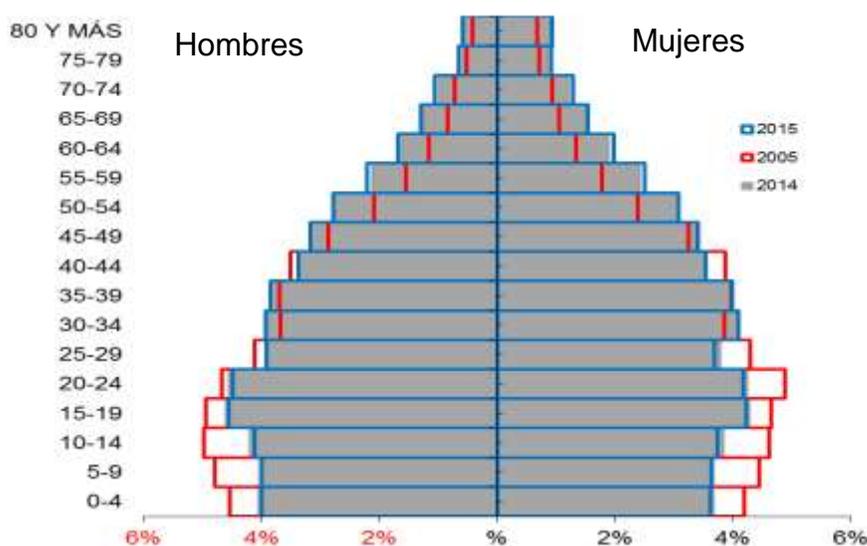
El sistema de transporte se compone de las modalidades Colectivo y Masivo, siendo la alternativa de transporte más eficiente para la comunidad en sus desplazamientos el Sistema Transmilenio, que atiende de forma operacional la demanda local mediante el Portal el Tunal, las estaciones Biblioteca y Parque el Tunal, además de rutas alimentadoras que conectan con la estación Calle 40 sur, de esta manera se facilita el acceso a la comunidad de manera eficaz en tiempo y distancia hacia el centro, occidente y norte de la ciudad.

Lo anterior posibilita el acceso adecuado a los equipamientos de servicios de salud que de acuerdo a su distribución espacial se encuentra en equilibrio y acorde con la demanda en el servicio al interior de la localidad, los relacionados con servicios especializados se ofrecen fuera de la localidad, principalmente al norte de la ciudad. La localización de la oferta de salud correspondiente a la red de hospitales públicos presenta diferencias entre la UPZ Venecia y Tunjuelito. En la UPZ Venecia de mayor densidad poblacional se cuentan doce equipamientos, mientras en Tunjuelito se localizan cuatro, para un total de dieciséis en la localidad. (Ver mapa 3).

La oferta de servicios de salud del régimen contributivo corresponde a IPS de primer nivel de atención, por otra parte de los hospitales públicos corresponde la atención de segundo nivel (Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E.) y tercer nivel de atención (Hospital el Tunal) prestando servicio a población afiliada al régimen subsidiado y a vinculada.

También, debe tenerse en cuenta al revisar las oportunidades de igualdad en el ámbito laboral; así como, políticas y/o programas relacionados con la regulación de la fecundidad y salud de la mujer en edad fértil.

Gráfica 1. Pirámide Poblacional Localidad Tunjuelito. 2014



Fuente: DANE – SDP, Proyecciones de población para Bogotá D.C., y localidades 2005-2015

Comparando el comportamiento de la población en el año 2014 con el año 2005 se observa disminución marcada de la población menor 15 años y aumento progresivo de adulto maduro y persona mayor. Gráfica 1.

Tabla 1 Estructura de la Población. Localidad Sexta Tunjuelito, 2014

TUNJUELITO	Número	Porcentaje
Población total*	200.725	2,58%
Población femenina	101.314	50,47%
Población masculina	99.411	49,53%
Mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años	54.935	27,37%
Población menor de 15 años	47.100	23,46%
Población adulta entre 20 y 59 años	112.796	56,19%
Población de 60 y más años	22990	11,50%

Fuente: DANE – SDP, Proyecciones de población para Bogotá D.C., y localidades 2005-2015

El crecimiento natural o vegetativo de la Localidad Tunjuelito, de acuerdo con datos del DANE (año 2005), pasa en el periodo 2005-2010 de 11,51 a 9,95 en el período 2010-2015, es decir que la población de la localidad decrece en 0,28%.

Tabla 2 Población por Etapa de Ciclo Vital según Sexo. Localidad Tunjuelito. 2014

ETAPA DE CICLO VITAL	HOMBRES	% PARTICIPACIÓN HOMBRES	MUJERES	% PARTICIPACIÓN MUJERES	TOTAL LOCALIDAD	% PARTICIPACIÓN TOTAL	% ACUMULADO
INFANCIA	22883	23,02%	20827	20,56%	43710	21,78%	21,78%
ADOLESCENCIA (14 a 17 años 11 meses y 29 días)	7254	7,30%	6730	6,64%	13984	6,97%	28,74%
JUVENTUD (18 a 24 años 11 meses y 29 días)	12892	12,97%	12012	11,86%	24904	12,41%	41,15%
ADULTEZ (25 a 44 años)	46266	46,54%	48871	48,24%	95137	47,40%	88,55%
VEJEZ / MAYORES JÓVENES/ (60 a 69 años)	10116	10,18%	12874	12,71%	22.990	11,45%	100,00%

Fuente: DANE – SDP, Proyecciones de población para Bogotá D.C., y localidades 2005-2015

De acuerdo con la tabla anterior la distribución de la población en la localidad Tunjuelito tiene mayor representación del adulto que constituyen el 47% del total de la población es decir, población en edad de trabajar y producir progreso, seguida de la Infancia que compone el 21%.

Tabla 3 Densidad Poblacional según UPZ, Localidad Sexta Tunjuelito, 2014

NOMBRE Y NO. DE LA UPZ	NO. DE HABITANTES	EXTENSIÓN (HA)			DENSIDAD POBLACIONAL
		ÁREA TOTAL	ÁREA PROTEGIDA	ÁREA URBANA*	
UPZ 42. Venecia	143844	605,94	104,7	501,24	237,4
UPZ 62 Tunjuelito	56881	385,16	171,38	213,78	147,7
Total	200.775	991,1	276,08	715,02	202,6

Fuente: (Secretaría Distrital de Planeación 2009) (Secretaría Distrital de Ambientes, UN-HABITAD, UNAL-IDEA 2009) DANE – SDP, Proyecciones de población para Bogotá D.C. y localidades 2005-2015

El 71.7% de la población de la localidad se ubica en la UPZ 42 Venecia, con una densidad poblacional que casi duplica la de la UPZ 62 Tunjuelito (Tabla 3), esto está dado por los conjuntos residenciales del Territorio Tunal y los inquilinatos localizados en varias zonas del Territorio Venecia como el barrio Fátima, Venecia y el Carmen entre otros.

De acuerdo con la Encuesta Multipropósito 2014, la proporción de personas heterosexuales en las localidades osciló entre el 96% y 100%. En la Localidad la suma de las poblaciones homosexual y bisexual no alcanza al 1%, en el 2014, sin embargo, se observa un escaso número de personas que no respondieron esta pregunta, que sumada tampoco alcanza el 1%. (DANE Alcaldía Distrital de Bogotá, 2015).

1.2.1.2. Población Diferencial y de Inclusión

Población étnica en la localidad

Actualmente en la localidad de Tunjuelito se han identificado personas con pertenencia étnica: Afrodescendientes e Indígenas, quienes dentro de sus construcciones tienen su propia cosmovisión, la que hace referencia a la forma como interpretan el mundo y las relaciones que los sustentan, y debido a la falta del reconocimiento de la pluriculturalidad, su cosmovisión en algunas ocasiones se presenta como una barrera dentro de sus nuevos contextos, limitando su habituación.

Frente al ejercicio que se ha realizado en la localidad con personas con pertenencia Étnica, se observa que la población Afro es mayoritaria, con un 90%, por su parte la población indígena hace poca presencia con un 10%.

La mayor cantidad de personas con pertenencia étnica que se encuentra en la localidad responden como identidad de género a la femenina con un 53.4%, restando así un 46.5% de personas que se identifican con género masculino, asiendo acotación que a la fecha no se han identificado en la localidad personas con pertenencia étnica que se auto-reconozcan dentro de la identidad Transgénero.

Dentro de la localidad la población con pertenencia étnica se encuentra concentrada en su gran mayoría en el barrio San Benito, seguida de Isla del sol y San Carlos, a través de las acciones realizadas en los territorios, se ha logrado llegar a una gran cantidad de personas con pertenencia étnica en todos los ciclos vitales, especialmente la adultez, seguido de juventud, vejez y en un mínimo porcentaje infancia; siendo siempre las personas Afro quienes más asisten a los servicios de salud colectiva y acciones por ámbitos.

En estas mismas acciones se ha evidenciado que la población con pertenencia étnica que participa en las actividades del Hospital Tunjuelito, en su gran mayoría se encuentran en.

Víctimas del Conflicto Armado

Se consideran Víctimas del conflicto armado las personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno. (Ley 1448 de 2011).

Según el APS en línea y su cruce con el Registro Único De Víctimas (RUV) a Corte 30 de abril de 2015, la operación local del programa territorios saludables ha logrado identificar y realizar acciones de intervención en el periodo enero de 2012 a abril de 2015 con 3329 personas VCA. El principal lugar a donde llegan y se asientan es el Territorio Venecia, siendo el Barrio Isla del sol, en el que se identifican en su gran mayoría, ya que es este en el cual se encuentran familiares o conocidos que pueden brindar vivienda mientras se genera la estabilidad económica y se pueden ubicar laboralmente las personas en las empresas que fabrican calzado sin necesidad de tener documentos tales como certificados académicos o laborales. Fuente Documento ASIS Población Diferencial y de Inclusión publicado en la página web del Hospital Tunjuelito.

las principales problemáticas que afectan a las personas VCA de manera general independiente de la etapa de ciclo vital - ECV y el género, son las relacionadas con las dificultades de acceso a servicios de salud por barreras administrativas relacionadas con aseguramiento de su lugar de origen, dificultad de acceso constante a unos ingresos

mínimos que permitan satisfacer necesidades básicas, baja escolaridad, así como graves afectaciones en su salud mental por estrés postraumático, debido a la situación relacionada con su hecho victimizante, por lo general asociada con desplazamiento forzado.

Población Habitante de Calle

Tunjuelito es una localidad de bajo impacto del fenómeno de la habitabilidad en calle. Los cambuches en suelén estar ubicados en las fuentes hídricas de la localidad. Los barrios con presencia de cambuches son Tunjuelito, San Carlos, Nuevo Muzú, Tunal, Isla del Sol y Tejar de Ontario. Los barrios Venecia y San Vicente son lugares de tránsito para los y las CHC; incrementado su presencia los días lunes, miércoles y viernes en las horas de la noche debido a la recolección de Basuras.

Dentro de los factores de permanencia se encuentran: Cuentan con Redes Familiares y Sociales, Fácil acceso a Alimentación y suplencia de necesidades básicas (como la zona de comercio), posibilidad de Ingresos Económicos (Zona de Comercio e Industrial, y facilidad de reciclaje por diversas bodegas de acopio), fácil acceso a SPA.

En el CENSO de 2011, realizado por la SDIS, se identificaron en Bogotá 9614 CHC, para la localidad de Tunjuelito, se censaron 91 ciudadanos habitantes de calle, que corresponde al 0,95% del total de la población censada. (VI Censo Habitantes de Calle Bogotá D. C. 2011- SDIS)

En cuanto a la cobertura por el Programa Territorios Saludables: Se encontraban caracterizados 110 ciudadanos habitantes de calle (F-45, M-65). Fuente APS –Línea, con corte a abril de 2015, individuos activos 71 ciudadanos habitantes de calle (F-30, M-41).

Personas en Ejercicio de Prostitución

La prostitución o personas en ejercicio de prostitución son identificadas como aquellas que desarrollan en el momento de establecer relaciones sexuales en un intercambio de algo, este puede ser dinero, un bien o un servicio.

Dentro de la localidad sexta de Tunjuelito, se identifican dos zonas de prostitución en los territorios de Venecia y Tunjuelito, en donde en su totalidad las personas que ejercen la actividad sexual se identifican dentro de la identidad de género femenina, a diferencia de aquellas denominadas como personas vinculadas (Camareras/os, porteros/as, meseras/as, entre otros) quienes en un 70% se identifican desde la identidad sexual masculina y el 30% restante femenina, de igual manera las Mujeres en ejercicio de prostitución en la localidad de Tunjuelito oscilan entre las etapas de ciclo vital juventud y adultez

Así también se identifica el contexto psicosocial directo e indirecto del ejercicio de prostitución, el cual se conforma al interior de los establecimientos, con mínimas garantías de bienestar, proceso de salubridad riesgosa, la no identificación de prácticas protectoras en salud y actividades clandestinas; al igual que las afectaciones en salud mental que se trasladan a los contextos familiares.

Así mismo se identifica que esta población se encuentra en alta vulnerabilidad frente a presentar VIH/SIDA, ITS, embarazos no planeados, cáncer de cuello uterino, violencia sexual, violencia de género, maltrato y abuso entre otros; esto debido a factores psicosociales que aumentan la probabilidad de riesgo y mínima prevención.

Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Transgénero e intersexuales (LGBT)

En la localidad y gracias a las acciones sectoriales, interinstitucionales e intersectoriales se han visibilizado un aproximado de 170 personas de los sectores LGBTI, (Dato aproximado registrado en listados de asistencia a actividades sectoriales y transectoriales, ficha SIRBE, bases desde las referencias locales LGBTI, así como en conversatorios poblacionales en la mesa local LGBTI) de los cuales un cerca del 24% viven en la localidad, el 76% restante es población flotante, vinculados/as a la localidad, ya sea por que estudian, trabajan y/o hacen parte de una organización social; Estas personas se encuentran en su gran mayoría en la etapa de ciclo vital juventud, seguida de adultez, vejez y un mínimo porcentaje en infancia.

El hospital Tunjuelito en el marco del programa territorios saludables según bases, ha realizado acciones con 28 personas de los sectores LGBTI, de los cuales su prevalencia está enmarcada en la identidad de género masculina, seguida de la femenina y Transgénero de igual manera se observa que la gran mayoría de personas que participan en las acciones tienen orientación sexual Homosexual-Gay, seguido de Homosexual-Lesbiana y en un mínimo porcentaje personas bisexuales.

Cabe resaltar que como barrera para la veracidad del dato dentro de la identificación, caracterización e intervención de las personas de los sectores LGBTI, se encuentra la falta de la variable de orientación sexual en algunos de los formatos de caracterización e identificación así como la inexistencia de la variable en las bases, lo cual no permite registrar las orientaciones sexuales, desde la diversidad sexual, generando que si bien un minino porcentaje de profesionales registran a las personas desde su sexo biológico, orientación sexual e identidad de género enmarcado en la diversidad sexual, estas personas no quedan

identificadas como Lesbiana, Gay o Bisexual, sino únicamente como Hombre-Mujer-Transgénero, teniendo en cuenta que tampoco se hace uso de la casilla Intersexual.

1.2.1.3. Indicadores Demográficos

Para el año 2014, el índice de masculinidad, indicador de distribución por sexo de la población, es de 98 hombres por cada 100 mujeres; al nacer es de 110.15, es decir nacen más hombres que mujeres y se mantiene así hasta la edad de 29 años, a partir de ahí disminuye; en la UPZ Venecia es 95,24% y en la UPZ Tunjuelito 106%.

Razón niño-mujer, por cada 100 mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años hay 28 niños y niñas entre 0 y 4 años; Índice de infancia, por cada 100 personas 23 correspondían a población menor de 15 años; al comparar el indicador en los años 2005 – 2013 y 2015 se observa disminución de la población infantil; Índice de juventud, por cada 100 habitantes, 25 tienen entre 15 y 29 años, comportamiento confirmado por el índice de Friz que representa la relación entre la población menor de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto a la población entre los 30 y los 49 años, el cual en el 2014 es 110.4, cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida; lo cual indica que la población en la localidad Tunjuelito es joven pero está envejeciendo progresivamente.

Tabla 4 Indicadores Demográficos, Localidad Sexta Tunjuelito, 2005-2013- 2015

Índice Demográfica	Año		
	2005	2014	2015
Población total	202.342	200.725	200.048
Población Masculina	99.195	99.411	99.269
Población femenina	103.147	101.314	100.779
Relación hombres: mujer	96,17	98,12	99
Razón niños: mujer	30	28	28
Índice de infancia	28	23	23
Índice de juventud	28	25	25
Índice de vejez	6	8	8
Índice de envejecimiento	21	34	36
Índice demográfica de dependencia	50,30	45,76	45,72
Índice de dependencia infantil	41,45	34,20	33,90
Índice de dependencia mayores	8,85	11,55	12,06
Índice de Friz	129,50	110,40	108,64

Fuente: DANE – SDP, Proyecciones de población para Bogotá D.C., y localidades 2005-2015

El índice de dependencia demográfica muestra un descenso en los últimos años. En el 2005 de cada 100 personas entre 15 y 64 años dependían 50,3 personas menores de 15 años o mayores de 65 años, en el año 2014 el número de dependientes es de 45,76. De forma diferente, se observa la dependencia de las personas mayores que ha aumentado pasando en el 2005 de 8,85 a 11,55 en el 2014.

Tabla 5 Tendencia indicadores demográficos Localidad Tunjuelito 2010 a 2014

Indicador	2010	2011	2012	2013	2014
Tasa Bruta de natalidad	16,2	15,4	14,5	14,6	13,9
Tasa General de fecundidad	46,1	43,9	41,7	42,3	40,4
Tasa Global de fecundidad	1,9	1,8	1,7	1,8	1,7
Tasa Bruta de Mortalidad	4,1	3,8	4,5	3,8	ND

Fuente: DANE – SDP, Proyecciones de población para Bogotá D.C., y localidades 2005-2015, Fuente NV 2003-2014: - Bases de datos SDS- RUAF ND. Preliminares -Sistema de estadísticas Vitales SDS-ADE.

Durante el 2014 se registraron 2783 nacimientos, en mujeres residentes en la Localidad, para una tasa bruta de natalidad de 13,9 nacimientos por 1000 habitantes; en la tabla 5, se observa como ha presentado una tendencia a la disminución de nacimientos; sin embargo, la tasa general de fecundidad, que analiza la natalidad en el grupo de mujeres en edad fértil presenta aumento representativo en el año 2014. La tasa global de fecundidad indica que las mujeres en edad fértil en la localidad tienen un promedio entre 1 y 2 hijos mostrando disminución, se aclara que en este análisis se incluye el grupo de mujeres de edad de 10 a 14 años pues también presentan nacimientos.

Las tasas específicas muestran la tasa más alta de nacimientos por cada 1000 mujeres en capacidad de procrear en las edades de 20 a 29 años (190 nacimientos por cada 1000 mujeres este grupo de edad).

En la Localidad Tunjuelito, según la Secretaría Planeación Distrital, en el período 2010-2015, se encuentra una migración neta de -12853, para una tasa neta de migrantes de -12,787, es decir que emigraron de la localidad 12,8 por cada 1000 habitantes.

La esperanza de vida al nacer “indica la cantidad de años que viviría un recién nacido si los patrones de mortalidad vigentes al momento de su nacimiento no cambian a lo largo de la vida del infante” (1). Para la localidad Tunjuelito, según proyección de población del DANE en el periodo 2010-2015 es de 73,48 años (Gráfica 2); comparado con el dato de Bogotá para el mismo período es menor por dos años y medio y al desagregar este indicador por sexo, las mujeres viven en promedio 7 años más que los hombres

Gráfica 2 Esperanza de vida al nacer por sexo Localidad Tunjuelito. 2010-2015.



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

1.2.2. Contexto Socioeconómico Localidad VI Tunjuelito

1.2.2.1. Indicadores Socio Económicos

Viviendas y Hogares

En el año 2014, de acuerdo con la Encuesta Multipropósito de Bogotá 2014, la Localidad cuenta con 60.314 viviendas en las que se localizan 61.052 hogares lo cual representa un aumento de 1.6 puntos porcentuales comparado con el año 2011, esto da una relación de 1,012 hogares por vivienda. En la localidad Tunjuelito, el promedio de personas por hogar en el 2011 fue de 3,57 y para 2014 éste disminuyó levemente con 3,33. Lo anterior muestra que se aumentó el número de hogares por lo que no se observan modificaciones significativas de esta relación en el 2014 frente al 2011. (DANE Alcaldía de Bogotá, 2015)

Población por Estrato Socioeconómico:

Los hogares en la Localidad en el año 2014 están constituidos en general por 4 personas y 13,4% por una persona, lo que es 6 puntos porcentuales más que en el 2011. Los hogares nucleares, es decir aquellos que son biparentales (hogares compuestos por ambos cónyuges con o sin hijos) o monoparentales (hogares compuestos por uno de los padres y sus hijos), en la Localidad constituyen el 63.5% con disminución ligera frente a la proporción mostrada en el 2011 (65.3%). Según el tipo de tenencia de vivienda, se encuentra que la vivienda en arriendo se mantiene entre el 2011 y el 2014 pasando de 53.6% a 52,8%; a pesar de esto, la Localidad Tunjuelito es la cuarta en el Distrito Capital con mayor proporción de viviendas en arriendo, después de los Mártires, La Candelaria y Puente Aranda. La proporción de hogares que se mudan de barrio para mejorar vivienda o localización en la Localidad Tunjuelito, en los últimos 3 años pasó de 32,1 en el 2011 a

47,6 en el 2014, esto muestra la gran rotación de vivienda de la población en la Localidad, que ocupa el 6 lugar con mayor cambio de barrio en el Distrito Capital.

Por tipo de vivienda se encuentra en el año 2014 que el 76,1% son apartamentos, lo cual aumentó en 11 puntos porcentuales respecto al año 2011, Tunjuelito es la cuarta Localidad del Distrito con este tipo de vivienda, así como con viviendas con problemas de humedad en paredes, pisos o techos en el 35,8%, aunque este problema disminuyó comparado con el 2011 cuando era el 45,3%.

El déficit cuantitativo de viviendas en la localidad corresponde a la cantidad de viviendas que la sociedad debe construir o adicionar al inventario para que exista una relación uno a uno entre las viviendas adecuadas y los hogares que necesitan alojamiento. El porcentaje de hogares con carencias cuantitativas en la localidad Tunjuelito en el 2014 fue de 3,4%, lo cual representa una disminución frente al 2011 cuando era de 6,5%.

De acuerdo con la encuesta Multipropósito Bogotá 2014, la Localidad VI Tunjuelito tiene una cobertura de 100% de los servicios acueducto, alcantarillado y recolección de basuras, la energía eléctrica, sin embargo, en el 2014 el 11,3% de los hogares presentaron los cortes y suspensiones del servicio de energía eléctrica lo cual fue mayor que en el 2011 cuando fue el 8,5%; en cuanto a gas natural el 95,5% de los hogares cuentan con este servicio; el servicio con menor participación es el de telefonía fija con 54,8% y la cobertura de internet aumentó de 34,9% a 51,1%. Los gastos promedio en servicios públicos aumentaron en la localidad en 7% durante el año 2014.

Tabla 6 Distribución de Estrato Socio-Económico de la Población, Viviendas y Hogares, por UPZ. Localidad Sexta de Tunjuelito año 2011

LOC / UPZ	UNIDAD DE MEDIDA	ESTRATO				
		Sin estrato	Bajo-Bajo	Bajo	Medio-Bajo	Total
Loc. Tunjuelito	Población	2555	0	116068	83220	201843
	Viviendas	239	0	27769	21160	49168
	Hogares	287	0	35405	25449	61141
UPZ Tunjuelito	Población	1166	0	53166	3121	57453
	Viviendas	6	0	11775	692	12473
	Hogares	9	0	16257	955	17221
UPZ Venecia	Población	1389	0	62902	80099	144390
	Viviendas	233	0	15994	20468	36695
	Hogares	278	0	19148	24494	43920

Fuente: DANE - Proyección de población de Bogotá por localidades 2005-2015, SDP – 2011

En relación con problemas alrededor de las viviendas se encuentra que la inseguridad en la Localidad se mantiene alta esta proporción con 81,4%, mostrando leve disminución frente al año 2011 que presentó 82.4%, siendo la cuarta localidad con mayor percepción de inseguridad en el Distrito, después de Rafael Uribe Uribe, los Mártires y Usme.

La localidad Tunjuelito es la tercera en el Distrito con menor acceso a parques o zonas verdes, pues solo el 49,2% de los hogares gastan menos de 10 minutos. En Bogotá, la jefatura de hogar ejercida por mujeres aumentó en todos los estratos socioeconómicos pero especialmente en los estratos 1 y 2, (el criterio para definir quién es el jefe o la jefa del hogar está a menudo determinado por aspectos como la persona de mayor edad, su aporte económico al hogar, su liderazgo para tomar decisiones, entre otros). (1). La Localidad Tunjuelito es la tercera en el Distrito con menos proporción de jefatura de mujeres con el 36,3%.

Educación

Analfabetismo

Para el año 2014, el 98,2% de la población mayor de 15 años, en la localidad Tunjuelito, sabe leer y escribir, al discriminar por sexo se encuentra el 48.7% son hombres y 51.3 mujeres, por lo que se encuentra menos del 2% de analfabetismo, siendo coherente el estrato que se maneja en la localidad.

Asistencia Escolar

En los últimos 5 años la población en edad escolar - PEE en la localidad Tunjuelito ha ido disminuyendo progresivamente siendo en el año 2014, 38.637 personas, que constituyen el 2,6% de participación de la población en edad escolar de Bogotá. Al incluir población de 3 a 5 años se aumenta a 45.689. Es de aclarar que esa población aumenta pues la PEE son los niñas, niños y adolescentes entre los 5 y 16 años a quienes constitucionalmente les asiste y cobija el derecho a acceder a la educación, y que por tanto solicitan o deberían solicitar cupos en el sector educativo oficial y no oficial. Sin embargo existe población que se encuentra fuera de este rango de edad, extra-edad, que también demanda cupos en el sistema educativo. (Secretaría Distrital de Educación, 2013)

Respecto a la Jornada única, cuyo objetivo es aumentar a 50 los centros de interés donde se amplían más tiempos para mayores aprendizajes, para la Localidad Tunjuelito se cuenta con 12 colegios vinculados; durante el 2014, se avanzó en la transición a jornada única, es decir con 40 horas de clase semanales, en el colegio Bernardo Jaramillo en su sede C. (Veeduría Distrital, 2015)

La demanda efectiva del servicio educativo oficial corresponde a la población que *solicita* un cupo escolar en el sistema educativo administrado por el sector público, conformada de la siguiente manera: Número de estudiantes antiguos que se promocionan al siguiente grado escolar, estudiantes antiguos repitentes, Número de estudiantes nuevos que

solicitan un cupo, la demanda efectiva en la localidad disminuye para el año 2013 a 38.935 que constituye el 4,1% de participación de la demanda del sector oficial en la localidad respecto al total de Bogotá. Tunjuelito cuenta con 12 colegios oficiales con 26 sedes, 2 colegios por contrato para un total de 14 colegios y 28 sedes; con una oferta educativa total de 42.386 cupos, que corresponde al 4% de participación del total de la oferta de Bogotá, con un superávit de 3451 cupos.

En Cuanto a inclusión, el 2013 se matricularon 404 PEE, de los cuales 204 tenían deficiencia cognitiva (retardo mental), 71 sordera profunda, discapacidad múltiple 26, hipoacusia 23, lesión neuromuscular 22. Población víctima del conflicto armado se matricularon 1259. Matrícula sector no oficial en Tunjuelito fueron 22.440 mostrando aumento frente a los 3 años anteriores, con una participación del 3,7%, similar al de Teusaquillo y Puente Aranda. La Tasa de Cobertura Bruta para el total Bogotá en el año 2013 fue de 97,21% y para la localidad Tunjuelito fue 147,49, que representa la proporción de la Población en Edad Escolar Matriculada en un colegio oficial o privado para ese año. Se asignan cupos a estudiantes de localidades vecinas como Ciudad Bolívar y Usme.

Al analizar los resultados de asistencia escolar en la Localidad Tunjuelito, se encontró disminución, pasando de un 33,1% de personas de cinco o más años que estudiaban en el año 2011, a 31,1% de personas del mismo grupo de edad que se encontraban estudiando en el año 2014. Se evidenciaron mayores porcentajes en asistencia escolar en este año en personas de 16 a 17 años, pero no en mayores de 18 lo cual muestra la persistencia de la dificultad en el acceso a educación superior para los jóvenes de la Localidad. (DANE Alcaldía Distrital de Bogotá, 2015)

Aseguramiento

En relación con el aseguramiento, en el año 2014 se registran 191.335 (94.2%) afiliados y 11.461 (5.6%) personas no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS en la Localidad. La afiliación al régimen contributivo constituye el 70.4%, aproximadamente de la población de la localidad Tunjuelito, 25.9% al régimen subsidiado y 3,5% afiliados al régimen especial.

Tabla 7 Aseguramiento, por Régimen de Afiliación. Localidad Sexta de Tunjuelito año 2014

LOCALIDAD	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO (estimado)	RÉGIMEN ESPECIAL (estimado)	RÉGIMEN SUBSIDIADO	NO AFILIADOS Encuestados SISBEN	No identificados (estimado)
06. TUNJUELITO	105.097	6.770	49.495	11.461	349
BOGOTÁ	4.956.739	191.014	1.665.981	455.487	32.348

Fuente: Contributivo BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2014. Subsidiado BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2014. Maestro Subsidiado SDS, corte 31 de diciembre de 2014. Base de datos SISBÉN certificada DNP, octubre de 2014 (vigente a 31 de diciembre de 2014). Proyección población DANE a 2014.

Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)

Este indicador tiene el objetivo de captar la disponibilidad y el acceso a los servicios básicos a partir de cinco condiciones: Vivienda inadecuada, hacinamiento crítico, servicios inadecuados, alta dependencia económica, inasistencia escolar. Así, si un hogar presenta al menos una de las condiciones definidas se considera como pobre o en miseria por NBI, si presenta al menos dos de esas condiciones.

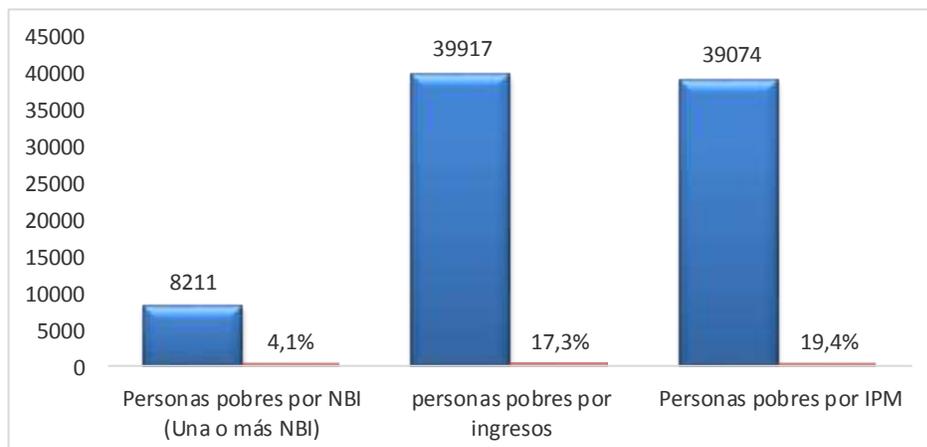
De acuerdo con la Encuesta Multipropósito de Bogotá 2014, la localidad Sexta Tunjuelito, cuenta con 275 personas en vivienda inadecuada (0,1%), 3004 personas en hogares con hacinamiento crítico (1,5%), 93 (0,6%) niños entre 7 y 11 años con inasistencia escolar, 3805 (1.9%) personas con alta dependencia económica, 7611 (3.8%) personas pobres por NBI (Una o más NBI), 601 (0.3%), personas en miseria (Dos o más NBI). El índice de inasistencia escolar pen la Localidad Tunjuelito aumentó, siendo una de las tres (Santafé, San Cristóbal) en que hubo un incremento. Gráfica 4

El Índice de GINI, es una medida de concentración que muestra el grado de desigualdad de la distribución del ingreso o la desigualdad de la riqueza en una región, toma valores de 0 a 1, donde 0 representa equidad en la distribución de ingresos y 1 la mayor desigualdad en los ingresos. No permite identificar el bienestar o las condiciones de vida de la población comparada con las de otras poblaciones, ni cómo se concentra el ingreso. De acuerdo con el Centro de Estudios Económicos Regionales del Banco de la República, el coeficiente GINI en la Localidad Tunjuelito, calculado con base en la Encuesta Multipropósito de Bogotá 2011, es de 0,42 lo cual muestra desigualdad en el ingreso o distribución de riqueza en la población de la Localidad, lo cual puede tener explicación en las diferencias socioeconómicas entre los Territorios Tunjuelito y Venecia frente al Territorio Tunal, dadas por los diferentes determinantes sociales de salud presentes.

El Índice de Calidad de Vida aumentó en la Localidad Tunjuelito para el 2014 comparado con el 2011, los factores que determinaron este incremento fueron los puntajes de capital social básico que paso de 33% en el 2011 a 33.3% en el 2014, acumulación colectiva de bienes pasa de 17.2% a 17.6% y acumulación individual de bienes materiales pasa 12,5% a 12,6%, para un total de 90,7%.

El índice de Desarrollo Humano Urbano (IDHU), de acuerdo con las Naciones Unidas (IDHB 2008) muestra que la mayor desigualdad se presenta en la dimensión propiamente urbana del IDHU, tiene tres componentes: ingreso, educación y mortalidad infantil. En Bogotá las mayores desigualdades se presentan en los aspectos relacionados con la segregación socio-espacial y con el acceso a los bienes (nivel de escolaridad del jefe del hogar, condiciones de hacinamiento del hogar, tiempo y distancias de desplazamiento, nivel de ingresos entre otros). El IDHU de la Localidad Tunjuelito es 0,77 es menor al de Bogotá (0,88)

Gráfica 3 Indicadores de Pobreza. Localidad Tunjuelito. 2014



Fuente: DANE-SDP. Encuesta Multipropósito de Bogotá 2014

De acuerdo con la gráfica anterior, la Localidad Tunjuelito presenta disminución de la proporción de pobres por ingresos que es de 17,3 en el año 2014 y 19,8 en el año 2011; en el año 2014 se registran 19,4% personas pobres por índice de pobreza multidimensional, que refleja las carencias o privaciones en las condiciones básicas que requieren los hogares de una sociedad para alcanzar el bienestar (condiciones educativas, acceso a servicios a primera infancia, trabajo infantil, desempleo de larga duración entre otras)

El 58% de los hogares de la Localidad opinan que su situación de vida es mejor en el 2014 con respecto al que tenían 5 años atrás.

Relaciones de Consumo

En Colombia, para el cierre del año 2011, en promedio, la tasa global de participación (TGP) fue 63,7%, la tasa de ocupación (TO), 56,8% y la tasa de desempleo (TD), 10,8%. La tasa de desempleo disminuyó 1,0 punto porcentual con respecto al año anterior, al ubicarse en el 11,8%5. Para el año 2011, según los resultados de la Encuesta Multipropósito para Bogotá, se observa que la TGP fue del 63,4%, la TO del 58% y la TD del 8,6%. En la localidad la Tasa Global de Participación (TGP) es 61,1%, es decir que 61 de 100 personas en edad de trabajar están trabajando o buscando trabajo. Gráfica 3. Respecto a las otras localidades de la ciudad ocupa el lugar 3 entre las que tienen menor tasa global de participación.

Tasa de Ocupación (TO): corresponde a la proporción de la población en edad de trabajar que se encuentran ocupada. En la localidad es 56,1%, es decir de cada 100 personas en edad de trabajar, trabajó al menos una hora remunerada o no remunerada en la semana. Entre las localidades de la ciudad ocupa el lugar 5 con menor tasa de ocupación. Tasa de Desempleo (TD): corresponde a la proporción de la población económicamente activa que

se encuentra sin empleo. Para la localidad la tasa es de 8.2%, colocándose en el puesto séptimo entre 19 localidades de Bogotá.

Gráfica 4. Indicadores del mercado laboral. Localidad Tunjuelito. 2011



Fuente: DANE-SDP. Encuesta Multipropósito de Bogotá 2011

1.2.3. Priorización de UPZ Críticas

UPZ 62 TUNJUELITO:

La UPZ 62 Denominada Tunjuelito corresponde al Territorio Saludable con el mismo nombre, se encuentra ubicado al suroriente de la localidad y esta delimitado así: Por el norte con la Avenida Ciudad de Villavicencio, por el oriente con la Avenida Caracas - carretera a Usme; al sur con la los límites de la localidad Usme –Tunjuelito y al occidente con las estribaciones del Río Tunjuelito, cuenta con una extensión aproximada de 385,16 hectáreas.

Proceso Socio Histórico

Condiciones de las viviendas y habitabilidad:

La UPZ 62, Tunjuelito tiene unas características particulares del uso del suelo, predomina el uso residencial, diferenciando estratos socioeconómicos 2 y 3 mayoritariamente. De igual manera el desarrollo de actividades económicas se desarrollan dentro de las viviendas ya que la infraestructura arquitectónica hacen posibles la combinación de los dos tipos para el uso del suelo: residencial, así como para actividades de comercio y servicios clasificados como actividad económica limitada (comercio y servicios profesionales de escala vecinal)¹¹ o usos industriales de bajo impacto.

Además de las áreas de actividad residencial, se debe destacar la presencia de áreas industriales (principalmente curtiembres), ubicadas en el límite occidental de la localidad, junto al río Tunjuelito. La ocupación de poblaciones sobre barrios cerca de la ronda del río Tunjuelito, sumadas a la deficiencia de alcantarillado de aguas lluvias y negras acentúan los riesgos sobre la salud de las personas que allí habitan. Estas particularidades evidencian situaciones determinantes para sus condiciones de vida relacionadas con la ocupación del suelo, están ligadas a unas características ambientales residuales industriales, las cuales alteran los causes normales del río Tunjuelito, ocasionando en

épocas de invierno inundaciones bajas al occidente de la localidad; así mismo, las condiciones fitosanitarias de dichos vertimientos de aguas se asocian con factores de contaminación tales como:

Contaminación por vertimientos.

En la localidad los problemas ambientales generados por vertimiento de los residuos sólidos provenientes de las industrias y que son vertidos al río Tunjuelo, constituyen un riesgo inminente, que se suma a la cercanía del Relleno sanitario Doña Juana y a la mala costumbre de los habitantes de la comunidad de botar las basuras a los cuerpos de agua. Tunjuelito cuenta a su vez con la quebrada Chiguaza que nace en los cerros orientales de la Sabana de Bogotá y recorre una extensión de 10,3 kilómetros, tres de los cuales pasan por la localidad en los barrios Abraham Lincoln y Tunjuelito. Las quebradas Las Mercedes, La Morales y Puente Colorado desembocan en la Chiguaza y son su principal fuente de contaminación. La Chiguaza recibe aguas negras y lluvias, basuras, desagües y residuos de arenas lavadas y químicos de curtiembres provenientes de las localidades de San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe y Tunjuelito, que finalmente desembocan en el río Tunjuelito. Esto hace que la Chiguaza en la actualidad sea reconocida como una de las quebradas más contaminadas de la zona.

El Relleno Sanitario Doña Juana presenta de las causas de la contaminación del río es el mal trato de los desechos producidos por el relleno sanitario Doña Juana, lo que evidencia la falla en el servicio del Distrito, por no haber dado el manejo adecuado a los residuos sólidos ni a los lixiviados, por esto fueron afectadas más de 32 hectáreas de suelos en una parte de la ciudad, lo que causó una gran contaminación al río. La carga para el medio ambiente es muy fuerte, y esto obliga a un tratamiento complejo y altamente tecnificado de los lixiviados que para el relleno Doña Juana supone al menos 20 pasos entre la medida del caudal del lixiviado hasta su vertimiento al río Tunjuelito.

Contaminación atmosférica.

En el territorio de Tunjuelito se observan concentraciones elevadas de contaminantes, según datos registrados por la Red de Monitoreo de Calidad del Aire. Según datos de la Secretaría Distrital de Ambiente, en la localidad, más precisamente en esta zona se registran concentraciones máximas de los contaminantes PM10, SO₂, NO₂ y O₃. En especial, las concentraciones de PM10 y O₃ (ozono) alcanzan magnitudes que incluso superaran la norma - Contaminación por ruido. Entre las fuentes de contaminación por ruido, se cuentan el tráfico automotor, la actividad comercial, y los establecimientos de distracción (discotecas, bares, entre otros). En la UPZ de Tunjuelito, los mayores focos de contaminación por ruido se ubican en las zonas de alto tráfico vehicular, como la Av. Caracas, la Av. Ciudad de Villavicencio, a la zona comercial del barrio San Carlos, las vías de acceso a los barrios, las plazas de mercado y la Escuela de Artillería.

Contaminación por químicos.

Las principales sustancias o elementos químicos que pueden afectar la salud de los habitantes y trabajadores de la localidad, son los metales pesados empleados en los procesos de elaboración del cuero como el plomo, el cromo y el mercurio, que están presentes en el parque industrial de San Benito donde se lleva a cabo la curtiembre. Otros químicos utilizados en la tintura del cuero son: colorantes como tanino, solventes volátiles (alcanfor, benceno) y ácidos como el sulfúrico. La Secretaría de Salud del Distrito considera que todos estos productos químicos son utilizados durante los procesos de

curtición en la zona industrial, siendo factores de riesgo para la salud de aquellas personas que tienen contacto directo durante el proceso productivo, lo mismo que para la población circundante que tiene contacto a través de los gases que salen al medio ambiente, y por los residuos que contaminan las aguas del río Tunjuelito, afectando la demanda bioquímica de oxígeno (DBO), con todos los efectos negativos del ecosistema hídrico, los cultivos y diferentes actividades donde se requiere el uso de esta agua.

El mal manejo de la seguridad industrial, los malos hábitos de los trabajadores y la falta de conocimiento, aumentan el riesgo de contaminación para sus familiares, pues llevan a la casa sus elementos de trabajo (ropa, casco, zapatos, etcétera) que están contaminados. Así mismo, las actividades extractivas contribuyen a la erosión y desestabilización de los terrenos, agravando igualmente los problemas ambientales de la localidad.

Posición ocupacional e ingresos

Los niveles de ingreso de las poblaciones que habitan este territorio, están dados porque muchos se ocupan en particular como empleados de fábricas, empleados domiciliarios, amas de casa, algunos son profesionales, otros se dedican al comercio independiente e informal, así como actividades que no son permanentes lo que no posibilita la generación de ingresos de manera estable. Los niveles de ingreso no superan el promedio de uno a dos salarios para el sostenimiento de las familias teniendo en cuenta que muchas son compuestas y aproximadamente entre 5 y 6 miembros que las componen. Tunjuelito tiene el 64% de su población habitando en viviendas estimadas clasificadas en estrato 2 y el 35% de la población habita en viviendas en estrato 3. En torno a la tenencia de las viviendas, la mayoría de las personas son arrendatarias con un porcentaje de familias que tienen acceso a la vivienda en calidad de propietarios, como se menciona muchos disponen de la vivienda para usos comerciales lo que de cierta manera garantiza algunos ingresos económicos extra.

Frente a puntos críticos se identificaron básicamente:

- Limitación de espacios culturales para el desarrollo de los y las residentes que afecta directamente los barrios de San Benito, San Carlos Abraham Lincoln y Tunjuelito.
- Parque “El hoyo” se identifica como un punto crítico a causa del expendio y consumo de SPA y las características de inseguridad que reporta la comunidad.
- Parque “San Benito” reporta consumo de SPA, aglomeración de barras futboleras y grupos juveniles.
- Narcomenudeo y consumo SPA calle 58 sur, en donde se ubican expendios de drogas. Puente Av. Meissen con presencia de recicladores.
- Presencia de personas con Discapacidad en la Kra 16 sur, sin ningún vínculo familiar, ni patología relacionada.

UPZ 42 VENEZIA

La Upz Venecia se encuentra ubicado al nororiente de la localidad: limita por el norte con la Av. del Sur o Autopista sur bordeado por las localidades de Kennedy y Puente Aranda; Al Oriente con la Escuela General Santander, Calle 47 sur, Urbanización El Tunal y límites de la Localidad de Rafael Uribe Uribe, al sur con la Av. Ciudad de Villavicencio y cercanías con la UPZ Tunjuelito y al Occidente con la localidad de Ciudad Bolívar. Río Tunjuelito.

Las condiciones de estratificación de la población que habita en este territorio corresponden a los estratos 1, 2 y 3 equivalentes al 61% del total de habitantes de la localidad.

Las condiciones de la vivienda describen unas particularidades de ocupación y el uso del suelo, que durante las últimas décadas han sufrido cambios y transformaciones urbanísticas y dotacionales para la localidad y el centralidad circunvecina Danubio Rio Tunjuelo. Lo que a su vez tiene fuerte incidencia sobre las dinámicas en esta localidad, dadas una serie de directrices principales para su desarrollo particularmente en la integración de acciones para los equipamientos de escala urbana. Los procesos de ocupación y de construcción de barrios en especial orientadas hacia el modelo territorial propuesto para el área urbana de cara a una estructura constituida por sistemas generales.

Las viviendas poseen unas características particulares a las dinámicas de construcción y de habitabilidad de cada uno de los sectores, principalmente barrios y corredores comerciales, alrededor de las cuales se han consolidado actividades económicas y de oferta de servicios. Estas características de habitabilidad también están sujetas a las principales redes de transporte y de comunicación tales como la avenida Villavicencio y la avenida 68, así como la avenida Caracas, sobre la cual transita gran parte de poblaciones no solo de la upz sino de las demás localidades circunvecinas, ello deteriora la malla vial y produce en algunos casos alta accidentalidad por el flujo vehicular. Así mismo se han desencadenado dinámicas particulares en torno a las relaciones con el medio ambiente por situaciones de contaminación de ruido, por el alto flujo vehicular así como una concentración de otras situaciones relacionadas con la contaminación de fuentes hídricas en cercanías con el ruido Tunjuelo. La presencia sobre las condiciones de habitabilidad está relacionada con grandes industrias como Colmotores, Frigorífico Guadalupe, las canteras y el relleno de Doña Juana, lo que incide sobre aspectos relevantes del bienestar. En la UPZ de Venecia los mayores focos de ruido, se ubican en las zonas de alto tráfico vehicular como la Av. 68 y la Av. Boyacá con Autopista Sur, la zona comercial del barrio Venecia y Tunal.

Alguna de la población que ocupa el territorio hace parte de familias en situación de desplazamiento, que llegan a habitar los barrios de la UPZ, particularmente en algunos inquilinatos, en los barrios de isla del sol, el Carmen, San Vicente, San Carlos, Fátima y san Benito. Los procesos de crecimiento de la población en esta UPZ se han marcado a partir de lógicas de transición por la fuerte concentración de actividades comerciales y de oferta de bienes y servicios.

Se identificaron como puntos críticos:

- El sector comercial de Venecia por micro tráfico, consumo de SPA y aumento progresivo de trabajo infantil. Adicionalmente por contaminación acústica y visual.
- El barrio Isla del Sol por aumento de personas desplazadas, prevalencia de discapacidad y aumento de mujeres gestantes y niños-niñas menores de 5 años.
- Inadecuado manejo de residuos sólidos en el Barrio Isla del sol por la disposición de residuos sólidos y escombros en la ronda del río.

El territorio Tunal, esta incluido dentro del la UPZ Venecia. Este sector presenta dinámicas sociales y ambientales bastante diferentes a los del resto de la Localidad Sexta, corresponde a estrato 3. La única presencia económica es la del Centro Comercial Ciudad Tunal que representa el 67%, de la actividad comercial de la Localidad, cuyos propietarios son personas ajenas a la Localidad. Este se constituye en punto de encuentro para los jóvenes y la población de la Localidad y de otras Localidades vecinas como Rafael Uribe Uribe, Ciudad Bolívar y Usme. El mayor riesgo ambiental de este sector es causado por la contaminación auditiva y atmosférica que produce el flujo vehicular que transita por las calles aledañas al centro comercial Ciudad Tunal. Dentro del centro comercial Ciudad Tunal, existen locales de diversión, entidades bancarias y concentración comercial. Lo que hace presumir que se mueve dinero y por esa razón en la zona se presentan robos, atracos y riñas con relativa frecuencia. La respuesta institucional es amplia, cerca del barrio, contando con varios establecimientos educativos de los cuales cinco son distritales y nueve son privados. La mayoría de sus habitantes pertenecen al régimen contributivo.

Se identifican como puntos críticos:

- Callejones externos a los conjuntos residenciales usados por la delincuencia común. - Parque el Tunal, manejo de la calidad del aire.
- Zonas verdes de los multifamiliares usadas para el consumo SPA
- Zonas aledañas a las instituciones educativas usadas para micro trafico, consumo de SPA y por delincuencia común.

CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS

2.1. Perfil Salud Enfermedad

Con el fin de revisar el grado de salud – enfermedad en la localidad Tunjuelito, se tienen en cuenta la mortalidad tanto general como específica, la morbilidad y discapacidad con los análisis desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, así como la identificación de desigualdades e inequidades en salud.

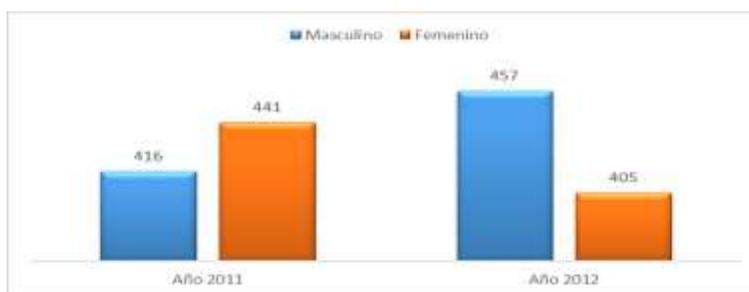
2.1.1. Mortalidad

El análisis de Mortalidad se realiza desde dos ángulos, la mortalidad general y la mortalidad potencialmente evitable.

2.1.1.1. Mortalidad General

En el análisis de mortalidad general se utiliza la última información proveniente del DANE que corresponde al año 2012, de acuerdo con esta fuente ocurrieron 862 defunciones de personas con lugar de residencia en la localidad Tunjuelito, para una tasa bruta de mortalidad general de 427,6 muertes por 100.000 habitantes; al discriminar por sexo, se encuentran 457 defunciones de hombres para una tasa de 459 por cada 100.000 hombres y 405 muertes de mujeres para una tasa de 396,9 por cada 100.000 mujeres; Al revisar las tasas ajustadas por sexo se encuentra que la mortalidad en hombres es un 32% más alta que la de las mujeres.

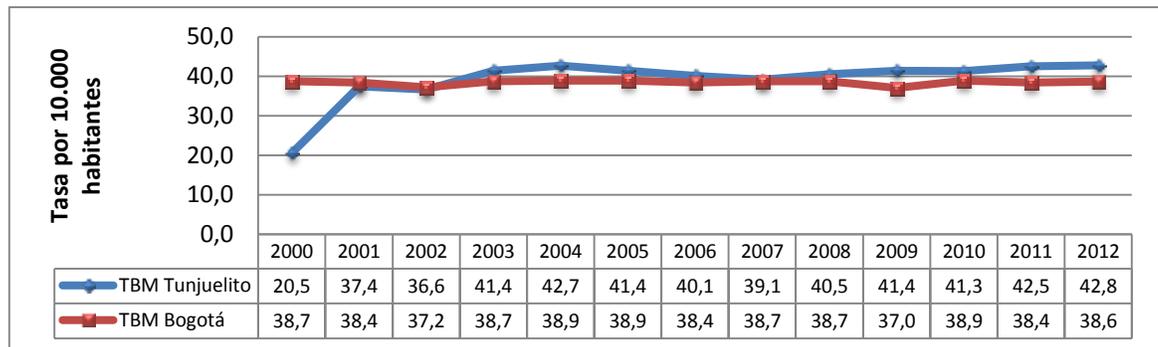
Gráfica 5 Mortalidad General por Sexo. Localidad Tunjuelito. 2011 – 2012



Fuente: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS- Fecha actualización: Enero 2013 (Publicación DANE octubre 31 del 2014)

La localidad Tunjuelito, en el año 2012, es la novena localidad con menor tasa de mortalidad general, la tendencia de la mortalidad en la localidad va en aumento leve y progresivo, y desde el año 2003 permanece superior a la de Bogotá. Gráfica 6

Gráfica 6 Tasa Bruta de Mortalidad. Localidad Tunjuelito, Comparada con Bogotá. 2000-2012



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

Al analizar la mortalidad por grupos de edad, según lo esperado, la mortalidad general se presenta en mayor proporción en las personas mayores de 60 años (68.7%), siendo las enfermedades crónicas las principales causas, con comportamiento similar en los dos sexos; sin embargo, llama la atención que las defunciones en menores de un año aumenta en el año 2012 respecto al año anterior con una proporción que pasa de 3,2% a 4,6% siendo este grupo de edad entre los menores de 5 años el que predomina ya que los niños de 1 a 4 años tienen una proporción 0,5.

La causa de mortalidad más frecuente en los menores de un año son los trastornos respiratorios en un 20%, entre los que la neumonía tiene el 5%; en segundo lugar están las malformaciones, deformidades y anomalías congénitas generales en 15% de los casos, entre las que se encuentran las malformaciones congénitas del sistema circulatorio en 10% de los casos, que disminuye en el año 2012 comparado con el año anterior; llama la atención en tercer lugar, con 10%, la causa Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento que continua afectando más a las niñas, es decir mortalidad potencialmente evitable con adherencia a guías.

En el grupo de 5 a 14 años se observa también aumento de la mortalidad en el año 2012 frente al 2011, pasando del 0,4% al 0,8%, en este grupo de edad se presentan 7 defunciones, 3 en hombres con causas básicas de muerte enfermedad infecciosa intestinal, enfermedad cerebrovascular y malformaciones congénitas, y 4 casos en mujeres con causas de muerte las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas. En el grupo de 15 a 44 años, aumenta la mortalidad en el 2012 en 0,3 puntos porcentuales, es decir permanece casi igual que en el 2011, siendo las principales causas de mortalidad las lesiones de causa externa, agresiones (homicidios) y secuelas (14%), accidentes de transporte de motor (10,5%), enfermedad por VIH - SIDA (7%), predominantes en hombres, así mismo se inicia la presentación de enfermedades cerebrovasculares, isquémicas del corazón; mientras en la mujer se observan más los tumores entre los que el tumor maligno de mama (16%), ocupa el primer lugar, Embarazo,

parto y puerperio es la segunda causa con el 8%, seguida de accidentes de tránsito con el 8%.

Gráfica 7 Mortalidad General por Grupo de Edad. Localidad Tunjuelito. 2011 - 2012



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

En el grupo de 45 a 59 años, adulto maduro, se observa ligero aumento frente al año 2011, con causas de mortalidad más inclinadas hacia las enfermedades crónicas como Enfermedades isquémicas del corazón, Tumor maligno del estómago, Enfermedades cerebrovasculares, tumor maligno de estómago, diabetes mellitus, presentes en los dos sexos de forma similar, excepto las enfermedades isquémicas del corazón que son el doble en hombres que en mujeres. Gráfica 7.

Tabla 8 Años de Vida Potencialmente Perdidos por Grupo de Edad. Localidad Sexta de Tunjuelito Año 2012

GRUPO ETARIO	DEFUNCIONES	AVPP TOTAL	AVPP HOMBRES	AVPP MUJERES
Menores de un año	40	2939	1822	1029
1 a 4 años	4	290	138	145
5 a 14 años	7	479	195	274
15 a 44 años	86	5029	3359	1462
45 a 59 años	133	3788	2181	1310
60 y más años	592	7980	2799	4233
TOTAL	862	20505	10495	8452

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

“El análisis de la carga de la enfermedad muestra el impacto o fuerza letal para la sociedad como consecuencia de muertes a edad temprana, dentro de estas medidas se

encuentran los **Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)** que corresponden a la suma de todos los años que habrían vivido las personas que murieron por una cierta causa si hubieran vivido hasta una cierta edad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)”.

Al revisar los años de vida potencialmente perdidos en el año 2012, por sexo se encuentra mayor representación en los hombres especialmente en el grupo de edad de adolescentes, jóvenes y adultos jóvenes, mientras en las mujeres se presenta en el grupo de persona mayor. Tabla 8.

2.1.2.2. Mortalidad Específica

Mortalidad Tumor Maligno Próstata

La mortalidad por tumor maligno de próstata en la Localidad Tunjuelito ha tenido un comportamiento irregular siendo superior la tasa en la localidad a la de Bogotá en 4 de 5 años. Siendo superior la tasa de la Localidad Tunjuelito en 4% a la de Bogotá, en el año 2012.

Gráfica 8 Mortalidad por Tumor Maligno de Próstata. Localidad Tunjuelito - Bogotá. 2008 - 2012



FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfica.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014)

Mortalidad Tumor Maligno Mama en la Mujer

Gráfica9 Mortalidad por Tumor Maligno de Mama. Localidad Tunjuelito - Bogotá. 2008 - 2012

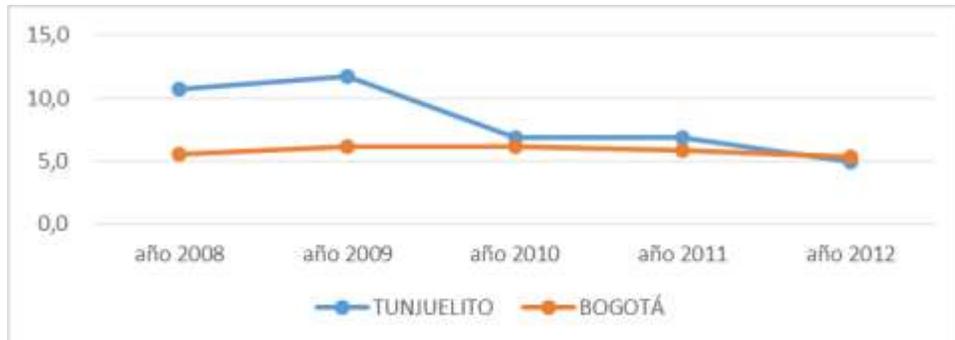


FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfica.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014)

La mortalidad por tumor maligno de mama en la Localidad Tunjuelito presentó un comportamiento inferior al del distrito capital durante los años 2008 a 2011, sin embargo, presentó aumento, siendo superior la tasa en la localidad a la de Bogotá en los años 2011 y 2012. Para año 2012 la tasa de mortalidad por cáncer de mama es de 17,6 por 100.000 mujeres en la localidad Tunjuelito de forma que se producen 5,44 muertes por 100.000 mujeres más en la Localidad Tunjuelito que en Bogotá, es decir que es 0,45 veces más alta en la Localidad.

Mortalidad Tumor Maligno Cuello de Útero

Gráfica10 Mortalidad por Tumor Maligno de Cuello de Útero. Localidad Tunjuelito - Bogotá. 2008 - 2012



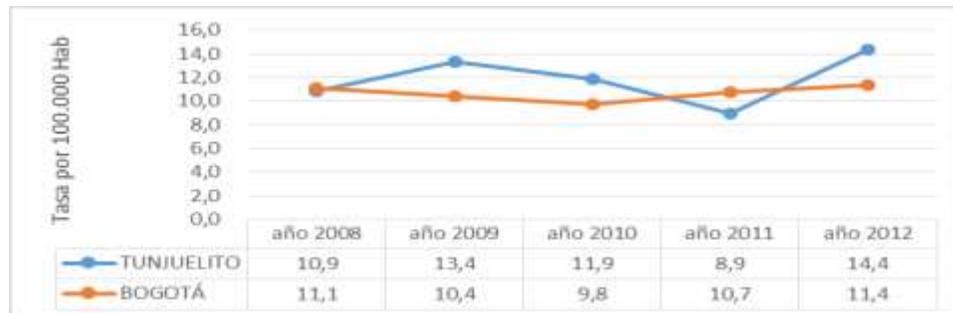
FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfica.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014)

La mortalidad por tumor maligno de cuello de útero en la localidad Tunjuelito ha presentado un comportamiento descendente desde el año 2008, llegando la tasa en el año 2012 a 4,9 defunciones por 100.000 mujeres, es decir 0.4 muertes por 100.000

mujeres menos en la localidad Tunjuelito que en Bogotá, es decir que es 8 veces más alta en Bogotá.

Mortalidad Tumor Maligno Estómago

Gráfica11 Mortalidad por Tumor Maligno de Estómago. Localidad Tunjuelito - Bogotá. 2008 - 2012



FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfica.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014)

La mortalidad por tumor maligno de estómago en la localidad Tunjuelito ha presentado un comportamiento descendente desde el año 2009, llegando la tasa en el año 2012 a 14,4 defunciones por 100.000 habitantes, es decir 3 muertes por 100.000 habitantes menos en la localidad Tunjuelito que en Bogotá, es decir que es 26% más alta en la Localidad.

Mortalidad Enfermedades Infecciosas (A00-A99)

Gráfica12 Tasa de Mortalidad por Enfermedades Infecciosas Localidad Tunjuelito Comparada con Bogotá. 2008 a 2012



FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014)

La mortalidad por enfermedades infecciosas en la localidad Tunjuelito ha presentado un comportamiento ascendente, aunque en el año 2010 presenta un descenso con 4 casos y una tasa de 2 defunciones por 100.000 habitantes, en el año 2012 la tasa es de 5 muertes

por 100.000 habitantes, es decir que la localidad Tunjuelito presenta una tasa de mortalidad por enfermedad infecciosa 41% más alta que en Bogotá. Se producen 1,45 muertes por 100.000 habitantes más en la localidad Tunjuelito que en Bogotá.

2.1.2.3. Mortalidad Materno-Infantil

La mortalidad materna se registra en la siguiente sección de este documento, en la Dimensión del Plan Decenal de Salud, Sexual y Reproductiva.

Mortalidad Perinatal

La mortalidad perinatal, que contempla las defunciones fetales (desde 22 semanas de gestación) más neonatales tempranas (recién nacidos hasta de 6 días), se encuentra entre los indicadores universales tanto de condiciones de vida como de la calidad y acceso a los servicios de salud.

En la localidad Tunjuelito tiende a disminuir en los últimos años, presentando la tasa más baja desde el año 2005; sin embargo, durante el año 2014 se presentan 40 defunciones, para una tasa de 14,2 defunciones perinatales por 1000 nacidos vivos, cumpliendo la meta distrital; sin embargo, es la segunda vez que ésta es mayor a la de Bogotá.

En el año 2014 la localidad ocupa el octavo lugar entre las localidades con mayor tasa de mortalidad perinatal en el Distrito Capital, este evento se distribuye en la UPZ 42 Venecia con el 65% (n=26) y en la UPZ 62 Tunjuelito con el 35% (n=14), pero al revisar la tasa por UPZ se encuentra que la UPZ Tunjuelito presenta la mayor con 22,2 mientras en Venecia es 14,3. La razón de tasas de mortalidad perinatal, Localidad Tunjuelito - Bogotá indica que es mayor en la localidad en 4%, Tunjuelito tuvo 0,52 muertes por 1.000 nacidos vivos más que Bogotá. Gráfica 13.

Gráfica13 Tendencia Mortalidad Perinatal. Localidad Tunjuelito Comparada con Bogotá. 2005-2014



FUENTE 2005-2007: Certificado de defunción - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Definitivos; 2008 al 2010.-Bases de datos DANE-RUAF.-El año 2010 preliminar actualizado 17-07-2012, 2011: Bases de datos SDS y RUAF.- con corte al 31 de diciembre actualizado 09-02-2012; 2012: Bases de datos SDS y RUAF.- con corte al 31 de diciembre actualizado 12-07-2013 FUENTE 2013-2014 : Bases de datos SDS-RUAF-ND , el año 2013 actualizado 31-10-2014-Preliminar. El 2014 actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar

Para identificar si hay diferencia en cómo se presenta la mortalidad perinatal según nivel de pobreza, se encuentra que la localidad Tunjuelito tuvo 1,2 defunciones perinatales por 1000 nacidos vivos más que Teusaquillo, la localidad con menor porcentaje de pobreza en Bogotá. La tasa de mortalidad perinatal de la localidad Ciudad Bolívar (mayor porcentaje de pobreza) es un 0.09% menor que la tasa de mortalidad perinatal de la localidad Teusaquillo (menor porcentaje de pobreza). Diferencia de tasas extremas: La localidad Ciudad Bolívar (mayor porcentaje de pobreza) tiene 1,2 muertes perinatales más por cada 1.000 Recién Nacidos que la localidad Teusaquillo (menor porcentaje de pobreza). El Riesgo Atribuible Poblacional (RAP): Si todas las localidades tuvieran la misma tasa de mortalidad perinatal que la localidad Teusaquillo (menor porcentaje de pobreza) se aumentaría la mortalidad perinatal en 45 muertes por cada 1.000 NV en Bogotá. El Riesgo Atribuible Poblacional relativo: Si todas las localidades tuvieran la misma tasa de mortalidad perinatal que la localidad Teusaquillo (menor porcentaje de pobreza) se aumentaría la mortalidad en un 3,31%. Lo anterior puede tener explicación en que la mortalidad perinatal no solo depende de los ingresos de la población sino que también influyen el estado de salud de la gestante y el acceso a los servicios de salud entre otros.

Mortalidad Infantil

La mortalidad en menores de un año muestra tendencia a la disminución aunque con un comportamiento con picos especialmente en los años 2012 y 2014 cuando se presenta por encima del Distrito, es de anotar que en tres de los últimos cinco años ha estado cerca de la meta distrital de 8 defunciones en menores de un año por 1000 nacidos vivos. Gráfica 7.

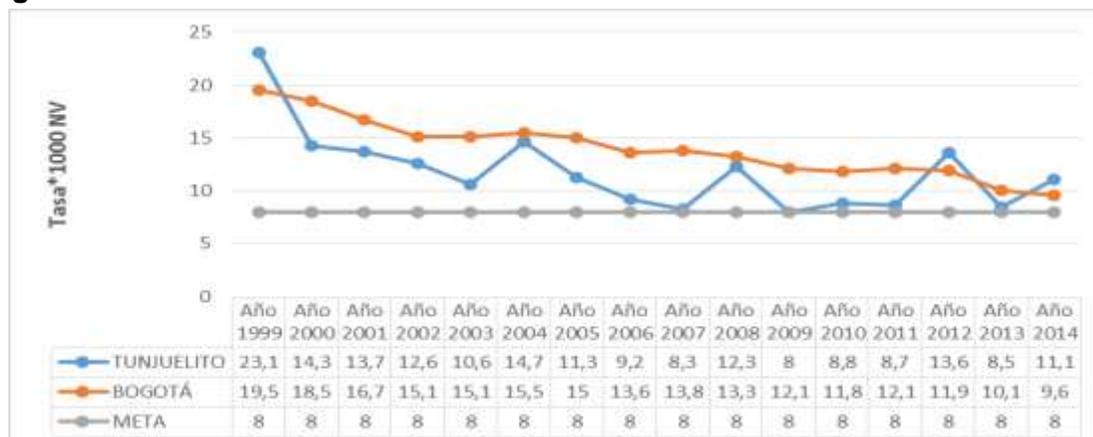
En el año 2014, se encuentran 31 casos para una tasa acumulada de 11,1 defunciones de menores de un año por cada 1000 nacidos vivos, mostrando tendencia a aumentar el evento este año frente al anterior; este año es la segunda tasa infantil más alta de Bogotá después de la Candelaria.

Tunjuelito, durante el 2014 tuvo 1,54 defunciones infantiles por cada 1000 nacidos vivos más que Bogotá, correspondiendo a 16% más, y 8,47 menos que la Candelaria, que es la localidad con la mayor tasa de mortalidad infantil.

Para identificar si hay diferencia en cómo se presenta la mortalidad infantil según nivel de pobreza, para esto se utiliza el indicador de porcentaje de pobreza, se encuentra que la localidad Ciudad Bolívar (menor porcentaje de pobreza) tuvo 1,39% defunciones infantiles por 1000 nacidos vivos más que Teusaquillo, la localidad con menor porcentaje de pobreza en Bogotá, 0,13 defunciones de menores de un año más por cada 1000 nacidos vivos, Si todas las localidades tuvieran la misma tasa de mortalidad infantil que la localidad Teusaquillo (menor porcentaje de pobreza) se disminuiría la mortalidad infantil en un 0,3 muertes or cada 1000 nacidos vivos, Si todas las localidades tuvieran la misma

tasa de mortalidad infantil que la localidad Teusaquillo (menor porcentaje de pobreza) se disminuiría en un 3,2%.

Gráfica14 Tendencia Mortalidad Infantil. Localidad Tunjuelito Comparada con Bogotá. 2005-2014



FUENTE 2005-2007: Certificado de defunción - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Definitivos; 2008 al 2010.-Bases de datos DANE-RUAF.-El año 2010 preliminar actualizado 17-07-2012, 2011: Bases de datos SDS y RUAF.- con corte al 31 de diciembre actualizado 09-02-2012; 2012: Bases de datos SDS y RUAF.- con corte al 31 de diciembre actualizado 12-07-2013 FUENTE 2013-2014 : Bases de datos SDS-RUAF-ND , el año 2013 actualizado 31-10-2014-Preliminar. El 2014 actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar

Al revisar las condiciones registradas en la base RUAF se encuentra que el 54,2% (n=13) fueron niños pre-término con peso al nacer entre 640 y 2250 gr, igual proporción murieron antes de cumplir el primer mes de vida. El 29,2% de las causas básicas de muerte se relacionan con afecciones de origen respiratorio, 25% a infecciones, 20,8% a malformaciones especialmente las cardíacas, llaman la atención dos casos de muerte sin asistencia en estudio por medicina legal; esto muestra la importancia de fortalecer las medidas relacionadas con aspectos pre-concepción como planificación de la maternidad-paternidad con cuidados de la salud materna para la gestación, el uso de métodos anticonceptivos, inicio oportuno y adecuado de los controles prenatales, acceso oportuno a una atención en servicios de salud con calidad tanto en el período prenatal como postnatal.

Tabla 9 Causa Básica de Muerte Infantil Localidad Tunjuelito 2014

CAUSA BASICA DE MUERTE	Total	%
Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	5	16,1%
Asfixia del nacimiento, no especificada	3	9,7%
Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	2	6,5%
Hipertensión neonatal	2	6,5%
Muerte sin asistencia	2	6,5%
Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	2	6,5%
Conducto arterioso permeable	1	3,2%

Encefalocele, no especificado	1	3,2%
Feto y recién nacido afectados por corioamnionitis	1	3,2%
Feto y recién nacido afectados por parto precipitado	1	3,2%
Gastrosquisis	1	3,2%
Hemorragia pulmonar no especificada, originada en el período perinatal	1	3,2%
Hernia diafragmática congénita	1	3,2%
Influenza con neumonía, virus no identificado	1	3,2%
Insuficiencia respiratoria del recién nacido	1	3,2%
Neumonía debida a virus sincitial respiratorio	1	3,2%
Otros trastornos del pulmón	1	3,2%
Síndrome de Di George	1	3,2%
Síndrome de hipoplasia del corazón derecho	1	3,2%
Tetralogía de Fallot	1	3,2%
Tumor maligno del encéfalo, parte no especificada	1	3,2%
Total	31	100,0%

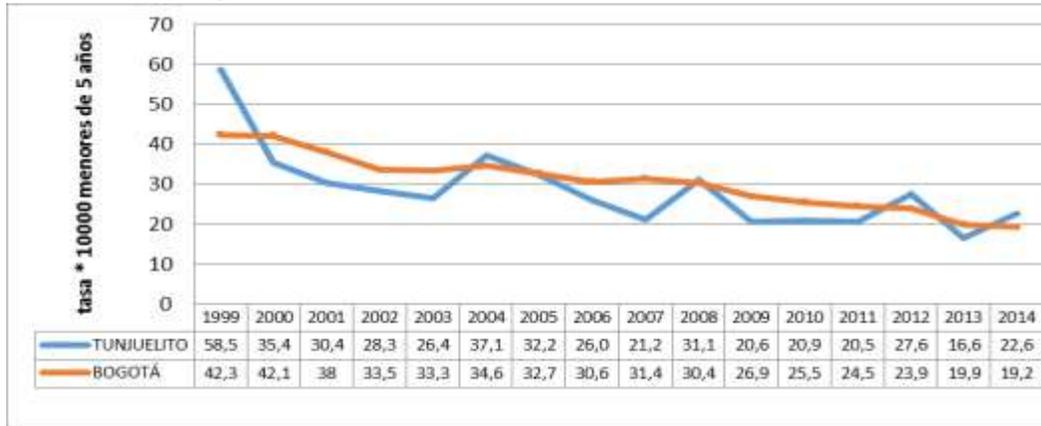
FUENTE: Base de mortalidad evitable Secretaria Distrital de Salud. Bases de datos SDS-RUAF FUENTE 2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar

Mortalidad en Menores de Cinco Años

La tendencia de mortalidad en menores de cinco años en la localidad Tunjuelito en los últimos años tiene un comportamiento descendente; sin embargo, presenta picos cada 4 años los cuales pueden estar asociados a picos de enfermedad respiratoria. En el año 2014, la tasa de mortalidad en menores de 5 años para la localidad fue de 22,6 por 10.000 menores de 5 años, la cual aumentó en 6 puntos porcentuales con respecto al año anterior. El 69% de los casos eran hombres. Es de anotar que entre el grupo de menores de cinco años la carga de mortalidad se encuentra en los menores de un año (88.5%).

La localidad Tunjuelito, durante el 2014 tuvo 3,39 defunciones por cada 10.000 en menores de cinco años más que Bogotá, correspondiendo a 18% más, y 44,39 menos que la Candelaria, que es la localidad con la mayor tasa de mortalidad en menores de cinco años.

Gráfica15 Tendencia Mortalidad en Menores de Cinco Años. Localidad Tunjuelito Comparada con Bogotá. 2005-2014



FUENTE: Base de mortalidad evitable Secretaria Distrital de Salud. Bases de datos SDS-RUAF FUENTE 2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar

Para identificar si hay diferencia en cómo se presenta la mortalidad en menores de 5 años según nivel de pobreza, se utiliza el indicador de porcentaje de pobreza monetaria; se encuentra que la localidad Ciudad Bolívar (mayor porcentaje de pobreza) tuvo 19% defunciones por 10000 menores de cinco años menor que la tasa de mortalidad en menores de 5 años que tiene Teusaquillo, la localidad con menor porcentaje de pobreza en Bogotá, la localidad Ciudad Bolívar tiene 4,43 defunciones de menores de cinco años menos por cada 10000 nacidos vivos. Si todas las localidades tuvieran la misma tasa de mortalidad en menores de cinco años que la localidad Teusaquillo (menor porcentaje de pobreza) se disminuiría la mortalidad en menores de cinco años en 3,5 muertes por cada 10.000 menores de cinco años, Si todas las localidades tuvieran la misma tasa de mortalidad infantil que la localidad Teusaquillo (menor porcentaje de pobreza) se disminuiría la mortalidad en menores de cinco años en un 18,69%.

Mortalidad por Neumonía en Menores de Cinco años

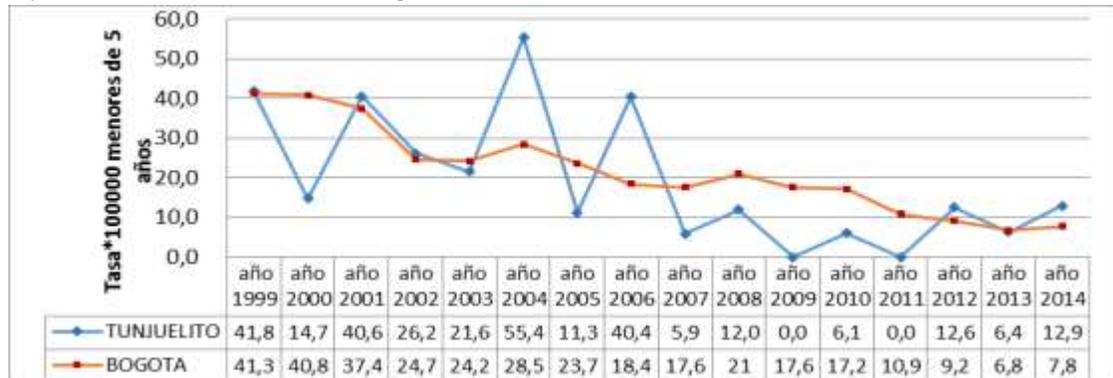
De acuerdo con la OMS “la neumonía es la causa principal de muerte de niños en todo el mundo. Se calcula que la neumonía mata a unos 1,1 millones de niños menores de cinco años cada año, más que el SIDA, la malaria y el sarampión combinados”.

La tasa bruta de mortalidad por neumonía en menores de cinco años, en la localidad Tunjuelito, ha presentado un comportamiento errático a través de los años, llegando a cero en el 2009, sin embargo, en adelante ha presentado tendencia al aumento, llegando a ser superior a la de Bogotá en los años 2012 y 2014. Durante el transcurso del año 2014 se presentan dos casos de mortalidad por neumonía en menores de 5 años con lugar de residencia en el barrio Isla del Sol de la UPZ Venecia, lo que evidencia aumento de la tasa a 12,9 por 100.000 menores de cinco años. Gráfica 9.

Se realiza estandarización de la tasa de Tunjuelito y la de Bogotá, encontrando que para la localidad Tunjuelito, durante el 2014 la tasa ajustada fue de 1,1 defunciones por

neumonía por 100000 menores de cinco años y la de Bogotá fue 4, es decir que en Tunjuelito tuvo 2,9 defunciones por neumonía por cada 100.000 menores de cinco años más que Bogotá, correspondiendo a 27.5% más. Al comparar este indicador en la localidad con otras se encuentra que presenta una tasa igual a la de Bosa, 26% menos que la Chapinero, que es la localidad con la mayor tasa de mortalidad por neumonía en menores de cinco años.

Gráfica16 Tendencia Mortalidad por Neumonía en Menores de 5 años. Localidad Tunjuelito Comparada con Bogotá. 1999-2014



FUENTE: Base de mortalidad evitable Secretaría Distrital de Salud. Bases de datos SDS-RUAF FUENTE 2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar

Para identificar si hay diferencia en cómo se presenta la mortalidad en menores de 5 años según nivel de pobreza, se utiliza el indicador de porcentaje de pobreza monetaria; se encuentra que la localidad Ciudad Bolívar (mayor porcentaje de pobreza) tuvo 44% defunciones por neumonía por 100.000 menores de cinco años menor que la tasa de mortalidad en menores de 5 años que tiene Teusaquillo, la localidad con menor porcentaje de pobreza en Bogotá. La localidad Ciudad Bolívar tiene 7 defunciones por neumonía en menores de cinco años menos por cada 100.000 nacidos vivos. Si todas las localidades tuvieran la misma tasa de mortalidad en menores de cinco años que la localidad Teusaquillo (menor porcentaje de pobreza) se disminuiría la mortalidad en menores de cinco años en 8,1 muertes por cada 100.000 menores de cinco años, Si todas las localidades tuvieran la misma tasa de mortalidad infantil que la localidad Teusaquillo (menor porcentaje de pobreza) se disminuiría la mortalidad en menores de cinco años en un 104,28%.

La **mortalidad por desnutrición** en menores de cinco años, en la Localidad ha presentado un comportamiento variable, con el último pico en el 2009 con 1 caso para una tasa 6,1*100.000 menores de cinco años, y desciende a cero en los dos últimos años. Sin embargo, se registra una mortalidad asociada a DNT durante el transcurso del año 2014 en menores de cinco años, con lugar de residencia en el barrio San Vicente Ferrer del Territorio de Salud Venecia, ocurrida en el mes de julio, sin afiliación al régimen de seguridad social en salud, con edad gestacional de 40 semanas, peso

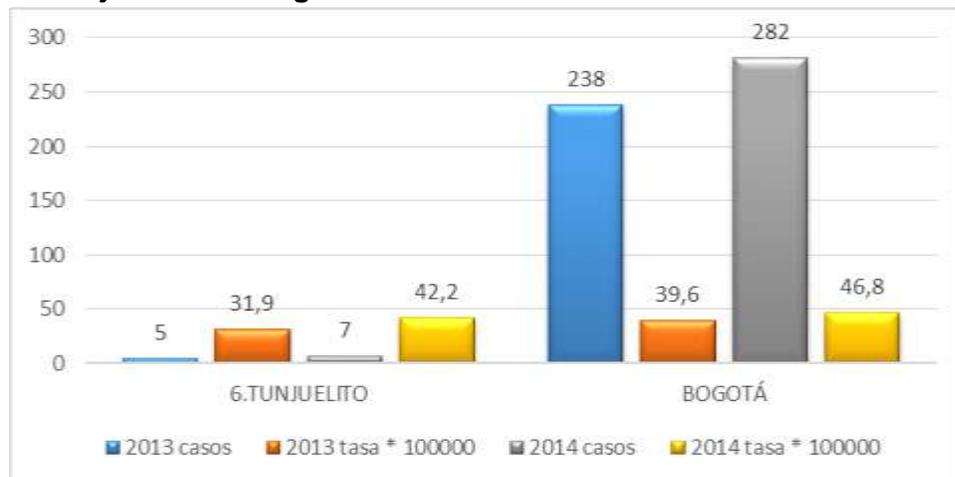
al nacer de 3590 gr, a la edad de 11 meses, con antecedentes de desnutrición proteico-calórica, inmunodeficiencia, septicemia por Estafilococo, artritis séptica de cadera, insuficiencia respiratoria aguda, con causa básica de muerte Septicemia debida a Estafilococo no especificado. Edad de la madre 25 años, escolaridad: secundaria incompleta, estado civil: soltera, tiene 3 hijos vivos (3, 5, 7 años) de padres diferentes, está embarazada en el momento de la IEC (31 semanas aproximadamente), desplazados del Vichada hace 8 años, sin afiliación al régimen de seguridad social, ocupación: ama de casa; vive en una casa donde se ubican 4 hogares, con un total de 15 personas, la niña convivía con la mama y una tía materna, la niña dormía con su madre. La madre refiere que intentó IVE en Oriéntame pero no fue posible debido a lo avanzado del embarazo, a El padre de la niña no convive con ellas, tiene 32 años, es trabajador independiente instalador de ornamentación – ventanas.

No se registran casos de mortalidad en menores de cinco años por **Enfermedad Diarreica Aguda – EDA** en los últimos años.

Mortalidad por Malformaciones en Menores de cinco años

La tasa de mortalidad en menores de cinco años de la localidad Tunjuelito aumenta en el 2014, comparada con la del año 2013, igual ocurre con Bogotá, siendo menor en la localidad Tunjuelito que en Bogotá, en un 62%

Gráfica17 Mortalidad por Malformaciones en Menores de cinco años. Comparada Localidad Tunjuelito con Bogotá. 2013 - 2014



FUENTE: Base de mortalidad evitable Secretaria Distrital de Salud. Bases de datos SDS-RUAF, actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar

La edad de defunción fue de menos de un mes en el 43% de los casos, entre un mes menor de un año fue el 43% y un caso de un año (14%). El 71% (n=5) de los casos tiene lugar de residencia en la UPZ Venecia; según afiliación al SGSSS el 43% está afiliado al

régimen contributivo, 29% al subsidiado y con 14% cada uno, el régimen de excepción y no asegurados. El 71% de los niños nacieron a término y el 57% con peso normal.

Identificación de Prioridades

En relación con la mortalidad según agrupación 105 causas se priorizan las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades isquémicas del corazón y el tumor maligno de estómago, igualmente se considera la mortalidad por lesiones causa externa traumática. En mortalidad específica se prioriza el cáncer maligno de mama y la tuberculosis. En mortalidad materno infantil se decide por la mortalidad en menores de cinco años, por desnutrición y neumonía en menores de cinco años y la perinatal, esta última con énfasis en las posibilidades de prevención del evento con el fortalecimiento de la cultura de la planeación familiar – regulación de la fecundidad, mejoramiento del cuidado de la salud materna preconcepcional y la adherencia a protocolos de atención de controles prenatales.

2.1.3. Morbilidad

El análisis de morbilidad permite medir el grado de salud – enfermedad de la población en la localidad. Para esto se revisan los diagnósticos médicos registrados en la Base de Datos del sistema de Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) de la población vinculada, desplazada y atenciones no pos, datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS en la localidad; el segundo, corresponde a los reportes realizados al Sistema de Vigilancia SIVIGILA y otros subsistemas de Vigilancia en Salud Pública.

2.1.3.1. Morbilidad Atendida

En general se observa en los tres escenarios, urgencias-consulta externa y hospitalización, el mismo comportamiento; de acuerdo con la información aportada por los RIPS 2014 de la localidad se encuentra que el grupo de edad con el mayor porcentaje (30.7%) de consulta por urgencias es de niños y niñas menores de 14 años, y el motivo de consulta más frecuente es la diarrea con el 23%, seguida por rinofaringitis aguda y fiebre no especificada. Tablas 11 a 14.

Por urgencias se dieron 2825 atenciones a 2106 individuos, durante el 2014, los 10 primeros motivos de consulta por urgencias son otros dolores abdominales (24% de las atenciones, n=480) con mayor afectación del grupo de 27 a 44 años, en segundo lugar están la complicación relacionada con el embarazo (15% de las atenciones, n=268) con mayor afectación de las mujeres jóvenes y adultas jóvenes, en tercer lugar se encuentra el dolor pélvico y perineal (13% de las atenciones, n=292), fiebre no especificada (10% de las atenciones, n=209) con mayor afectación de la etapa de ciclo vital infancia, otras complicaciones específicas del embarazo múltiple (9% de las atenciones, n=223)

correspondiendo al 11% de las mujeres; amenaza de aborto (7% de las atenciones, n=167) con afectación del 8% de las mujeres desde la adolescencia hasta la adulta joven, cefalea (6% de las atenciones, n=127) afectando más a las mujeres desde la adolescencia hasta adulta madura, tos (5% de las atenciones, 109) afectando a todas las etapas de ciclo vital especialmente a la infancia; infecciones de vías urinarias (5% de las atenciones, n=116) con afectación de todas las etapas de ciclo vital especialmente adulto maduro; rinofaringitis aguda (5% de las atenciones, n=115) afectando principalmente a la primera infancia.

Tabla 10 Morbilidad por Etapa de Ciclo Vital Infancia según Tipo de Atención. Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E. 2013 – 2014

ETAPA DE CICLO VITAL	URGENCIAS			CONSULTA EXTERNA			HOSPITALIZACIÓN		
		2013	2014		2013	2014		2013	2014
Infancia < 1 año	Ictericia Neonatal, No Especificada	60	100	Bronquiolitis Aguda no Especificada	570	572	Bronquiolitis Aguda no Especificada	117	70
	Fiebre no Especificada	142	85	Ictericia Neonatal, No Especificada	143	299	Bronquiolitis aguda debida a otros microorganismos	25	35
	Bronquiolitis Aguda no Especificada	118	79	Enfermedades de la Tráquea y de los Bronquios, no Clasificadas en otra partes	143	147	Ictericia Neonatal, especificada	22	18
De 1 a 5 años	Fiebre no Especificada	180	120	Cotrol de Salud de Rutina del Niño	411		Infección de Vías Urinarias, Sitio no Especificado	30	20
	Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	138	46	Infección de Vías Urinarias, Sitio no Especificado	150	110	Bronquiolitis Aguda no Especificada	27	17
	Nausea y vomito	86	47	Caries de la Dentina	145	88	Enfermedades de la tráquea y de los bronquios, no clasificada en otra parte	16	26
De 6 a 13 años	Otros dolores abdominales y los no especificados	83	49	Caries de la Dentina	139	88	Asma / Otras Enfermedades del Estómago y Duodeno	6	11
	Amigdalitis aguda, no especificada	28	16	Gingivitis Crónica	43	26	Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	5	2
	Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	25	15	Infección de Vías Urinarias, Sitio no Especificado	20	36	Otras epilepsias / Infección de Vías Urinarias	4	5

Fuente: RIPS. SDS Hospital Tunjuelito II Nivel ESE, 2014

Por consulta externa se dieron 4162 atenciones a 2069 individuos, durante el 2014, Los 10 primeros motivos de consulta son caries de la dentina en primer lugar con el14% de las

atenciones (525 individuos) con mayor afectación del grupo de 27 a 44 años, en segundo lugar está la infección de vías urinarias con el 13% de las atenciones (154 individuos) con mayor afectación de las mujeres de la infancia, jóvenes y adultas jóvenes, en tercer lugar se encuentra la bronquiolitis no especificada (13% de las atenciones, n=105) afectando especialmente al sexo masculino en la primera infancia, otros dolores abdominales y los no especificados (12% de las atenciones, n=275) con mayor afectación de la etapa de la etapa de ciclo vital juventud y las mujeres de adultez joven, otras complicaciones específicas del embarazo múltiple (11% de las atenciones, n=221) correspondiendo al 11% de las mujeres; complicación relacionada con el embarazo no especificada (9% de las atenciones, n=212) con afectación del 10% de las mujeres desde la adolescencia hasta la adulta joven, hipertensión esencial primaria (9% de las atenciones, n=180) afectando más a las mujeres adultas y mayores, dolor pélvico y perineal (8% de las atenciones, n=208) afectando a mujeres jóvenes y adultas; infecciones de vías urinarias en el embarazo (7% de las atenciones, n=53) con afectación de mujeres jóvenes; amenaza de aborto (6% de las atenciones, n=136) afectando principalmente mujeres jóvenes.

Tabla 11 Morbilidad por Etapas de Ciclo Vital Adolescencia y Juventud según Tipo de Atención. Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E. 2014

ETAPA DE CICLO VITAL	URGENCIAS	2013		2014		CONSULTA EXTERNA	2013		2014		HOSPITALIZACIÓN	2013		2014	
Adolescencia De 14 a 17 años	Examen del estado de desarrollo del adolescente/Otros dolores abdominales	64	55	Examen del estado de desarrollo del adolescente / Caries de la Dentina	64	42	Parto	20	18						
	Otras complicaciones especificadas del embarazo	61	25	Otras complicaciones especificadas del embarazo	61	33	Infección no especificada de Vías Urinarias en el embarazo	12	3						
	Infección no especificada/Complicaciones del embarazo	56	30	Infección no especificada/Otros dolores abdominales	56	39	Otros dolores abdominales	8	9						
Juventud	Otros dolores abdominales y los no especificados	282	185	Otras complicaciones especificadas del embarazo	365	221	Parto único espontáneo,	183	167						
	Dolor pélvico perineal	226	239	Infección no especificada de Vías Urinarias en el embarazo	247	204	Parto/Parto por cesárea de emergencia	324	56						
	Complicación relacionada con el embarazo no especificada	216	298	Supervisión del uso de drogas anticonceptivas/Complicaciones relacionadas con el embarazo	240	250	Otros dolores abdominales	39	35						

Fuente: RIPS. SDS Hospital Tunjuelito II Nivel ESE, 2014

Se registran 845 egresos (834 individuos - 11 reingresos), durante el 2014, Los 10 primeros diagnósticos de egreso parto espontáneo en primer lugar con el 24% (204 individuos) especialmente en el grupo de 18 a 44 años, en segundo lugar están otros

dolores abdominales y los no especificados con el 10% de los diagnósticos de egreso (87 de los individuos) con mayor afectación de las mujeres jóvenes, en tercer lugar se encuentra la bronquiolitis aguda (10% de los diagnósticos de egreso, 87 individuos) afectando especialmente al sexo masculino en la primera infancia, seguido de infecciones de vías urinarias (10% de los diagnósticos de egreso, 82 individuos) con mayor afectación de la primera infancia y mujeres jóvenes, parto por cesárea de emergencia (9% de los diagnósticos de egreso, 72 mujeres); parto único espontáneo sin otra especificación (sumado con el resto de partos constituye 39% de los egreso) con afectación del 10% de las mujeres desde la adolescencia hasta la adulta joven, otras enfermedades especificadas del estómago y del duodeno (6%, n=47) afectando más a la infancia, infecciones de vías urinarias en el embarazo (5%, n=42) afectando a mujeres jóvenes y adultas; enfermedades de la tráquea y de los bronquios (5%, n=41) con afectación de infancia especialmente el sexo masculino; bronquiolitis aguda debida a microorganismos especificados (5%, n=40) especialmente niños menores de un año, aborto espontáneo incompleto sin complicación (5%, n=40) afectando principalmente mujeres jóvenes.

Tabla 12 Morbilidad por Etapa de Ciclo Vital Adulterez según Tipo de Atención. Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E. 2014

ETAPA DE CICLO VITAL	URGENCIAS	2013	2014	CONSULTA EXTERNA	2013	2014	HOSPITALIZACIÓN	2013	2014
Adulto Joven 27 a 44 años	Otros dolores abdominales y los no especificados	233	207	Caries de la dentina	229	181	Parto único espontáneo,	57	49
	Dolor pélvico perineal	120	104	Examen médico general/Dolor pélvico perineal	136	126	Otros dolores abdominales	23	23
	Amenaza de aborto	82	70	Otras complicaciones especificadas del embarazo	125	189	Infección de Vías Urinarias, Sitio no Especificado	19	16
Adulto Maduro 45 a 59 años	Otros dolores abdominales y los no especificados	87	86	Hipertensión esencial (primaria)	121	147	Otros dolores abdominales	13	10
	Otros síntomas y signos generales especificados/Hipertensión Arterial	27	32	Examen médico general/Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	109	103	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica/Infección de vías urinarias	9	8
	Dolor Abdominal localizado en parte superior/Cefalea	24	31	Caries de la Dentina/Otros dolores abdominales	70	97	Hipertensión esencial (primaria)	5	9

Fuente: RIPS. SDS Hospital Tunjuelito II Nivel ESE, 2014

Tabla 13 Morbilidad por Etapa de Ciclo Vital Vejez según Tipo de Atención. Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E. 2014

ETAPA DE CICLO VITAL	URGENCIAS	2013	2014	CONSULTA EXTERNA	2013	2014	HOSPITALIZACIÓN	2013	2014
----------------------	-----------	------	------	------------------	------	------	-----------------	------	------

Vejez De 60 a 69 años	Otros dolores abdominales y los no especificados	27	19	Traumatismo no especificado/Neumonía, no especificada	101	55	Hipertensión esencial (primaria)	6	7
	Hipertensión esencial (primaria)	16	13	Hipertensión esencial (primaria)	77	102	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	4	3
	Retención de orinia	13	12	Examen médico general/Otros dolores abdominales	31	43	Insuficiencia cardiaca congestiva/Neumonía	4	2
Vejez De 70 a 79 años	Dolor en el pecho, no especificado/Síncope y colapso	9	6	Hipertensión esencial (primaria)	83	49	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	6	2
	Otros dolores abdominales y los no especificados	9	9	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	49	15	Hipertensión esencial (primaria)	5	5
	Hipertensión esencial (primaria)	8	4	Dolor precordial/Neumonía	19	90	Otros dolores abdominales/EPOC	4	2
Vejez De 80 a 99 años	Otros dolores abdominales y los no especificados	12	8	Hipertensión esencial (primaria)	57		Infección de Vías Urinarias, Sitio no Especificado/Insuficiencia cardiaca congestiva	3	3
	Retención de orinia/Tos	6	6	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	37		Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con exacerbación aguda	3	4
	Hipertensión esencial (primaria)/Otros dolores abdominales	5	4	Otros trastornos del equilibrio de los electrolitos y de los líquidos	21		Hipertensión esencial (primaria)	3	1

Fuente: RIPS. SDS Hospital Tunjuelito II Nivel ESE, 2014

2.1.3.2. Eventos de Notificación Obligatoria

En el año 2014 se notificaron 2787 eventos al Sistema de Vigilancia en Salud Pública-SIVIGILA del Hospital Tunjuelito II Nivel ESE, mostrando aumento del 9,2% en la notificación respecto al año 2013; el 49,9% de la notificación correspondió a mujeres. Según tipo de evento de erradicación, eliminación y de control, se observa aumento de la notificación de los eventos de sarampión y varicela y disminución de Tos ferina.

Tabla 14 Morbilidad según Tipo de Evento de Notificación Obligatoria – SIVIGILA por Sexo. Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E. 2013 a 2014

EVENTO	CASOS 2013			CASOS 2014		
	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL
EVENTOS DE ERRADICACIÓN TOTAL	0	0	0	1	2	3
POLIOMIELITIS	0	0	0	1	2	3
EVENTOS DE ELIMINACIÓN: TOTAL	15	27	42	33	32	65
SARAMPIÓN	4	14	18	22	17	39
RUBEOLA	9	13	22	8	15	23
SINDROME DE RUBEOLA CONGÉNITA	2	0	2	3	0	3
TETANOS NEONATAL	0	0	0	0	0	0

EVENTOS DE CONTROL: TOTAL	714	776	1490	676	765	1441
TOS FERINA	52	50	102	17	29	46
DIFTERIA	0	0	0	0	0	0
PAROTIDITIS	36	56	92	40	62	102
MENINGITIS POR MENINGOCOCO	0	0	0	1	0	1
MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	0	0	0	0	0	0
MENINGITIS POR NEUMOCOCO	0	0	0	0	0	0
VARICELA	611	643	1254	618	674	1292

Fuente: SIVIGILA. SDS Hospital Tunjuelito II Nivel ESE, 2014

La varicela continúa siendo el evento, más frecuente en notificación especialmente en la infancia, aunque afecta a todas las etapas de ciclo vital. Teniendo en cuenta eventos de gran vigencia como la tuberculosis se encuentra 25 casos, un caso de farmacorresistencia y 3 extra-pulmonares; la sífilis congénita reportó 9 notificaciones al SIVIGILA, evento totalmente prevenible con las medidas preventivas y terapéuticas adecuadas, como el fortalecimiento de la regulación de la fecundidad; así mismo se registran 24 casos de sífilis gestacional. Los casos de intoxicación son 149, de estos 59 son de intoxicación por medicamentos lo cual se considera posible intento suicida; también es de anotar que esto es facilitado por el libre acceso a los medicamentos, que es promovido por los laboratorios a través de publicidad para la venta sin prescripción médica.

Tabla 15 Morbilidad según Notificación Obligatoria - SIVIGILA por Etapa de ciclo vital y Sexo. Localidad Tunjuelito II Nivel E.S.E. 2014

ETAPA DE CICLO VITAL	EVENTO	FEMENINO	MACULINO	TOTAL	%
Infancia < 1 año	Varicela	15	4	19	79%
	ESI - IRAG (Vigilancia Centinela)	9	9	18	68%
	Tos Ferina	3	3	6	47%
INFANCIA De 1 a 13 años	Varicela	178	189	367	76%
	Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	28	30	58	12%
	Intoxicación por otras sustancias químicas	7	4	11	2%
Adolescencia De 14 a 17 años	Varicela	12	13	25	34%
	Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	10	9	19	28%
	Parotiditis	3	7	10	13%
Juventud De 18 a 26 años	Varicela	17	26	43	28%
	Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	9	18	27	18%
	Leishmaniasis Cutánea	12		12	8%
Adulthood 27 a 59 años	Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	10	17	27	19%
	Varicela	18	15	33	23%

	Leishmaniasis Cutánea		15	15	11%
Vejez De 60 a 69 años	Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	10	7	17	81%
	Tuberculosis		3	3	14%
	Hepatitis B		1	1	5%

Fuente: SIVIGILA. SDS Hospital Tunjuelito II Nivel ESE, 2014

El comportamiento de la notificación al SIVIGILA por grupos de edad muestra que 50% de esta notificación correspondió a la etapa de ciclo vital infancia en la cual el grupo de primera infancia constituye el 36.8% del total de la notificación, en esta etapa de ciclo poblacional la varicela individual (67%) es de lejos el evento con mayor número de notificaciones, en segundo lugar la agresión por animales potencialmente transmisores de rabia (10%), en tercer lugar se encuentra la Tos ferina (6%) que afecta principalmente a los menores de un año y corresponde al 33% (n=81) de notificación en este grupo de edad, en cuarto lugar se encuentran ESI-IRAG y las anomalías congénitas (3%).

2.1.4. Eventos de Alto Costo

Los eventos de alto costo como enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal, el porcentaje de progreso de enfermedad renal crónica, reciben atención en el Hospital Tunjuelito por el servicio de hospitalización 5 hombres con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, una de las cuales corresponde Enfermedad Renal Hipertensiva con Insuficiencia Renal y una es terminal, no se cuenta con información adicional para incluir en este documento. De los eventos de notificación obligatoria al SIVIGILA como son Incidencia de VIH notificada se encuentran 59 casos, para una incidencia de 0,03%; de estos casos 5 son mujeres y 54 hombres, el 23,5% son jóvenes, el 60,8% adultos jóvenes y 15,7% son adultos maduros. De acuerdo con información del Programa de Transmisibles se registran 8 casos VIH positivo con coinfección con Tuberculosis. La incidencia de VIH notificada, discriminada por sexo muestra que este aumento se da a expensas de la mayor frecuencia del evento en el sexo masculino. Tabla 10.

Tabla 16 Tasa de incidencia de VIH notificada Localidad Tunjuelito. 2013 - 2014

VIH - SIDA	2013		2014	
	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia
Masculino	43	0,054	54	0,054
Femenino	9	0,000	5	0,008
TOTAL	52	0,026	59	0,029

FUENTE: Base SIVIGILA, SDS 2013- 2014

2.1.5. Eventos precursores

Se identifican como eventos precursores la hipertensión arterial y la Diabetes mellitus. Durante el año 2014, el servicio de consulta externa del Hospital Tunjuelito se prestaron 374 atenciones a 170 personas con diagnóstico de hipertensión arterial primaria, de las cuales 66 eran adultas maduras y 104 personas mayores, de las que el 63,5% son mujeres. Se hospitalizaron 19 personas, de las cuales 5 eran adultas maduras y 14 personas mayores, 57,9% fueron mujeres. Por urgencias se atendieron 42 personas, de las cuales 18 eran adultas maduras y 24 personas mayores, 57,1% fueron mujeres. Fueron evaluadas en los programas de tamizaje del Programa Territorios Saludables, del Hospital Tunjuelito, 1123 personas residentes en la Localidad de las cuales 732 tenían hipertensión sistólica, 341 diastólica y 349 las dos.

Durante el año 2014, el servicio de consulta externa del Hospital Tunjuelito prestó 30 atenciones a 1 persona con diagnóstico de Diabetes Mellitus Insulinodependiente con Complicaciones Circulatorias Periféricas y a 11 con diagnóstico de Diabetes Mellitus no Insulinodependiente sin Mención de Complicación, todas personas mayores, de las que el 58% fueron mujeres. Se hospitalizaron 6 personas con este diagnóstico, todas personas mayores, 50% fueron mujeres.

2.1.6. Discapacidad

Según la OMS (2006), la Discapacidad es un concepto que evoluciona y resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actividad y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás. Así, la discapacidad se explica desde un enfoque biopsicosocial, como una condición humana que incluye deficiencias o alteraciones en órganos o funciones del cuerpo, limitaciones o dificultades para el desarrollo de actividades de la vida diaria y restricciones o problemas para participar en la sociedad; logrando así integrar la deficiencia con los factores contextuales y de esta manera poder identificar y analizar las características reales de esta condición en la población.

Se considera que una persona tiene discapacidad cuando presenta estas tres condiciones:

- Al menos una deficiencia o alteración en las funciones o estructuras corporales,
- Al menos una limitación o dificultad en el desarrollo de actividades cotidianas y
- Al menos una restricciones en la participación.

Según la caracterización socio-demográfica de población con discapacidad residente en la localidad sexta de Tunjuelito, registrada en el periodo 2004 – 2014 y validada en el año 2014 como vivo, se encuentran 8541 personas en condición de discapacidad, el mayor porcentaje corresponde a las mujeres con un 59 % (n=3635). Revisando la distribución por UPZ, en el año 2013, se encuentra que 62.4% de la población caracterizada se ubica

en Venecia, lo cual puede explicarse por la densidad poblacional de esta UPZ, en donde se esperaría la mayor oferta institucional y de formación; 37,6% se localiza en la UPZ 62. La pirámide poblacional de la localidad de Tunjuelito muestra en sus primeros años una población estacionaria o de crecimiento nulo, es decir, que presenta un número similar de personas en los grupos de edad, con una reducción gradual en las edades más avanzadas (mayores de 60 años), mientras que la pirámide de la población con discapacidad es una pirámide invertida, que presenta una base angosta y una cima ancha, mostrando una mayor concentración de personas con discapacidad en las edades más avanzadas.

En el año 2014 aumenta el número de personas en condición de discapacidad registradas, comparado con el año anterior; y de éstas el 39,8% requieren ayuda permanente por lo que consideran con discapacidad severa; así mismo, la distribución por sexo este año presenta mayor carga en el sexo masculino a diferencia de los años anteriores (50,2%, n=327), continua teniendo mayor participación porcentual la etapa de ciclo vital vejez (39%, n=254), pero llama la atención el aumento en el adulto (35,5%, n=231) especialmente en edad de 27 a 44 años (n=92) lo cual representa un grave problema de salud pública por ser el grupo de edad productivo, dada las características socioeconómicas de la localidad.

Con relación a la vivienda y el estrato socioeconómico, en la localidad de Tunjuelito la distribución de las personas con discapacidad en los territorios se ubica principalmente en el estrato 2 (69,4%). En la caracterización, la variable de alteraciones permanentes se encuentra en primer lugar el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas con (n=315) casos que equivale al 48,4%, seguido del sistema nervioso con un total de 290 casos (44,5%), por el contrario la alteración con la menor prevalencia son las de los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto) con 2 casos (0,3%) en el año. En la variable de dificultades permanentes para la ejecución de actividades diarias se evidencia que la mayor limitación reportada es la de caminar, correr y saltar seguido en el de pensar y memorizar.

Tabla 17 Personas en condición de discapacidad registradas. Localidad Tunjuelito. 2004 - 2014

Año de Registro	Total Hombre	Total Mujer	Total
2004	2	1	3
2005	1137	1525	2662
2006	733	1149	1882
2007	703	982	1685
2008	23	18	41
2009	60	58	118

2010	96	104	200
2011	178	159	337
2012	200	260	460
2013	212	291	503
2014	328	322	650
Total	3672	4869	8541

FUENTE: Base Distrital de Caracterización y Localización de Personas en Condición de Discapacidad. 2012-2014. Base MSPS de Caracterización y Localización de Personas en Condición de Discapacidad

En el origen de la discapacidad la más relevante es la relacionada con la enfermedad general. respecto a los lugares o entornos físicos donde las personas con discapacidad presentan barreras que impiden el desarrollo de las actividades diarias con mayor autonomía y teniendo en cuenta que esta variable es de respuesta múltiple, se observa que la mayor barrera son las escaleras seguido de las calles y/o vías y los vehículos de transporte público. El 15% se encuentra incapacitado permanente para trabajar - sin pensión, 6,8% son menores de 10 años, 11,4% está estudiando.

Gráfica18 Personas en condición de discapacidad por programa de asistencia social. Localidad Tunjuelito. 2014



FUENTE: Base Distrital de Caracterización y Localización de Personas en Condición de Discapacidad. 2014

Más del 70% de la población con discapacidad de la Localidad Tunjuelito manifiesta que ninguna persona en su hogar o entorno social tiene actitudes negativas hacia ellos. Con relación a la afiliación al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), en el año 2014 se evidencia que un alto porcentaje de la población con discapacidad residente en la localidad sexta de Tunjuelito se encuentra afiliada a alguno de los regímenes del Salud, los afiliados representan un 91,4%, los vinculados el 5,7%, los no afiliados 2,8%, no saben o están sin dato representan 0,2%. Dentro del análisis de bienestar se encuentran las personas que son beneficiarias de programas de asistencia social, para la Localidad de Tunjuelito solo el 29,6% de la población con discapacidad recibe otro programa de bienestar o se encuentra en protección de alguna institución pública o privada. A revisar

los motivos de consulta por RIPS no se cuenta con información que permita identificar las personas en condición con discapacidad.

Dentro de los factores de riesgo encontramos como los más relevantes de la localidad Tunjuelito que afectan la situación en salud los siguientes:

- ♦ Desconocimiento de la discapacidad y la rehabilitación por parte de la comunidad, personal de salud, empresarios, estudiantes entre otros, lo que impide la inclusión social y la participación de las PcD y sus familias en los espacios destinados para este efecto en la localidad.
- ♦ Desconocimiento de los Jóvenes con discapacidad por parte del sector educativo, y también en espacios de participación comunitaria local; a esto se suma el desconocimiento de la labor de los cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidad y también el desconocimiento de estos con respecto a su proyecto de vida y el de las PcD.
- ♦ No reconocer la importancia de las Organizaciones, con dificultad para organizarse y agruparse las PcD de la localidad y de sus cuidadores en pro de defender los derechos de las personas con discapacidad.
- ♦ La falta de conocimiento y al mismo tiempo desinterés de las personas con discapacidad sobre los planes y proyectos que se implementan a nivel local que benefician la PcD, a esto se suma el desconocimiento de los servicios de salud y las rutas de atención.
- ♦ La falta de preocupación por parte de las familias para conducir a un servicio que requiere la persona con discapacidad, generando un incremento de la discapacidad, esto con base a la mala estructuración del SGSSS que limita el uso del servicio por la no continuidad de la prestación como si la discapacidad se recuperara en cortos periodos de tiempo.

Identificación de Prioridades

En relación con la morbilidad se priorizan como general la morbilidad materna, la leishmaniasis, y el cáncer especialmente de estómago y tráquea. En morbilidad atendida se encuentra el dolor abdominal y la infección de vías urinarias. Los eventos precursores hipertensión arterial esencial primaria y la diabetes mellitus. Según los eventos de notificación obligatoria se priorizan las intoxicaciones especialmente por otras sustancias químicas, la sífilis gestacional y las enfermedades congénitas prevenibles como sífilis y rubeola.

2.2. Dimensiones Prioritarias del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021

El PDSP 2012-2021 busca garantizar estrategias y acciones en salud incluyentes, que acojan, reconozcan, respeten y protejan la diversidad, en el entendimiento de la salud como un derecho fundamental.

El perfil de salud de la población de la Localidad Tunjuelito presenta una carga de morbilidad y mortalidad con características propias, predominando las enfermedades crónicas no transmisibles y coexisten daños en salud causados por las enfermedades transmisibles, carenciales y epidémicas emergentes y reemergentes, las lesiones externas por distintas causas, que imponen una alta carga de enfermedad en diferentes segmentos de la población distribuida en las dos UPZ de la Localidad.

2.2.1. Dimensión Salud Ambiental

Es el “conjunto de políticas, planificado y desarrollado de manera transectorial, con la participación de los diferentes actores sociales, que busca favorecer y promover la calidad de vida y salud de la población, de las presentes y futuras generaciones, y materializar el derecho a un ambiente sano, a través de la transformación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales”.

2.2.1.1. Vigilancia Sanitaria

Salud Pública desde Vigilancia Sanitaria tiene a cargo 7 líneas de vigilancia, las cuales realizan actividades de inspección, vigilancia y control, educativas y medidas sanitarias. Con relación a la actividad de Inspección, Vigilancia y Control - IVC para el año 2014 se realizaron en total 13.770 visitas de IVC y en el año 2013 se realizaron 13.938.

Alimentos Sanos y Seguros

Establecimientos vigilados y controlados: En el año 2014 se realizaron 6981 Visitas de Inspección Vigilancia y Control - IVC, 2,9% menos en el año 2013, aunque se tiene el 100% de ejecución durante estos años. Los conceptos sanitarios favorables en el 2013 fueron 2193 y aumentaron en un 12,9% de establecimientos, como resultado del compromiso de los propietarios de los establecimientos en el cumplimiento de las condiciones higiénico-sanitarias y buenas prácticas de manufactura.

En el año 2013 de los establecimientos vigilados el 64.0% obtuvieron “se aplaza concepto”. En el año 2014 el 60.0% se emitió “se aplaza concepto”. El porcentaje de establecimientos que se da “concepto pendiente”, se otorgaron en su mayoría por falta de adecuaciones físicas y locativas en los diferentes establecimientos, lo anterior debido a que los propietarios no se comprometen ni permiten a los encargados de los negocios de hacer ninguna modificación al establecimiento. En el año 2013 de los establecimientos vigilados el 3.0% obtuvieron concepto Desfavorable; en el año 2014 el 2.0% se emitió concepto “Desfavorable” En el año 2014 disminuyeron en un 1% los conceptos desfavorables porque los dueños de los establecimientos han tomado conciencia y han cumplido con lo exigido.

Tabla 18 Visitas de Inspección, Vigilancia y Control año 2013 y 2014.

VISITAS IVC AÑO 2013						
TOTAL VISITAS IVC LOCALIDAD		UPZ	UPZ 62	%	UPZ 42	%
			TUNJUELITO		VENECIA	
VISITAS IVC	7189		3105	43	4084	57
CONCEPTOS	TOTAL LOCALIDAD	%	UPZ 62	%	UPZ 42	%
			TUNJUELITO		VENECIA	
FAVORABLE	2193	31	1641	53	552	14
PENDIENTE	4617	64	1353	44	3264	80
DESFAVORABLE	185	3	65	2	120	3
TERMINADOS	194	3	46	1	148	4
VISITAS IVC AÑO 2014						
TOTAL VISITAS IVC LOCALIDAD		UPZ	UPZ 62	%	UPZ 42	%
			TUNJUELITO		VENECIA	
VISITAS IVC	6981		3045	44	3930	56
CONCEPTOS	TOTAL LOCALIDAD	%	UPZ 62	%	UPZ 42	%
			TUNJUELITO		VENECIA	
FAVORABLE	2444	35	1783	59	661	17
PENDIENTE	4174	60	1190	39	2984	76
DESFAVORABLE	161	2	39	1	122	3
TERMINADOS	196	3	33	1	163	4

FUENTE: Informe Vigilancia Sanitaria. Hospital Tunjuelito II Nivel ESE 2013 - 2014

Durante los años 2013 (3%) y 2014 (3%) el porcentaje de establecimientos terminados se mantuvo de acuerdo a lo histórico para la localidad. Así mismo, se realizó el 100% de las actividades educativas programadas. Se observa una disminución en el año 2014, porque se ha dado cubrimiento en las capacitaciones a la mayor parte de la población de estos establecimientos, que mediante oficio hacen la solicitud. Se tiene la competencia de otras entidades públicas que llegan a la localidad dictándolo en forma gratuita lo cual reduce la cobertura. Se capacitó al personal de plazas de mercado, comedores comunitarios, jardines infantiles, vendedores ambulantes y casa vecinal de la localidad.

Se aplican 76 medidas sanitarias de seguridad, por punto crítico y según la causa principal: 7 de Congelación, 12 de Clausura Temporal Total, 3 Clausura Temporal Parcial, 53 Decomisos, 1 Suspensión de trabajos y servicios. Se aplican medidas sanitarias de seguridad a productos que incumplen con la norma de rotulado, fechas vencidas, presencia de roedores a los siguientes productos dulces, galletas, queso, azúcar, chocolates, harina de maíz, arepa sin queso, torta, aceite, bebidas alcohólicas, hojuelas de maíz, gaseosas, café en grano, sal, vino, licor crema, chocolate, sardinas, salsa de tomate, gelatina de pata, granola, tortas, aguardiente, carne, pescado congelado, arroz, condimentos y demás. En general se mantienen la cantidad de medias sanitarias aplicadas durante los dos años (75 en el año 2013 y 76 en el año 2014).

Medidas sanitarias aplicadas por puntos críticos: 16 Minoristas, 5 Cafeterías, 4 Depósitos, 18 Restaurantes, 11 Supermercados, 6 Expendios de licores, 1 vehículo, 11 expendios de carne y 3 expendios de pescado. Con inclusión del cuero (20 Minoristas, 5 Cafeterías, 2

Depósitos, 13 Restaurantes, 29 Supermercados, 5 Expendios de licores y 2 expendios de pescado/76). Como se han incrementado el talento humano y las visitas a los supermercados, se tiene una mayor cobertura a establecimientos: se han encontrado productos que no cumplen con la norma de rotulado (11 medidas sanitarias en supermercados en el año 2013 y 29 medidas en el año 2014).

Calidad del Agua y Saneamiento Básico

En esta línea se aplican medidas sanitarias de según causa principal al 24% de las 75 visitas en el año 2013: 18 Por infraestructura, Plan de Saneamiento, Documentación y presencia de plagas; en el 2014, el 21% de las 76 visitas: 16 Por infraestructura, Plan de Saneamiento, Documentación y presencia de plagas. Una de las razones de estas medidas sanitarias con relación a la infraestructura se relaciona con los propietarios de los locales que no se comprometen ni dejan que se realicen los arreglos locativos

Tabla 19 Visitas de Inspección, Vigilancia y Control por Línea Calidad de Agua y Saneamiento Básico años 2013 y 2014.

VISITAS IVC AÑO 2013						
TOTAL VISITAS IVC LOCALIDAD		UPZ	UPZ 62		UPZ 42	
VISITAS IVC	1995		TUNJUELITO	%	VENECIA	%
			698	35	1297	65
CONCEPTOS	TOTAL LOCALIDAD	%	UPZ 62 TUNJUELITO	%	UPZ 42 VENECIA	%
FAVORABLE	509	26	163	23	346	27
PENDIENTE	1378	69	493	71	885	68
DESFAVORABLE	40	2	13	2	27	2
TERMINADOS	18	1	7	1	11	1
SIN CONCEPTO	50	3	22	3	28	2
VISITAS IVC AÑO 2014						
TOTAL VISITAS IVC LOCALIDAD		UPZ	UPZ 62		UPZ 42	
VISITAS IVC	2022		TUNJUELITO	%	VENECIA	%
			606	30	1416	70
CONCEPTOS	TOTAL LOCALIDAD	%	UPZ 62 TUNJUELITO	%	UPZ 42 VENECIA	%
FAVORABLE	838	41	191	32	647	46
PENDIENTE	1083	54	390	64	693	49
DESFAVORABLE	46	2	6	1	40	3
TERMINADOS	15	1	5	1	10	1
SIN CONCEPTO	40	2	14	2	26	2

FUENTE: Informe Vigilancia Sanitaria. Hospital Tunjuelito II Nivel ESE 2013 - 2014

Se realizaron 1.995 visitas en el 2013 y 2.022 en el 2014, se ejecutó el 100% de lo programado durante los años 2013 y 2014. En el año 2014 se incrementó en un 1,35% las visitas de inspección, vigilancia y control comparadas con el año 2013.

En el año 2013 se realizan 509 visitas de Inspección vigilancia y control con concepto favorable de los establecimientos vigilados el 26% obtuvieron concepto favorable. En el año 2014 se realizaron 838 (41%) visitas de Inspección vigilancia y control con concepto. Aumentó a un 12% el porcentaje de establecimientos con concepto favorable, como resultado del seguimiento más próximo al cumplimiento de las exigencias de normatividad, y mostrando que en la actualidad existen más establecimientos con las adecuadas condiciones higiénicas sanitarias.

En el año 2013 de los establecimientos vigilados el 69.0% obtuvieron se “aplaza concepto”. En el año 2014 el 54.0% (n=1378) se aplaza concepto. El aplazamiento de la emisión del concepto, se dió en su mayoría por falta de adecuaciones físicas y locativas en los diferentes establecimientos, por lo cual se dejaron exigencias específicas a los propietarios y representantes legales responsables de mantener las condiciones higiénicas sanitarias de dichos establecimientos.

En el año 2013 de los establecimientos vigilados el 2.0% obtuvieron concepto Desfavorable, en el año 2014 se mantuvo el porcentaje de los conceptos desfavorables a los establecimientos que incumplieron los requisitos ordenados por la normatividad vigente, en los puntos críticos establecimientos educativos, jardines infantiles con más de 100 usuarios por jornada con o sin tiendas escolar, por obras locativas y de infraestructura. Durante el año 2013 (el 0.715%, n=18) y en el año 2014 (0.879%, n=15), el porcentaje de establecimientos terminados se conservó dentro lo histórico para la localidad. En el año 2013 (n=37) y 2014 (n=27) se realizó el 100% de las actividades educativas programadas. En el año 2014 el porcentaje de actividades educativas disminuyó y se incrementaron las visitas de IVC en otros puntos críticos para tener una mayor cobertura.

Línea de Seguridad Química

En el año 2014 (n=4077) se incrementó en un 1,54% las visitas de inspección, vigilancia y control comparadas con el año 2013 (n=4015). En un 14% disminuyeron los establecimientos con concepto favorable (n=936) en el año 2014, debido al incumplimiento de la normatividad vigente.

En el año 2013 de los establecimientos vigilados el 27% (n=1089) obtuvieron concepto favorable. En el año 2014 el 23% (n=936) se emitió concepto favorable. En un 14% disminuyo los establecimientos con concepto favorable en el año 2014, debido al incumplimiento de la normatividad vigente.

En el año 2013 de los establecimientos vigilados el 69.0% (n=2776) obtuvieron se aplaza concepto. En el año 2014 en el 74% (n=3.027) se aplaza concepto. Los aplazamientos en los conceptos se presenta por diversas causas, la más común está relacionada en el incumplimiento sobre buenas prácticas relacionadas a la prevención y atención de

emergencias, también al momento de la apertura de nuevos establecimientos, los propietarios tienen desconocimiento de la normatividad y debido a lo anterior se inicia proceso con concepto sanitario de aplazado.

Tabla 20 Visitas de Inspección, Vigilancia y Control por Línea de Seguridad Química años 2013 y 2014

VISITAS IVC AÑO 2013		
TOTAL VISITAS IVC LOCALIDAD		4015
CONCEPTOS SANITARIOS	TOTAL LOCALIDAD	%
FAVORABLE	1089	27
PENDIENTE	2776	69
DESFAVORABLE	82	2
TERMINADOS	68	2
VISITAS IVC AÑO 2014		
TOTAL VISITAS IVC LOCALIDAD		4077
CONCEPTOS SANITARIOS	TOTAL LOCALIDAD	%
FAVORABLE	936	23
PENDIENTE	3027	74
DESFAVORABLE	42	1
TERMINADOS	72	2

FUENTE: Informe Vigilancia Sanitaria. Hospital Tunjuelito II Nivel ESE 2013 – 2014

En el año 2013 de los establecimientos vigilados el 2.0% (n=82) obtuvieron concepto desfavorable, en el año 2014 el 1.0% (n=42). A pesar de los grandes esfuerzos y persistencia en cada uno de los establecimientos para cumplir con las exigencias según la normatividad, algunos de ellos se limitan a desarrollar los diversos procesos productivos excusados en no realizar mejoras y brindar ambientes de trabajos adecuados por la situación económica de cada una de ellas, generalizando que la situación económica para el empresario está debilitada para realizar inversiones por las políticas del estado que estancan a las pequeñas empresas. En el año 2014 el 2% (n=72) establecimientos terminados, se conservó dentro lo histórico para la localidad.

La disminución en la cantidad de actividades educativas se debe principalmente a que se priorizó para el 2014 realizar visitas de control a puntos críticos donde era necesario amentar la cobertura, como por ejemplo tintorerías y empresas que trabajan con plástico. Debido a la gran cobertura por parte de la línea en la localidad se ha logrado que se impacte de manera positiva a la comunidad, en este sentido ha sido posible llegar a la comunidad con diversos temas educativos de interés para cada uno de ellos, con relación a las necesidades de cada sector.

En cada una de las circunstancias en las medidas aplicadas se había insistido y se habían dejado plazos considerables para realizar las mejoras respectivas en cada uno de los

establecimientos, desafortunadamente se hizo caso omiso a las advertencias y se procedió con la cláusula temporal por afectación directa a la salud pública, cabe anotar que los establecimientos a los cuales se les tomo la medida entendieron sobre las adecuaciones y metodologías de trabajo que debían cambiar y las realizaron, a hoy son establecimientos que funcionan bajo mejores prácticas empresariales. La no aplicación de medidas sanitarias en el 2013 no se atribuye a ningún factor, no se presentan casos que se afecte a la salud pública.

Se aplican medidas sanitarias a una empresa donde está involucrado el metal y una empresa de curtiembres. No se presenta una tendencia en las medidas sanitarias aplicadas por punto crítico, por el análisis que se hace de los diferentes tipos de establecimientos en la localidad no hay un punto crítico que presente los mayores incumplimientos.

Línea de Medicamentos Seguros

Tabla 21 Visitas de Inspección, Vigilancia y Control, Línea de Medicamentos Seguros, Localidad Tunjuelito años 2013 y 2014

VISITAS IVC AÑO 2013						
TOTAL VISITAS IVC LOCALIDAD		UPZ	UPZ 62		UPZ 42	
VISITAS IVC	TOTAL LOCALIDAD		TUNJUELITO	%	VENECIA	%
VISITAS IVC	705		158	22	547	78
CONCEPTOS	TOTAL LOCALIDAD	%	UPZ 62		UPZ 42	
			TUNJUELITO	%	VENECIA	%
FAVORABLE	249	35	37	23	212	39
PENDIENTE	271	38	97	61	174	32
DESFAVORABLE	134	19	16	10	118	22
TERMINADOS	51	7	8	5	43	8
VISITAS IVC AÑO 2014						
TOTAL VISITAS IVC LOCALIDAD		UPZ	UPZ 62		UPZ 42	
VISITAS IVC	TOTAL LOCALIDAD		TUNJUELITO	%	VENECIA	%
VISITAS IVC	636		149	23	487	77
CONCEPTOS	TOTAL LOCALIDAD	%	UPZ 62		UPZ 42	
			TUNJUELITO	%	VENECIA	%
FAVORABLE	322	51	65	44	257	53
PENDIENTE	146	23	51	34	95	20
DESFAVORABLE	131	21	20	13	111	23
TERMINADOS	37	6	13	9	24	5

FUENTE: Informe Vigilancia Sanitaria. Hospital Tunjuelito II Nivel ESE 2013 – 2014

En el año 2014 se presentó una disminución del 9% las visitas de inspección, vigilancia y control comparadas con el año 2013, el 51% (n=322) se emitió concepto favorable. En el año 2014 se aumentó en un 29% el porcentaje de establecimientos con concepto

favorable, como resultado del cumplimiento de la normatividad y en la actualidad existen más establecimientos con mejores condiciones higiénicas sanitarias. En el año 2013, de los establecimientos vigilados el 38.0% (n=134) se aplaza concepto. En el año 2014 el 23% (n=146). Lo anterior se debe a la falta de cumplimiento de droguerías en cuanto a la presentación de los registros de temperatura y humedad, que evalúa las condiciones de almacenamiento de los medicamentos en los establecimientos.

En el año 2013 de los establecimientos vigilados el 19% (n=134) obtuvieron concepto Desfavorable, en el año 2014 el 21% (N=131). En el año 2014 se incrementó el porcentaje de los conceptos desfavorables a los establecimientos que incumplieron la normatividad vigente. En el año 2013 de los establecimientos vigilados el 7% (n=51) estaban como establecimientos terminados, en el año 2014, el 6% (n=37) fueron establecimientos terminados, se conservó dentro lo histórico para la localidad.

Las medidas sanitarias aplicadas en el año 2013 fueron Clausura 6 en total, 2 Clausura Temporal, 5 Decomiso, 1 Suspensión de Actividades; en el año 2014, se aplicaron 14 en total, 1 Clausura temporal total, 12 Decomisos y 2 Suspensión de Actividades. Las medidas de Seguridad se toman porque se ve una afectación directa a la salud pública y muchos de estos establecimientos toman los correctivos necesarios para mejorar las condiciones de sus negocios, aunque no se realizan oportunamente las exigencias dejadas y no se debe esperar hasta que sea necesario tomar este tipo de medidas.

La cantidad de actividades educativas disminuye, pasando de 5 en el 2013 a 2 en el año 2014, principalmente porque no asiste un número representativo de personas para realizar la capacitación. En estas actividades se hace énfasis en la normatividad vigente de acuerdo al punto crítico que se capacite por lo que se ha visto un mayor impacto de la misma.

Línea de Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico

En el control de vectores se intervinieron, en el año 2013, 252.028 metros cuadrados para el control integrado de vectores (desinsectación y desratización) y en el 2014, 280.063 metros cuadrados, se ha incrementado los metros cuadrados intervenidos y como una de las problemáticas más sentidas de la localidad tiene que ver con la presencia de vectores por tener la presencia del río Tunjuelo y la Quebrada Chiguaza, la comunidad ve una respuesta directa cuando se realiza este tipo de acciones en los sectores en donde se evidencia esta problemática.

En el año 2014 se vacunaron 6231 animales (felinos y caninos), la cobertura paso del 45% en el año 2013 al 48% en el año 2014, para un aumento del 6%. Aunque se ha incrementado el porcentaje de cobertura de vacunación antirrábica no ha sido suficiente, por lo que se han implementado los puntos fijos de vacunación, se realizan barridos en la localidad y se han articulado acciones con los territorios saludables.

En el año 2014 el porcentaje de caninos recogidos en vía pública se ha incrementado, pasando de 76 en el año 2013 a 133 en el 2014, sin embargo, se ha visto perjudicado el resultado por la disminución de los operativos desde el Centro de Zoonosis y la cantidad de animales a recoger.

El control de población canina y felina es una de las que más impacto tiene en la comunidad y se tiene cobertura en tres localidades Ciudad Bolívar, Usme y Tunjuelito, se realizaron 8.975 esterilizaciones en el año 2013 y 6.436 en el año 2014. La observación de animales por generar accidentes de agresión animal, se realiza al 100% pero se tienen muchas visitas fallidas porque hay muchos datos de la notificación erróneos que no permiten el cumplimiento de las mismas. Se incrementaron las actividades educativas teniendo en cuenta que una de las quejas más frecuentes que se tiene es la inadecuada tenencia de las mascotas en las viviendas, por lo que se busca con la actividad educativa mejorar las condiciones en que se deben tener las mascotas, el bienestar de las mismas y el no generar inconvenientes con los vecinos.

Línea de Aire, Ruido y REM

Desde esta línea se realiza seguimiento a los establecimientos vigilados que incumplen la ley 1335/09. Para el año 2014 se presentaron un total de 30 incumplimientos de los 2.217 establecimientos vigilados y controlados; la mayor parte de los incumplimientos se presentaron en la línea de alimentos sanos y seguros con 10 incumplimientos, seguido de la línea de seguridad química con 9 incumplimientos. Cabe resaltar que la mayor parte de estos incumplimientos se generan por falta de letrero visible al público.

Tabla 22 Prevalencia de eventos mórbidos y mortales relacionados con Línea de Aire. Localidad Tunjuelito. 2014

<u>INDICADOR</u>	<u>PREVALENCIA /PROPORCION</u>	<u>ANALISIS ACUMULADO DEL AÑO</u>
Prevalencia sibilancias en menores de 5 años debido al material particulado PM10 en la localidad de Tunjuelito 2014	23%	El 23,4% de los menores de 5 años presentaron sibilancias debido al PM10 en el 2014 de 362 niñas y niños que se encuentran en la vigilancia centinela, en el 2013 se presentó el 21,5% de 492 menores, aumentando un 1,9% la prevalencia de las sibilancias.
Prevalencia sibilancias en niños de 5 a 14 años debido al material particulado PM10 en la localidad de Tunjuelito 2014	7%	El 7% de los menores de 5 a 14 años presentaron sibilancias debido al PM10 en el 2014 de 538 niñas y niños que se encuentran en la vigilancia centinela, en el 2013 se presentó el 4,2% de 424 menores, aumento la prevalencia de sibilancias en un 2,8%.
Prevalencia sibilancias en adulto mayor de 60 años debido al material particulado PM10 en la localidad de Tunjuelito 2014	22%	El 22% presento sibilancias debido al PM10 en los adultos mayores que pertenecen a la vigilancia centinela en el año 2014 de 109 adultos mayores de 60 años, en el 2013 se presentó el 26%, disminuyendo la prevalencia de sibilancias en un 4%.

Prevalencia tos en la noche en menores de 5 años debido al material particulado PM10 en la localidad de Tunjuelito 2014	20%	El 20% de los menores de 5 años presentaron tos en la noche en el 2014 de 362 niñas y niños que se encuentran en la vigilancia centinela, en el 2013 se presentó el 18,5% de 492 menores, disminuyendo un 1,5% la prevalencia de la tos por la noche.
Prevalencia tos en la noche en niños de 5 a 14 años debido al material particulado PM10 en la localidad de Tunjuelito 2014	12%	El 12,3% de los menores de 5 a 14 años presentaron tos en la noche en el 2014 de 538 niñas y niños que se encuentran en la vigilancia centinela, en el 2013 se presentó el 13,9% de 424 menores, disminuyendo la prevalencia de tos en la noche un 1,1%.
Proporción Ausentismo escolar por síntomas respiratorios en menores de 14 años	33	La tasa de ausentismo escolar en el 2014 es del 333 por cada 1000 menores de 14 años y en el 2013 fue de 217 casos por cada 1000 menores de 14 años de los colegios centinela.
Prevalencia de tabaquismo pasivo en niños menores de 14 años en la localidad de Tunjuelito 2014	14.3%	El 14,3% fue la prevalencia de tabaquismo pasivo de los menores de 14 años que se encuestaron en el 2014 y en el 2013 fue del 19,5%, con una disminución del 5,2% del tabaquismo pasivo.
Prevalencia de tabaquismo en los hogares de la localidad de Tunjuelito 2014	27%	La prevalencia de tabaquismo en los hogares de los menores de 14 años fue del 27% en el 2014 y en el 2013 fue del 36%, con una disminución del 9% en la prevalencia.
Prevalencia de tabaquismo en mujeres embarazadas en la localidad de Tunjuelito 2014	4%	La prevalencia de tabaquismo de mujeres embarazadas que se presentó en el año 2014 fue del 4% y en el 2013 fue del 5%, con una disminución de la prevalencia de tabaquismo de un 1%.
Prevalencia de tabaquismo pesado en los adultos mayores de 60 años en la localidad de Tunjuelito 2014	18%	La prevalencia de tabaquismo pesado en el 2014 fue del 18,3% (fumadores de más de 10 paquetes año) en población centinela de adultos mayores de 60 años y en el 2013 fue del 19%, disminuyendo el tabaquismo en 0,7%.
Casos de intoxicación intramural por monóxido de carbono (CIMCT) en la localidad de Tunjuelito 2014	2%	En el 2014 se presentaron dos casos por intoxicación aguda de monóxido de carbono y otro gas como el lacrimógeno en la localidad de Tunjuelito, en el mes de febrero y marzo.
Tasa mortalidad de intoxicación intramural por monóxido de carbono (CIMCT) en la localidad de Tunjuelito 2014	0%	En el 2014 no se presentó ninguna mortalidad por intoxicación aguda de monóxido de carbono en la localidad de Tunjuelito

Tasa de letalidad de intoxicación intramural por monóxido de carbono (CIMCT) en el 2014.	0%	En el 2014 no se presentó ninguna letalidad por intoxicación intramural por monóxido de carbono en la localidad de Tunjuelito
--	----	---

FUENTE: Vigilancia Sanitaria, Hospital Tunjuelito II Nivel ESE 2014

2.2.1.2. Incidencia de enfermedades relacionadas con el trabajo por exposición a sustancias químicas

En la localidad las actividades económicas que generalmente se exponen al manejo de sustancias químicas son la industria de procesamiento de cuero y metalmecánica, estas empresas en muchas ocasiones presentan inestabilidad laboral debido al tipo de contratación dado que se vincula a las personas dependiendo de la producción, lo que genera que el pago sea por días o por horas.

Por otra parte estas empresas son formales o informales y algunas ya sea por desconocimiento, por factores económicos o por desinterés no aplican las normas de seguridad industrial, programas de salud y seguridad en el trabajo desestimulando el uso y dotación de elementos protección personal a los trabajadores.

Entre los principales eventos de riesgo por exposición a sustancias químicas registrados en el año 2014 encontramos intoxicaciones por gases, medicamentos, solventes, plaguicidas y otras sustancias químicas.

En cuanto a la contaminación por sustancias químicas los principales elementos químicos que pueden afectar la salud de los trabajadores de la localidad son los metales pesados empleados en la elaboración del cuero como lo son el plomo, cromo y mercurio y otros químicos utilizados en la tintura del cuero, colorantes como el tanino, solventes volátiles alcanfor y benceno y ácido sulfúrico, los cuales se asocian a la generación de enfermedades crónicas como el cáncer, patologías cardiorrespiratorias y de tipo dermatológico como alergias entre otras.

2.2.1.3. Disponibilidad del sistema para el manejo y disposición final de residuos

En cuanto al sistema para el manejo y disposición final de los residuos sólidos domiciliarios se logra identificar aproximadamente que el 30% de la población local reside en conjuntos de propiedad horizontal, los cuales cuentan con cuarto de basuras (SHUT) para el almacenamiento y recolección de los residuos sólidos, el restante de la población se ubica en barrios tradicionales y disponen sus residuos frente a las viviendas en los días y horarios establecidos por la empresa de aseo. En general todos los residuos ordinarios producidos en la localidad se disponen en el relleno sanitario de doña Juana.

En procesos de reciclaje la localidad cuenta con la intervención de 5 ORAs (Organizaciones de Recicladores Asociados) distribuidos en los diferentes barrios de la

localidad. Es de resaltar que uno de los principales productores de residuos peligrosos a nivel local es el sector industrial ubicado en el Barrio San Benito, el cual produce volúmenes importantes de residuos sólidos como son los lodos y otros subproductos con trazas de sustancias químicas peligrosas para la salud y el ambiente.

En la localidad también se identifican varios puntos donde se disponen residuos sólidos de tipo especial (Escombros y llantas) que se encuentran en: Avenida Boyacá entre Avenida Meissen y Autopista Sur, Paradero de Buses Rojos San Benito, Barrio Fátima sobre la Avenida Gaitán cortes, Canal receptor de agua lluvia San Vicente.

2.2.2. Dimensión Vida Saludable libre de Enfermedades Transmisibles

Busca garantizar el disfrute de una vida sana, en las diferentes etapas del ciclo de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los territorios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y eventos transmisibles, con enfoque diferencial y equidad social, desde una perspectiva de desarrollo humano sostenible.

La dimensión propone como estructura de trabajo un modelo de intervención transectorial denominado Estrategia de Gestión Integral - EGI. Este modelo pretende reconocer, estudiar, contextualizar e intervenir las causas intermedias y profundas de los impactos y desenlaces negativos relacionados con las enfermedades transmisibles prevalentes, emergentes y desatendidas. Concibe el rol activo del sector en la reducción de inequidades en salud por dos grandes vías: Directamente, asegurando el acceso equitativo a servicios de salud de calidad y a programas de salud pública comprensivo y efectivo. Transectorialmente, involucrando otros agentes del gobierno y de la sociedad civil en la intervención de las causas estructurales de situación y exposición que generan las enfermedades transmisibles. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

2.2.2.1. Cobertura de vacunación con esquema completo

La vacunación es una intervención muy exitosa en términos de costo-efectividad, evita millones de muertes por enfermedades inmunoprevenibles como hepatitis A y B, sarampión, parotiditis, enfermedades por neumococos, poliomielitis, diarrea por Rotavirus, Tétanos o la fiebre amarilla, especialmente en lactantes y ancianos; actualmente la inmunización se extiende a jóvenes y adultos debido a los períodos de inmunidad dados por los biológicos que en algunos casos son menores a los esperados, a la aparición de nuevas mutaciones en microorganismos de gripe, meningitis y cáncer de cuello de útero (VPH) y/o a las deficiencias en las coberturas de vacunación.

Tabla 23 Cobertura de vacunación por biológico. Localidad Tunjuelito. Años 2013 - 2014

GRUPO DE EDAD	BIOLÓGICO	% AÑO 2013	% AÑO 2014
MENORES DE UN AÑO	3as POLIO	93,2	86,3
	BCG RECIEN NACIDOS	99,3	107,6
	2as ROTAVIRUS	90,6	83,9
POBLACIÓN DE 1 AÑO	TRIPLE VIRAL	87,3	88,6
	HEPATITIS A	89,1	88,7
	FIEBRE AMARILLA	90,8	89,1
	NEUMOCOCO 3a. DOSIS	87,3	88,6
POBLACIÓN DE 5 AÑOS	TRIPLE VIRAL	91,3	102,5

Fuente: Tableros de Control, Programa Ampliado de Inmunización. Localidad Tunjuelito – 2014 PRELIMINAR

De acuerdo con la información aportada por la coordinación de PAI, lo anterior puede estar asociado a aspectos que influyeron para que no se lograran coberturas útiles administrativas de PAI en la localidad en la localidad en el año 2014, a saber:

- El acortamiento del esquema en Bogotá para el año 2013, en respuesta al brote de Tos ferina que se presentó al finalizar 2012 y el que regresó al esquema nacional cada dos meses en agosto de 2014.
- Los rumores de ESAVI por la aplicación de la vacuna contra VPH en Carmen de Bolívar, fue un impacto negativo para todo el programa puesto que hizo perder la credibilidad en el mismo por parte de la población.
- La meta bajo teniendo en cuenta que la proyección DANE poblacional no corresponde al crecimiento real, dado que ha disminuido el total de nacimiento en la localidad.
- Se tienen dos IPS que atienden partos en la localidad que son Clínica El Carmen y Hospital Tunal, éste último en su mayoría son población de otras localidades.
- A pesar de la disminución de la meta asignada, sigue siendo mayor al total de nacidos vivos en la localidad.

2.2.2.2. Implementación del Programa de Prevención y el Control de las IAAS, la Resistencia Antimicrobiana y el Consumo de Antibióticos en las Instituciones de Alta y Media Complejidad

El PDSP tiene como meta, a 2021, lograr un avance progresivo y sostenido de la implementación del programa de prevención y el control de las IAAS, la resistencia antimicrobiana y el consumo de antibióticos en el 90% de las instituciones de alta y media complejidad. El objetivo principal del programa de vigilancia epidemiológica de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud es desarrollar y fortalecer destrezas y competencias en el Hospital Tunjuelito II nivel E.S.E, para detectar y prevenir el riesgo de adquirir IAAS promoviendo la gestión de condiciones que minimicen el riesgo mediante la difusión y

adquisición de una cultura institucional colectiva de autocontrol en los procesos implicados en la prevención y control de factores evitables.

Para la vigencia 2014 las actividades del programa de prevención de IAAS se enfocaron en:

- Actualización del programa y guías de prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
- Construcción y cumplimiento de plan operativo anual.
- sensibilización y capacitación a todo el personal del Hospital Tunjuelito II nivel E.S.E en temáticas como identificación y notificación de los posibles eventos de IAAS, Estrategia Multimodal de Lavado de manos, Aislamientos y Bioseguridad para prevenir y mitigar el riesgo de IAAS.
- Implementación del sistema de reporte y accesibilidad a todas las unidades a través de la intranet, Se realiza articulación con la Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL) para la prevención de riesgo biológico e IAAS, realizando re inducción y campaña de Bioseguridad en todas las Unidades del Hospital Tunjuelito II nivel E.S.E.
- Se realiza articulación con el servicio farmacéutico para la implementación de nuevos insumos para fortalecer la prevención de IAAS y una mejor calidad de atención al usuario.
- Se realizó la implementación y cambio de insumos para la prevención de IAAS para fortalecer la estrategia multimodal de lavado de manos y procesos como limpieza y desinfección.
- Se realizó seguimiento a los eventos de mayor incidencia de IAAS abordando actividades para mitigar el riesgo y velar por la seguridad del paciente.
- Se realizó notificación interna y externa de la tendencia de la IAAS.
- Se realizó capacitación al cliente interno a través de los proveedores de los insumos contribuyendo con el conocimiento y fomentando cultura para disminuir y prevenir el riesgo de IAAS.
- Se realizó articulación con Talento Humano de esta manera sistemáticamente se da inducción al personal.
- Medición sistemática de la adherencia al manual de Bioseguridad Institucional por sedes y servicios.
- Acompañamiento en la construcción de planes de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos (productos de auditorías y análisis de casos).

El avance progresivo y sostenido de la implementación del programa se enfoca en el mejoramiento continuo instaurado institucionalmente creando a través del tiempo cultura del reporte, articulación de programas como Salud y seguridad en el Trabajo, Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y laboratorio clínico creando así monitoreo continuo en cada unidad generadora de datos para identificación oportuna de acciones inseguras y casos que pueden contribuir a la presentación de Infecciones Asociada a la Atención en Salud.

Gráfica 19 Tasa Global IAAS Hospital Tunjuelito 2012 - 2014



FUENTE: Hospital Tunjuelito II Nivel ESE, Informe de IAAS 2014

La tasa global de Infección Asociada a la Atención en Salud es de 0,4 para el año 2012, 0,9 para el 2013, 0,5 para el 2014 y para el año 2015 se encuentra en 0,7 casos x 100 egresos. Ubicándose por debajo del promedio estándar que oscila entre 1,8 a 2,0 casos x 100 egresos acorde al anuario de IAAS de la Secretaria Distrital de Salud.

De igual manera y de acuerdo a los eventos de mayor notificación se presenta a continuación el porcentaje de infección presentado en los servicios de gineco - obstetricia y cirugía general: Parto por cesárea 1.03%, y 0.44% de cirugía general. Respecto a la resistencia bacteriana y el consumo de antibióticos se realizó articulación con el laboratorio clínico del Hospital y el programa de farmacovigilancia para crear la guía de Uso Prudente de Antibióticos de acuerdo al perfil de resistencia bacteriana por microorganismo

2.2.2.3. Letalidad Tos ferina: Durante el año 2014 se registraron 47 casos de Tos ferina descartados, no se presentan muertes por Tos ferina de personas con residencia en la Localidad Tunjuelito.

2.2.2.4. Personas Curadas de Tuberculosis Pulmonar

La cohorte para este periodo, corresponde a los casos que fueron notificados en el año 2014. Con TBC pulmonar BK positivo y presentan el siguiente comportamiento:

El 72% (n=18) de los casos que fueron notificados, salieron en la cohorte como curados, con un 24% (n=6) de tratamientos terminados.

El Porcentaje de personas con lepra con discapacidad g2 al momento del diagnóstico, en la localidad fue de cero, pues los dos casos que se presentaron 2 casos y tenían discapacidad grado 1.

Tabla 24 Seguimiento Casos Tuberculosis Pulmonar. Localidad Tunjuelito 2014

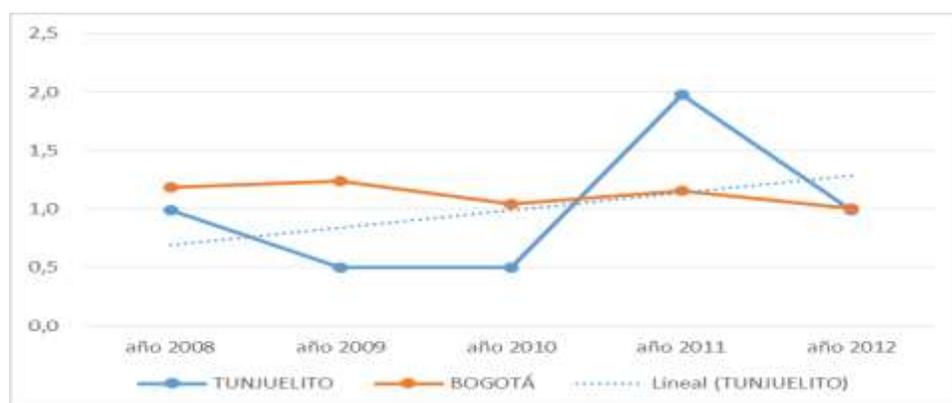
Casos registrados	Total
Curados	72
Terminado	24
Abandono	0
Fracaso	0
Fallecido	4

FUENTE: Información obtenida de los archivos del programa transmisibles. Hospital de Tunjuelito 2014

2.2.2.5. Mortalidad Tuberculosis

La mortalidad por Tuberculosis en la localidad Tunjuelito ha presentado un comportamiento ascendente, con un pico marcado en el año 2011 y luego desciende con 4 casos y una tasa de 2 defunciones por 100.000 habitantes, en el año 2012 a 2 casos para una tasa similar a la de Bogotá.

Gráfica20 Mortalidad Tuberculosis Localidad Tunjuelito Comparada con Bogotá. 2008 a 2012



FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014)

2.2.3. Dimensión Convivencia Social y Salud Mental

Se define con el espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

POSICIONAMIENTO POLITICO

Partiendo de comprender el Posicionamiento Político como: el conjunto de estrategias que buscan incidir y comprometer a: autoridades locales, sectores, instituciones, actores sociales y comunitarios para la implementación de las políticas y los programas de salud pública a fin de mejorar la situación y condiciones de salud y calidad de vida de las poblaciones. Esto Incluye el desarrollo de dinámicas de movilización social, planeación participativa en las diferentes instancias y con los actores y sectores en todos los niveles del territorio local; así como el análisis al seguimiento y monitoreo de las Políticas Públicas y los programas de interés en salud pública¹. En la ESE Tunjuelito durante el periodo 2012-2015 se destacan los siguientes avances de acuerdo a las políticas y programas implementadas en lo local.

Política de Salud Mental y SPA, se viene desarrollando acciones, frente al Posicionamiento de la política en espacios comunitarios, interinstitucionales y locales, la conformación a nivel local el Consejo Red de Buen Trato, buscando fortalecer las acciones y articulaciones de los diferentes sectores hacia la comunidad, a su vez se fortalecido la participación de entidades.

Parte de los logros han sido las actividades de conmemoración del día mundial de salud mental, cuyo objetivo está encaminado a promover prácticas saludables en salud mental a partir del fomento de habilidades para la vida, sensibilizar frente a las relaciones basadas en la sana convivencia de los niños, niñas, adolescentes, adultos y personas mayores que habitan en la localidad de Tunjuelito. Se desarrollaron temáticas relacionadas con habilidades para la vida, socialización de la línea 106, Socialización de la Línea Psicoactiva, promoción de prácticas protectoras encaminadas al buen trato, Prevención del consumo, Socialización de Tipos de Violencia – Rutas de atención, Socialización de la política de juventud y el programa de servicios amigables, vínculos positivos de relaciones con las personas mayores en el marco del buen trato y sana convivencia, abordaje en Salud Mental desde la cosmovisión Étnica entre otras.

PDA Salud Mental, La ESE de manera permanente desarrolló el Comité De Salud Mental / PDA, en cual se contó con la participación de los psicólogos del programa de territorios saludables, referentes de SIVIM, SIVICOS y referentes de ámbitos y políticas, en este espacio se realizaron asistencias técnicas diferentes temáticas, unidades de análisis frente embarazo adolescente en la localidad, violencia en el ciclo vital de vejez, socialización de proyecto de énfasis y programas de salud mental comunitaria.

Espacios de participación local, Se ha participado de manera propositiva en los siguientes espacios:

Consejo Local de Política Social- CLOPS, en este espacio se generan acuerdos institucionales de articulación y fortalecimiento de las acciones desde la perspectiva de la salud pública con enfoque poblacional diferencial y de inclusión; evaluando las políticas y programas en sus diferentes momentos con participación y evaluación de la comunidad, este escenario es liderado por Alcaldía Local y Secretaria Local de Integración Social.

Unidad de Apoyo Técnico -UAT, escenario de participación institucional que permite presentar las diferentes propuestas de las instituciones participantes en la localidad; diseñando planes conjuntos acción que favorezcan las respuestas frente a una lectura de necesidades y realidades de la comunidad, de acuerdo a las dinámicas locales se desarrollaron en su mayoría reuniones, los segundos martes de cada mes, en el auditorio de la SLIS, de la Localidad de Tunjuelito.

Comité Local de derechos humanos: Este espacio es liderado por la personería local, ha buscado restituir los derechos de la población en general, articulando acciones institucionales que dan respuesta a las necesidades de los habitantes de la localidad sexta de Tunjuelito.

Red del Buen Trato: Espacio en el cual se realizó la conformación del Consejo Red de Buen Trato con el fin de unificar esfuerzos para la promoción del buen trato, prevención y atención de violencias. De igual forma, la unificación de la oferta institucional como proyectos (estrategia Rio, CAMAD) para la comunidad. Así mismo, se abordan las diferentes problemáticas presentes en la localidad como el consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de la localidad y las violencias como se da respuesta desde las diferentes instituciones.

2.2.3.1. Componente Promoción de la salud mental y la convivencia.

Desde el programa de territorios saludables en los ámbitos de escolar, familiar, SSC, comunitario, institucional, espacio público, laboral y ambiental, se desarrollan acciones promocionales, preventivas y de atención a través de las estrategias: Asesoría en Prácticas Saludables en Salud Mental; Grupos promotores de la línea 106; Asesoría Inicial en Salud Mental; Intervención Psicosocial a Familias en Eventos Prioritarios en Salud Mental e Intervención Psicosocial a Víctimas de Conflicto Armado, que contribuyan a favorecer la salud mental de la población en los territorios priorizados.

Respecto a la población VCA, se hace indispensable retomar la definición jurídica elaborada entorno al concepto de víctima del conflicto armado, vigente en la normatividad existente y los hechos ocurridos en ocasión del conflicto armado que se constituyen en graves violaciones de los Derechos Humanos y del derecho internacional humanitario, que conllevan esta condición.

Se consideran *Víctimas del conflicto armado* las personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno. (Ley 1448 de 2011).

Hechos victimizantes: Acto terrorista, Atentado, Combate, Enfrentamiento, Hostigamiento, Amenaza, Delitos contra la libertad y la integridad sexual en el desarrollo del conflicto armado, Desaparición forzada, Desplazamiento forzado, Homicidio, Masacre, Mina antipersonal (MAP), Secuestro, Tortura, Vinculación de niños, niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados, Abandono o despojo forzado de tierras.

En este componente cuyo propósito busca generar relaciones interpersonales basadas en el respeto, la equidad, la solidaridad, el sentido de pertenencia, el reconocimiento de la diferencia y la participación para la construcción de acuerdos y el ejercicio de los derechos humanos para el bien común, se destaca en relación a la población VCA, ya que lo planteado en este componente es parte fundamental para la consecución de los principios generales de la ley 1448 de 2011, en función de alcanzar la reparación integral a la población VCA.

Uno de los objetivos es intervenir de manera positiva los determinantes psicosociales de la salud y la calidad de vida de la población VCA mediante procesos de acción transectorial, en relación a esto desde el componente de políticas y programas, se realizan procesos de posicionamiento político y direccionamiento estratégico, para insertar en la agenda política y social de la localidad de Tunjuelito las problemáticas y potencialidades de la población VCA y desde allí iniciar procesos de construcción conjunta de respuesta unificadas transectoriales e intersectoriales que garanticen la restitución de derechos, la implementación de la ruta de reparación y la atención integral a población víctima de conflicto armado identificada en los territorios por los equipos de Salud y en los diferentes servicios que presta el Hospital de Tunjuelito.

El reconocimiento de la determinación social para la construcción participativa de un adecuado estado de salud plena para la población VCA, implica el concurso activo de la comunidad y la institucionalidad representada en diferentes sectores de la administración pública local, es por ello que en la actualidad en la localidad de Tunjuelito se está iniciando un trabajo articulado con la alcaldía local, la alta consejería para los derechos de las víctimas la paz y la reconciliación - ACDVPR, la Unidad de Víctimas y el proyecto énfasis tejiendo esperanzas de la Secretaría Distrital de Salud.

Lo anterior se constituye en base fundamental para avanzar hacia la implementación en lo local, de la estrategia contemplada en el presente componente relacionada con la movilización social y comunitaria para la garantía del derecho a la atención psicosocial y

salud integral a las VCA, acciones de incidencia política y posicionamiento en la agenda pública de temas relevantes de salud mental que garanticen sostenibilidad y permanencia.

Si bien el proceso de posicionamiento político de la población VCA en la localidad y el reconocimiento de sus necesidades, es un proceso que hasta ahora inicia con fuerza, los avances y logros alcanzados a la fecha, permiten considerar que el proceso va en buen camino, estando en un punto en el que se ha podido primero, reconocer la gran cantidad de población VCA que habita la localidad y segundo, llamar la atención de la institucionalidad que conforma el gobierno local para iniciar procesos de compromiso y construcción agendas concertadas de respuestas unificadas a las necesidades y expectativas de la población VCA, basadas en la interlocución entre sectores.

2.2.3.2. Componente Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia.

Desde el componente de prevención se desarrollan acciones de protección específica en individuos, familias y comunidades que incidan positivamente en la toma de decisiones oportunas para el cuidado de la salud mediante la identificación temprana de riesgos para la salud mental, canalizando, notificando eventos de alto impacto en salud mental, necesidades de atención psicosocial y facilitando el acceso equitativo efectivo a los servicios sociales y de salud mental en el marco del SGSSS.

Frente al objetivo D del presente componente el cual se refiere a la Identificación de necesidades, efectos y daños que requieren atención psicosocial sectorial y transectorial a la población VCA, cabe señalar en primera instancia que en la localidad de Tunjuelito se ha logrado determinar que una de las características de la población VCA son las graves afectaciones en su salud mental espacialmente estrés postraumático, debido en su gran mayoría a la situación relacionada con su hecho victimizante, por lo general asociada con desplazamiento forzado. Dichas afectaciones de salud mental, se ven agudizadas por episodios relacionados con desaparición de familiares, pérdida del proyecto de vida, desesperanza y dificultades económicas.

En relación a las respuestas dadas por el sector salud se destacan las acciones adelantadas por el proyecto de énfasis "Tejiendo Esperanzas" (PAPSIV), en atención psicosocial para la identificación de necesidades y daños causados en ocasión del conflicto armado, lo cual corresponde al objetivo del componente. Frente al objetivo E de implementación de redes institucionales y comunitarias para la atención a víctimas del conflicto armado, solo se ha logrado avanzar en el plano institucional con acciones de articulación más no en construcción de redes, se evidencian además dificultades de organización para la participación de población VCA, representado esto en la ausencia de organizaciones fuertes que movilicen procesos de interlocución con las instituciones en

representación de los intereses, necesidades y expectativas de la Población VCA de la localidad.

2.2.3.3. Edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes

El primer acercamiento al consumo de sustancias psicoactivas se dan en adolescentes (14 a 17 años) en el 78% de los casos registrados en la base VESPA del año 2013, aunque este acercamiento se inicia en los niños de la localidad Tunjuelito, con alcohol en el 40% de los casos, a partir de los ocho años, en fiestas familiares y fin de año, con abuelos-as, padres, tíos-as. Según un estudio realizado por la alcaldía de la Localidad (Fondo de Desarrollo Local de Tunjuelito - Corporación Acción Técnica Social ATS, 2014) el primer contacto con alcohol se da en niños de 6 a 10 años en el 69,6% y en adolescentes de 11 a 15 años en 3,7%. Esto tiene relación con la naturalización del consumo de alcohol en la población colombiana, desde épocas remotas y su aceptación legal y social. Sin embargo, esto es el primer acercamiento pues, con grupos de amigos, en el ámbito escolar incluso con la familia tienen acercamiento a las sustancias ilegales, las cuales son ampliamente aceptadas en estos ámbitos por los adolescentes, especialmente la marihuana y los inhalantes. La mediana de la edad de inicio de consumo de alcohol según la base de VESPA 2013 es de 13 años.

Tabla 25 Droga de inicio al consumo de sustancias psicoactivas. Localidad Tunjuelito. 2013

EDAD	Alcohol	Tabaco	Inhalantes	Marihuana	TOTAL
6 años		1			1
7 años		1			1
8 años	3	1			4
9 años	1			1	2
10 años	2	3			5
11 años	2	5			7
12 años	7	3		1	11
13 años	3	3	1	2	9
14 años	3	6		5	14
15 años	5	1		6	12
16 años	1				1
17 años				2	2
19 años	1				1
20 años		1			1
21 años	1				1

FUENTE: Base VESPA Distrital, 2013

No se cuenta con información sobre Inserción Social de Personas con Enfermedades Mentales, ni Mortalidad por Intervención Legal y Operaciones de Guerra.

2.2.3.4. Prevalencia de Consumo de SPA en el último mes

En la localidad Tunjuelito no se cuenta con este dato específico para el año 2014, pero según el estudio realizado por la alcaldía de la Localidad (Fondo de Desarrollo Local de Tunjuelito - Corporación Acción Técnica Social ATS, 2014) el 82,15% de los estudiantes, que participaron, de los colegios distritales ubicados en la Localidad reporta que consumen sustancias psicoactivas, especialmente el alcohol 37,84%, cigarrillo 20,76%, la sustancia ilegal de mayor consumo es la marihuana en 28,34%, en cuarto lugar se encuentran los inhalantes 12,23% que entre los adolescentes son populares por su bajo costo y fácil acceso, sin embargo, este hecho es preocupante por los daños irreversibles a nivel del sistema nervioso central y que son de mayor impacto entre más temprano se inicia el consumo. El 79% de los casos registrados en la base VESPA del año 2013 son de sexo masculino.

2.2.3.5. Seguimiento a Casos de Violencia Intrafamiliar

Las manifestaciones de violencia constituyen uno de los eventos más sentidos por la comunidad y que más afecta la dinámica intrafamiliar y comunitaria en general, y debido a su impacto en la salud pública, la Secretaría Distrital de Salud hace seguimiento, a través del subsistema de Vigilancia de Violencia Intrafamiliar, abuso sexual y maltrato infantil – SIVIM. En el año 2014 se reportaron 1343 eventos de violencia distribuidos en 742 personas con lugar de residencia en la localidad Tunjuelito, para una tasa de incidencia de 0,67% demostrando aumento progresivo de la notificación de estos eventos al Hospital Tunjuelito. Es de anotar que esto es sólo el indicador obtenido con los datos de Vigilancia en Salud Pública del Hospital Tunjuelito, por lo que se considera un subregistro del evento por falta de información de otros sectores de la Localidad como las comisarías de familia, la casa de igualdad, entre otros, ya que se presentan dificultades en la entrega de esta información por parte de las diferentes instituciones.

2.3.3.6. Tasa de Incidencia de Violencia Contra la Mujer.

Durante el año 2014, el 71,8% (n=411) de la violencia notificada al Hospital Tunjuelito II Nivel ESE va dirigida a la mujer, este comportamiento presenta aumento respecto al año anterior, en todas las etapas de ciclo vital excepto en la primera infancia donde se observa ligera preponderancia del sexo masculino (54,8%). Por etapa de ciclo vital se observa que el 37,7% de las violencias contra las mujeres se da en la infancia, seguida de la adolescencia con el 20,5%, es decir que el 58,2% de la violencia contra la mujer se da en menores de 18 de años. El principal tipo de violencia que afecta a las niñas y adolescentes es la negligencia que se presenta totalmente en estos grupos de edad; la violencia física (14,1% del total de la notificación de mujeres) afecta más a las jóvenes y adultas jóvenes (18 a 44 años) con el 65,6% de los casos. La violencia sexual es la tercera con mayor notificación, siendo la mujer la más afectada en el 91% de los casos,

43% son niñas menores de 13 años, 29% son adolescentes y 27% jóvenes y adultas jóvenes. La relación con el agresor depende de la etapa de ciclo vital para infancia y adolescencia son la madre y el padre principalmente (95,2%), aunque las adolescentes también son agredidas por conocidos, para las jóvenes y adultas es la pareja el principal agresor en 40% de los casos en cada grupo.

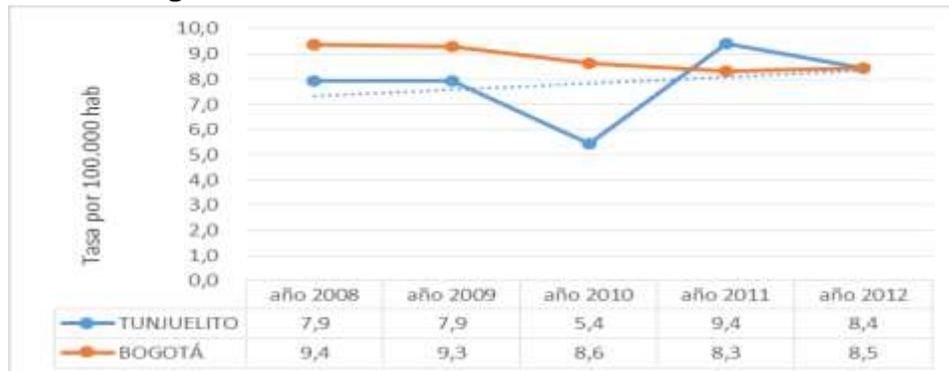
2.2.3.7. Tasa de Incidencia de Violencia Intrafamiliar

Durante el año 2014 se presentaron 2702 casos de maltrato infantil en Bogotá, 9495 casos de violencia de pareja, 225 casos de violencia contra persona mayor, 2600 entre otros familiares y 3973 casos de presunto delito sexual, con una tasa de 206,45 * 100.000 habitantes. La localidad Tunjuelito en el año 2013 tuvo el 2,6% de participación en la violencia intrafamiliar en Bogotá, la cual disminuyó a 2,4%. La mayor proporción de violencia notificada al Hospital Tunjuelito se presenta en la infancia con el 48,1% donde los principales agresores son la madre en primer lugar y el padre, seguida de la adolescencia y juventud con 16% cada una, entre los adultos los de 27 a 44 años son los presentan mayor notificación con 13,5%. Por la distribución de la población notificada, el tipo de violencia más reportada es la negligencia que afecta a la infancia en el 60%, seguida de la violencia física que afecta a la infancia en 36,7%, a la juventud en el 30% y adulto joven con el 24,2%. La tasa de maltrato infantil (infancia y adolescencia) en el 2014 fue de 104,18 * 100.000 habitantes, con una participación del 2% de maltrato infantil en Bogotá. En relación con el agresor, en base de SIVIM del Hospital Tunjuelito, se encuentra que la pareja corresponde al 16% de los agresores reportados, con mayor afectación de adulto en el 40% de la violencia en este grupo de edad, igual que en la juventud, pero llama la atención que el 9,6% de la violencia en la juventud es ejercida por la pareja; en reporte distrital se encuentra una tasa de violencia de pareja en la localidad Tunjuelito de 142,55 * 100.000 habitantes con una participación del 2,4% de la violencia de pareja en Bogotá. La violencia contra la persona mayor corresponde al 3,1% de la notificación a SIVIM, en la cual el principal agresor es el hijo con negligencia y abandono; así mismo, tiene una participación del 1,8% de la violencia contra la persona mayor en Bogotá, con una tasa de 54,03 * 100.000 habitantes, lo cual la ubica en el sexto lugar entre las localidades con tasa más alta de violencia con la persona mayor. La violencia entre otros familiares tiene 3,2% de participación dentro de la violencia entre otros familiares en Bogotá, presentando aumento frente al año anterior cuando fue del 2%.

2.2.3.8. Tasa de Mortalidad por Accidentes de Transporte Terrestre

La tasa de mortalidad por accidentes de tránsito en la Localidad Sexta Tunjuelito, según el DANE tiende a aumentar, se ubica sobre la del Distrito a partir del año 2011 cuando se reportan 19 casos y en el 2012 con 14 casos para una tasas de 8,4 por 100.000 habitantes, comparada con la de Bogotá no se observa diferencia en la tasa pues es 0,02% más alta que en la Localidad.

Gráfica 21 Tasa de Mortalidad por Accidentes de Tránsito Localidad Tunjuelito Comparada con Bogotá. 2008 a 2012



FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfica.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014)

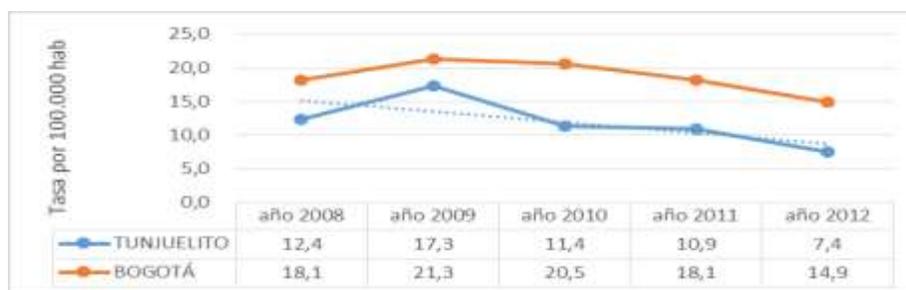
2.2.3.9. Tasa de Mortalidad por Accidentes Excluidos los de Transporte.

En la localidad Tunjuelito disminuyeron las muertes accidentales pues en el año 2013 se presentaron 11 y en el año 2014 fueron 5, esta información proviene de una fuente secundaria, el Centro de Estudio y Análisis en Convivencia y Seguridad Ciudadana Secretaría de Gobierno, con datos del Instituto Nacional de Medicina Legal con actualización a las 15:10 horas del 18 de febrero de 2015. Preliminares.

2.2.3.10. Tasa de Mortalidad por Agresiones

La OMS afirma que las muertes y discapacidades causadas por la violencia convierten a ésta en uno de los principales problemas de salud pública de nuestro tiempo. “La violencia es una de las principales causas de muerte en la población de edad comprendida entre los 15 y los 44 años, y es responsable del 14% de las defunciones entre la población masculina y del 7% entre la femenina. En un día cualquiera, 1424 personas mueren en actos de homicidio, casi una persona por minuto.” (OMS, 2002) “En el informe de la OMS del 2014 se estima que 165.617 muertes en países en desarrollo de América Latina y el Caribe, las tasas más altas de homicidio con armas de fuego correspondieron a Venezuela (90%), Guatemala (86%), Honduras (84%), Colombia (80%), Panamá (80%), El Salvador (77%) y Trinidad y Tobago (77%). También se usan principalmente armas de fuego en los homicidios de la pareja en las Américas.” (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

Gráfica 22 Tasa de Homicidio Localidad Tunjuelito Comparada con Bogotá. 2008 a 2012



FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014)

La tasa de homicidio en la Localidad Sexta Tunjuelito, según el DANE se ubica por debajo de la del Distrito, con tendencia a la disminución entre los años 2008 y 2012; en el año 2012 presenta 15 casos y una tasa de 7,4 homicidios por 100.000 habitantes, es decir 6,44 homicidios por 100.000 habitantes menos en la localidad Tunjuelito que en Bogotá, por lo que es 50% más alta que en la Localidad. Con información que proviene de una fuente secundaria, el Centro de Estudio y Análisis en Convivencia y Seguridad Ciudadana Secretaría de Gobierno, con datos del Instituto Nacional de Medicina Legal con actualización a las 15:10 horas del 18 de febrero de 2015. Preliminares., evidencia en el año 2013 aumento a 37 casos de homicidio para una tasa de 18,4*100.000 habitantes y para el año 2014 se presentaron 32 casos para una tasa de 15,9*100.000 habitantes. La mayoría de los casos de homicidio en la localidad son con armas de fuego. Datos preliminares.

2.2.3.11. Tasa de Mortalidad por Lesiones Autoinflingidas Intencionalmente

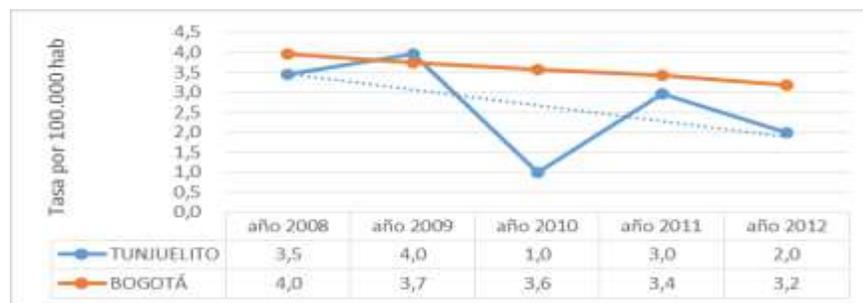
El suicidio forma parte de la clasificación de la violencia dirigida contra uno mismo, es el acto de quitarse deliberadamente la propia vida y el comportamiento suicida es cualquier acción que podría llevar a una persona a morir por su propia mano, va desde el simple pensamiento de quitarse la vida al planeamiento, la búsqueda de medios para llevarlo a cabo, el intento de matarse y la consumación del acto. Las principales causas, de acuerdo con la OMS, son las enfermedades mentales y trastornos por consumo de alcohol, abuso de sustancias psicoactivas, la violencia (especialmente de pareja), las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

El comportamiento del suicidio consumado en la Localidad Sexta Tunjuelito, según el DANE presenta tendencia a la disminución entre los años 2008 y 2012; en el año 2012 presenta 4 casos y una tasa de 2 suicidios por 100.000 habitantes, es decir 1,2 suicidios por 100.000 habitantes menos en la localidad Tunjuelito que en Bogotá, por lo que es 62% más alta que en la Localidad. Sin embargo, con información que proviene de una

fuente secundaria, el Centro de Estudio y Análisis en Convivencia y Seguridad Ciudadana Secretaría de Gobierno, con datos del Instituto Nacional de Medicina Legal con actualización a las 15:10 horas del 18 de febrero de 2015, preliminares, evidencia en el año 2013 aumento a 8 casos de suicidio consumado para una tasa de $4 * 100.000$ habitante y para el año 2014 se presentaron 7 casos reportados por la SDS con fuente el INMLCF, para una tasa de $3.5 * 100.000$ habitante.

La mayoría de los casos de suicidio en la localidad, de acuerdo con información del subsistema SISVECOS, tienen como desencadenante secundario los problemas relacionados con la acentuación de rasgos de la personalidad, problemas en la relación entre esposos o pareja, en los jóvenes adicionalmente, están otros problemas especificados relacionados con el grupo primario de apoyo, problemas relacionados con embarazo no deseado.

Gráfica 23 Tasa de Suicidio Localidad Tunjuelito Comparada con Bogotá. 2008 a 2012



FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014)

2.2.4. Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional

Esta dimensión se define como Acciones que buscan garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión transectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

No se identifican brotes de Enfermedad Transmitida por Alimentos o Agua con lugar de ocurrencia o residencia en la localidad Tunjuelito en el año 2014.

2.2.3.1 Duración de la Lactancia Materna Exclusiva en Menores De 3 Años (Mediana En Meses).

El Hospital Tunjuelito hace seguimiento a la situación nutricional desde el subsistema de Vigilancia en Salud Pública, SISVAN. La Mediana de lactancia materna en menores de 6

meses, en el año 2004 presenta un pico de 3.2 meses de media de lactancia materna exclusiva. En el 2013 se registra un resultado acumulado 2.77 meses, el valor más alto los últimos 9 años, mostrando tendencia a aumentar. Esta variable puede presentar un sub-registro, ya que no siempre se indaga en consulta este dato o por lo menos no se consigna en la historia clínica ni en el formato de notificación; sin embargo, da luces de la situación en la localidad.

En el año 2014 se encuentra en 3,1 meses la mediana de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, para la localidad, aunque mejoró no se alcanza la meta distrital de 4 meses.

2.2.3.2. Porcentaje de Nacidos Vivos con Bajo Peso al Nacer

La vigilancia del bajo peso al nacer se basa en el hecho de que “los recién nacidos que pesan menos de 2,5 kg. tienen más probabilidades de morir durante los primeros meses o los primeros años. Los que sobreviven tienen disminuidas las funciones del sistema inmunológico y corren mayor riesgo de padecer posteriormente varias enfermedades, incluida la diabetes y diversas cardiopatías. Tienen también propensión a seguir malnutridos y a tener menores coeficientes de inteligencia además de discapacidades cognoscitivas. El peso al nacer refleja la experiencia intrauterina; no sólo es un buen indicador del estado de salud y la nutrición de la madre, sino también de las probabilidades de supervivencia, crecimiento, salud a largo plazo y desarrollo psicosocial del recién nacido”.(UNICEF)

En el recorrido del año 2014, el 53,5% de los niños nacen con peso normal, 33,7% con déficit, es decir con pesos entre 2500 y 2900 gr. y el 12,5% de los niños nacen con bajo peso. En relación con la clasificación del bajo peso se encuentra que el extra-bajo (0 -999 gr) constituye el 1% de los nacidos en la localidad Tunjuelito, muy bajo (1000 -1499 gr) el 0,5% y el bajo (1500 -2499 gr) el 11%. La localidad presenta 2% más bajo peso al nacer que Bogotá, siendo la novena localidad con mayor prevalencia de bajo peso al nacer.

2.2.3.3. Porcentaje de Personas que Padezcan Hambre

El porcentaje de hogares en los que algún miembro del hogar no consumió ninguna de las tres comidas uno o más días a la semana por falta de dinero, de acuerdo con la encuesta multipropósito de Bogotá 2014, en la Localidad Tunjuelito, disminuyeron de 2011 con 6,7% a 5,1%; sin embargo, permanece superior al de Bogotá que tiene el 4,9%.

2.2.3.4. Porcentaje de Población Bajo Línea de Pobreza

“La pobreza monetaria se calcula con base en la definición de unas líneas de pobreza e indigencia que son comparadas con el ingreso per cápita de la unidad de gasto, el cual es

construido siguiendo la metodología por la Misión para Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad (MESEP).” (DANE Alcaldía Distrital de Bogotá, 2015). El porcentaje de personas que estuvieron por debajo de la línea de pobreza monetaria en Tunjuelito en 2014, fue del 15% (n=30.548) en pobreza total y en pobreza extrema 2.3% (n=4764).

2.2.3.5. Prevalencia de Desnutrición Crónica (Retraso en Talla para la Edad) en Menores de 5 Años.

La prevalencia de desnutrición crónica en el 2014 para la Localidad fue de 17,6% (n=1260) en la localidad sexta Tunjuelito, la meta del plan territorial de salud es reducirla a 12% la prevalencia en niños y niñas menores de 5 años, históricamente en la localidad ha superado el porcentaje esperado según la meta, aunque se observa una reducción casi de dos puntos porcentuales comparado con el año anterior. Este estado nutricional se caracteriza por largos periodos de carencias calóricas y proteicas, que generan el retrasando el crecimiento o la talla.

Al comparar el comportamiento de este indicador por UPZ se evidencia una mayor proporción desnutrición crónica en la UPZ 62, representada con un 19,1% (n=498), superando en 2,35 puntos porcentuales la proporción de la UPZ 42. Estas diferencias entre las UPZ, han disminuido, y pueden darse principalmente en la UPZ 62 por deficiencias ambientales, por la presencia de las curtiembres, la cercanía al río Tunjuelo, conlleva a un deterioro de la calidad del aire, la presencia de enfermedades respiratorias, etc., que pueden afectar el estado nutricional.

Gráfica 24 Comportamiento de los indicadores nutricionales trazadores en menores de 5 años 2006-2015 – SISVAN



FUENTE: Bases Distritales SISVAN 2006 – 2014, Preliminar 2015

2.2.3.6. Prevalencia de Desnutrición Global (Bajo Peso para la Edad) en Menores de 5 Años

Aún no se logra la meta de impacto del plan de desarrollo 2012-2016 de reducir al 3% la prevalencia de desnutrición global de en niñas y niños menores de 5 años, la cual fue, en el 2014, del 4,6% (n=331 niños). Este estado nutricional se presenta por lo general cuando los niños han sido privados de alimentos por periodos de tiempo cortos, y/o presentan problemas agudos de salud como EDA e IRA. A nivel territorial se evidencia un mayor impacto en la UPZ 62 con un 4,7% (n=123), mientras la UPZ 42 VENECIA tiene un 4,57% (n=208) de niños evaluados con bajo peso para la edad.

2.2.3.7. Prevalencia de Obesidad

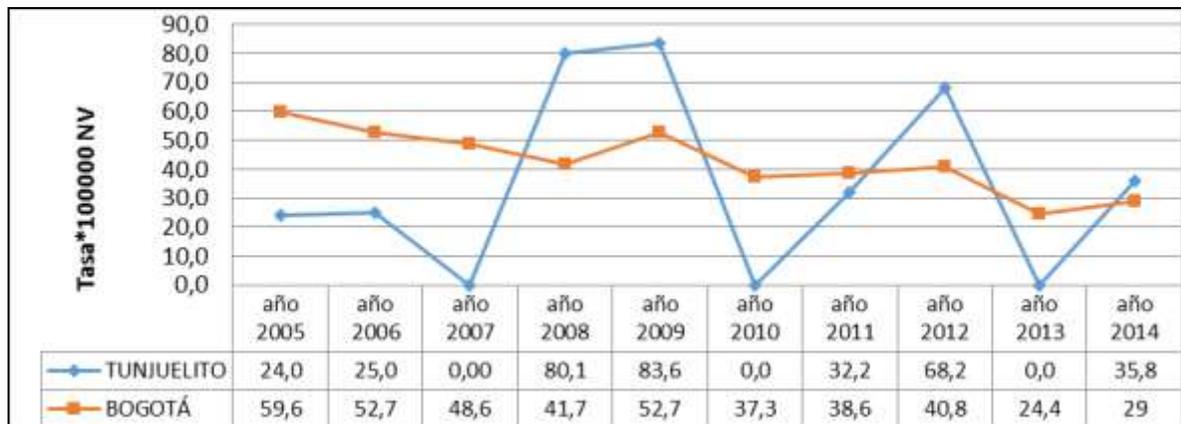
En el grupo de mayores de 5 años, la valoración del índice de masa corporal nos muestra que el mayor problema que se identifica en el estado nutricional de los niños mayores de 5 años en la localidad es el sobrepeso y la obesidad, la prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. La OMS define el sobrepeso y la obesidad como «una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud. E igualmente considera la obesidad infantil como uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI, que está afectando progresivamente a la población de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. Del total de 3042 niños valorados en la localidad sexta Tunjuelito en 2014 se encontró 0,9% con delgadez, 6,2% en riesgo de delgadez, 70,6% con peso normal, 14,7% con sobrepeso (n=447 niños), con obesidad 7,6% (n=232). La UPZ Venecia tiene una prevalencia de obesidad de 7,6% en niños y 7,7% en la UPZ Tunjuelito.

2.2.5. Dimensión Derechos Sexuales y Sexualidad

2.2.5.1. Mortalidad Materna

La reducción de la mortalidad materna en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, es el quinto objetivo del Milenio, esta se define como toda muerte ocurrida por causa del embarazo, parto o puerperio, o por complicaciones de alguna enfermedad agravada por el embarazo, que ocurre durante éste, el parto o hasta 42 días después de éste, estas pueden ser tardías cuando se presentan después de los 42 días pero antes de un año de terminación del embarazo. La mortalidad materna puede ser indirecta relacionada con el embarazo, que incluye las muertes de causa incidental y las violentas (homicidios y suicidios). Para el caso de Colombia la meta es reducir a 48,8 las muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos durante el cuatrienio 2010-2014; para Bogotá es reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna, en coordinación con otros sectores de la Administración Distrital, al 2016.

Gráfica 25 Tendencia Mortalidad Materna. Localidad Tunjuelito Comparada con Bogotá. 2005-2014



FUENTE 2005-2007: Certificado de defunción - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Definitivos; 2008 al 2010.-Bases de datos DANE-RUAF.-El año 2010 preliminar actualizado 17-07-2012, 2011: Bases de datos SDS y RUAF.- con corte al 31 de diciembre actualizado 09-02-2012; 2012: Bases de datos SDS y RUAF.- con corte al 31 de diciembre actualizado 12-07-2013 FUENTE 2013-2014 : Bases de datos SDS-RUAF-ND , el año 2013 actualizado 31-10-2014-Preliminar. El 2014 actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar

En la localidad Sexta Tunjuelito, la mortalidad materna ha mantenido un comportamiento variable. En el año 2014 la localidad ocupa el quinto lugar entre las localidades con mayor razón de mortalidad materna en el Distrito Capital, siendo 35.8 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos (n=1); el caso de mortalidad materna se presentó en la UPZ Tunjuelito. La razón de mortalidad materna siempre es mayor en la Localidad que en Bogotá cuando se presenta un caso o más en la localidad, esto obedece al número de nacidos vivos que siempre es, comparativamente, bastante bajo, por lo cual se realiza la estandarización de tasas encontrando que la mortalidad materna es 12.5% menor en la localidad Tunjuelito que en Bogotá. En el 2014, al analizar la tasa bruta de mortalidad materna, Tunjuelito tuvo 6.9 más defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos que Bogotá, y 33,32 menos que Teusaquillo, la Localidad con mayor razón de mortalidad materna (69,3 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos); sin embargo al revisar este evento según la diferencia de tasas ajustadas encontramos que la Localidad Tunjuelito presentó 15 casos menos que Bogotá. Así mismo, la razón de tasas brutas indica que la mortalidad materna en la Localidad Tunjuelito es 24 veces más alta que la de Bogotá.

Para identificar si hay diferencia en cómo se presenta la mortalidad materna según nivel de pobreza, se utiliza el indicador de porcentaje de pobreza monetaria; de acuerdo con el análisis de diferencias, se observa que por Cociente de tasas extremas: La razón de mortalidad materna de la localidad Ciudad Bolívar (mayor porcentaje de pobreza) es un 39% menor que la razón de mortalidad materna de la localidad Teusaquillo (menor porcentaje de pobreza). Diferencia de tasas extremas: La localidad Ciudad Bolívar (mayor porcentaje de pobreza) tiene 40.9 muertes maternas menos por cada 100000 Recién

Nacidos que la localidad Teusaquillo (menor porcentaje de pobreza). El Riesgo Atribuible Poblacional (RAP): Si todos los municipios tuvieran la misma tasa de mortalidad materna que la localidad Teusaquillo (menor porcentaje de pobreza) se reduciría la mortalidad materna en 40 muertes por cada 100.000 NV en Bogotá. La tasa global de mortalidad materna de la localidad Ciudad Bolívar (mayor porcentaje de pobreza) es menor que la tasa de la localidad Teusaquillo (menor porcentaje de pobreza). El Riesgo Atribuible Poblacional relativo: Si todas las localidades tuvieran la misma tasa de mortalidad materna que la localidad Teusaquillo (menor porcentaje de pobreza) se reduciría la mortalidad en un 142,28%.

2.2.5.2. Mortalidad por VIH/SIDA

Durante el 2014, se presentan 7 defunciones por VIH-SIDA, para una tasa de 3,5 100.000 habitantes, todas corresponden a hombres. Presenta 18 muertes menos por 1000 habitantes que Bogotá, la tasa de mortalidad por VIH-SIDA es 5% menor que en Bogotá. La etapa de ciclo más afectada es adulto maduro, con mayor tasa en el grupo quinquenal de 40 a 44 años.

Tabla 26 Mortalidad por VIH-SIDA. Localidad Tunjuelito por Grupo de Edad. 2014

EDAD	CASOS	TASA
30 a 34 años	2	12,4
35 a 39 años	0	0,0
40 a 44 años	2	14,4
45 a 49 años	1	7,5
50 a 54 años	1	8,5
55 a 59 años	1	11,0
Total	7	3,5

FUENTE: Certificado de defunción.- Bases de datos SDS y RUAF - Preliminares Ajustado 14-06-2015 (Corte del 07-04-2015)

2.2.5.3. Porcentaje de Mujeres de 15 a 19 Años que son Madres o están Embarazadas por Primera Vez.

En la localidad Tunjuelito se hace seguimiento a los nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años. La tendencia de los embarazos en adolescentes, en la localidad Tunjuelito, va hacia la disminución a pesar de que en los años 2011 a 2013 reportó ligero aumento de casos, en el año 2014 se aprecia disminución significativa con 492 nacimientos en mujeres de 15 a 19 años.

En el 2014, la prevalencia de nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años, es 9% más alta en Tunjuelito que en Bogotá, y se presentan 6,64 más nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años en la localidad Ciudad Bolívar, la Localidad con mayor prevalencia en el distrito capital (24,3 nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años por 100 nacidos vivos).

Para identificar si hay diferencia en cómo se presentan los nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años según nivel de pobreza, se utiliza el indicador de porcentaje de pobreza monetaria; de acuerdo con el análisis de diferencias, se observa que por Cociente de tasas extremas: La prevalencia de nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años de la localidad Ciudad Bolívar (mayor porcentaje de pobreza) es un 4,79 veces mayor que la razón de prevalencia de la localidad Teusaquillo (menor porcentaje de pobreza). Diferencia de tasas extremas: La localidad Ciudad Bolívar (mayor porcentaje de pobreza) tiene 19 de nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años más por cada 100 Recién Nacidos que la localidad Teusaquillo (menor porcentaje de pobreza). El Riesgo Atribuible Poblacional (RAP): Si todos los municipios tuvieran la misma prevalencia de nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años que la localidad Teusaquillo (menor porcentaje de pobreza) se reducirían los nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años en 11 los nacimientos en adolescentes de 15 a 19 por cada 100 adolescentes en Bogotá. El Riesgo Atribuible Poblacional relativo: Si todas las localidades tuvieran la misma La prevalencia de nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años que la localidad Teusaquillo (menor porcentaje de pobreza) se reducirían los nacimientos en adolescentes de 15 a 19 en un 68,67%.

2.2.5.4. Proporción de Mujeres Gestantes que Ingresan al Control Prenatal antes de la Semana 12 de Edad Gestacional.

De acuerdo con información del Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E., en la proporción de mujeres gestantes con inicio de controles prenatales antes de la semana 12 de edad gestacional en promedio se encuentra que el 46,42% de las gestantes atendidas inician los controles prenatales antes de la semana 12 de edad gestacional.

2.3.5.5. Tasa de Incidencia de Hepatitis B, Tasa de Incidencia de Sífilis Congénita.

De acuerdo con la información de SIVIGILA durante el 2014 se notifican 19 casos de Hepatitis B, para una la tasa de incidencia $0,01 * 100$ habitantes. Se presentaron 9 casos de sífilis congénita, para una tasa de incidencia de 3 por 1000 nacidos vivos.

2.2.5.6. Tasa General de Fecundidad: Ver indicadores demográficos, tabla 5.

2.2.6. Dimensión Vida Saludable y condiciones no transmisibles

De esta dimensión no se logra información de sobre el acceso a terapia farmacológica para personas con riesgo cardiovascular, identificación de la hipoacusia, identificación de los defectos refractarios en niños entre 2 y 8 años, la implementación de la estrategia “once para la salud” en las instituciones de educación media, porcentaje de personas que consumen frutas 3 o más veces al día, porcentaje de progreso de enfermedad renal

crónica, Prevalencia de actividad física en tiempo libre (>150 minutos a la semana), Prevalencia de donación y trasplante de órganos y tejidos, Supervivencia de los menores de 18 años con leucemias agudas pediátricas, prevalencia de hipertensión arterial primaria.

2.2.6.1. La mortalidad por enfermedades crónicas en menores de 70 años

Presenta un comportamiento variable en los años 2010 a 2013, y tiene una participación del 3,3% en este evento en Bogotá. Tabla 21.

Tabla 27 Mortalidad Crónicas en Menores de 70 Años por Casos según Causas. Localidad Tunjuelito. 2010 – 2013

ENFERMEDAD	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2013 Bogotá	% Año 2013 Localidad / Bogotá
Tumor maligno de la mama (C50)	6	10	14	7	305	2,3%
Tumor maligno del útero (C53-C55)	6	7	9	11	214	5,1%
Tumor maligno de la próstata (C61)		5	4	4	86	4,7%
Diabetes mellitus (E10-E14)	16	9	12	11	316	3,5%
Enfermedad Hipertensiva (I10-I15)	2	8	2	2	136	1,5%
Insuficiencia renal (N17-N19)	4	6	3	3	110	2,7%
Enfisema (J43)		1		1	6	16,7%
Obstrucción Crónica de las vías resp. (J44-,J46-J47)	4	5	4	6	171	3,5%
TOTAL	38	51	48	45	1344	3,3%

FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND.-Análisis Demográfica.- Preliminares

2.2.6.2. Mortalidad Diabetes Mellitus

La mortalidad por Diabetes Mellitus en la localidad Tunjuelito ha presentado un comportamiento descendente aunque en el año 2012 presenta un pico con 35 casos y una tasa de 17.4 defunciones por 100.000 habitantes, es decir 4 muertes por 100.000 habitantes más en la localidad Tunjuelito que en Bogotá, por lo que es 31% más alta en la Localidad.

Gráfica26 Mortalidad por Diabetes Mellitus. Localidad Tunjuelito - Bogotá. 2008 - 2012



FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfica.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014)

2.2.6.3. Mortalidad Prematura por Cáncer

Dentro de las 10 primeras causas (causas 105) de mortalidad general se encuentra el cáncer con comportamiento similar en los dos sexos, con aumento progresivo a medida que aumenta la edad. El cáncer que más afecta a los hombres del grupo de edad 15 a 44 años es el tumor maligno de encéfalo (3,3%), seguido de Tumor maligno de sitios no especificados (1,6%); en la mujer son tumor maligno del estómago (4%), Tumor maligno del colon, de la unión recto-sigmoidea, recto y ano (4%), tumor maligno del cuello del cuello del útero (4%). En el grupo de 45 a 59 años, en hombres se encuentran el tumor maligno de tráquea (4,6%), tumor maligno de encéfalo (3,4%), tumor maligno del colon (2,3%); en la mujer se presentan el tumor maligno del estómago (10,9%), tumor maligno de mama de la mujer (8,7%), tumor maligno del cuello del útero (6,5%), tumor maligno del colon (4,3%), tumor maligno de ovario (4,3%), tumor maligno del páncreas (2,2%) y tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón (2,2%).

Tabla 28 Mortalidad por Cáncer por Grupo de Edad según Sexo. Localidad Tunjuelito. 2012

Grupo De Edad	Hombre	Tasa	Mujer	Tasa	Total	Tasa
De 15 A 44 Años	4	8,1	3	6	7	14,1
De 45 A 59 Años	9	57,2	18	102	27	159,2
Mayores De 60 Años	28	298,8	22	183,7	50	482,5

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

En el grupo de mayores de 60 años el cáncer que afecta más a los hombres es el tumor maligno de la próstata (4%), tumor maligno del estómago (3,6%), tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón (2,5%); en las mujeres se encuentra el tumor maligno de mama de la mujer (3,2%), el tumor maligno del estómago (2,2%), Tumor maligno del colon, de la unión recto-sigmoidea, recto y ano (1,6%)

2.2.6.4. Mortalidad Prematura por Eventos Cerebro Vasculares

De acuerdo con las 10 primeras causas (causas 105) de mortalidad general, las enfermedades cerebrovasculares ocupan el segundo lugar en el año 2012, presentándose en el 10% de los casos, con 86 defunciones que corresponden a una tasa de 42,7 * 100.000 habitantes, al revisar por sexo, también es la segunda causa de mortalidad en los hombres en 10,5%, con 48 defunciones para una tasa de 48,2 por cada 100.000 hombres; en las mujeres también es la segunda causa de mortalidad en el 9,4% de los casos, con 38 defunciones y una tasa 37,2 por cada 100.000 mujeres.

Por grupo de edad se encuentra que en el grupo de 5 a 14 años se presenta un caso del sexo masculino, que constituye el 14,3% con una tasa de 3 * 100.000 habitantes de 5 a 14 años, entre los 15 y los 44 años es la cuarta causa de mortalidad en el 7% de los casos, con 6 defunciones y una tasa de 6,1 * 100.000 habitantes de 15 a 44 años, todos hombres. En el grupo de 45 a 59 años es la tercera causa de mortalidad en el 6% de los casos, con 8 defunciones y una tasa de 24 * 100.000 habitantes de 45 a 59 años, todos hombres; en los mayores de 60 es la segunda causa en el 12% de los casos, con 71 defunciones y una tasa de 332,5 * 100.000 habitantes mayores de 60 años, se distribuye de forma similar en hombres (34 casos) y mujeres (37 casos),

2.2.6.5. Mortalidad prematura por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

De acuerdo con las 10 primeras causas (causas 105) de mortalidad general, el DANE, reporta las enfermedades crónicas de las vías respiratorias en tercer lugar en el 7% de los casos, con 60 casos y una tasa de 29,8 * 100.000 habitantes; al revisar por sexo, también es la tercera causa de mortalidad en los hombres en 5,9%, con 27 defunciones para una tasa de 27,1 por cada 100.000 hombres; en las mujeres también es la tercera causa de mortalidad en el 8,1% de los casos, con 33 defunciones y una tasa 32,3 por cada 100.000 mujeres.

Por grupo de edad se encuentra que se registran los casos en los mayores de 60 es la tercera causa en el 9,5% de los casos, con 56 defunciones y una tasa de 262,3 * 100.000 habitantes mayores de 60 años.

2.2.6.6. Edad Media de Inicio de Consumo de Tabaco en Escolares

Según la base VESPA del año 2013, el acercamiento al tabaco se inicia en los niños de la localidad Tunjuelito, en el 34,7% de los casos a partir de los seis años en el ámbito familiar, con abuelos-as, padres, tíos-as. Según un estudio realizado por la alcaldía de la Localidad (Fondo de Desarrollo Local de Tunjuelito - Corporación Acción Técnica Social ATS, 2014) el primer contacto con tabaco en niños de 6 a 10 años en el 43,8% (n=272) y en adolescentes de 11 a 15 años en 5,15% (n=32). Tabla 19.

2.2.7. Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres

En la revisión de la información concerniente a esta dimensión no se presenta **mortalidad por emergencias y desastres** en la Localidad Tunjuelito durante el 2014.

2.2.7.1. Avance en la Articulación de los Hospitales con los Planes Territoriales Sectoriales de Gestión De Riesgo de Desastres

El equipo del subsistema de Urgencias y Emergencias de Salud Pública del Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E., Participa en los diferentes espacios distritales y locales de carácter interinstitucional en los que sea necesaria la participación del sector salud para la prevención y atención de emergencias: 29 reuniones mensuales del Comité Local de Emergencias – CLE, 3 recorridos por la Localidad en razón de la ola invernal, 6 reuniones del Comité Hospitalario.

2.2.7.2. Avance en la Articulación del Plan Nacional de Gestión Integral del Riesgo de Desastres

El equipo del subsistema de Urgencias y Emergencias de Salud Pública del Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E., participa de los espacios de fortalecimiento del subsistema, programados según necesidad y oportunidad desde el nivel central: Introducción al protocolo de atención de Brotes de impacto en salud pública, actividades de vigilancia y atención de brotes de impacto en salud pública, notificación y atención de intoxicaciones con sustancias químicas, Taller Google Apps, de Sarampión Rubeola, de Gestión del Riesgo – IDIGER, Protocolo de intoxicación, Materiales Peligrosos, Capacitación Ebola – EPP, Asesoría BAI para ETA, Google maps. Acompañamientos a planes de emergencia institucionales o de establecimientos: 46 excepto Jardines de SDIS, 2 Seguimiento establecimientos.

2.2.7.3. Cobertura de la Red Nacional de Toxicología

Convenio SURA mayo 01 de 2014 – Actual: Convenio para la atención especializada por médicos toxicólogos de eventos ocasionados por sustancias químicas en humanos, de empresas afiliadas a la ARL Sura y población general.

Convenio ministerio de salud 2005-2012: convenio interadministrativo para el fortalecimiento de la Red Nacional de Toxicología a partir del Centro de Investigación, Gestión e Información en Toxicología, de la Universidad Nacional de Colombia. (Universidad Nacional)/

2.2.7.4. Implementación del Índice de Seguridad Hospitalaria en los Hospitales

En el Hospital Tunjuelito se cuenta con El Plan Hospitalario de Emergencias PHE, se encuentra documentado y actualmente está en proceso de ajustes de acuerdo a requerimientos de Secretaria de Salud. Se ha realizado capacitación de la brigada de emergencias y de colaboradores y usuarios. La cobertura se dio entre el 84% y el 100% de la socialización del PHE, en las diferentes unidades de atención del Hospital. Un simulacro con pacientes, en la Unidad de Salud Mental de San Benito y se proyectan para todas las unidades de atención.

2.2.7.5. Personas que Quedan Arruinadas por Emergencias y Desastres

Desde el SIRE (sistema de información que apoya la administración de la información relacionada con el proceso de gestión de riesgo y atención de emergencias de Bogotá) solo se evidenció información general de las personas evacuadas (puede referirse a evacuación por afectación a las áreas vitales de las viviendas o establecimientos, por riesgo a la salud, entre otras razones). En el año 2014, en la Localidad de Tunjuelito no se registraron personas evacuadas en las emergencias presentadas y en el distrito se registraron 3818 personas evacuadas (SIRE. Información general de eventos y emergencias. Recuperado el 12 de Julio de 2015, (SIRE, 2015)

2.2.8. Dimensión Salud y Ámbito Laboral

2.2.8.1. Cobertura de la Población Ocupada en Riesgo Laboral.

Para el análisis y descripción de la relación existente entre salud y trabajo de la localidad sexta de Tunjuelito, se revisa la tasa de desempleo y ocupación por género y ciclo vital, de acuerdo a la encuesta de calidad de vida de 2007, en la localidad sexta de Tunjuelito, con la población en edad de trabajar corresponde a 150666 personas, la económicamente activa es de 73848 personas, se cuenta con 67948 personas ocupadas y desocupados(as) 5901 personas. De tal forma, la tasa de ocupación corresponde al 45,10 y la tasa de desempleo es del 7,99. Para Bogotá, según la información de la encuesta la tasa de desempleo es del 7,78, lo que indica que la localidad está por encima.

Respecto a las etapas de ciclo vital, se cuenta con un total de 67948 personas ocupadas, de las cuales 516 de ellas, están en el rango de 10 a 17 años, también 10514 personas entre 18 a 24 años, 38851 personas entre 25 a 44 años, 17044 personas entre 45 a 64

años y 1017 personas mayores a 65 años. La mayor participación corresponde a la etapa de ciclo vital adulto con el 57,18 %.

Frente a la equidad e igualdad de oportunidades en el trabajo, se observa que el género masculino, está en mayor grado presente en la actividad laboral, con 38392 hombres para una tasa de ocupación del 54,55 y el género femenino, con 29556 mujeres con una tasa de ocupación del 36,84.

Al mismo tiempo y en cuanto a las características laborales, la localidad cuenta con 67948 personas que tienen una ocupación y de las cuales el 68% (46.204) son asalariados, pero en su empleo no cuenta con la seguridad social correspondiente; solo el 44,1% (29.963) son afiliados a las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP). Las restantes personas, son trabajadores(as) informales e independientes, ya sea, con negocios y/o talleres caseros. También, el 25% concerniente a 16991 personas, que trabajan como independientes y el 4,3 % de 2896 personas, efectúan su actividad económica en su propia vivienda.

De igual forma y en relación a las condiciones de trabajo, el análisis realizado con base a la economía formal y a la estructura empresarial en la localidad de Tunjuelito está centralizado en el sector de servicios en un 70% y la industria con un 26%. La parte de servicios, la conforma el comercio, con un 42% de las empresas, actividad que constituye el eje de la economía local. Asimismo y en su orden de importancia están las empresas de hoteles y restaurantes con el 10%, le sigue la actividad de transporte, almacenamiento y telecomunicaciones con el 8% y otras actividades de servicios sociales y comunitarios con el 4%.

En la localidad sexta de Tunjuelito, se cuenta con 4120 empresas registradas, en donde 2364, forman parte de una o más cadenas productivas de la localidad. Además, se establecen empresas con un mayor potencial de articulación con las cadenas de productos alimenticios (886 empresas), cuero y calzado (384 empresas) y textil y confección (340 empresas).

También, se evidencia que la UPZ 42 de Venecia, es la que cuenta con mayor concentración de actividades productivas, con presencia del sector industrial y el comercial, en relación con la UPZ 62 de Tunjuelito. En cuanto a la población trabajadora por etapa de ciclo vital el 77% corresponde a la etapa de adultez donde hay igual número de trabajadores(as) de los dos géneros.

En relación al Análisis y descripción del contexto de la temática de salud trabajo en la localidad sexta de Tunjuelito, y en lo referente a las condiciones de salud, en términos medioambientales, se encuentra un alto grado de contaminación que afecta la salud de los y las habitantes, ya que existe contaminación atmosférica, hídrica y de suelos.

En cuanto a las condiciones de salud de la población trabajadora e informal en la localidad, en este sector se presentan jornadas de trabajo superiores a 10 horas/día, el estrés es un factor que se ve reflejado en el estado de salud de las personas, pues

genera en los trabajadores(as) fatiga, cansancio físico, mental y en casos extremos, alteraciones osteo-musculares. Adicionalmente y dependiendo de la actividad económica, la exposición a los diferentes riesgos de afectación de las y los trabajadores en su salud, con el tiempo surge en gran medida, la posibilidad de adquirir una enfermedad profesional. El ámbito laboral desde el año 2006, a través de diversas intervenciones en lo local, ha permitido la caracterización de la situación de los trabajadores y trabajadoras de Tunjuelito, lo que ha hecho posible la identificación de las siguientes actividades económicas, relacionadas con Talleres de Mecánica Automotriz, fabricación de Calzado y afines. En el año 2007 se intervinieron Salas de Belleza, Maderas, Comercializadoras de Productos Químicos. En el año 2008 acciones en actividades productivas: Panaderías, Guarnición y Bordados .En el año 2009 actividades económicas: Restaurantes, Lava secos, expendios de carnes. En los siguientes años hasta el momento se ha caracterizado Unidades del sector Informal según localización de territorio: como en el territorio Tunal cigarrerías, tiendas y establecimientos como internet y papelerías, En el territorio Venecia en especial Ventas informales; En el territorio Tunjuelito especialmente Carreteros y bodegueros, Esto no quiere decir que no se hayan intervenidos todo tipo de población de la economía informal en los tres territorios.

Por otro lado, los datos suministrados por el CIU DANE Censo 2005 las actividades de servicios presentes en la localidad sexta de Tunjuelito, son en su orden correspondientes a; Ropa en general, textiles, acoplamiento de piezas 17, 22%, curtiembres y preparados de cueros con un 12,93% y calzado en cuero y piel con un 6,18%.

En la localidad de Tunjuelito muchos niños, niñas y jóvenes han estado involucrados desde muy temprana edad en diversas actividades económicas, lo cual es preocupante especialmente en aquellas labores consideradas como peores formas de trabajo infantil, donde son claramente vulnerados los derechos a la educación, la salud, el sano desarrollo, y al uso creativo del tiempo libre. Esta situación refleja para la capital un gran costo social en términos de inequidad, injusticia social, incremento de los índices de pobreza y baja calidad de vida. La dinámica habitacional de los operarios/as del sector industrial es que residen en la misma zona o localidad del sector nombrado, lo cual el resultado estadístico donde evidencia que el estrato socioeconómico del lugar donde reside el trabajador es de nivel 2,

En relación con el nivel de Educativo, la mayor parte de la población posee algún nivel de educación secundaria incompleta con un 13,14%. En general, predomina el bajo nivel educativo en esta población.

Las condiciones de contratación han permitido que la afiliación al régimen de seguridad social sea especialmente el subsidiado. Los vendedores ambulantes presentan conflictos con respecto a que el gobierno no cumple con sus expectativas y luchan por conservar el espacio donde tienen su punto de venta el cual genera conflicto con los establecimientos abiertos al público dado que interrumpen el paso peatonal, entre otros; por otro lado, las ofertas laborales formales que presenta la localidad los vendedores no cumplen con los

perfiles. Esta dinámica social ha generado inseguridad ciudadana para los residentes del sector, lo que afecta directamente a los niños y las niñas en el aprovechamiento de los espacios propicios para su desarrollo, limitando el acceso bajo patrones de protección familiares. El sector formal ocupa un porcentaje menor del 30% frente a la informalidad representado especialmente en las grandes empresas ubicadas en el territorio Venecia: Colmotores, Sevillana, fábrica de chocolates, entre otros. No se cuenta con una estadística de los trabajadores que están en estas empresas viven en la localidad de Tunjuelito por lo tanto no se puede aseverar que disminuya la tasa de empleo por estas empresas.

2.2.8.2. Incidencia de Accidentalidad en el Trabajo.

Los trabajadores que manifiestan no haber presentado accidentes de trabajo, es porque muchos de ellos no relacionan sus caídas o cortadas con un accidente, pues dicen que fue algo pasajero y no hubo necesidad de acudir a un centro médico. Los trabajadores que fueron accidentados en su lugar de trabajo en su mayoría no acudieron a un centro médico ya que el tipo de accidente no comprometió algún órgano vital, y prefieren hacerse remedios caseros para curar las heridas y/o lesiones.

En cuanto lo que se refiere a las Enfermedades Laborales: NO presentan enfermedades profesionales y esto se debe a que los trabajadores del sector informal presentan molestias como signos y síntomas pero no han sido diagnosticados como tal por el especialista.

El trabajo articulado con el sistema de vigilancia SIVISTRA se están realizando procesos de sensibilización con respecto al tema por el Ámbito laboral y la política de salud y trabajo a la población que le relacionar la enfermedad con el trabajo y la mayoría de los trabajadores de la Localidad de Tunjuelito del sector informal, ya están relacionando más su sintomatología con su actividad económica, las que más resaltan: son dolor de cabeza, cansancio de ojos, dolor de miembros inferiores, dolores osteomusculares, lumbares puesto que mantienen de pie en su puesto de trabajo, enfermedades respiratorias por los cambios bruscos que tienen durante su jornada de trabajo y la más importante de todas, sensación continua de cansancio; la mayoría de los trabajadores trabajan hasta 12 horas continuas los 7 días a la semana. Esto se refleja en el reporte de ATEL el cual después de que no se reportaba ha aumentado hasta 35 casos mensuales.

CAPÍTULO 3. IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA LOCALIDAD SEXTA TUNJUELITO

Este capítulo tiene objeto la identificación de las tensiones en salud desde el abordaje de las dimensiones prioritarias del PDSP 2012-2021 y metodología PASE para la equidad en salud, como se anotó anteriormente, en la Ruta Lógica para la Formulación de Planes Territoriales de Salud, el ASIS aporta en el proceso 2, Ruta Lógica para la Formulación de Planes Territoriales de Salud, en el momento 1 de Identificación y el Paso 3: consiste en dos actividades, 1: Identificación de tensiones en salud y, 2: Valoración y validación de tensiones. Se presentan las áreas de observación en la tabla 25, sobre las cuales se lleva a cabo el análisis de las tensiones priorizadas por cada una de las Dimensiones Prioritarias del Plan Decenal de Salud Pública.

3.1. Dimensión Salud Ambiental

La dimensión salud ambiental, tiene los siguientes objetivos: 1. Promover la salud de las poblaciones que por sus condiciones sociales son vulnerables a procesos ambientales, mediante la modificación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales, fortaleciendo la gestión intersectorial y la participación comunitaria y social en el nivel local, regional, nacional e internacional. 2. Promover el desarrollo sostenible a través de tecnologías y modelos de producción limpia y consumo responsable, articulado a las políticas y procesos de desarrollo social, político y económico, en el ámbito nacional y territorial. 3. Atender de forma prioritaria las necesidades sanitarias y ambientales de las poblaciones vulnerables, con enfoque diferencial. 4. Contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de la población colombiana mediante la prevención, vigilancia y control sanitario. Consta de dos componentes, 1: Hábitat Saludable y 2: Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales.

Manejo inadecuado de aguas servidas: En el componente de Hábitat Saludable, el área de observación, Acceso al agua potable y coberturas de acueducto y alcantarillado y aseo en la calidad de los servicios públicos, en la localidad de Tunjuelito es óptima, cuenta con el 99.6 % de cobertura de acueducto y 99.6 % cobertura de alcantarillado, mientras Bogotá tiene una cobertura del 94% y el país el 76%; aunque el sistema de alcantarillado presenta deficiencias, puesto que no existe un manejo adecuado de aguas residuales, en el barrio Isla del Sol y Tunjuelito, pero especialmente en la UPZ 62 en donde en épocas de invierno las aguas se rebosan por las alcantarillas y los sifones de las viviendas, aunque en este último año no se ha presentado este evento. El asentamiento de comunidad que conlleva la instalación de servicios públicos en los que se debe contar el alcantarillado y redes de aguas servidas pero el asentamiento inicial de la localidad no planificado no contó con estos servicios, lo que lleva a contaminación de cuerpos de agua (rio Tunjuelo y quebrada Chiguaza), con implicación de afección en la salud de la comunidad por presentación de vectores causantes de enfermedades, problemas de

salubridad con enfermedades dermatológicas y de las vías respiratorias, además problemas de vectores y roedores, afectando todas las etapas de ciclo vital.

Lo anterior se ve agravado por la presencia de curtiembres que no cuentan con tratamiento de aguas servidas y la falta de obras de infraestructura que permitan la separación de aguas lluvia y aguas servidas. La falta de cultura ciudadana y de efectivo sistema de recolección, evidencia inadecuado disposición de residuos sólidos lo que genera a su vez proliferación de vectores y roedores desencadenando enfermedades especialmente de índole respiratorio. Esto se presenta en mayor medida cerca a parques, alrededor de plazas de mercado, alrededor de fuentes hídricas. Esta tensión tiene un balance total en amarillo, con balance de 2,38, debido a los factores liberadores.

Ubicación de las personas cerca de avenidas principales (fuentes móviles) o en zonas de industrias (fuentes fijas) conlleva a que se presenten enfermedades respiratorias por la polución y contaminación del aire. La Calidad del aire, ruido, REM y ultravioleta producto del Material particulado, gases y polución, generado por industrias presentes en la localidad y el deterioro de la malla vial debido al alto flujo vehicular, escaso mantenimiento; la presencia de antenas de reproducción, y la ubicación de las personas cerca a las avenidas principales (fuentes móviles) o en zonas de industrias (fuentes fijas) conlleva a que se presenten enfermedades respiratorias por la polución y contaminación del aire, con mayor afectación de la infancia y persona mayor. Aunque se genera una tensión liberadora, pues los ambientes naturales como el parque el Tunal y toda la estructura ecológica principal favorecen la calidad del aire, la disminución de ruido y las REM y ultravioleta. Se genera una tensión reforzadora, pues la localidad de Tunjuelito cuenta con vías principales como la Caracas, avenida Boyacá, autopista sur y vías primarias a lo largo de la localidad, las cuales afectan directamente la calidad del aire generando Tensión reforzadora por las emisiones de material particulado que pueden llegar a incidir en enfermedades respiratorias, especialmente a la infancia y personas mayores; adicionalmente, las antenas están ubicadas en zonas residenciales cercanas a viviendas y pueden incidir de igual manera en la salud. Se genera una tensión reforzadora, debido a la localidad de Tunjuelito cuenta con zonas de alta concentración de ruido como lo es el sector comercial de Venecia y San Carlos; aunque se evidencia más en la UPZ Venecia. Este problema se observa en la UPZ 42 por zonas comerciales de Venecia, la zona industrial y el alto flujo vehicular.

Lo anterior es reforzado por la no regulación de los niveles de contaminación de las fábricas. Así mismo, se encuentran factores que disminuyen la tensión, como las obras de mantenimiento de la red de acueducto que incluyeron recuperación de la red vial, las IVC a establecimientos relacionados con vehículos, revisión tecno mecánica y de gases, visitas de vivienda saludable donde se enfatiza en ventilación y efectos del consumo de tabaco. Esta tensión tiene un balance total en verde, con balance de 1,42, debido a los factores liberadores.

La carga ambiental que las poblaciones generan sobre el río y otros ecosistemas, es de degradación, evidenciado en contaminación hídrica que a su vez repercute en incidencia en morbilidades. En el componente de Hábitat Saludable, el área de observación Reglamento Sanitario Internacional, se genera contaminación de las fuentes hídricas por falta de apropiación e identidad con los referentes ambientales locales y el espacio público, generándose zonas peligrosas, para el consumo de sustancias psicoactivas, quemas, pastoreo de ganado y contaminación ambiental por disposición inadecuada de todo tipo de residuos sólidos. Esto implica que la comunidad directa afecta a estos espacios (humedal el Tunjo y parques recreativos) se encuentra expuesta a la contaminación ambiental producto del deterioro de estos espacios, inseguridad, malos olores - nauseabundos, dolor de cabeza, contaminación ambiental. Se ve reforzado por Falta de control ambiental, de protección e inversión económica para la adecuación ambiental y en seguridad de los espacios. La población que afecta estos espacios muchas veces no pertenece a la localidad, se observa especialmente en la UPZ Tunjuelito. El posicionamiento político y sectorial de las zonas públicas y los escenarios de interés ambiental en la localidad, disminuyen la tensión en este sentido. Esta tensión tiene un balance total en amarillo, con puntaje de 2,88.

3.2. Convivencia Social Y Salud Mental

La dimensión Convivencia Social y Salud Mental, consta de dos componentes, 1: Promoción de la Salud Mental y la Convivencia y 2: Prevención y atención integral a problemas, trastornos y diferentes formas de violencia

Intolerancia social mediada por comportamientos violentos: En el componente de Promoción de la Salud Mental y la Convivencia, en el área de observación Comportamientos individuales y colectivos para el cuidado de la salud mental y la convivencia social, la intolerancia social mediada por comportamientos violentos, presente en las dos UPZ de la Localidad, con afectación de todas las etapas de ciclo vital, generado por múltiples factores entre los que se cuentan la descomposición familiar, pautas de crianza permisivas frente a comportamientos y a actos violentos, desconocimiento de las leyes, manejo inadecuado de las emociones, falta de oportunidades laborales y escolares, no proyección del proyecto de vida, la situación socioeconómica de las familias que no tienen la oportunidad de mejorar sus condiciones de vida, genera comportamientos violentos de desesperanza, los cuales se dirigen especialmente hacia las personas más vulnerables. Inadecuada respuesta al hostigamiento escolar y laboral. La cultura de inmediatez de respuestas que favorece el uso de la fuerza y el poder, las conductas delincuenciales que buscan resolver los problemas de pobreza e inequidad, ausencia de capital social con no identificación de lo correcto y colectivo. Los medios de comunicación normalizan y banalizan la violencia, promueven modelos de vida violentos. Lo anterior implica aumento de la enfermedad mental, suicidio, violencia interpersonal, enfermedades asociadas al estrés, maltrato

infantil y contra la mujer, automedicación y consumo de SPA. Esto se ve reforzado por la baja oferta de servicios de salud mental, las barreras de acceso a los pocos que existen. El bajo nivel adquisitivo de la población de la localidad que genera estrés y priorización de necesidades básicas. El bajo nivel educativo que conlleva no identificación de problemas mentales como enfermedades. Los factores que contrarrestan esta situación como El programa de psicosocial de Territorios Saludables que brinda asesoría respecto a problemas de salud mental no son suficientes, debido a la magnitud del problema. Esta tensión tiene un balance total en rojo, con balance de 6.

Consumo de SPA por parte de jóvenes y especialmente adolescentes: En el componente de Promoción de la Salud Mental y la Convivencia, en el área de observación Comportamientos individuales y colectivos para el cuidado de la salud mental y la convivencia social, la cultura y la dinámica de los jóvenes, en muchos casos en la localidad aprendida en el hogar, en sus ámbitos barriales y escolares ha llevado al aumento de eventos relacionados con abuso SPA en estudiantes, estos eventos están relacionados con la situación socioeconómica de las familias, el microtráfico que busca como principales clientes a niños, adolescentes y jóvenes. Además, los modelos sociales que interesan a los jóvenes como estrellas de la música y el cine consumen SPA. El fácil acceso a algunas de las sustancias (inhalantes, marihuana, etc.). El consumo de SPA desde edades tempranas lleva a alteración de las dinámicas familiares, aumento de disfuncionalidad familiar, aumento de delincuencia y violencia asociada al consumo, a nivel intrafamiliar, grupos juveniles como barristas, pandillas de diverso género, delincuencia, uso de espacios públicos como parques que interfieren con la actividad física y esparcimiento de niños, jóvenes, adultos y personas mayores. Muertes por uso de SPA. Esto se empeora por Las políticas o falta de ellas, relacionadas con el microtráfico, venta y consumo de SPA, la desesperanza en los jóvenes por falta de oportunidades tanto a nivel educativo como laboral, la continuidad de patrones de pobreza, de falta de proyectos de vida. Como elementos liberadores de la tensión El programa de psicosocial de Territorios Saludables, los CAMAD, brindan asesoría y apoyo respecto a problemas de consumo de SPA. Esta tensión tiene un balance total en rojo, con balance de 6.

Comportamientos violentos hacia poblaciones o grupos más vulnerables (niños, niñas, mujeres). En el componente de Promoción de la Salud Mental y la Convivencia, en el área de observación Factores protectores para la salud mental y la convivencia social en individuos y poblaciones con riesgos específicos, los comportamientos violentos hacia poblaciones o grupos más vulnerables (niños, niñas, mujeres), se evidencian en las dos UPZ 42 y 62, especialmente en los territorios Venecia y Tunjuelito. Lo anterior generado por descomposición familiar, comportamientos permisivos frente a actos violentos, desconocimiento de las leyes y derechos, manejo inadecuado de las emociones, falta de oportunidades laborales y escolares, no definición del proyecto de vida. La situación socioeconómica de las familias que no tienen la oportunidad de mejorar sus condiciones de vida, genera comportamientos violentos de desesperanza, los cuales

se dirigen especialmente hacia las personas más vulnerables. Esto tiene implicaciones como aumento de enfermedad mental y física, multiplicación de la respuesta violenta, consumo de SPA, maltrato infantil, violencia hacia la mujer y hacia la persona mayor. Entre los determinantes estructurales están la legislación sin efectividad, inequidad social y económica con mínimas oportunidades de estudio superior, salarios dignos, impuestos que afectan el poder adquisitivo de las familias, corrupción judicial que perpetúa todo tipo de delincuencia que incluye violencias contra mujeres y niños. Con el fin de contrarrestar estos eventos, a nivel local se han desarrollado acciones desde el Programa Territorios Saludables, para la prevención y promoción de prácticas enfocadas al buen trato y sana convivencia, en los ámbitos familiar, escolar, Servicios de Salud Colectiva, actividades de espacio público. A su vez se lleva a cabo la mesa técnica de la Red de Buen Trato donde se realiza articulación con otros sectores para la prevención de las violencias. Sin embargo, es evidente que estas acciones sin modificar los determinantes de tipo estructural no van a cambiar esta situación. Esta tensión tiene un balance total en rojo, con balance de 6.

Barreras culturales frente a los imaginarios negativos de acudir a los servicios en atención psicosocial: Esta tensión se genera por Imaginarios negativos frente a la atención psicosocial y no oferta de servicios de salud mental por parte de las EAPB. La baja oferta de servicios de salud mental, las barreras de acceso a los pocos que existen, el bajo nivel de ingresos de la población de la localidad que genera estrés y priorización de necesidades básicas, el bajo nivel educativo conlleva no identificación de problemas mentales como enfermedades que deben ser tratados médicamente. Se ve mayor afectación entre jóvenes y adultos, en las dos UPZ de la Localidad. Esto está mediado por determinantes como el estrato social, la inequidad, NBI, Narcotráfico-micro tráfico bajo legislación permisiva y débil, conflicto armado; como determinantes intermedios se evidencian la interpretación subjetiva de la ley, la utilización de menores en el micro-tráfico, lo cual implica enfermedad mental, suicidio, violencia interpersonal, enfermedades asociadas al estrés, maltrato infantil, automedicación, consumo de SPA. Como factores que contrarrestan la tensión se encuentra el programa de psicosocial de Territorios Saludables que brinda asesoría respecto a problemas de salud mental. Esta tensión tiene un balance total en rojo, con balance de 6.

3.3. Seguridad Alimentaria Y Nutricional

Esta Dimensión busca “garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión transectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial;”² consta

² Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

de tres componentes: 1 Disponibilidad y acceso a los alimentos. 2 Consumo aprovechamiento biológico, y 3 Inocuidad y calidad de los alimentos. Las áreas de observación se registran en la siguiente tabla, sobre las cuales se lleva a cabo el análisis de las tensiones.

Malnutrición en infantes y adolescentes, En el componente de Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos, en el área de observación Alimentación completa, equilibrada y adecuada, se evidencia malnutrición en menores de 10 años, aunque se presenta en las dos UPZ es más significativo en la 62 Tunjuelito, dado por repetición de patrones culturales que no permiten la identificación de un consumo adecuado de alimentos, bajos ingresos de la población que impiden el acceso, consumo y aprovechamiento de alimentos saludables, así mismo se observa ausencia de prácticas culturales culinarias de alimentación saludable. Implica Aumento de enfermedades crónicas, malnutrición crónica, bajo rendimiento escolar, con las consecuencias que tiene este como deserción escolar entre otros. Reforzado por Publicidad de alimentos no saludables (alto contenido de grasa y azúcar), ausencia de disponibilidad de tiempo de los padres de familia para la preparación de alimentos. Falta de acceso económico a alimentos saludables, debido al costo de los mismos. Existen factores que buscan disminuir la situación como la alta disponibilidad de alimentos, servicios sociales como comedores comunitarios y escolares, canastas y bonos alimenticios; sin embargo, estos son insuficientes para la demanda de estos servicios en la localidad. Se considera importante el seguimiento con el fin de asegurar el beneficio a aquellas personas necesitadas y no el asistencialismo solamente.

3.4. Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales Y Reproductivos

Esta dimensión tiene como objetivo Promover, generar y desarrollar medios y mecanismos para garantizar condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, grupos y comunidades, en el marco de los enfoques de género y diferencial, asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y garantizando la atención integral de las personas;³ consta de dos componentes: 1 Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género, y 2 Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva - SSR desde un enfoque de derechos.

Mortalidad y morbilidad materna y perinatal asociadas a inequidades en el acceso a los servicios de salud. En el componente de Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos, en el área de observación Maternidad segura (atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio y

³ Ídem

prevención del aborto inseguro) La deficiente calidad de la atención del parto en las diferentes instituciones y los controles prenatales (adherencia a guías de manejo), la falta de implementación de mecanismos que permitan la captación oportuna de las mujeres gestantes, identificación y tratamiento de los riesgos biológicos y psicosociales de esta población, los pobres mecanismos implementados para facilitar el acceso a los servicios de salud de las mujeres gestantes o en edad fértil, entre otros, han generado mortalidad y morbilidad materna y perinatal en población que migra a la localidad.

Tiene una implicación directa en la salud materno-infantil desencadenando con ello un evento desafortunado como lo es la mortalidad perinatal o en el peor de los casos una mortalidad materna afectando de esta manera a la comunidad y la economía de la familia. Afecta a los y las adolescentes y jóvenes, teniendo una afectación directa con la primera infancia teniendo en cuenta que la mayoría de estos niños son el fruto de embarazos no deseados desencadenando violencia por abandonos, negligencias y problemas de desnutrición sobre todo en poblaciones más vulnerables como lo son los desplazados o víctimas del conflicto armado. Los determinantes sociales de la salud como pobreza, etnicidad son los que tienen mayor afectación ya sea por las desigualdades, inequidades sociales (bajas oportunidades educativas y de trabajo digno), deficiente identificación del riesgo por los profesionales de la salud, bajo nivel educativo por parte de la población han repercutido de manera negativa, con baja percepción del riesgo por parte de las gestantes. La fragmentación de los servicios de salud, barreras de acceso geográficas, por distancia de los servicios de salud, especialmente de EAPB del régimen contributivo, no hay oferta de consultas preconceptionales y de regulación de la fecundidad, asociado con débil cultura de planificación, lo cual se observa en las UPZ 42 y 62, especialmente en sus zonas de estrato 2.

Con el fin de disminuir esta situación, la iniciativa de la maternidad segura es una estrategia que tuvo origen en la reunión convocada por el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud OMS y el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas FNUAP en Nairobi, Kenya, en febrero de 1987, a la cual la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá SDS se vinculó a dicha esta estrategia impulsando en la red adscrita el sistema informático perinatal CLAP-OPS, con el propósito de estimular la captación temprana de la gestante, llevar un control prenatal adecuado, clasificar el riesgo obstétrico y promover un sistema de referencia y contra referencia eficiente. Igualmente, la Secretaría monitorea el cumplimiento en la gestión de las aseguradoras mediante la evaluación de indicadores de salud materno-perinatal. A nivel distrital estas estrategias han afectado positivamente los indicadores teniendo en cuenta los esfuerzos económicos del distrito para mejorar la atención de la mujer gestante con el actual programa territorio saludable realizando acciones en todos los ámbitos.

No existe la consulta preconcepcional En el componente de Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos, en área de

observación Maternidad segura (atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio y prevención del aborto inseguro), no existe la cultura ni la educación para regular la fecundidad de forma que se tengan solo los hijos planeados y deseados. La identificación de los problemas de salud durante el embarazo (estado nutricional, control de infecciones, enfermedades crónicas y consejería genética), permiten definir aspectos claves en la atención preconcepcional en mujeres en edad fértil, muchos de ellos son preexistentes y algunos desconocidos por la misma gestante, sin seguimiento ni atención médica, lo que genera la necesidad de la atención al riesgo reproductivo preconcepcional. Además, los problemas de salud durante el embarazo en buena medida ya están presentes en la mujer desde antes de la concepción o al menos los elementos de riesgo para su aparición de modo que las exigencias metabólicas del embarazo solo constituyen el elemento biológico que hacen visible dichos problemas. Implica morbilidad extrema materna, morbilidad infantil, mortalidad materna y perinatal, altos costos sociales y en el sistema de salud.

Con factores reforzadores como el aspecto cultural, nivel de educación, la importancia de realizarse una programación para embarazarse sin dejar de lado el impacto que tiene las largas jornadas laborales y los diferentes roles que por ser mujer se debe desarrollar, el impacto de la movilidad de la ciudad en el tiempo para poder dedicarlo a uno mismo. Los bajos ingresos salariales, las distancias que se deben recorrer y el bajo nivel educativo del núcleo familiar. En la localidad no existen consultorios exclusivos para la consulta preconcepcional. Con el fin de disminuir esta situación, se realizan actividades de prevención como lo son los servicios de salud colectiva, la Red materno infantil, la iniciativa de la maternidad segura.

Uso no eficaz de los métodos de planificación y sexualidad responsable en población adolescente agudizada por factores económicos y sociales que inciden en el poder adquisitivo para el acceso a los mismos. En el componente de Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos, en el área de observación Servicios integrales en Salud Sexual y Reproductiva para la población de adolescentes y jóvenes, se observa uso no eficaz de métodos anticonceptivos en adolescentes y jóvenes, sin embargo, de manera indirecta también afecta al ciclo vital de infancia y adultez. Existe desconocimiento por parte de los adolescentes y jóvenes frente al uso de los métodos de planificación y sexualidad responsable, así como el uso de sustancias psicoactivas. Embarazo en adolescentes colocando en alto riesgo la salud de la madre y la del bebe, generando muertes maternas y perinatales. Relaciones distantes y en ocasiones conflictivas entre parejas y entre binomio madre e hijo y por último se afecta la salud mental tanto de los adolescentes como de los bebes asumiendo roles, cuando aún no se está preparado. Esto se ve reforzado por la situación de pobreza e inequidades sociales, presentes en la localidad; así mismo, el alto nivel de consumo de SPA por parte de los adolescentes y jóvenes. Frente a los servicios amigables se encuentra una baja adherencia y participación a los

servicios ofertados principalmente por barreras de acceso como lo es el tipo de afiliación y por otro lado factores culturales de los jóvenes en cuanto al autocuidado. Como elementos que disminuyen la tensión se encuentra la realización de actividades de prevención como lo son los servicios de salud colectiva, red y asesorías en colegios frente al tema de salud sexual y reproductiva. Así mismo, se cuenta con un servicio amigable para adolescentes y jóvenes. Esta tensión tiene un balance total en rojo, con puntuación de 4,75 debido a que los elementos liberadores son débiles.

Presencia de Infecciones de Transmisión Sexual - ITS en población joven. En el componente de Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos, en el área de observación Acceso universal a prevención y atención integral para infecciones de transmisión sexual (ITS) - VIH-SIDA, se encuentra presencia de ITS, especialmente VIH-SIDA y sífilis, generado por prácticas sexuales inseguras, educación sexual y reproductiva fragmentaria, no existencia de enseñanza de autocuidado en los entornos familiares. Esto implica aumento en la morbilidad debido a la facilidad de transmisión, afectación de fetos en el embarazo, aumento de costos en el sistema de salud, alteración de proyectos de vida. Lo cual se ve reforzado porque El nivel educativo de la mayor parte de la población de la localidad es bajo, lo que influye en el reconocimiento de factores de riesgo frente a las ITS, consumo de SPA. En la localidad se está desarrollando campañas que se relacionan con suministro y educación en el uso adecuado del condón, en diversos espacios, la estrategia Distrital Ponte a Prueba, elimina barreras de acceso para toma de prueba de VIH, junto con la promoción de la prueba, contribuye al incremento de personas que deciden tomar la prueba voluntaria, el seguimiento a las gestantes, contribuye a que se realice pruebas para detectar la presencia de diferentes ITS. Esta tensión tiene un balance total en amarillo, con puntuación de 2,75.

3.5. Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles

Esta dimensión del Plan Decenal de Salud Pública, tiene tres objetivos 1. Garantizar y materializar el derecho de la población colombiana a vivir libre de enfermedades transmisibles en todas las etapas del ciclo de vida y en los territorios cotidianos, con enfoque diferencial y de equidad, mediante la transformación positiva de situaciones y condiciones endémicas, epidémicas, emergentes, re-emergentes y desatendidas, para favorecer el desarrollo humano, social y sostenible. 2. Reducir de manera progresiva y sostenida la exposición a condiciones y factores de riesgos ambientales, sanitarios y biológicos, y propender por la accesibilidad, integralidad, continuidad, vínculo y sostenibilidad de la atención de las contingencias y daños producidos por las enfermedades transmisibles. 3. Crear condiciones y capacidades en el sector y en otros sectores, organizaciones, instituciones, servicios de salud y en la comunidad para la gestión de planes, programas y proyectos que reduzcan las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales de la población a las enfermedades transmisibles. Consta

de tres componentes: 1. Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas. 2. Enfermedades inmunoprevenibles, y 3. Enfermedades endemo-epidémicas.

Aumento de casos de tuberculosis en jóvenes y adultos de la localidad. En el componente de Enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas, en el área de observación enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo, las personas desarrollan enfermedades transmisibles, especialmente la Tuberculosis y las transmiten a otras personas en su entorno y en particular a su núcleo familiar, lo anterior está asociado a bajo nivel económico y educativo, en el marco de situación de inequidad en estos aspectos dado por bajas o escasas oportunidades de estudios superiores y de trabajo digno, lo cual conlleva condiciones de pobreza. Debido a que se transmite por vía aérea y contacto directo de persona a persona a través de la tos, condiciones de hacinamiento en medios de transporte como Transmilenio, inquilinatos entre otros son factores que favorecen que con relación a la tuberculosis se ha presentado un incremento sostenible en los últimos 5 años y en especial en personas jóvenes, esto debido a la co-infección con el VIH y en el adulto mayor con enfermedad crónica. Esta patología tiene implicaciones psico-sociales, económicas y familiares, toda vez que un gran número de casos se encuentra en personas laboralmente activas, que ven su vida cotidiana alterada debido a esta enfermedad; además de la mortalidad que se presenta por este evento, que es de aproximadamente el 20%, para la localidad de Tunjuelito, en las dos UPZ 42 y 62.

La poca identificación de sintomáticos de piel en las IPS privadas, la falta de condiciones nutricionales adecuadas, la falta de afiliación al SGSSS y las condiciones inadecuadas habitacionales y de saneamiento básico de las viviendas, donde residen estos pacientes. En el componente de Enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas, en área de observación Vigilancia y control de condiciones nuevas y reemergentes, respecto a la lepra, esta enfermedad ha presentado un decremento en los últimos 5 años, sin embargo, los casos diagnosticados presentan grado II de discapacidad. Las personas que presentan lepra en la localidad, tienen un factor genético predisponente para ésta, lo que hace que no todo el que adquiere la micobacteria la desarrolla, aunque su transmisión es vía aérea y por contaminación por vía digestiva. Esta patología tiene implicaciones psico-sociales, económicas y familiares, toda vez que un gran número de casos se encuentra en personas laboralmente activas, que ven su vida cotidiana alterada debido a esta enfermedad; además de las discapacidades en manos, pies y ojos que esta enfermedad deja. Los casos registrados han presentado un alto grado de discapacidad (1-2), tres casos en sexo masculino, quienes fueron diagnosticados tardíamente.

Como elementos reforzadores, se tiene principalmente diagnóstico tardío de sintomáticos de piel en las IPS privadas, la falta de condiciones nutricionales adecuadas, la falta de afiliación al SGSSS y las condiciones inadecuadas habitacionales y de saneamiento básico de las viviendas, donde residen estos pacientes. Como elementos liberadores se

tiene un buen programa de Transmisibles, donde se realizan las asesorías y asistencias técnicas a las IPS, el suministro adecuado de tratamiento a todos los casos con lepra diagnosticados, con sus respectivos seguimientos, para reforzar la adherencia al mismo, las visitas domiciliarias a todos los pacientes que ingresan al programa y las capacitaciones y sensibilizaciones que se realizan permanentemente tanto a profesionales de la salud como a comunidad en general, en enfermedad de Hansen. Esta tensión tiene un balance total en amarillo, con puntuación de 2,0.

Manejo de Enfermedades Transmitidas por Vectores. En el componente de Enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas, en área de observación Carga de enfermedades transmitidas por vectores. Colombia es un país endémicamente activo para la presencia de las ETV (malaria, dengue, leishmaniasis y chicungunya), por lo que las personas que viajan a zonas que se encuentran en altitudes menores a 2200 msnm se verán expuestas a estas enfermedades, ya que el vector se encuentra en estas regiones que constituyen entre 80 y 90% del territorio nacional. Se evidencian situaciones de débil control de los vectores tanto a nivel institucional como comunitario, así como pobre educación en salud a la población general. Los casos de enfermedades transmitidas por vectores se presentan debido a la transmisión vectorial, es decir que se necesita ser picado por el vector y de esta manera desarrollar la enfermedad, es por esto que todos los casos presentados en Bogotá, son importados de zonas endémicas y no autóctonos de la ciudad. Las implicaciones de los casos con ETV son de cuidado y seguimiento, toda vez que personas que se ven afectadas por estas enfermedades presentan incapacidad laboral, lo que conlleva a problemas económicos, familiares y psicosociales y en enfermedades como el chicungunya, enfermedad física severa, que puede durar hasta 2 años de incapacidad al movimiento, por afectación articular y musculoesquelética.

Como elementos liberadores se tiene un buen programa de Transmisibles, donde se realizan las asesorías y asistencias técnicas a las IPS, el suministro adecuado de tratamiento, con sus respectivos seguimientos, para reforzar la adherencia al mismo, las visitas domiciliarias a todos los pacientes que ingresan al programa y las capacitaciones y sensibilizaciones que se realizan permanentemente tanto a profesionales de la salud como a comunidad en general, en tuberculosis. Esta tensión tiene un balance total en amarillo, con puntuación de 2,5. Las ETV se mantienen en su notificación periódica en la localidad y en especial en épocas en las que las personas viajan a zonas endémicas, tal como periodos de vacaciones, semana santa y final de año.

Como elementos reforzadores además del clima, están las condiciones de las viviendas que favorecen la presencia de estas enfermedades: falta de angeos, toldillos y condiciones habitacionales adecuadas, acumulación de basuras que lleva a la acumulación de agua, albercas y tanque sin protección y tratamientos empíricos, que conllevan al agravamiento de estas enfermedades. Como elementos liberadores se tienen programas gubernamentales establecidos, para que las personas que residen en estas

áreas endémicas conozcan las principales ETV y las indicaciones generales para su prevención, al igual que los signos y síntomas de estas y los puntos de atención, para recibir los tratamientos adecuados, dependiendo la ETV. Igualmente, se distribuye material didáctico e informativo en forma de volantes y carteleras que informan a la comunidad en general de estos aspectos. Esta tensión tiene un balance total en verde, con puntuación de 1,88.

3.6. Dimensión Salud Pública En Emergencias Y Desastres

El objetivo de esta dimensión es “promover la gestión del riesgo de desastres como una práctica sistemática, con el fin de garantizar la protección de las personas, colectividades y el ambiente, para educar, prevenir, enfrentar y manejar situaciones de urgencia, de emergencia o de desastres, así como aumentar la capacidad de resiliencia y recuperación de las comunidades, aportando a la seguridad sanitaria y al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población. Consta de dos componentes: 1. Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres. 2. Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres. Las áreas de observación se registran en la tabla 25, sobre las cuales se lleva a cabo el análisis de las tensiones.

Falta de capacidad para dar respuesta a situaciones de emergencia de gran magnitud. En el componente Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres, en área de observación Información y conocimiento en emergencias y desastres, en la localidad se observa falta de capacidad para dar respuesta a situaciones de emergencia de gran magnitud, desde los diferentes sectores institucionales y comunitarios. La vulnerabilidad de la población por el tipo de construcción de las viviendas, el tipo de suelo de la localidad, la mayor parte de la localidad no cuenta con puntos de encuentro adecuados en casos de emergencia de gran magnitud. Evidente más en la UPZ 62, con afectación de todas las etapas de ciclo vital, generados porque la comunidad no está empoderada ni capacitada para responder durante las primeras 72 horas posteriores a la emergencia, se ha dado información a la comunidad sobre los requerimientos en casos de emergencia, pero la comunidad no ha interiorizado la importancia de estar preparado, debido a que en la localidad no se han presentado grandes emergencias, y la comunidad no ha vivido estas situaciones. Las estrategias de comunicación y capacitación a la comunidad no han sido efectivos ni tienen el impacto esperado en la comunidad. Los recursos para dar respuesta a emergencias de gran magnitud no están disponibles en la localidad, porque no se tiene suficiente identificación de lo que se necesita para esta respuesta, para lo cual han aportado los simulacros realizados. Aumenta la vulnerabilidad de la población frente a eventos de emergencias, que implican eventos de morbimortalidad, afectación de integralidad de las familias, aumento de gasto de recursos para la recuperación. Se refuerza por el hecho de tener una red hídrica conformada por la quebrada Chiguaza y el río Tunjuelo, las condiciones de inseguridad normales en la localidad; la comunidad por sus condiciones socioeconómicas tiene otras prioridades como alimentos, transporte, salud, educación antes que invertir en gestión del riesgo.

Entre los elementos que disminuyen la tensión se encuentran las iniciativas institucionales como realizar simulacros, las obras de adecuación de redes hídricas y viales. Esta tensión tiene un balance total en amarillo, con puntuación de 3.

3.7. Dimensión Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles

Se define como el “Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial.”⁴ Consta de dos componentes: 1. Modos, condiciones y estilos de vida saludables. 2. Condiciones crónicas y prevalentes. Las áreas de observación se registran en la tabla 25, sobre las cuales se lleva a cabo el análisis de las tensiones.

Prevalencia de enfermedades crónicas en adultos y personas mayores. En el componente, Condiciones Crónicas y Prevalentes se priorizan las áreas de observación Servicios Socio-sanitarios y Carga de Enfermedad, en la primera se encuentra que la desigualdad social e inequidad en salud, trabajadores sin educación superior, informalidad laboral, necesidades básicas insatisfechas, el nivel de pobreza de 4.1% en la Localidad, más evidente en las personas que llegan de otras regiones de Colombia a la Localidad, en busca de mejores oportunidades, llegando además con dificultades en el aseguramiento en salud, lo anterior relacionado con la mercantilización de los servicios de salud establecidos en la ley 100 del 1993, ya que puede existir una amplia cobertura al sistema, pero la capacidad de ésta depende de la capacidad de pago; enfermedades Crónicas y mayor probabilidad de empobrecimiento como consecuencia de estas enfermedades.

La prevalencia de enfermedades crónicas en adultos y personas mayores se generan por la reproducción de patrones culturales asociados a hábitos y estilos de vida que favorecen la presentación de enfermedades crónicas como HTA, DM, EPOC, dificultad para desarrollar actividad física pues los espacios son escasos e inseguros lo cual desmotiva y disminuye esta actividad en la población general. Los altos costos de bolsillo generados por la atención de las enfermedades crónicas, las barreras administrativas generan menor acceso a los servicios de salud para obtener diagnósticos tempranos y tratamientos oportunos, ya sea por condiciones de georreferenciación, conocimiento y adicionalmente se limitan el uso de estos e impactan en las intervenciones preventivas y promocionales encaminadas al control de estas enfermedades, las cuales se evidencian más en la UPZ 42 Venecia especialmente en algunas zonas como Isla del Sol, Fátima, El

⁴ Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021

Carmen y en la UPZ Tunjuelito, en adultos y personas mayores. Es decir esto se refuerza por bajos niveles educativos en la localidad, que incide en el desarrollo de prácticas no saludables, de otra parte los medios de comunicación condicionan el consumo de alimentos pre-cocidos, asociado a la falta de tiempo para la preparación casera de alimentos, asociado a comportamientos sedentarios, falta de cultura para la actividad física desde la infancia.

Se encuentran elementos que contrarrestan la tensión como la oferta de programas de actividad física, recreación y deporte, las campañas de alimentación saludable, la promoción de huertas caseras, sin embargo, la cobertura y continuidad de estos no permiten impactar la situación.

Envejecimiento y enfermedades crónicas. En el componente condiciones crónicas y prevalentes, en el área de observación, carga de enfermedad: La transición demográfica, con procesos de envejecimiento acelerados, generando mayor longevidad, el no reconocimiento de la importancia de las conductas protectoras que minimicen los riesgos, los comportamientos de la población que incrementan el riesgo de ECNT, tales como tabaquismo y sedentarismo, la falta de Integralidad de las acciones de Atención Primaria en Salud, es claro que las Enfermedades Crónicas, constituyen un gran problema de salud pública y un problema global, más aun cuando estas no son atendidas de manera oportuna o tal vez las personas no reciben las intervenciones adecuadas que favorezcan el cumplimiento de los objetivos del manejo clínico, aumentando sus complicaciones y afectando su calidad de vida. A nivel nacional el 76% de la morbilidad es ocasionada por las enfermedades crónicas no transmisibles, el 15% enfermedades transmisibles y el 9% lesiones de causa externa. En el año 2012, la tasa de mortalidad se registró de la siguiente manera: Cáncer de próstata, 12,1*100.000 habitantes Tunjuelito. Bogotá: 11,5, cáncer de mama: Tasa de 17.6 Tunjuelito. Bogotá 12,2, cáncer de cuello uterino: Tasa de 4.9 Tunjuelito. Bogotá: 5.3. Tasa de Mortalidad de DM fue de 17, 4. (Tasas por 100.000 Habitantes). Las principales causas de mortalidad en la Localidad son las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares, con indicador superior al de Bogotá.

Generalmente se utilizan tres medidas principales para describir las inequidades: las desventajas en materia de salud debidas a las diferencias entre los sectores de la población o las sociedades; las brechas de salud, que se forman por las diferencias entre las personas que están en peor situación y el resto de la población; y los gradientes de salud, relacionados con las diferencias encontradas a lo largo de todo el espectro de la población.

La pobreza es un factor determinante para la salud y la calidad de vida; este es un fenómeno mundial que se presenta en los países de ingresos bajos, medianos y altos. Los datos dentro de los países indican que, en general, cuanto más baja es la posición

socioeconómica de una persona, peor es su salud. A esto se le conoce como gradiente social de la salud y significa que las inequidades en salud afectan a todos. Asimismo, las inequidades son manifiestas cuando se examina el ingreso nacional bruto de los países; se sabe, por ejemplo, que guarda una relación inversa con la mortalidad y que un nivel educativo bajo es un factor de riesgo de muerte prematura. En Colombia y México, las personas con poca educación presentan un riesgo tres veces mayor de morir que aquellas con un nivel de educación alto, independientemente de la edad o el sexo. Sin embargo, las diferencias en materia de salud no están presentes únicamente entre las personas más privilegiadas y las más marginadas; los estudios señalan asociaciones positivas y progresivas entre la salud y muchos factores sociales, lo que indica que estas desigualdades existen incluso en los países de ingresos medianos y altos.

Las inequidades también se reflejan en la transición epidemiológica que coloca una doble carga de salud sobre los habitantes de la Región. Por un lado, algunos subconjuntos de la población se ven particularmente afectados por la carga exacerbada que representan el mayor riesgo de padecer ciertas enfermedades no transmisibles (ENT), como la diabetes y la hipertensión; las condiciones de salud relacionadas con la migración y el desplazamiento de las zonas rurales a las urbanas; y la exposición a mayores índices de violencia, accidentes y lesiones. En su informe de 2008, la Comisión definió los determinantes sociales de la salud como "las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los factores estructurales de esas condiciones, o sea, la distribución del poder, el dinero y los recursos". Así, aunque una buena atención médica es de importancia fundamental, el bienestar no se logrará a menos que se aborden las causas sociales subyacentes que socavan la salud de la gente. La CDSS formuló tres recomendaciones integrales: 1) mejorar las condiciones de vida cotidianas; 2) luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; y 3) medir y entender el problema y evaluar la repercusión de las medidas.

Determinantes Estructurales: Posición social, se ha demostrado que las mejoras en los ingresos y la educación guardan una relación cada vez más favorable con la salud. La ocupación también es pertinente para la salud, no solo por la exposición a riesgos específicos en el lugar de trabajo, sino también porque sitúa a las personas en la jerarquía social. Los datos estadísticos de salud revelan la influencia de este tipo de variable en las desigualdades de salud en los distintos niveles de agrupación. Género, el género puede funcionar, junto con la posición social y el grupo étnico, como determinante estructural debido a la influencia fundamental que tiene en el establecimiento de jerarquías en la división del trabajo, la asignación de recursos y la distribución de beneficios. La división de las funciones según el sexo y el valor diferencial asignado a esas funciones se traducen en asimetrías sistemáticas en el acceso y control de recursos de protección social fundamentales como la educación, el empleo, los servicios de salud y la seguridad social. Raza y grupo étnico, la discriminación y la exclusión racial y étnica afectan todas las esferas de oportunidades a lo largo de la vida, incluidas las relacionadas con la salud.

Dado que no es fácil conseguir datos desglosados por raza o grupo étnico, las pruebas actualizadas y empíricas sobre las consecuencias de la discriminación racial o étnica son fragmentarias y limitadas.

Las desigualdades y las inequidades con respecto al cáncer de mama muestran las diferencias relacionadas con el tamizaje, el diagnóstico y el tratamiento dentro y entre las comunidades, y entre las mujeres de razas, grupos étnicos y antecedentes socioeconómicos distintos son pertinentes y significativas en el caso de la incidencia del cáncer de mama. Las condiciones de vida diarias, como las oportunidades de trabajo y las condiciones para las mujeres y el equilibrio entre la vida laboral y doméstica, influyen en la situación socioeconómica, que a su vez repercute en los factores de riesgo conductuales y ambientales del cáncer de mama. Un examen de los determinantes sociales de la mortalidad por cáncer de mama entre las mujeres de razas blanca y negra indica que las desigualdades son evidentes a lo largo de todo el proceso de atención de este tipo de cáncer, desde la prevención y la detección hasta el tratamiento y la supervivencia. Según Gerend y Pai, las desigualdades y las inequidades están relacionadas con obstáculos derivados de la pobreza, vinculados a la falta de médico de atención primaria, factores geográficos, prioridades de supervivencia que compiten entre sí, comorbilidades, seguro de enfermedad inadecuado, falta de información y conocimiento, modos de vida riesgosos, factores a nivel de los proveedores y del sistema, susceptibilidad percibida al cáncer de mama y creencias y actitudes culturales. Acceso a la educación, hay diferencias pronunciadas con respecto a la finalización de la escuela secundaria por quintil de ingresos, sexo y residencia rural. En lo referente a los ingresos, por ejemplo, en el quintil más pobre la tasa de finalización de la escolaridad fue de 23% entre los hombres y de 26% entre las mujeres, y en el quintil más adinerado fue de 81% y 86% para los hombres y las mujeres, respectivamente. El desequilibrio se revierte en las comunidades rurales indígenas, donde la tasa de finalización es de 22% entre los hombres y 20% entre las mujeres. Los datos probatorios indican que las desigualdades más graves observadas en los niveles de educación por ingresos y por residencia urbana frente a residencia rural dan lugar a un ciclo de pobreza que se perpetúa a sí mismo, ya que las familias con menos educación presentan un mayor riesgo de desnutrición infantil y de embarazos entre adolescentes.

La educación también determina las oportunidades de empleo, los ingresos familiares y la participación en los programas de protección social. Además, estos factores influyen mucho en la accesibilidad a los servicios de salud, de manera que no es sorprendente que las familias con menos educación tengan peores resultados de salud. Acceso al empleo, La naturaleza del sector informal varía de un país a otro, pero los datos probatorios indican que, independientemente del país, tiende a emplear al sector más necesitado de la población, incluida una gran proporción de mujeres. Dado que el empleo en el sector informal suele limitar el acceso a beneficios como la protección social o los planes de salud y jubilación, los trabajadores de este sector son más vulnerables a la

pobreza y no tienen acceso a la atención de salud. Por otro lado, el empleo en el sector informal puede predisponer a la mala salud, ya que se ha demostrado que la inseguridad laboral tiene efectos negativos sobre la salud. Esta tensión tiene un balance total en amarillo, con puntuación de 2,0.

3.8. Dimensión Salud Y Ámbito Laboral

Se define como el “Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales que buscan el bienestar y protección de la salud de los trabajadores, a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral, el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de las personas en todas las ocupaciones, y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía.”⁵ Consta de dos componentes: 1. Seguridad y salud en el trabajo. 2. Situaciones prevalentes de origen laboral. Las áreas de observación se registran en la tabla 25, sobre las cuales se lleva a cabo el análisis de las tensiones.

No hay redes visibles en la localidad que apoyen el sector informal. En el componente Seguridad y salud en el trabajo, en el área de observación protección de la salud en el trabajo y fomento de la cultura preventiva a los trabajadores, se prioriza por la falta de conocimiento y concientización de los riesgos y peligros a que están expuestos los trabajadores/ras, en el lugar de trabajo, dados por bajo nivel educativo, incumplimiento de la normatividad por parte de las empresas; más deficientes oportunidades de trabajo decente y digno, así como de aseguramiento, para un alto porcentaje de la población de la localidad Tunjuelito, especialmente en la UPZ Tunjuelito y el Territorio de Salud Venecia, es decir aquellas correspondientes al estrato 2. La flexibilidad en las formas de contratación, la territorialización, la inequidad social dada por su misma condición y por las políticas públicas, sumado a deficiente Autocuidado por parte de los trabajadores informales conlleva aumento de enfermedades laborales y aumento de accidentes de trabajo, a largo plazo personas con discapacidades temporales o permanentes, especialmente en adultos. Esto se ve reforzado por la legislación que es más aplicable al sector formal que a la “informalidad”, la falta de control al cumplimiento de la normatividad por parte de las aseguradoras, especialmente con trabajadores informales (trabajo por destajo, por horas, etc.), y trabajadores con contratos de prestación de servicios. La cultura laboral...

En cuanto el reporte de enfermedad relacionada con el trabajo en el último año, los resultados generados fueron: SI con un porcentaje de 6,57% y NO con un porcentaje de 93,43%; este dato es importante para la toma de decisiones dentro del programa de Salud

⁵ Ídem

Ocupacional ya que se requiere de estrategias organizacionales que incidan en la minimización de enfermedades profesionales generadas por el proceso productivo del sector. Lo anterior se evidencia más en los ciclos de juventud, por inexperiencia con mano de obra barata y la competencia desleal de las personas; y en ciclo de adultez- adulto maduro, ya hay un hábito en estas personas y son los que mayor número de accidentes de trabajo presentan y enfermedades laborales, al no uso de elementos de protección y al no el seguimiento de normas e higiene de trabajo.

No identifican los riesgos a los que están expuestos. Se genera más tensión en el microterritorio de Isla de Sol y el de San Benito teniendo en cuenta que su mayor actividad laboral es la zapatería y las curtiembres, esto genera un desequilibrio del trabajador deteriorando el estado correspondientemente de salud por verse expuesto a altos índices de riesgos como químicos y biomecánicos. No hay redes visibles en la localidad que apoyen el sector informal. Las actividades económicas mencionadas tienen uso de vivienda compartido con la unidad de trabajo, ello genera tensión debido a que están expuestos a los riesgos que genera la unidad de trabajo, afectando su entorno familiar.

En cuanto a la prestación de servicios de salud, no tienen acceso formalmente al SGSSS, por ser un sector informal y la mayoría de los trabajadores pertenecen al régimen subsidiado y menos a una administradora de riesgos laborales, por dos razones, una porque no ven la importancia de la afiliación y dos por las ARL, no afilian personas porque les representa altos costos; también se puede evidenciar que la mayoría de los trabajadores no asisten a los servicios médicos, debido al tipo de contrato que es a destajos. Esta tensión tiene un balance total en amarillo, con puntuación de 2,87.

3.9. Generadores y Determinantes Sociales en Salud

En resumen se identificaron 21 tensiones en las 8 dimensiones prioritarias del PDSP, de las cuales 4 (19%) son de la dimensión ambiental, del componente hábitat saludable, con un alta prioridad, 3 (14,2%) de la dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles, 4 (19%) de la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental, en componente Promoción de la Salud Mental y la Convivencia, que tiene dos tensiones identificadas y calificadas en rojo, 1 (4,7%) de la Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional, 4 (19%) en la Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos en el componente Prevención y Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un Enfoque de Derechos, especialmente en el área de observación Maternidad segura (atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio y prevención del aborto inseguro) que tiene tres tensiones identificadas y calificadas en rojo, 3 (14,2%) en la Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles, 1 (4,7%) en la Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres y 1 (4,7%) en la Dimensión Salud y Ámbito Laboral. El valor promedio de las tensiones identificadas fue de prioridad media (3,8), el

38% de las Tensiones se evaluaron en rojo es decir que se consideran de alta prioridad, 62% en amarillo con prioridad media y 5% en verde con baja prioridad.

Las dimensiones que registran mayores tensiones son la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental, y la Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, las cuales tienen 7 de las 8 tensiones de alta prioridad.

Tabla 29 Balance de Tensiones por Componentes y Áreas de Observación de las Dimensiones del PDSP

Componentes	Áreas de observación	
DIMENSIÓN SALUD AMBIENTAL		BALANCE
Hábitat Saludable	Acceso al agua potable y coberturas de acueducto y alcantarillado y aseo	2,38
	Calidad del agua y gestión de residuos sólidos	
	Calidad del aire, ruido, REM, y ultravioleta	
	Urbanismo, ruralidad y espacios públicos	
	Movilidad	
	Condiciones de vivienda	
	Riesgo biológico	5,75
	Riesgo químico y riesgo relacionado con el uso de tecnologías	
	Responsabilidad social empresarial	
	Adaptación e implementación de políticas nacionales e internacionales en salud ambiental	
	Reglamento Sanitario Internacional	1,92
	Protección y recuperación de entornos y ecosistemas estratégicos	1,42
Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales	Carga ambiental de la enfermedad	
	Identificación y prevención de nuevas amenazas para la salud relacionadas con el ambiente	
DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES		
Modos, condiciones y estilos de vida saludables	Entornos saludables desde la institucionalidad	
	Infraestructuras, bienes y servicios saludables	
	Condiciones y estilos de vida saludables	2
	Empoderamiento y corresponsabilidad social	
Condiciones Crónicas y Prevalentes	Servicios de salud individuales y colectivos	
	Servicios socio-sanitarios	2,88
	carga de la enfermedad	2,88
DIMENSIÓN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL		
Promoción de la Salud Mental y la Convivencia	Autocuidado y corresponsabilidad social para la salud mental y la convivencia social	
	Comportamientos individuales y colectivos para el cuidado de la salud mental y la convivencia social	6
		6
		6

	Entornos protectores para la salud mental y la convivencia social	
	Factores protectores para la salud mental y la convivencia social en individuos y poblaciones con riesgos específicos	6
Prevención y atención integral a problemas, trastornos y diferentes formas de violencia	Intervención psicosocial transectorial en población víctima del conflicto	
	Factores de riesgo asociados a diferentes formas de violencia, problemas, trastornos mentales y eventos relacionados	
	Atención integral de problemas y trastornos mentales y eventos asociados	
	Redes institucionales y comunitarias para la atención psicosocial de víctimas de conflicto armado	
DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL		
Disponibilidad y acceso a los alimentos	Oferta y acceso del grupo de alimentos	
Consumo y aprovechamiento biológicos de alimentos	Alimentación completa, equilibrada y adecuada; aprovechamiento y utilización biológica de alimentos	3
Disponibilidad y acceso a los alimentos	Plan de seguridad alimentaria y nutricional	
	Acceso a programas nutricionales seguros y protección de los derechos de los consumidores	
	Inspección, vigilancia y control de la cadena alimentaria	
	Prevención y control de peligros y trazabilidad de los alimentos	
DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS		
Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género	Garantía del ejercicio de los DSR y la equidad de Género a nivel intersectorial	
Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos	Prevención y atención integral, humanizada y de calidad en salud sexual y reproductiva	
	Maternidad segura (atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio y prevención del aborto inseguro)	6
	Servicios integrales en Salud Sexual y Reproductiva para la población de adolescentes y jóvenes	4,75
	Atención a víctimas de violencia de género y sexual	
	Acceso universal a prevención y atención integral para infecciones de transmisión sexual (ITS) - VIH-SIDA	2,75
DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		
Enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas	Enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo	2,5
	carga de enfermedades desatendidas	
	Carga de enfermedades infecciosas por ETA EDA	
	Vigilancia y control de condiciones nuevas y reemergentes	2
	Carga de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)	
Enfermedades inmunoprevenibles	Gestión integral del Plan Ampliado de Inmunizaciones	
	Carga de enfermedades inmunoprevenibles	
Condiciones y situaciones	Carga de enfermedades transmitidas por vectores	1,88

endemo-epidémicas	Atención integral de enfermedades transmitidas por vectores	
	Carga de enfermedades zoonóticas	
	Atención integral de enfermedades zoonóticas	
DIMENSIÓN SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES		
Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres	Información y conocimiento en emergencias y desastres	3
	Reducción del riesgo de desastres actuales y futuros asociados al cambio climático	
	Capacidades básicas de vigilancia (Reglamento Sanitario Internacional 2005)	
	Suministro seguro, oportuno y suficiente de sangre y componentes sanguíneos	
Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres	Atención integral, reconstrucción y recuperación en situaciones de emergencias y desastres	
DIMENSIÓN SALUD Y ÁMBITO LABORAL		
Seguridad y salud en el trabajo	Acceso al Sistema General de Riesgos Laborales	
	Protección de la salud en el trabajo y fomento de la cultura preventiva a los trabajadores	2,875
	Estilos, modos y condiciones saludables en el entorno laboral	
Situaciones prevalentes de origen laboral	Carga de enfermedad de origen laboral	

FUENTE: Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Archivos ASIS Tunjuelito 2015

Tabla 30 Generadores de Tensiones en Salud según Tipo de Determinante. Localidad Tunjuelito. 2014

Tipo de Determinante Social en Salud	Generador
DIMENSIÓN SALUD AMBIENTAL	
Estructural	No existe un manejo adecuado de aguas residuales. Presencia de curtiembres que no cuentan con tratamiento de aguas servidas. La competencia de las importaciones de productos chinos llevo a crisis a la industria del cuero lo que disminuye la capacidad de las curtiembres. Falta de obras de infraestructura que permitan la separación de aguas lluvia y aguas servidas.
Intermedio	Riesgo químico derivado del uso de diferentes sustancias químicas en varias actividades económicas, resaltándose el curtido del cuero, además de la disposición inadecuada de residuos líquidos sin tratamiento eficiente.
Intermedio	Falta de apropiación e identidad con los referentes ambientales locales y el espacio público, generándose zonas peligrosas, para el consumo de sustancias psicoactivas, quemas, pastoreo de ganado y contaminación ambiental por disposición inadecuada de todo tipo de residuos sólidos.
Estructural	Material particulado, gases y polución, generado por industrias presentes en la localidad y el deterioro de la malla vial debido al alto flujo vehicular, escaso mantenimiento.
Dimensión Vida Saludable Y Condiciones No Transmisibles	

Estructural	La reproducción de patrones culturales asociados a hábitos y estilos de vida que favorecen la prevalencia de enfermedades crónicas como HTA, DM, EPOC. La globalización de los medios de comunicación que favorecen la publicidad masiva de alimentos no saludables. La transición demográfica que conlleva aumento de personas adultas y mayores con el aumento de personas con enfermedades crónicas y mayores demandas del sistema de salud y disminución de calidad de vida.
Estructural	Mayor desigualdad social e inequidad en salud. Trabajadores sin educación superior. Informalidad Laboral, lo anterior relacionado con la mercantilización de los servicios de salud establecidos en la ley 100 del 1993, ya que puede existir una amplia cobertura al sistema, pero la capacidad de esta depende de la capacidad de pago. El modelo laboral que dificulta la asistencia a los servicios de salud por las barreras dadas al usuario por parte de las EAPB para solicitar citas y autorizaciones, no permisos en las empresas para realizar estos trámites que requieren mucho tiempo.
Estructural	El modelo de atención de la ley de salud que está enfocado en las EAPB y no en las necesidades de salud de los usuarios y la población, permite que se pongan barreras para la atención oportuna, que las personas no reciban las intervenciones adecuadas que favorezcan el cumplimiento de los objetivos del manejo clínico, las barreras geográficas dadas por la ubicación de los servicios esto se complica debido a la dificultad económica y por salud del traslado de los usuarios, aumentando sus complicaciones y afectando su calidad de vida, especialmente en relación con el régimen contributivo. Asociado a débil control del Estado
Intermedio	Las EAPB no invierten en Promoción y Prevención, capacitación / educación en salud insuficiente sobre autocuidado, asociado a débil control del Estado. Los espacios para desarrollar actividad física son escasos e inseguros lo cual desmotiva a las personas a realizarlo. Desconocimiento por parte de los usuarios de sus derechos. No adherencia al tratamiento por parte de los usuarios, promovido por la publicidad libre de medicamentos para las diferentes enfermedades crónicas. Ej. Diabetes mellitus.
Dimensión Convivencia Social Y Salud Mental	
Intermedio	Imaginario negativo frente a la atención psicosocial. Escasa oferta de servicios de salud mental por parte de las EAPB lo que conlleva baja cobertura dada la situación en la localidad y todo el país.
Estructural	Débil legislación frente al microtráfico, permisiva, interpretación subjetiva de la ley (restaurativa-punitiva), lo que favorece la utilización de menores. Adicional corrupción judicial con impunidad lo que favorece el aumento de la delincuencia como estilo laboral.
Estructural	Los medios de comunicación normalizan y banalizan la violencia, promueven modelos de vida violentos.
Estructural	La cultura y la dinámica de los jóvenes, en muchos casos en la localidad aprendida en el hogar, en sus ámbitos barriales y escolares ha llevado al aumento de eventos relacionados con abuso SPA en estudiantes, estos eventos están relacionados con la situación socioeconómica de las familias, el micro tráfico que busca como principales clientes a niños, adolescentes y jóvenes. Además, los modelos sociales que interesan a los jóvenes como estrellas de la música y el cine consumen. El fácil acceso a algunas de las sustancias (inhalantes, marihuana, etc.)
Estructural	La cultura de inmediatez de respuestas que favorece el uso de la fuerza y el poder, las conductas delincuenciales que buscan resolver los problemas de pobreza e inequidad, ausencia de capital social con no identificación de lo correcto y colectivo.
Intermedio	Descomposición familiar. Pautas de crianza permisivas frente a comportamientos y a actos violentos. Desconocimiento de las leyes. Manejo inadecuado de las emociones. Falta de oportunidades laborales y escolares. No proyección del proyecto de vida. La situación socioeconómica de las familias que no tienen la oportunidad de mejorar sus condiciones de vida, genera comportamientos violentos de desesperanza, los cuales se dirigen especialmente hacia las personas más vulnerables. Inadecuada respuesta al hostigamiento escolar y laboral.
Dimensión Seguridad Alimentaria Y Nutricional	
Estructural	Repetición de patrones culturales que no permite la identificación de un consumo adecuado de alimentos. Bajos ingresos de la población que inciden el acceso, consumo y de alimentos saludables. Ausencia de prácticas culturales culinarias de alimentación saludable. Promoción publicitaria de alimentación no saludable.

Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales Y Reproductivos	
Estructural	La deficiente calidad de la atención del parto en las diferentes instituciones y los controles prenatales (adherencia a guías de manejo), La falta de implementación de mecanismos que permitan la captación oportuna de las mujeres gestantes, identificación y tratamiento teniendo en cuenta los riesgos biológicos y psicosociales de esta población, los pobres mecanismos implementados para facilitar el acceso a los servicios de salud de las mujeres gestantes o en edad fértil de las zonas rurales y de conflicto armado, entre otros.
Estructural	La identificación de los problemas de salud durante el embarazo (estado nutricional, control de infecciones, enfermedades crónicas y consejería genética), permiten definir aspectos claves en la atención preconcepcional en mujeres en edad fértil, muchos de ellos son preexistentes y algunos desconocidos por la misma gestante, sin seguimiento ni atención médica, lo que genera la necesidad de la atención al riesgo productivo preconcepcional. Además los problemas de salud durante el embarazo en buena medida ya están presentes en la mujer desde antes de la concepción o al menos los elementos de riesgo para su aparición de modo que las exigencias metabólicas del embarazo solo constituyen el elemento biológico que hacen visible dichos problemas. Lo cual en primera instancia es responsabilidad de las EAPB y las IPS.
Intermedio	Desconocimiento por parte de los adolescentes y jóvenes frente al uso de los métodos de planificación y sexualidad responsable, factores económicos ya que se encuentran más casos de adolescentes y jóvenes gestantes en quienes tienen menos recursos; así como, el uso de sustancias psicoactivas.
Intermedio	Prácticas sexuales inseguras, educación sexual y reproductiva fragmentaria, no existencia de enseñanza de autocuidado en los entornos familiares.
Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	
Estructural	La comunidad no está empoderada ni capacitada para responder durante las primeras 72 horas posteriores a la emergencia, se ha dado información a la comunidad sobre los requerimientos en casos de emergencia, pero la comunidad no ha interiorizado la importancia de estar preparado, debido a que en la localidad no se han presentado grandes emergencias, y la comunidad no ha vivido situaciones emergencias grandes. Las estrategias de comunicación y capacitación a la comunidad no han sido efectivos ni tienen el impacto esperado en la comunidad. Los recursos para dar respuesta a emergencias de gran magnitud no están disponibles en la localidad, porque no se tiene identificación de lo que se necesita para esta respuesta, para lo cual han aportado los simulacros realizados.
Intermedio	Las personas que han presentado lepra en la localidad, tiene un factor genético predisponente para esta, lo que hace que no todo el que adquiere la micobacteria la desarrolla, aunque su transmisión es vía aérea y por contaminación por vía digestiva
Dimensión Salud y Ámbito Laboral	
Intermedio	La falta de conocimiento y concientización de los riesgos y peligros a que están expuestos los trabajadores/ras, en el lugar de trabajo. Las leyes realizadas para el sector formal y no informal, la flexibilidad de las formas de contratación, la territorialización, la inequidad Social dada por su misma condición y por las políticas públicas.
Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres	
Intermedio	La comunidad no está empoderada ni capacitada para responder durante las primeras 72 horas posteriores a la emergencia, se ha dado información a la comunidad sobre los requerimientos en casos de emergencia, pero la comunidad no ha interiorizado la importancia de estar preparado, debido a que en la localidad no se han presentado grandes emergencias, y la comunidad no ha vivido situaciones emergencias grandes. Las estrategias de comunicación y capacitación a la comunidad no han sido efectivos ni tienen el impacto esperado en la comunidad. Los recursos para dar respuesta a emergencias de gran magnitud no están disponibles en la localidad, porque no se tiene identificación de lo que se necesita para esta respuesta, para lo cual han aportado los simulacros realizados.

FUENTE: Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Archivos ASIS Tunjuelito 2015

Los principales generadores de las tensiones en la Dimensión Salud Ambiental se relacionan con las dimensiones de desarrollo económica y social, como determinantes estructurales tocantes al área de producción, inadecuado manejo de aguas residuales producto de las curtiembres por empresas debilitadas por la competencia de las importaciones de productos chinos llevo a crisis a la industria del cuero lo que disminuye la capacidad de las curtiembres, lo que les lleva a no contar con la tecnología para el tratamiento adecuado de los residuos industriales. Falta de obras de infraestructura que permitan la separación de aguas lluvia y aguas servidas.

En la Dimensión Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles las tensiones se relacionan con la dimensión de desarrollo social, como determinantes estructurales se encuentran: La reproducción de patrones culturales asociados a hábitos y estilos de vida que favorecen la prevalencia de enfermedades crónicas como HTA, DM, EPOC. La globalización de los medios de comunicación que favorecen la publicidad masiva de alimentos no saludables. La transición demográfica que conlleva aumento de personas adultas y mayores con el aumento de personas con enfermedades crónicas y mayores demandas del sistema de salud y disminución de calidad de vida, con frágil respuesta del sistema de salud. La mercantilización de los servicios de salud establecidos en la ley 100 del 1993, ya que puede existir una amplia cobertura al sistema, pero la capacidad de esta depende de la capacidad de pago. El modelo de atención de la ley de salud que está enfocado en las EAPB y no en las necesidades de salud de los usuarios y la población, permite que se pongan barreras para la atención oportuna, que las personas no reciban las intervenciones adecuadas que favorezcan el cumplimiento de los objetivos del manejo clínico, las barreras geográficas dadas por la ubicación de los servicios, esto se empeora debido a la dificultad económica y el estado de salud para el traslado de los usuarios, aumentando sus complicaciones y afectando su calidad de vida, especialmente en relación con el régimen contributivo. Asociado a débil control del Estado El modelo laboral que dificulta la asistencia a los servicios de salud por las barreras dadas al usuario por parte de las EAPB para solicitar citas y autorizaciones, no permisos en las empresas para realizar estos trámites que requieren mucho tiempo.

En la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental las tensiones se relacionan con la dimensión de desarrollo social, como determinantes estructurales e intermedios se encuentran: Los medios de comunicación normalizan y banalizan la violencia, promueven modelos de vida violentos. La cultura y la dinámica de los jóvenes, en muchos casos en la localidad aprendida en el hogar , en sus ámbitos barriales y escolares ha llevado al aumento de eventos relacionados con abuso SPA en estudiantes, estos eventos están relacionados con la situación socioeconómica de las familias, el micro tráfico que busca como principales clientes a niños, adolescentes y jóvenes. Además, los modelos sociales que interesan a los jóvenes como estrellas de la música y el cine consumen. El fácil acceso a algunas de las sustancias (inhalantes, marihuana, etc.). La descomposición familiar, con pautas de crianza permisivas frente a comportamientos y a actos violentos,

desconocimiento de las leyes, manejo inadecuado de las emociones, falta de oportunidades laborales y escolares, no proyección del proyecto de vida, la situación socioeconómica de las familias que no tienen la oportunidad de mejorar sus condiciones de vida, genera comportamientos violentos de desesperanza, los cuales se dirigen especialmente hacia las personas más vulnerables. Inadecuada respuesta al hostigamiento escolar y laboral.

En la Dimensión Seguridad Alimentaria Y Nutricional las tensiones se relacionan con la dimensión de desarrollo social, como determinante estructural se encuentra: Repetición de patrones culturales que no permiten la identificación de un consumo adecuado de alimentos. Bajos ingresos de la población que inciden el acceso, consumo y de alimentos saludables. Ausencia de prácticas culturales culinarias de alimentación saludable. Promoción publicitaria de alimentación no saludable.

En la Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, las tensiones se relacionan con la dimensión de desarrollo social, como determinantes estructurales e intermedios se encuentran: La deficiente calidad de la atención del parto en las diferentes instituciones y los controles prenatales (adherencia a guías de manejo), La falta de implementación de mecanismos que permitan la captación oportuna de las mujeres gestantes, identificación y tratamiento teniendo en cuenta los riesgos biológicos y psicosociales de esta población, los pobres mecanismos implementados para facilitar el acceso a los servicios de salud de las mujeres gestantes o en edad fértil de las zonas rurales y de conflicto armado, entre otros. La identificación de los problemas de salud durante el embarazo (estado nutricional, control de infecciones, enfermedades crónicas y consejería genética), permiten definir aspectos claves en la atención preconcepcionales en mujeres en edad fértil, muchos de ellos son preexistentes y algunos desconocidos por la misma gestante, sin seguimiento ni atención médica, lo que genera la necesidad de la atención al riesgo productivo preconcepcionales. Además los problemas de salud durante el embarazo en buena medida ya están presentes en la mujer desde antes de la concepción o al menos los elementos de riesgo para su aparición de modo que las exigencias metabólicas del embarazo solo constituyen el elemento biológico que hacen visible dichos problemas. Lo cual en primera instancia es responsabilidad de las EAPB y las IPS. Prácticas sexuales inseguras, educación sexual y reproductiva fragmentaria, no existencia de enseñanza de autocuidado en los entornos familiares.

En la Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles las tensiones se relacionan con la dimensión de desarrollo social, como determinantes estructurales e intermedios se encuentran: Las condiciones inadecuadas de salud, medioambiente, vivienda y sociales, hacen que las personas desarrollen la enfermedad y la transmitan a su entorno y en particular a su núcleo familiar. La incidencia y prevalencia de infección por VIH-SIDA.

En la Dimensión Salud y Ámbito Laboral las tensiones se relacionan con la dimensión de desarrollo económico y social, como determinantes estructurales se encuentran: Las leyes realizadas para el sector formal y no informal, la flexibilidad de las formas de contratación, la territorialización, la inequidad Social dada por su misma condición y por las políticas públicas.

En la Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles las tensiones se relacionan con la dimensión de desarrollo social, como determinantes estructurales se encuentran: La comunidad no está empoderada ni capacitada para responder durante las primeras 72 horas posteriores a la emergencia, se ha dado información a la comunidad sobre los requerimientos en casos de emergencia, pero la comunidad no ha interiorizado la importancia de estar preparado, debido a que en la localidad no se han presentado grandes emergencias, y la comunidad no ha vivido situaciones emergencias grandes. Las estrategias de comunicación y capacitación a la comunidad no han sido efectivos ni tienen el impacto esperado en la comunidad. Los recursos para dar respuesta a emergencias de gran magnitud no están disponibles en la localidad, porque no se tiene identificación de lo que se necesita para esta respuesta, para lo cual han aportado los simulacros realizados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

2. DANE Alcaldía Distrital de Bogotá. Boletín Resultados Encuesta Multipropósito Bogota 2014. 2015 Abril..
3. DANE. Censo General 2005. 2005..
4. Grupo Banco Mundial. www.bancomundial.org. [Online].; 2014. Available from: HYPERLINK "http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN" <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN> .
5. Veeduría Distrital. Informe Seguimiento a la Gestión del Sector Educación 2014. [Online].; 2015. Available from: HYPERLINK "https://veeduriadistrital.gov.co/archivos/julio8/Informe_Seguimiento_Gestion_Sector_Educacion.pdf" https://veeduriadistrital.gov.co/archivos/julio8/Informe_Seguimiento_Gestion_Sector_Educacion.pdf .
6. Secretaría Distrital de Educación. www.educacionbogota.edu.co. [Online].; 2013. Available from: HYPERLINK "http://www.educacionbogota.edu.co/archivos/SECTOR_EDUCATIVO/ESTADISTICAS_EDUCATIVAS/2013/BoletinEstadisticoAnual2013.pdf" http://www.educacionbogota.edu.co/archivos/SECTOR_EDUCATIVO/ESTADISTICAS_EDUCATIVAS/2013/BoletinEstadisticoAnual2013.pdf .
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS en las Entidades Territoriales e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. 2013..
8. Organización Mundial de la Salud. www.who.int. [Online].; 2015. Available from: HYPERLINK "http://www.who.int/topics/suicide/es/" <http://www.who.int/topics/suicide/es/> .
9. OMS. www.who.int. [Online].; 2002. Available from: HYPERLINK "http://www.who.int/mediacentre/news/releases/pr73/es/" <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/pr73/es/> .

-
10. Organización Panamericana de la Salud. www.paho.org. [Online].; 2014. Available from: HYPERLINK "http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=913:países-en-desarrollo-de-america-latina-y-el-caribe-tienen-las-tasas-de-homicidio-mas-altas-del-mundo-segun-informe-de-la-oms&catid=697:noticias"
 11. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. 2015..
 12. Fondo de Desarrollo Local de Tunjuelito - Corporación Acción Técnica Social ATS. Caracterización del consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales en población escolar de la localidad Tunjuelito. 2014..
 13. Unicef. www.unicef.org. [Online]. Available from: HYPERLINK "http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreport-df/15_LowBirthweight_D7341Insert_Spanish.pdf"
 14. Unicef. www.unicef.org. [Online].; 2014. Available from: HYPERLINK "www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreport-df/15_LowBirthweight_D7341Insert_Spanish.pdf"
 15. UNICEF. www.unicef.org. [Online]. Available from: HYPERLINK "www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreport-df/15_LowBirthweight_D7341Insert_Spanish.pdf"
 16. Universidad Nacional. www.cigitox.unal.edu.co. [Online]. Available from: HYPERLINK "<http://www.cigitox.unal.edu.co/convenios>"
 17. SIRE. www.sire.gov.co. [Online].; 2015. Available from: HYPERLINK "http://logina.sire.gov.co/sire/Bitacora/rpt_eventos_conformato.jsp".

18. Ministerio de Salud Protección Social, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la. Lineamientos Metodológicos, Técnicos y Operativos Estrategia PASE a la Equidad en Salud. 2013..