



Tomado diario Eltiempo.com, 2015

Diagnóstico Local con Participación Social 2014

LOCALIDAD KENNEDY

HOSPITAL DEL SUR E.S.E

TERRITORIOS SALUDABLES

VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

A toda la comunidad, líderes y lideresas de la localidad Kennedy que pese a las dificultades de la vida cotidiana, participan y aportan en los diferentes espacios de trabajo comunitario, institucional e intersectorial, con sus ideas, propuestas e iniciativas. Al equipo de profesionales, técnicos, gestores comunitarios y agentes de cambio del Hospital de Sur, quienes con su esfuerzo y trabajo permitieron la consolidación y fortalecimiento de acciones en el territorio desde las diferentes intervenciones, aportando acciones, propuestas y resultados fundamentales para la construcción de este documento y el mejoramiento de la situación de la salud en la localidad.

IVETTE KATHERINE SOSA PORTELA

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

SAMIR ANDRES GUIO

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

IDERLEY MEDINA MEDINA

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

Correo: sur.salasituacional2011@gmail.com

Teléfono: 7560505ext.: 3201

CRÉDITOS

Ricardo Beira Silva

Gerente

Luis Fernando Pineda

Subgerente de Servicios de Salud

Álvaro Ignacio Guerrero Devia

Subgerente Administrativo y Financiero

Martha Ávila

Coordinador Administrativa y Financiera de Territorios Saludables

Smith Lozano Guevara

Coordinadora Salud Pública

Guisell Acuña

Coordinadora Componentes

Diana Martínez Yate

Coordinadora Vigilancia en Salud Pública

Amparo López

Coordinadora Vigilancia Ambiental y Sanitaria

Yamile Bohórquez

Coordinadora Gestión Programas Salud Pública e Intersectorialidad

Yenny Dimate

Coordinadora Programa Ampliado de Inmunizaciones

Jennifer Romero

Coordinadora Territorio Calandaima

Nidia Orozco

Coordinadora Territorio Patio Bonito

Mery Helen Sarmiento

Coordinadora Territorio Corabastos

Yeny Espinosa

Coordinadora Territorio Britalia-Timiza

Tatiana Chaparro

Coordinadora Territorio Kennedy Central

Equipo Gestión Programas Salud Pública e Intersectorialidad

Equipo Vigilancia en Salud Pública

Equipo Ámbitos de Vida Cotidiana

Equipos Territoriales de Salud

LISTADO DE ABREVIATURAS

SIGLAS	SIGNIFICADO
SDP	Secretaría Distrital de Planeación
POT	Plan de Ordenamiento Territorial
UPZ	Unidad de Planeación Zonal
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ALAMES	Asociación Latinoamericana de Medicina Social
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
VSP	Vigilancia en Salud Pública
ASIS	Análisis de Situación de Salud
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
SISVAN	Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional
SISVECOS	Sistema de Vigilancia de la Conducta Suicida
SISVESO	Sistema de Vigilancia de la Salud Oral
SIVIM	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual
VESPA	Sistema de Vigilancia Epidemiológico de Consumo de Sustancias Psicoactivas
SIVISTRA	Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional de las y los Trabajadores en la Economía Informal
EEVV	Estadísticas Vitales
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
ESAVI	Evento Adverso Seguido a la Vacunación
ERA	Enfermedad Respiratoria Aguda
SBOR	Síndrome Bronco Obstructivo Recurrente

SIGNIFICADO	
SIGLAS	
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
SPA	Sustancias Psicoactivas
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
EPCVyS	Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud
APS	Atención Primaria en Salud
IEC	Investigaciones Epidemiológicas de Campo
LGBTI	Lesbianas, gay, bisexuales, transexuales, intersexuales
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
IPM	Índice de Pobreza Multidimensional
ICV	Índice de Condiciones de Vida
LP	Línea de Pobreza
PEA	Población Económicamente Activa
Ha.	Hectárea
Hab.	Habitantes
SDIS	Secretaría de Integración Social
SLIS	Subdirección Local de Integración Social
SDS	Secretaría Distrital de Salud
SDE	Secretaría Distrital de Educación
SCRD	Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
FAMIS	Familia Amiga de la Mujer y la Infancia
HOBIS	Hogares de Bienestar
PyD	Protección Temprana y Detección Específica
UPA	Unidad Primaria de Atención
UBA	Unidad Básica de Atención
CAMI	Centro de Atención Médica Inmediata

SIGNIFICADO	
SIGLAS	
UPGD	Unidad Primaria Generadora de Datos
COVE	Comité de Vigilancia Epidemiológica
COVECOM	Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria
SSC	servicio de Salud Colectiva
ERI	Equipo de Respuesta Inicial
ERC	Equipo de Respuesta Complementaria
TIC	Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

PRELIMINAR

GLOSARIO

CONCEPTO	DEFINICIÓN
Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	<p>Es un indicador utilizado tradicionalmente para análisis en temáticas sociales, fue propuesto por la CEPAL en la década de los ochenta con el objetivo de captar la disponibilidad y el acceso a los servicios básicos a partir de cinco condiciones mediante los cuales se clasifica la población como pobre o en miseria por NBI:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vivienda Inadecuada• Hacinamiento Crítico• Alta dependencia económica• Inasistencia escolar (39)
Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)	<p>El IPM se ha definido como un índice multidimensional de pobreza aguda, que refleja las carencias o privaciones en las condiciones básicas que requieren los hogares de una sociedad para alcanzar el bienestar. Las carencias evaluadas para determinar si un hogar se considera en pobreza multidimensional se basan en las siguientes condiciones: logro educativo, alfabetismo, asistencia escolar, rezago escolar, acceso a servicios para el cuidado de la primera infancia, trabajo infantil, desempleo de larga duración, empleo formar, aseguramiento en salud, acceso a servicios de salud dada una necesidad, acceso a fuentes de agua mejorada, eliminación de excretas, pisos, paredes exteriores y hacinamiento crítico.</p>
Línea de Pobreza (LP)	<p>El método de pobreza por ingreso permite conocer cuántos hogares o personas están en esta condición a partir de la medición de los niveles de vida con referencia a un valor denominado Línea de Pobreza (LP), el cual es definido como el costo mínimo de una canasta de bienes y servicios que permite satisfacer un conjunto de necesidades básicas.</p>
Índice de Condiciones de	<p>Se basa en una metodología única que vincula los resultados de encuestas subjetivas de satisfacción</p>

Vida (IPV)	con la vida con los factores objetivos determinantes de calidad de vida entre los países (69).
Coefficiente de Gini	Éste coeficiente es una medida de concentración del ingreso entre los individuos de una región, en un determinado periodo. Esta medida está ligada a la Curva de Lorenz. Toma valores entre 0 y 1, donde 0 indica que todos los individuos tienen el mismo ingreso y 1 indica que sólo un individuo tiene todo el ingreso (70).

PRELIMINAR

Contenido

LISTADO DE ABREVIATURAS.....	5
GLOSARIO.....	8
INTRODUCCIÓN.....	18
MARCO CONCEPTUAL.....	19
GLOBALIZACIÓN.....	19
POBREZA.....	19
POBREZA OCULTA.....	20
MEDIO AMBIENTE.....	20
LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS).....	20
Determinantes Estructurales.....	21
Determinantes Intermedios.....	22
Determinantes Proximales.....	22
ESTRATEGIA BIT PASE.....	23
ESTRATEGIAS PARA LA ACCIÓN.....	23
Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud.....	24
Atención Primaria en Salud (APS)	24
Marco Metodológico.....	24
ANÁLISIS CUANTITATIVO.....	25
ANÁLISIS CUALITATIVO.....	26
ANÁLISIS ESPACIAL.....	26
PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	26
1. Capítulo 1: Relación población, territorio, ambiente y sociedad.....	28
1.1. Contexto territorial.....	28
1.1.1. Contexto histórico.....	32
1.2. Ambiental.....	33
1.3. Dinámica socio – demográfica.....	37
1.3.1. Dinámica poblacional.....	37
1.3.2. Esperanza de Vida.....	40
1.3.3. Índice de Envejecimiento.....	40
1.3.4. Razón de Dependencia.....	40
1.3.5. Razón General de Fecundidad.....	41

1.3.6 Movilidad Forzada	42
1.4. Dinámica socio – económica	43
1.4.1. Indicadores NBI.....	43
1.4.2. Indicadores Gini	44
1.4.3. Índice de Humanización	44
1.4.4. Percepción sobre el poder adquisitivo del ingreso del hogar	45
1.4.5. Cobertura en educación	45
1.4.6. Cobertura en servicios.	46
1.4.7. Condiciones de vivienda.	47
1.4.8. Sistema de salud.....	48
1.4.9. Tasa de desocupación y desempleo.....	49
1.5. Análisis de priorización de UPZ críticas.....	49
2. Capítulo 2. Análisis de los determinantes sociales de la salud en el ámbito de las dimensiones prioritarias.	52
2.1 Perfil de salud y enfermedad	52
2.1.1. Perfil de mortalidad	52
2.2. Mortalidad Materna	57
2.3. Mortalidad Perinatal	59
2.4. Mortalidad Infantil	61
2.5. Mortalidad en menores de cinco años.....	63
2.3. Perfil de morbilidad	67
2.3.1. Morbilidad Atendida (Consulta Externa, Hospitalización Y Urgencias)	67
2.3.2 Eventos de Interés en Salud Pública	75
2.3.2. Plan Ampliado de Inmunizaciones	80
2.4. Convivencia social y salud mental	81
2.4.1. Violencia Intrafamiliar y Maltrato Infantil.....	81
2.4.2. Conducta Suicida	83
2.5. Derechos sexuales y sexualidad (salud sexual y reproductiva).....	87
2.5.1. Nacidos vivos en adolescentes	87
2.6. Vida saludable y condiciones no transmisibles	95
2.6.1. Sistema de Vigilancia de Salud Oral – SISVESO	95
2.6.2. Lesiones de causa externa SIVELCE	98

2.7.	Seguridad alimentaria y nutricional.....	100
2.7.1.	Desnutrición Global.....	101
2.7.2.	Desnutrición Crónica.....	102
2.7.3.	Estado nutricional de las gestantes.....	104
2.7.4.	SISVAN escolar.....	104
2.7.5.	Persona mayor.....	105
2.7.6.	Mediana de lactancia materna exclusiva.....	105
2.7.7.	Bajo peso al nacer.....	105
2.8.	Salud Ambiental.....	108
2.9.	DISCAPACIDAD.....	117
2.10.	Determinantes estructurales e intermedios de las inequidades en salud 122	
2.10.1.	Dimensión Vida Saludable y condiciones no transmisibles.....	122
2.10.2.	Dimensión Convivencia Social y Salud Mental.....	123
2.10.3.	Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional.....	124
2.10.4.	Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos.....	124
2.10.5.	Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles.....	126
2.10.6.	Dimensión Salud y Ámbito Laboral.....	126
2.10.7.	Dimensión Transversal de Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables (mujer y género).....	127
	Análisis integral de los determinantes sociales de la salud.....	128
CAPÍTULO 3. IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY.....		129
	TENSIONES POR CICLO VITAL.....	130
	CICLO VITAL INFANCIA.....	130
	CICLO VITAL ADOLESCENCIA.....	134
	CICLO VITAL JUVENTUD.....	136
	CICLO VITAL ADULTEZ.....	141
	CICLO VITAL VEJEZ.....	145
	TENSIONES TRANSVERSALES.....	149
	2. RESUMEN VALORACIÓN DE TENSIONES.....	154
	Bibliografía.....	165

TABLA DE GRÁFICAS

Gráfica 1 Pirámide Poblacional Kennedy. 2005 - 2010 - 2014	37
Gráfica 2 Razón de Mortalidad materna. Bogota vs Kennedy. 2005 - 2014	58
Gráfica 3 Tasa de Mortalidad Perinatal. Kennedy vs. Bogotá. 2005-2014.....	60
Gráfica 4 Tasa de Mortalidad Infantil. Kennedy y Bogotá. 2005-2014	62
Gráfica 5 Tasa de mortalidad en menores de cinco años. Kennedy y Bogotá. 2005-2014.....	63
Gráfica 6 Tasa de mortalidad por neumonía en menores de cinco años. Kennedy y Bogotá. 2005-2014	64
Gráfica 7 Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años. Kennedy y Bogotá. 2005-2014.....	65
Gráfica 8 Comparativo datos absolutos eventos presentados por residencia localidad Kennedy, periodo 2013 – 2014	75
Gráfica 9 Eventos prevenibles por vacuna / Transmisibles, casos residentes en la localidad de Kennedy 2013 – 2014.....	76
Gráfica 10 Enfermedades Respiratorias, casos residentes en la localidad de Kennedy 2013 – 2014.....	77
Gráfica 11 Eventos transmitidos por vectores, casos residentes en la localidad de Kennedy 2013 – 2014.....	77
Gráfica 12 Enfermedades no transmisibles, casos residentes en la localidad de Kennedy 2013 – 2014.....	78
Gráfica 13 Cobertura de vacunación antipolio y triple viral. Kennedy. 2014	80
Gráfica 14 Comportamiento de tipos de violencia por etapa de ciclo vital. Kennedy. 2014.....	81
Gráfica 15 Comportamiento porcentual de notificación total de eventos de conducta suicida registrado al sistema de información entre los años 2006 al 2014 Localidad de Kennedy.....	84
Gráfica 16 Intervenciones de campo efectivas SISVECOS distribuidas por UPZ. Kennedy. 2014.....	85
Gráfica 17 Tasa de suicidio. Kennedy y Bogotá. 2008-2014	86
Gráfica 18 Prevalencia nacidos vivos en Adolescentes de 10 – 14 años. Kennedy. 2005 – 2014.....	87
Gráfica 19 Nacidos Vivos en adolescentes entre 15 - 19 años, Localidad de Kennedy, 2005-2014.....	90

Gráfica 20. Notificación de Eventos de transmisión Sexual. Bogotá y Kennedy. Años 2012 – 2014.....	92
Gráfica 21 Comportamiento de SÍFILIS CONGÉNITA, Localidad de Kennedy, 2009 a 2014.....	95
Gráfica 22 Proporción de eventos SISVESO. Kennedy. 2009-2014.....	98
Gráfica 23 Prevalencia de desnutrición Global. Kennedy y Bogotá. 2009 – 2014.	101
Gráfica 24 Prevalencia de desnutrición Crónica. Kennedy y Bogotá. 2009 – 2014.	103
Gráfica 25 Prevalencia de Bajo peso al nacer. Kennedy. 2008-2014.....	106
Gráfica 26 Distribución porcentual de eventos de Intoxicación por sustancias químicas en la localidad de Kennedy. 2014.....	110
Gráfica 27. Distribución por Etapa de Ciclo Vital de los Eventos de Intoxicación por Sustancia Químicas Según Tipo de Exposición. Kennedy. Año 2014.....	111
Gráfica 28. Coberturas de Vacunación Antirrábica. Bogotá. Años 2008 - 2014	112
Gráfica 29 Distribución porcentual de eventos de agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia, Localidad de Kennedy. 2014.....	113
Gráfica 30 Conceptos generados por VSA en la Localidad de Kennedy en el año 2014.....	114
Gráfica 31 Visitas realizadas por línea de intervención de la PDSA en el año 2014 en la Localidad de Kennedy.....	115
Gráfica 32 Comparativo eventos atendidos por la UCSP. 2013 – 2014. Localidad de Kennedy.....	116
Gráfica 33 Distribución de población con discapacidad registrada, 2005 – 2014, localidad de Kennedy.....	117
Gráfica 34 . Distribución de población con discapacidad registra por sexo, 2005 – 2014, localidad de Kennedy.....	118
Gráfica 35. Distribución de población con discapacidad registrada por sexo y etapa de ciclo vital, 2005 – 2014, localidad de Kennedy.....	118
Gráfica 36 Distribución de alteraciones permanentes de población con discapacidad registrada, 2005 – 2014, localidad de Kennedy.....	120

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Tensión 1 ciclo vital infancia, aumento de los diferentes tipos de violencia, 2014.....	131
Ilustración 2 Tensión 2 ciclo vital infancia, Eventos ERA, 2014.....	133
Ilustración 3 Tensión 1, ciclo vital adolescencia, Aumento de embarazos en adolescentes e ITS, 2014	135
Ilustración 4. Tensión 1, ciclo vital juventud, Aumento en el consumo de SPA. 2014	137
Ilustración 5. Tensión 2, ciclo vital juventud, falta de oportunidad laboral. 2014..	140
Ilustración 6. Tensión 1, ciclo vital adultez, Barreras de acceso a los servicios de salud en población diferencial. 2014.....	142
Ilustración 7. Tensión 2, ciclo vital adultez, Aumento de la violencia intrafamiliar 2014.....	144
Ilustración 8. Tensión 1, ciclo vital vejez, Violencia emocional y violencia económica 2014.....	146
Ilustración 9. Tensión 2, ciclo vital vejez, Barreras de acceso al servicio de salud general y especializada. 2014	148
Ilustración 10. Tensión 1, Salud ambiental, contaminación atmosférica. 2014	150
Ilustración 11. Tensión 2, Salud ambiental, contaminación de fuentes hídricas y canales. 2014.....	152
Ilustración 12. Tensión 3, Salud ambiental, ETOZ, tenencia inadecuada de animales de compañía.2014.....	153

TABLA DE TABLAS

Tabla 1 Localidades de Bogotá D.C. 2014	28
Tabla 2 Clasificación y extensión de UPZ. Localidad de Kennedy	30
Tabla 3 Distribución de la población por grupo de edad y sexo. Kennedy. 2014....	38
Tabla 4 Crecimiento de la población por grupos de edad. Kennedy. Año 2005 y proyecciones 2014-2015.....	39
Tabla 5 Indicadores demográficos. Kennedy. 2014	41

Tabla 6 Tasa de Mortalidad por grandes causas, comparativo 2011 – 2012, Localidad de Kennedy	53
Tabla 7 Eventos de monitoreo y seguimiento de mortalidades, según Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Localidad de Kennedy- Bogotá D.C. 2012	57
Tabla 8 Lista de prioridades en mortalidad general, por subgrupos y materno infantil. Kennedy. 2014.	66
Tabla 9 Primeras causas de consulta externa por ciclo vital. Centros de atención Hospital del Sur. Kennedy. 2012 – 2014.....	68
Tabla 10 Primeras causas de consulta externa, urgencias y hospitalización por ciclo vital. Centros de atención Hospital del Sur. Kennedy. 2014	70
Tabla 11 Primeras causas de urgencias por ciclo vital. Centros de atención Hospital del Sur. Kennedy. 20102 - 2014	72
Tabla 12. Distribución Diagnósticos en Sala ERA. Kennedy. CAMI Patio Bonito. Año 2014.....	79
Tabla 13 Características demográficas de los casos notificados a SIVIM, Localidad de Kennedy.2014.....	82
Tabla 14 Intervenciones de campo efectivas SISVECOS. Kennedy. 2014.....	84
Tabla 15 Incidencia por UPZ de casos de VIH, localidades de Kennedy. Año 2012, 2013 y 2014	93
Tabla 16 Características sociodemográficas de los eventos notificados de SSR. Kennedy. 2014.....	93
Tabla 17 Características sociodemográficas de los eventos notificados al SISVESO. Kennedy. 2014	95
Tabla 18 Comportamiento de eventos notificados al SISVESO por ciclo vital. Kennedy. 2014.....	96
Tabla 19 Notificación eventos relacionados con calidad de aire y alimentos, Localidad Kennedy. 2014	109
Tabla 20 Notificación eventos Intoxicación por Monóxido de Carbono, Localidad Kennedy. Comparativo 2012 – 2013 – 2014.....	110
Tabla 21. Distribución Relativa y Absoluta de Intoxicaciones Químicas Según Tipo de Exposición. Bogotá y Kennedy. Año 2014	111
Tabla 22 Distribución de población con discapacidad registrada por estrato del lugar de la vivienda, 2005 – 2014, localidad de Kennedy	119
Tabla 23 Distribución de población con discapacidad registrada por régimen de afiliación, 2005 – 2014, localidad de Kennedy	121

Tabla 24 Valoración de tensiones priorización por ciclo vital, Kennedy 2014.....	154
Tabla 25. Factores generadores y determinantes sociales de la salud, dimensión convivencia social y salud mental.....	155
Tabla 26. Factores generadores y determinantes sociales de la salud, dimensión Salud y ámbito laboral.	158
Tabla 27. Factores generadores y determinantes sociales de la salud, dimensión transversal de gestión Diferencial de Poblaciones vulnerable (mujer y género).	159
Tabla 28. Factores generadores y determinantes sociales de la salud dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles.	160
Tabla 29. Factores generadores y determinantes sociales de la salud, dimensión salud ambiente.....	161
Tabla 30. Factores generadores y determinantes sociales de la salud, dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.	162
Tabla 31. Factores generadores y determinantes sociales de la salud, dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles.	164

TABLA DE MAPAS

Mapa 1 División político administrativa Localidad de Kennedy.....	31
Mapa 2 Factor de amenaza por inundación en la Localidad de Kennedy.....	34
Mapa 3 Vías de la Localidad de Kennedy.....	36
Mapa 4 UPZ priorizadas de la Localidad de Kennedy.....	51
Mapa 5 Distribución de las personas notificadas al subsistema SIVELCE que informaron localidad de residencia en Kennedy. Año 2014.....	99

INTRODUCCIÓN

El Diagnóstico Local con Participación Social 2014 de Kennedy, es un documento de análisis de la situación de salud de la población de la localidad desde la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), donde se identifican las principales condiciones económicas, sociales, políticas, culturales y ambientales que generan las inequidades en salud y afectan la calidad de vida. Contiene la mirada de los diferentes actores sociales, (comunitarios e institucionales) y los insumos recogidos en los espacios de participación y planeación local, evidenciando las brechas de inequidad desde la mirada de los enfoques derechos, poblacional, diferencial y territorial.

Este proceso de análisis inició con la identificación de la información disponible, actores sociales, principales problemáticas, los determinantes sociales y herramientas conceptuales que orientaron los espacios de análisis con la población. Este ejercicio permitió una mayor comprensión de las problemáticas que afectan la calidad de vida y salud de estas poblaciones, además de otros procesos desarrollados desde Análisis de Situación de Salud (ASIS), como la Sala Situacional, el análisis y seguimiento a los indicadores de salud pública e información de otras instituciones de la localidad y los diferentes programas del Hospital del Sur.

El documento cuenta con 3 capítulos: el primer capítulo se ha destinado para la caracterización de la interacción entre la población, territorio, ambiente y sociedad, un aspecto relevante de esta sinergia son los vínculos que existen entre los seres humanos y las condiciones medio ambientales. En el Capítulo dos se profundiza las problemáticas y necesidades que afectan la salud y calidad de vida de las poblaciones en las diferentes escalas del territorio. Finalmente el Capítulo tres tiene como 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.

El Diagnóstico Local con Participación Social 2014, tiene como fin convertirse en un insumo que oriente la toma de decisiones en el nivel local que permita fortalecer la construcción y adopción de políticas públicas sociales, implementación de planes, programas y proyectos a nivel local y distrital, así como, la constante actualización de las acciones en salud colectiva e individual en la localidad, buscando afectar positivamente las inequidades y problemáticas en salud de la localidad de Kennedy.

MARCO CONCEPTUAL

La epidemiología crítica tiene como objeto de estudio el proceso de salud-enfermedad en los colectivos, más allá de la distribución de la ocurrencia de los eventos y factores asociados a las enfermedades en las poblaciones, aquí se da una diferencia entre lo “poblacional” y lo “colectivo”. Lo “poblacional” se entiende como un conjunto unidimensional o una sumatoria de individuos. El “colectivo” implica un grupo humano que es social e histórico (1).

GLOBALIZACIÓN

De acuerdo con algunos autores de la Escuela Latinoamérica de Medicina Social (ALAMES), la globalización ha modificado la dinámica socioeconómica mundial:

“Es la reorganización mundial, que consolida un bloque de superpotencias, que erosiona los estados nación e impone a la mayoría de los países un papel subordinado en lo económico, lo político y lo social, cuya esencia es la global subordinación a un orden planetario basado en las fuerzas del mercado. Se fortalecen los espacios supranacionales de decisiones económicas y políticas, se redefine la soberanía de los países y se imponen megaproyectos sociales que cuestionan la funcionalidad de los regímenes de bienestar, limitan el ejercicio de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, reducen lo público, se apropian privadamente de lo público-rentable y transforman los satisfactores esenciales para la vida, en mercancías” (2).

POBREZA

“El discurso de la pobreza y el asistencialismo transforma a los seres humanos en objetos haciéndoles perder su cualidad de sujetos y generando una serie de acciones que cada vez los dejan reducidos en instrumentos para intereses políticos, económicos y financieros. Las masas populares apoyan procesos democráticos que les benefician pero no en el sentido del empoderamiento comunitario sino en la recepción de beneficios”

Paulo Freire.

La pobreza no es solo la falta de ingresos económicos para suplir las necesidades básicas, sino el concepto de ser pobre como la imposibilidad de alcanzar un mínimo aceptable de realización vital, por verse privado de las capacidades, posibilidades y derechos básicos para hacerlo.

La trampa de pobreza se constituye en una de las principales limitaciones para el desarrollo sobre bases firmes y la garantía del principio de equidad entre las personas. Este fenómeno de profundas raíces se manifiesta en las asimetrías en la acumulación de activos, en la falta de acceso a los bienes (activos) y servicios, y en la frágil inserción de la población en el sistema económico productivo (3).

POBREZA OCULTA

La pobreza oculta es un fenómeno de las clases medias urbanas por pérdida de poder adquisitivo y de empleo que generan el desmejoramiento de la calidad de vida (4). La especulación inmobiliaria hace parte de los factores causantes de la pobreza oculta, así como el alto costo de servicios e impuestos.

MEDIO AMBIENTE

La revolución industrial y la utilización de combustibles fósiles han dado entrada a un periodo de crecimiento económico y poblacional. La industrialización y el aumento de la población tendrán consecuencias ambientales nefastas y todavía desconocidas. El calentamiento global es una de las señales que nos indica que estamos presionando los límites (5). El impacto de la depredación del ambiente y las tecnologías tienen consecuencias en nuestros territorios en donde los recursos naturales son explotados por multinacionales agravando la violencia y generando deterioro ambiental, al igual que una infinidad de problemáticas de carácter social. El calentamiento global, la extracción de recursos naturales, en general, la depredación del medio ambiente tiene un alto impacto en la salud y bienestar de las poblaciones (6).

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS)

La salud como concepto se ha desarrollado a la par de los debates políticos, cambios económicos, sociales y culturales a lo largo de la historia, desde una mirada biológica a una holística de la vida, evidenciando la relación de la salud con la calidad de vida y el desarrollo humano de las personas y comunidades. Se parte del reconocimiento de la perspectiva de derechos principio del presente diagnóstico local que busca avanzar hacia la garantía, promoción, protección y restitución de los derechos humanos de los pobladores de la localidad a través de la generación de respuestas integrales para la afectación de los DSS.

“Los Derechos Humanos materialmente son un conjunto de instrumentos, normas, reglas y mecanismos que regulan las relaciones mutuas entre los individuos, los grupos, las comunidades, los pueblos, el

Estado y las naciones.... En este marco el objeto de toda política pública es la consagración del Estado Social de Derecho, la democracia y la extensión del goce de los derechos humanos, civiles, culturales, económicos, políticos y sociales, el enfoque de derechos implica al Estado, asumir la satisfacción del conjunto de los derechos y comprende tres obligaciones: no violarlos, promoverlos y garantizarlos” (7).

El Estado y sus Instituciones en los diferentes niveles territoriales tienen la obligación de garantizar, promover y proteger el derecho a la salud. Al respecto el salubrista Armando De Negri (8) señala que este enfoque obliga a preguntarnos qué necesitamos hacer para garantizar los derechos de todos y todas en términos de recursos, así como del fortalecimiento de un enfoque de equidad frente a la universalidad e integralidad de las respuestas, uno de los objetivos del presente texto.

La perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) parte de la idea que para mejorar la salud se requiere que las instituciones y gobiernos centren la atención de sus acciones en las condiciones sociales, económicas, políticas y ambientales de los distintos grupos humanos, pues éstas determinan en mayor o menor medida la calidad de vida y salud produciendo las inequidades."¿De qué sirve tratar las enfermedades de la gente...si luego tienen que retornar a las condiciones de vida que causaron la enfermedad?", dijo Timothy Evans, subdirector general de la OMS para Pruebas Científicas e Información para las Políticas” (9).

La Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) resalta el papel fundamental de la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud en la transformación de los modelos de desarrollo humano y social para impactar sobre “las causas de las causas” y no seguir interviniendo solo determinantes superficiales y aislados que no cuestionan el modelo de desarrollo imperante origen de las desigualdades e inequidades actuales (10).

Desde la teoría de los DSS, se han establecido distintos niveles de influencia de las condiciones sociales en la salud, que son el soporte de los análisis contenidos en este documento:

Determinantes Estructurales

Generan estratificación y división social de clases y definen la posición económica individual dentro de las jerarquías del poder, prestigio y acceso a los recursos (11). Es el resultado de procesos socio – históricos y relaciones de poder que no solo determinan la distribución de los recursos sino la construcción de los sujetos sociales excluidos y dominantes, así como, valores sociales compartidos que naturalizan situaciones que vulneran los derechos humanos en torno a las diferencias (clase, género, etnia, generación, entre otros).

Determinantes Intermedios

Se refieren a las condiciones de vida de las personas: circunstancias materiales, físicas y psicosociales

Fluyen desde la configuración de la estratificación social subyacente y, a su vez, determinan las diferencias en la exposición y vulnerabilidad a las condiciones que comprometen la salud. Incluyen: las condiciones de vida, las condiciones de trabajo, la disponibilidad de alimentos, las conductas de la población, y las barreras para adoptar estilos de vida saludables. El modelo muestra que la posición socio-económica de una persona afecta su salud, pero no en forma directa, sino a través de determinantes más específicos, intermediarios (12).

Determinantes Proximales

Es la interacción de las condiciones fisiológicas y genéticas de un individuo y su entorno (estilos de vida). “La conducta del individuo, sus creencias, valores, bagaje histórico y percepción del mundo, su actitud frente al riesgo y la visión de su salud futura, su capacidad comunicación, de manejo del estrés y de adaptación y control sobre las circunstancias de su vida determinan sus preferencias y estilo de vivir. Las conductas y estilos de vida están condicionados por los contextos sociales que los moldean y restringen” (13).

Un actor fundamental en la afectación de los determinantes sociales es la acción política:

Actúa como determinante al definir la manera como se distribuye el poder económico y social, al definir aspectos macro que dan curso a políticas económicas, sociales y de salud tanto en ámbitos internacionales como nacionales y locales, que inciden directamente en la salud, la enfermedad y la atención de las poblaciones. Según la MS-SC¹ la política actúa para enfrentar y transformar los DSS, en tanto se requieren acciones y decisiones políticas que permitan superar las desiguales distribuciones de poder económico y social, determinantes de las inequitativas condiciones de salud de los pueblos” (2).

¹Corriente de Medicina Social – Salud Colectiva Latinoamericana.

ESTRATEGIA BIT PASE

La Estrategia PASE a la Equidad en Salud es un conjunto orgánico de elementos normativos, conceptuales, metodológicos, técnicos y operativos que se entretajan de manera armónica para garantizar la formulación integral de planes territoriales de salud. Esta Estrategia fue diseñada con el fin de fortalecer la capacidad conceptual, operativa y técnica de las entidades territoriales para la formulación de sus PTS, acorde con el PDSP 2012-2021 y la armonización de los planes de salud vigentes para el período 2012-2015. (14)

La estrategia incluye el modelo conceptual; los desarrollos metodológicos, técnicos y pedagógicos para la formación de capacidades; la estructura normativa que da soporte a la acción en salud y una estructura logística y operativa para el desarrollo del proceso de formulación en las entidades territoriales. Esta estrategia se articula con/y es uno de los elementos del Modelo de Asistencia Unificada que el MSPS ha puesto en marcha para la provisión de asistencia técnica en diversos campos a las entidades territoriales. (14)

ESTRATEGIAS PARA LA ACCIÓN

Las estrategias recogen las acciones, objetivos y fines, que se generan desde los análisis DSS para el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población.

Se vienen implementando las Estrategias Promocional de Calidad de Vida y Salud (EPCVyS) y Atención Primaria en Salud (APS), que orientan el accionar sobre los determinantes sociales desde la transformación de los servicios, el empoderamiento y participación comunitaria, la construcción de políticas saludables y la articulación intersectorial para la construcción de respuestas integrales y universales.

Sin embargo uno de los mayores desafíos para la materialización efectiva de estas estrategias está en el accionar político:

La tarea política no se cumple porque está relacionada con la transferencia de poder, la APS y la salud pública dependen de las posibilidades de trabajar en política y de hacer uso del ejercicio del poder. Las soluciones, por lo tanto, estarían dadas con el re direccionamiento en el uso del poder en el mundo y la implementación de una serie de estrategias locales en el marco de la globalidad (globalización). En fin, para el logro de la salud poblacional, el medio es la reorientación de los servicios, la APS es la estrategia y la Promoción de la Salud es el marco general de actuación (15).

Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud

La Promoción de la Salud es una estrategia que busca enfrentar los desafíos de reducir la inequidad, incrementar la prevención y fortalecer la capacidad de las personas para hacer frente a sus problemas; es una perspectiva transformadora para el mejoramiento de las condiciones de vida. Para tal fin es necesario contar con los medios y condiciones que permitan a las comunidades ejercer mayor control sobre los procesos de salud y eliminar las inequidades.

Dentro de los principales componentes de esta estrategia se encuentran:

- Construcción de políticas Saludables (que apunten a la determinación social). La creación de una conciencia social sobre las grandes inequidades y sus condiciones constituye una de las más poderosas estrategias para el abordaje político en la práctica de la Promoción de la Salud.
- Creación de entornos favorables a la Promoción de la Salud – ambientes saludables para potenciar al máximo y aumentar el nivel de calidad de vida.
- Fortalecimiento de la acción comunitaria. Empoderamiento – incrementar la capacidad de la gente de actuar y decidir sobre sus vidas (...) implica el respeto por la historia, la cultura y las prioridades que tenga dicha comunidad. Empoderamiento no es transferencia de poder es crear ese poder- capacidad de la comunidad para actuar sobre sus problemáticas.
- Desarrollo de aptitudes personales
- Reorientación de los servicios de salud (16).

Atención Primaria en Salud (APS)

La APS es una estrategia que busca dar respuesta a las necesidades de salud de toda la población rescatando principios como universalidad, accesibilidad, inclusión, participación social y equidad. Requiere de reformas en salud y políticas públicas para garantizar la cobertura universal, la reorganización de los servicios de acuerdo a las necesidades y expectativas de la población, la aplicación de políticas públicas saludables en todos los sectores y el fortalecimiento de las intervenciones de salud pública (17).

Marco Metodológico

En el diagnóstico local se articula el enfoque cuantitativo, cualitativo y espacial para el análisis de salud y calidad de vida de los habitantes de la localidad de Kennedy desde la perspectiva de los DSS y las dimensiones del PDSP 2012 - 2021. Este ejercicio inició con la identificación y clasificación de la información

disponible (análisis documental y de contenido), actores sociales, principales problemáticas que afectan la calidad de vida y salud de la población.

La Estrategia PASE a la Equidad en Salud se soporta conceptualmente en el Modelo para el análisis de Balances, Interacciones y Tensiones entre las dinámicas Poblacionales, Ambientales, Sociales y Económicas (BIT PASE), del cual emergen una serie de postulados, principios y fundamentos en relación con la concepción de desarrollo, la población y la planeación que han sido adoptados en el marco de la adaptación del Modelo a las condiciones del PDSP y de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud. (14)

La Estrategia PASE a la Equidad en Salud se deriva del modelo conceptual del que parte. Éste asume una serie de principios y fundamentos que buscan la comprensión integral en los procesos de planeación, de suerte que la metodología se expresa en una secuencia lógica, sistemática y ordenada, de procesos, momentos y pasos para los que se dispone de una batería de herramientas técnicas y tecnológicas que permiten a los grupos de trabajo territoriales la concreción satisfactoria de planes coherentes, consistentes e integrales.

Pedagógicamente la Estrategia se basa en las corrientes del constructivismo y el construccionismo social, perspectivas bajo las cuales se asume que el conocimiento y la realidad son construcciones sociales basadas en ejercicios dialógicos. En la Estrategia estos postulados se traducen en la construcción de conocimiento colaborativo y cooperativo; es decir, que tanto el aporte de saberes como el de las prácticas técnicas locales son valorados de forma equitativa, sin privilegiar uno u otro; por el contrario, son puestos en diálogo en busca de un fin común: la construcción de apuestas de desarrollo a partir del reconocimiento de las condiciones vigentes y la comprensión integral de cada territorio.

Por su parte, el componente técnico está destinado a fortalecer a los grupos de trabajo territoriales en las maneras de hacer y concreta en el quehacer cotidiano la Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Aquí, la estrategia para la formulación de planes territoriales de salud se materializa en una secuencia lógica de momentos y pasos, cada uno de los cuales incluye eventos, actividades y procesos técnicos que deben darse a su vez en cada uno de los territorios, y que pueden desarrollarse de manera independiente para cada una de las entidades territoriales o para entidades agrupadas en regiones. (14)

ANÁLISIS CUANTITATIVO

Permite conocer a través de estadísticos descriptivos, el comportamiento de los eventos en salud de acuerdo a variables dicotómicas, continuas, nominales y ordinales, estableciendo un panorama de la situación actual en salud de la localidad.

Las fuentes cuantitativas son las bases de datos de los subsistemas de Vigilancia en Salud Pública, los RIPS (Registros de Información de Prestación de Servicios), las bases de datos generadas por el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), RUAF (Registro Único de Afiliados), Bases de la Secretaría Distrital de Salud, información del DANE y las ECV (Encuestas de Calidad de Vida y Salud).

ANÁLISIS CUALITATIVO

Se desarrolla a lo largo del diagnóstico local a partir de Unidades de Análisis² realizadas bajo el enfoque de los determinantes sociales de la salud, análisis espacial y cuantitativo. La recolección de información se realizó a través de técnicas de investigación de las ciencias sociales: historias de vida, grupos focales, cartografía social, análisis de casos, etnografía y análisis de contenido.

ANÁLISIS ESPACIAL

Análisis de la distribución de los eventos en todas las escalas del territorio (localidad, Unidades de Planeación Zonal –UPZ-, Territorios de salud y microterritorios³) y por etapas de ciclo vital, identificando las tendencias, densidad y condiciones socio - ambientales del territorio.

Los retos de la descentralización y la ingente necesidad de identificar prioridades, exigen de un cambio de enfoque en el conocimiento de la espacialidad del proceso salud-enfermedad, en el quehacer epidemiológico y particularmente en la vigilancia en salud. Privilegiar el potente arsenal que brinda la Geografía y la conceptualización del espacio geográfico pudiera ser una vía para aprehender en cada país los eventos de salud, acorde a los marcos contrastantes en los cuales transcurre la vida de la población (18).

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

En el análisis de los datos se presentan algunas dificultades para el procesamiento debido a la falta de calidad del dato, (direcciones mal codificadas, ausencia de información por variables no diligenciadas), lo que altera la muestra.

² Escenarios para la construcción de conocimiento en donde diferentes actores sociales se dan cita para compartir experiencias, reflexiones, saberes y participar en la toma de decisiones

³ Los Microterritorios están conformados por 800 familias que atienden los equipos de Salud Pública con acciones de promoción y prevención, estas unidades componen los Territorios de salud, que son 5 para la localidad de Kennedy.

A nivel del análisis espacial faltan capas cartográficas actualizadas del distrito particularmente de los barrios, malla vial y demografía.

Respecto a la situación Socioeconómica de la localidad no se consiguió información sobre el nivel de endeudamiento de los hogares, ni ingreso per cápita de la localidad, se presentan como indicadores proxy la percepción de capacidad de pago de los hogares y el gasto promedio en servicios públicos.

La información proveniente de las bases de datos de APS de la localidad de Kennedy corresponde a las familias caracterizadas por los equipos de Salud para el Buen Vivir del Hospital del Sur que abarca 5 territorios para un total de 21.269 familias durante el año 2014.

Para los indicadores de morbi – mortalidad se realiza inicialmente un análisis descriptivo en donde se caracteriza a la población residente de la localidad de Kennedy en frecuencias absolutas y relativas, proporciones y cálculos de tasa. De igual manera se realizaron análisis a través de la estimación y los ajustes de tasas de los eventos que afectan la calidad de vida de la población, estimación de la carga de morbilidad mediante el cálculo de años de vida potencialmente perdidos AVPP. Diferencias absolutas o riesgo absoluto de tasas, diferencias relativas o riesgo relativo de tasas.

1. Capítulo 1: Relación población, territorio, ambiente y sociedad

La persistencia de inequidades en salud en el contexto actual que se materializan en las condiciones de vida y salud de la población evidencia que no se transforma la realidad ni se mejoran las condiciones de vida de las poblaciones mientras no se actúe sobre los determinantes estructurales, que nos remiten al actual modelo de desarrollo mundial capitalista. Estas problemáticas estructurales se irán evidenciando en la dinámica territorial, histórica, ambiental, demográfica y económica de la localidad que genera en las poblaciones y territorios más frágiles mayores inequidades en salud.

1.1. Contexto territorial

La localidad de Kennedy es una de las 20 divisiones administrativas del Distrito Capital de Bogotá, para el caso de la codificación territorial a nivel de estas unidades se presenta como la número 8 (ocho), está localizada en el sur occidente de la ciudad y limita al norte con la localidad de Fontibón por medio del río Fucha y la Calle 13; al sur con las localidades Bosa y Tunjuelito separados por la Autopista Sur, y el río Tunjuelo y la Avenida Calle 40 sur; al oriente, con la localidad Puente Aranda que lindan con la Avenida 68, y al occidente con el municipio de Mosquera limitado por el río Bogotá. Aunque esta localidad no es la que contienen el mayor número de habitantes está en segundo lugar con 1054850 para el año 2014. Pero vista desde lo concerniente a densidad ocupa primer lugar con 273 Hab./Ha. Aproximadamente, redundando en procesos de hacinamiento en algunas UPZ como es el caso de Calandaima, Patio Bonito y Corabastos.

Tabla 1 Localidades de Bogotá D.C. 2014

cod. de localidad	nombre de localidad	población 2014	Ha.	Densidad pob./Ha.
1	Usaquén	489526	6531.57217	74.9476524
2	Chapinero	137281	3815.58572	35.9790108
3	Santafé	109974	4517.06459	24.3463422
4	San Cristóbal	407416	4909.85485	82.9792351
5	Usme	427090	21506.6687	19.8584916
6	Tunjuelito	200725	991.093974	202.528726
7	Bosa	629066	2393.31961	262.842454
8	Kennedy	1054850	3858.97338	273.349903

9	Fontibón	370976	3328.10025	111.467796
10	Engativá	866719	3588.09674	241.553967
11	Suba	1146985	10056.0478	114.059223
12	Barrios Unidos	238380	1190.34482	200.261299
13	Teusaquillo	150236	1419.31681	105.850927
14	Los Mártires	98637	651.404626	151.422013
15	Antonio Nariño	108766	487.954339	222.902004
16	Puente Aranda	258154	1731.11499	149.125853
17	La candelaria	24140	206.024292	117.170649
18	Rafael Uribe	376060	1383.40848	271.835835
19	Ciudad Bolívar	675471	13000.2593	51.9582713
20	Sumapaz	6393	78096.8758	0.08185987

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

A partir del Decreto 619 de 2000 del Plan de Ordenamiento Territorial (POT), se crearon las Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ) estableciendo en cada localidad zonas con características homogéneas y que "son instrumentos que orientan la planeación de la inversión y la gestión local en ámbitos espaciales a escala intermedia". Desde este aspecto para la localidad de Kennedy se establecieron 12 UPZ de las que componen el Distrito Capital divididas en 426 barrios, con una extensión de suelo urbano que abarca las 3.858.8 Ha. de las cuales 388 son protegidas:

Tabla 2 Clasificación y extensión de UPZ. Localidad de Kennedy

No.	UPZ	CARACTERÍSTICA URBANÍSTICA	ÁREA	%
44	AMÉRICAS	CON CENTRALIDAD URBANA ⁴	381,0	9,9
45	CARVAJAL	RESIDENCIAL CONSOLIDADO ⁵	438,6	11,4
46	CASTILLA	RESIDENCIAL CONSOLIDADO	503,2	13,0
47	KENNEDY CENTRAL	RESIDENCIAL CONSOLIDADO	337,2	8,7
48	TIMIZA	RESIDENCIAL CONSOLIDADO	430,4	11,2
78	TINTAL NORTE	DESARROLLO ⁶	343,4	8,9
79	CALANDAIMA	DESARROLLO	318,9	8,3
80	CORABASTOS	RESIDENCIAL DE URBANIZACIÓN INCOMPLETA ⁷	184,5	4,8
81	GRAN BRITALIA	RESIDENCIAL DE URBANIZACIÓN INCOMPLETA	179,9	4,7
82	PATIO BONITO	RESIDENCIAL DE URBANIZACIÓN INCOMPLETA	317,3	8,2
83	LAS MARGARITAS	PREDOMINANTEMENTE DOTACIONAL ⁸	147,2	3,8
113	BAVARIA	PREDOMINANTEMENTE INDUSTRIAL ⁹	277,2	7,2
TOTAL			3.858,8	100

Fuente: SDP, Decreto 619 del 2000, Decreto 190 del 2004 y Decreto 544 de 2009, Bogotá D. C.

⁴Sectores consolidados de la ciudad donde se concentran actividades complementarias a la vivienda y cuya actividad residencial ha sido desplazada por la extensión de las actividades económicas.

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

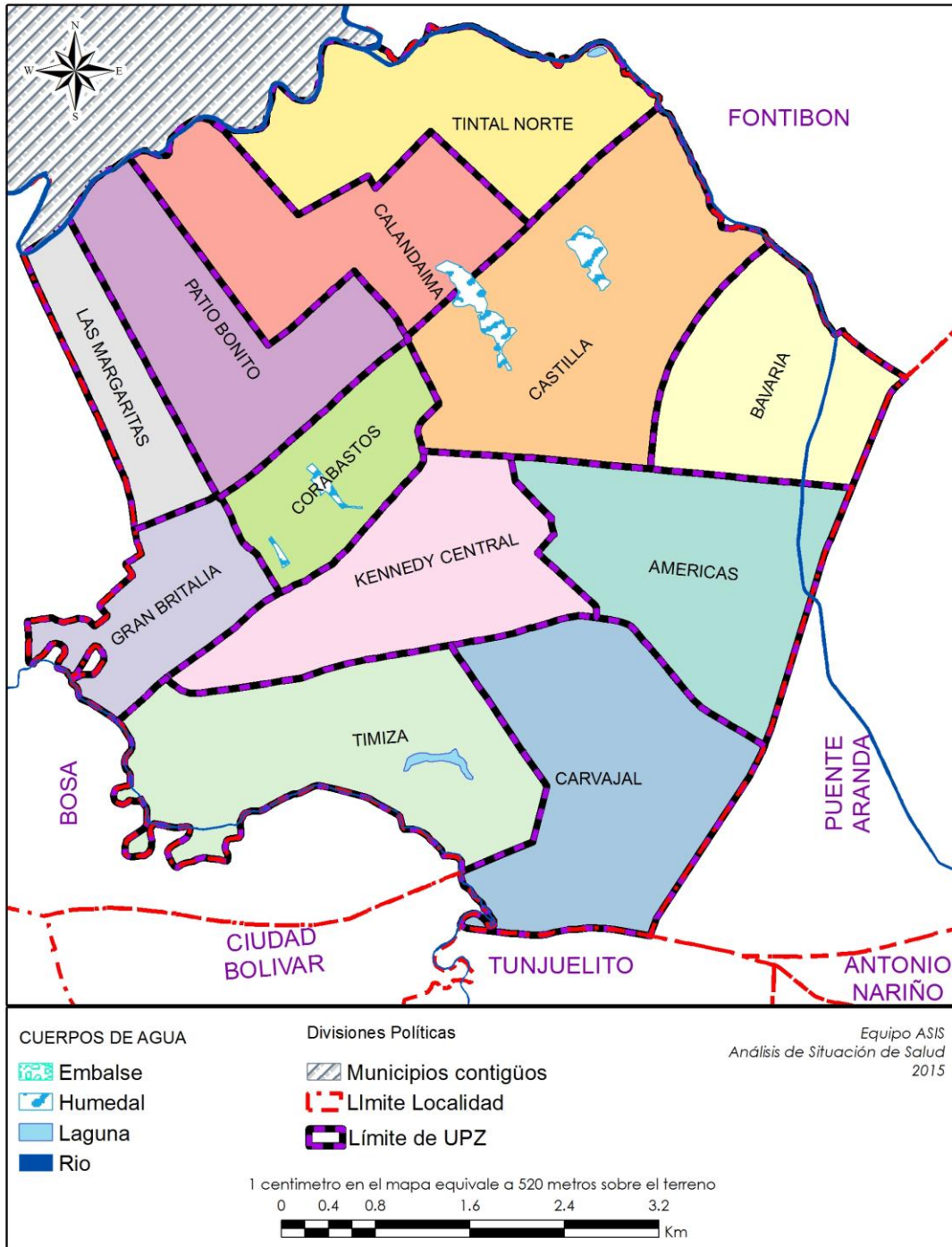
⁶ Predominan previos sin urbanizar

⁷Áreas de la periferia de la ciudad en las que se localizan barrios de origen informal que presentan deficiencias en infraestructura de servicios públicos, accesibilidad, equipamientos y espacio público.

⁸Áreas en las que se concentran equipamientos de servicios institucionales de gran importancia para el Distrito y que requieren un manejo especial.

⁹Sectores con uso industrial predominante, en algunos casos mezclado con actividades comerciales y dotacionales

Mapa 1 División político administrativa Localidad de Kennedy



Fuente: Infraestructura de datos espaciales para el Distrito Capital- IDECA

1.1.1. Contexto histórico.

La localidad se ha dado a conocer por los cambios geográficos y divisiones socio-espaciales que ha sufrido a través de los procesos históricos. En principio, al ser un territorio indígena ocupado por los Muisca durante el siglo XVI, luego en la época colonial dividirse en dos grandes haciendas llamadas Techo y Chamicera. La primera de ellas, fue donde inició operaciones el aeropuerto de Techo, y la segunda, se convirtió en cuatro zonas (Santa Inés, Santa Helena, El Porvenir y San Isidro) de uso particular exclusivo (1).

Todo este contexto histórico generó los diferentes procesos y tipos de urbanización y conformación de la localidad de Kennedy. Uno de los tipos de urbanización generados se da impulsado por el Estado a través del programa de vivienda popular, que permitió la implementación de sectores para la clase media, uno de los proyectos bandera fue “Ciudad Techo” apoyado por el gobierno de Estados Unidos, que consistía en viviendas de autoconstrucción; posterior a la muerte del presidente John F. Kennedy los habitantes deciden nombrar este lugar de habitación como Ciudad Kennedy.

Otro tipo de urbanización con la que se conforma la localidad es el de barrios de autoconstrucción sin el debido proceso de legalización generados por la población inmigrante desplazada por la violencia, por mejorar sus condiciones de vida entre otros, además, y debido a la gran cantidad de población con estas características entre 1950 y 1969 se presenta un déficit de vivienda.

La localización y puesta en marcha de la central de abastos “Corabastos” localizada en la localidad de Kennedy, específicamente en la UPZ Corabastos, dinamiza el poblamiento y desarrollo de sectores de urbanización ilegal en la localidad de Kennedy. Este equipamiento genera dinámica importante en la generación de empleo no calificado en unidades de trabajo informal (UTI) y mal remunerado, de rebusque, así como de reciclaje, todo ello junto a grandes bodegas. El emplazamiento de familias en torno a la búsqueda de nuevas fuentes de empleo conforman barrios de invasión carentes de todos los equipamientos básicos, quienes poco a poco a través de la organización y el empoderamiento comunitario ante las instituciones del Estado van mejorando la infraestructura; sin embargo, pese a los logros de la comunidad, las situaciones de inequidad históricas persisten y se reflejan en las condiciones actuales de calidad de vida y salud de la población de estos sectores (UPZ Patio Bonito, Corabastos, Calandaima y Britalia).

En las décadas más recientes y al igual que al inicio de la conformación de la localidad el desplazamiento por el conflicto armado es uno de los factores del crecimiento demográfico y desarrollo urbanístico de la localidad, presionando los límites sobre los recursos naturales y cantidad de vivienda existente. Se sigue

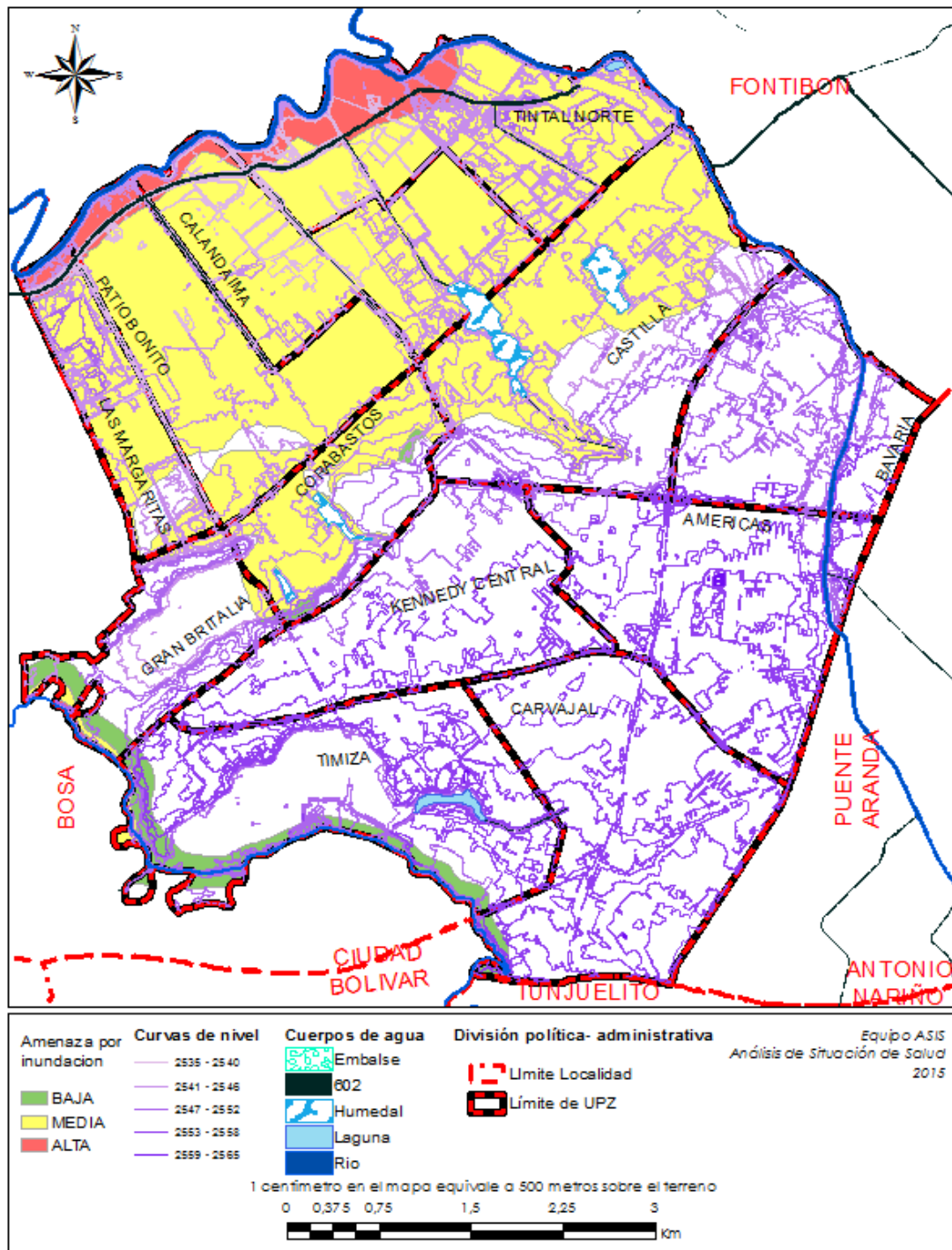
presentando procesos de urbanización formal a gran escala en las UPZ de Calandaima, Las margaritas y Tintal Norte caracterizados por la construcción de grandes propiedades horizontales y pocos equipamientos sociales, asimismo de asentamientos subnormales y barrios de invasión en las UPZ de Patio Bonito, Corabastos y Britalia, así como de barrios de invasión; se evidencian espacios donde se concentran familias dedicadas principalmente al reciclaje. Diversas dinámicas de apropiación del territorio que hacen de Kennedy una localidad diversa cultural, social y económicamente.

1.2. Ambiental

Desde el aspecto ambiental la localidad de Kennedy cuenta con factores protectores y de riesgo que juegan un papel importante en la salud-enfermedad de sus habitantes. Dentro de los primeros se encuentran los parques y zonas que mitigan en parte la contaminación del aire, los humedales. Dentro de los segundos se encuentran factores antrópicos de generación de contaminantes al medio, como son el pm10, contaminación por ruido, contaminación de fuentes hídricas.

Los procesos históricos de emplazamiento de la población de Kennedy e inicio del desarrollo urbanístico de la zona generados en 1930 con la creación de equipamientos urbanos como el aeropuerto de techo y la posterior creación de la Avenida de las Américas iniciaron las afectaciones ambientales en la Localidad de Kennedy, afectando en primera medida los grandes cuerpos de agua, fraccionaron la laguna de Tintal generando cuerpos de agua más reducidos, que actualmente se conocen como los humedales de Tibanica, La Vaca, El Burro y Techo y el lago Timiza y modificando el funcionamiento normal del sistema hídrico de la zona (1), provocando que en la parte noroccidental de la localidad se genera amenaza media por inundación media.

Mapa 2 Factor de amenaza por inundación en la Localidad de Kennedy

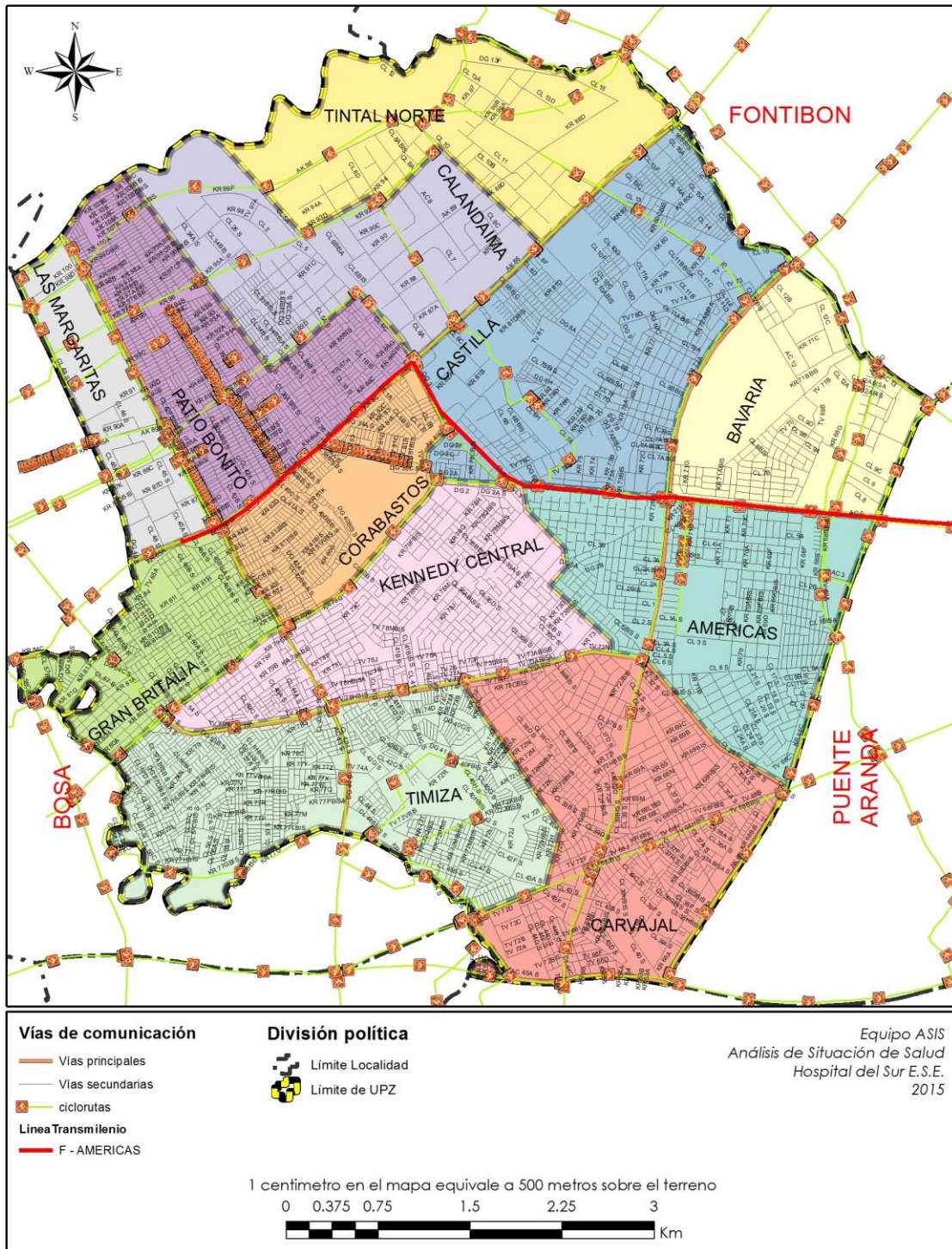


Fuente: Infraestructura de datos espaciales para el Distrito Capital- IDECA

Aunque la Localidad de Kennedy no es del todo industrial los factores ambientales de dirección del viento la han focalizado como una de las Localidades con un alto índice de contaminación en PM10 que supera los límites establecidos por la OMS y el Ministerio; es decir a la contaminación que se presenta dentro de la localidad de Kennedy y/o a los cambios climáticos que cada día son más diversos y complejos, estos contaminantes para dicha localidad en muchos casos exceden los límites permitidos, según datos el Informe anual de calidad de aire de Bogotá. año 2013 (2) como por ejemplo el material particulado PM10 con 132 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, (PST) con 115 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ anuales, SO₂ por 24 horas según las estaciones que monitorean en la localidad (estación de Kennedy y Carvajal) se generan 14,5ppb en promedio para las dos estaciones, en cuanto a contaminación por NO₂ anual presenta 32ppb en la estación de Kennedy, estos últimos aunque no sobrepasan el límite permitido, si poseen el nivel más alto dentro del Distrito.

Otro factor que se pueden fijar como focos de contaminación está relacionado con la gran cantidad de vías principales y al alto flujo vehicular que atraviesan la Localidad que se convierte de paso obligado por transporte de carga que se dirigen a las zonas de industrias, localizadas en la localidad de Puente Aranda y Fontibon, además de central de abastos localizada en Corabastos UPZ de Kennedy y el resto del distrito y/o país, dentro de estas vías se encuentran la Avenida Boyacá, la Primera de Mayo, la Avenida carrera68, Avenida de las Américas, Avenida Calle 13 y Avenida carrera 80; así mismo dentro de la localidad se encuentran muchas vías sin pavimentar que son generadoras de partículas suspendidas (PST) que conllevan a enfermedades respiratorias

Mapa 3 Vías de la Localidad de Kennedy



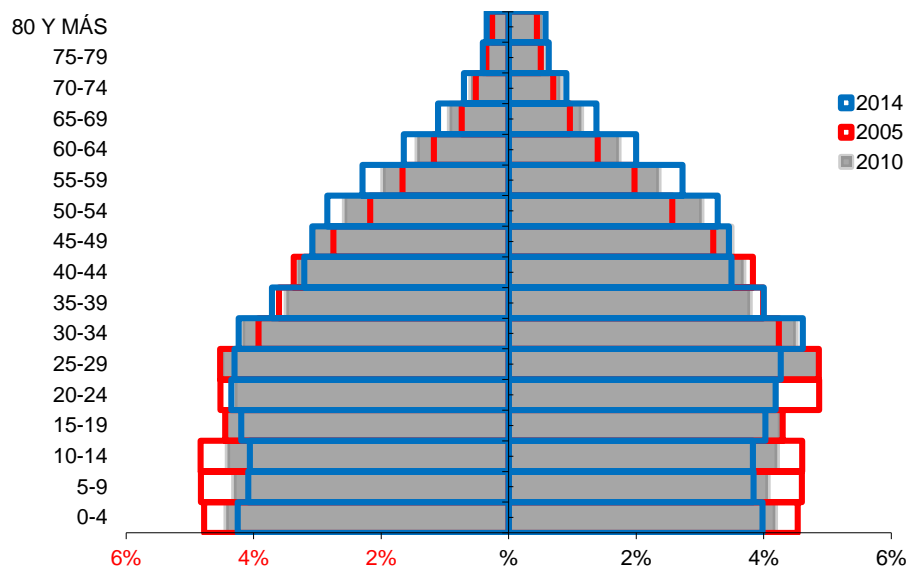
Fuente: Fuente: Infraestructura de datos espaciales para el Distrito Capital- IDECA

1.3. Dinámica socio – demográfica

1.3.1. Dinámica poblacional

La localidad de Kennedy de acuerdo a las proyecciones del Censo DANE 2005 - 2015, para el año 2014 cuenta con una población total de 1.054.850 habitantes. El 51,2% son mujeres y el 48,8% son hombres. Al comparar con el año 2005, se evidencia una pirámide regresiva en su base, con el cuerpo ligeramente más ancho que la base debido a la disminución de la tasa de fecundidad, observando un proceso transicional de envejecimiento, donde predominan los grupos de edad adulta. Generando una comparación de la población del año 2005, presenta la misma transición sin generar grandes cambios.

Gráfica 1 Pirámide Poblacional Kennedy. 2005 - 2010 - 2014



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

La participación de las mujeres es mayor a partir de los 30 años y se hace más notoria en la etapa de vejez. La etapa de ciclo vital con mayor participación es la de adultos que representa el 40,9% de la población total, seguido de la etapa de infancia con un 24,05%. En relación a la población económicamente dependiente se observa que la etapa de ciclo vital infancia (24,05%) es mucho mayor que la población adulta mayor (9,6%).

Tabla 3 Distribución de la población por grupo de edad y sexo. Kennedy. 2014

GRUPO DE EDAD	total		HOMBRES		MUJERES	
	No.	%	No.	%	No.	%
0-4	86.828	8,2	44802	4,2	42026	4,0
5-9	83.625	7,9	43083	4,1	40542	3,8
10-14	83.266	7,9	42834	4,1	40432	3,8
15-19	86.727	8,2	44227	4,2	42500	4,0
20-24	90.052	8,5	45887	4,4	44165	4,2
25-29	90.359	8,6	45332	4,3	45027	4,3
30-34	93.286	8,8	44638	4,2	48648	4,6
35-39	81.386	7,7	39155	3,7	42231	4,0
40-44	70.669	6,7	33805	3,2	36864	3,5
45-49	68.921	6,5	32489	3,1	36432	3,5
50-54	64.594	6,1	29991	2,8	34603	3,3
55-59	52.898	5,0	24149	2,3	28749	2,7
60-64	38.468	3,6	17364	1,6	21104	2,0
65-69	26.224	2,5	11706	1,1	14518	1,4
70-74	16.961	1,6	7386	0,7	9575	0,9
75-79	10.864	1,0	4249	0,4	6615	0,6
80 Y MÁS	9.722	0,9	3619	0,3	6103	0,6
Total	1.054.850	100,0	514716	48,8	540134	51,2

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

La mayor concentración de población es en la UPZ de Patio Bonito con el 17,8%, seguida de Timiza con 13,8%, sin embargo al considerar la densidad poblacional, Patio Bonito continua en el primer lugar con 593,2hab./ha. y Corabastos registra el segundo lugar con 421,4 hab./ha., aunque se encuentra en el octavo lugar de acuerdo al porcentaje de población de la localidad.

Al comparar las pirámides poblacionales de las UPZ que conforman la localidad se evidencian diferencias entre ellas; las UPZ de Gran Britalia, Corabastos, Tintal Norte, Calandaima, Patio Bonito y las margaritas tienen mayor concentración de población joven entre las edades de 0 a 29 años, lo que da cuenta de una alta natalidad generando un crecimiento rápido en estas zonas, pero, las condiciones sociales y económicas de estos territorios carecen de oportunidades para los y las

jóvenes, presentándose de manera recurrente situaciones como el embarazo adolescente. En contraste, las pirámides poblacionales de las UPZ de Américas, Carvajal y Kennedy Central el comportamiento es regresivo porque la concentración de población está entre las edades de 19 a 35 años y una base angosta que indican un descenso en la natalidad y el envejecimiento de la población. La proporción de mujeres y hombres no presentan diferencias significativas entre las UPZ y etapas de ciclo vital.

Tabla 4Crecimiento de la población por grupos de edad. Kennedy. Año 2005 y proyecciones 2014-2015.

	2005	2014	2015	% crecimiento 2005 - 2014	% crecimiento 2005 - 2015
0-4	87937	86828	87.232	-1,26	-0,80
5-9	89010	83625	83.509	-6,05	-6,18
10-14	89165	83266	82.783	-6,62	-7,16
15-19	82582	86727	85.941	5,02	4,07
20-24	88701	90052	91.248	1,52	2,87
25-29	88707	90359	91.315	1,86	2,94
30-34	77096	93286	93.106	21,00	20,77
35-39	71705	81386	83.287	13,50	16,15
40-44	68012	70669	72.322	3,91	6,34
45-49	56279	68921	68.827	22,46	22,30
50-54	44791	64594	66.529	44,21	48,53
55-59	34375	52898	55.141	53,89	60,41
60-64	24288	38468	40.504	58,38	66,77
65-69	16047	26224	27.437	63,42	70,98
70-74	11440	16961	18.387	48,26	60,73
75-79	8028	10864	11.652	35,33	45,14
80 Y MÁS	6614	9722	10.249	46,99	54,96
Total	944777	1054850	1.069.469	11,65	13,20

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

Se ha observado el aumento progresivo de la población, ya que es una localidad que tienen territorios de reciente poblamiento en plena expansión y desarrollo urbano.

De acuerdo a las proyecciones de población, desde el año 2005 hasta el año 2014 el porcentaje de crecimiento es del 11,65%, para el año 2015 se estima en

un 13,2%; los grupos de edad con mayor crecimiento son de 60 a 69 años evidenciando un envejecimiento progresivo de la población y una disminución en la natalidad, dada la disminución de los menores de 14 años. Esto contrasta con el comportamiento de los nacidos vivos, los cuales han aumentado un 7,1% desde el 2005, aunque desde el 2010, se ha observado una disminución en los mismos de un 4,3% respecto a ese año.

1.3.2. Esperanza de Vida

La esperanza de vida para la Localidad de Kennedy para el quinquenio 2010-2015 es de 77,1, sin embargo es más alta en mujeres (79,7) que en hombres (74,7). La esperanza de vida es un año menor que Bogotá. Este dato en la localidad de Kennedy se relaciona con las precarias condiciones de vida dada la presencia de factores que afectan directa o indirectamente la calidad de vida y salud de las familias (sociales, económicas, culturales, ambientales), así como los altos niveles de inseguridad y violencia¹⁰.

1.3.3. Índice de Envejecimiento

Para la localidad de Kennedy, el Índice de Envejecimiento es de 37, es decir, que por cada 100 personas menores de 15 años hay casi 37 personas mayores de 65 años, relacionado con la alta proporción de población joven en la localidad. Se observa una mayor proporción de mujeres mayores de 65 años (37%), relacionado con la mayor esperanza de vida en esta población. Para el Distrito, el índice de envejecimiento es mayor que en la localidad, se tiene que por cada 100 personas menores de 15 años hay 44 mayores de 60 años.

1.3.4. Razón de Dependencia

El Índice de Dependencia es de 43,05 menores de 15 y mayores de 65 años por cada 100 personas entre 15 y 64 años. El Índice de Dependencia para la población infantil (menores de 15 años), es de 34 por cada 100 personas entre 15 y 64 años. El Índice de dependencia de la población mayor de 65 años es 8,6 por cada 100 personas entre 15 y 64 años. Estos valores de dependencia demuestran que hay una mayor proporción de población joven dependiente de aquella económicamente activa en contraste con la población mayor de 65 años. Para el caso de Bogotá, el índice de dependencia es mayor que en la localidad, se evidencia que por cada 100 personas entre los 15- 64 años se presentan 46,2 menores de 15 años y mayores de 65.

¹⁰De acuerdo al informe de la Veeduría Distrital del año 2010, Kennedy se encuentra dentro de las localidades más críticas en relación con las estadísticas de homicidios

1.3.5. Razón General de Fecundidad

En cuanto a la demografía, se observa que de acuerdo a las proyecciones de población la natalidad durante los años 2010 - 2015 presenta un descenso de 1,3 nacimientos por 1.000 habitantes para una tasa de 16,4 nacimientos por mil habitantes, ya que durante el 2005 - 2010 se reporta una tasa de 16,4. El número de nacidos vivos por cada 1,000 mujeres entre los 15 y 49 años para el año 2014 es de 50,7, reportando una disminución frente al año anterior (51,6), manteniéndose la tendencia al descenso en los últimos cinco años, en el Distrito, se evidencia un número menor de nacimientos, 37,9 por cada 1.000 mujeres entre éste mismo grupo de edad; en cuanto al número promedio de hijos por mujer, se mantiene en 1,8 en el 2014 comparado con el año anterior, al igual que la edad media de la maternidad presenta un comportamiento estable, reportando 26,8 años para el año 2014. La tasa global de fecundidad para el Distrito es de 1,6 en promedio por mujer en edad fértil.

Tabla 5 Indicadores demográficos. Kennedy. 2014

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	KENNEDY
TASA BRUTA DE NATALIDAD	Nacimientos/1.000 Hab.	14,2
TASA GENERAL DE FECUNDIDAD	Nacimientos/1.000 mujeres entre 15 a 49 años	50,7
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD	No hijos promedio de hijos que tendría una mujer	1,8
RAZÓN DE MASCULINIDAD		
0-4		107
5-9		106
10 - 14		106
15-19		104
20-24	Razón Hombres/Mujeres	104
25-29		101
30-34		92
35-39		93
40-44		92
45-49		89
50-54		87

	55-59	84
	60-64	82
	65-69	81
	70-74	77
	75-79	64
	80 +	59
	Total	95
ESPERANZA DE VIDA AL NACER	Años	MUJERES 79,7
		HOMBRES 74,7
EDAD MEDIA DE LA MATERNIDAD	Años	26,8
RAZÓN DE DEPENDENCIA	Razón Población Dependiente/Productiva	43,05

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

La razón de masculinidad indica que predomina el sexo femenino, se estima que por cada 100 mujeres hay 95 hombres en la localidad, aunque los hombres predominan hasta los 29 años.

1.3.6 Movilidad Forzada

La situación política y la lucha por la tierra junto con formas de exclusión social y económica y las injerencias de factores internacionales y de la globalización, han derivado una persistente guerra en Colombia, un conflicto armado interno que ha perdurado por más de 50 años, teniendo en cuenta en el siglo XXI se presentaron alrededor de 10 guerras internas bipartidistas que se extendieron hasta la época de la violencia a mediados de siglo XX derivando en una guerra de guerrillas que se extiende hasta nuestros tiempo sin una salida final.

A partir del 2011 la ley, la sociedad y el estado Colombiano con la necesidad de dar respuestas a las víctimas del conflicto armado crea la Ley de víctimas y Restitución de Tierras ley 1448, allí se define el concepto de víctima como “aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º 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”.(27)

Según el proyecto de presupuesto 2013, el cual pretende brindar atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado, indica con corte a Septiembre 30 de 2012, que el número de personas que se encuentran en situación de desplazamiento forzado en Colombia asciende a 4.662.587 equivalentes a 1.063.482 hogares. De acuerdo a este total, la Capital ha recibido 366.087 personas en esta situación. Según la localidad de residencia, la población víctima de conflicto armado se encuentra principalmente en las localidades de Ciudad Bolívar, Bosa, Kennedy y Suba, estableciendo en éstas localidades los centros Dignificar. (29)

La procedencia de las personas víctimas del conflicto han sido caracterizado al 30 de noviembre de 2014 por parte de la Alta Consejería para los derechos de las víctimas, la paz y la reconciliación un total de 126.643 personas víctimas del conflicto armado a nivel distrital, las cuales se encuentran concentradas en un mayor porcentaje en la Localidad de Kennedy con un 15% que de acuerdo al registro para el año 2012 se caracterizaron 7.924 personas, para el año 2013 se caracterizaron 5.039 personas y para el año 2014 se caracterizaron 3.127 personas siendo este un total de 16090 personas víctimas de conflicto armado residentes para esta Localidad.

1.4. Dinámica socio – económica

1.4.1. Indicadores NBI

En la localidad de Kennedy de acuerdo con la Encuesta Multipropósito del año 2014 realizada por la Secretaría Distrital de Planeación (SDP) y el DANE el 4,4%, de los habitantes de la localidad son pobres de acuerdo al NBI, este dato se encuentra más bajo a diferencia del establecido en el año 2011, ya que se evidencia un NBI de 5,1%. En el año 2014, Kennedy se encuentra por encima al promedio Distrital con una diferencia de 0,2%, pero el séptimo más alto del distrito, 3,9 por ciento por encima de la localidad que presenta el mejor NBI (Teusaquillo 0,5%); es decir, que en Kennedy por cada 100 habitantes 4 están en pobreza, debido a que presentan una de las cinco condiciones de vida inadecuadas como: viviendas inadecuadas, hacinamiento crítico (3 a 4 personas en una habitación), servicios inadecuados de sanitarios y acueducto, alta dependencia económica o

inasistencia escolar. Es de aclarar que, para este periodo no se encontraron índices de miseria por NBI para la localidad debido a que no se hallaron más de una de las condiciones de vida que determinan este indicador.

Según la EMP con respecto al índice de hacinamiento crítico, éste aumentó en las localidades de Santafé, Kennedy, Fontibón y Chapinero. Situaciones que impactan las condiciones de salud a nivel físico, dada la presencia de factores de riesgo para la ocurrencia de enfermedades respiratorias e infecciosas principalmente al interior de las viviendas. De acuerdo al método de análisis integrado de NBI y Línea de Pobreza (LP), el principal tipo de pobreza de los hogares de la localidad de Kennedy es reciente (10,5%), en relación con la pobreza crónica¹¹ (1,8%) e inercial¹² (1,3%) (21).

1.4.2. Indicadores Gini

El Coeficiente de Gini para la localidad de Kennedy para el año 2011 es de 0.409 (2) (22) con un aumento a diferencia del Coeficiente de Gini del año 2003 de 0,43. Este indicador evidencia la concentración de riqueza, donde el crecimiento económico no ha beneficiado al conjunto de la sociedad por las precarias condiciones de empleo en la localidad, pese a que algunas personas tienen niveles de educación altos la flexibilización laboral afecta a todos los estratos socio – económicos. Para el año 2011 las localidades con menor desigualdad fueron Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Bosa y Usme, que se caracterizan por ser poblaciones de ingresos menores a nivel Bogotá, Kennedy se encuentra en el octavo lugar dentro de las 20 localidades, porque está conformada por UPZ que presenta condiciones socioeconómicas y de desarrollo urbano disímiles, que se manifiestan en las inequidades presentes en los territorios.

1.4.3. Índice de Humanización

El Índice de Humanización pretende medir aspectos para hacer comparaciones entre países desde una óptica más amplia del PIB percapita ya que incluye tres componentes: esperanza de vida, ingreso y educación. En esta ocasión Bogotá agrega una variable para determinar este indicador definiéndose como índice de desarrollo urbano para la ciudad (IDHU); quedando determinado en los siguientes

¹¹La hipótesis para este grupo es que sufre una situación prolongada de pobreza. A este grupo pertenecen los hogares que tienen al menos una necesidad básica insatisfecha y reciben ingresos cuyo nivel está por debajo de la línea de pobreza (33).

¹²Se podría plantear como hipótesis para este grupo que son aquellos que, a pesar de contar con ingresos por encima de la línea de pobreza, mantienen al menos una necesidad básica insatisfecha que podrían superar en el futuro. Los hogares de este grupo tienen una situación social ascendente (33).

aspectos; a) ingreso neto de subsidios e impuestos, b) la dimensión espacial, que conjuga el tiempo de movilidad, la densidad de parques y áreas verdes, c) la mortalidad infantil, y e) la cobertura educativa. Para la localidad de Kennedy se encuentra en 0,770 ubicada en el treceavo lugar con respecto al promedio distrital de 0,810 y a la localidad con mayor índice de humanización que es Teusaquillo con el 0.930.

1.4.4. Percepción sobre el poder adquisitivo del ingreso del hogar

La encuesta de carga financiera de los hogares del 2012 presenta un análisis de la carga financiera y el endeudamiento de los hogares que deben estar enfocados a evaluar la capacidad que estos tienen para cumplir con las obligaciones que han adquirido con el sistema financiero, teniendo en consideración la carga financiera y el endeudamiento de los hogares exhibieron aumentos para el total nacional, mientras que para Bogotá presentaron un crecimiento contrario durante el primer semestre de 2012. Este comportamiento está explicado por un mayor incremento de los ingresos de los hogares en Bogotá comparado con los de las demás ciudades del país.

Sin embargo, debido a falta de datos sobre el ingreso per cápita y nivel de endeudamiento para la localidad, se presenta la información de percepción sobre los ingresos para el año 2011 de un total de 288.293 hogares (23), el 18,8% afirman que los ingresos no alcanzan para cubrir los gastos mínimos, 12 puntos porcentuales por encima de la mejor localidad (Chapinero 6,2% y Teusaquillo 6,4%), el 64,6% considera que los ingresos solo alcanzan para cubrir los gastos mínimos, 10 puntos porcentuales por encima del promedio Distrital (56.5%). El 16,6% reportan que sus ingresos cubren un poco más que los gastos mínimos. Esto significa que 18 personas por cada 100 habitantes aproximadamente, no cuentan con los recursos para cubrir las necesidades básicas (23) en la localidad de Kennedy.

El gasto promedio mensual en servicios públicos para Kennedy alcanzó una cuantía de \$111.628, por debajo del promedio para el total de Bogotá (23).

1.4.5. Cobertura en educación

La educación es determinante principal de las condiciones de salud de una población y de la dinámica demográfica, así como uno de los principales motores del desarrollo económico, factor relevante para la superación de la pobreza e importante aspecto para alcanzar la reconciliación. De acuerdo a la caracterización del sector educativo 2013, la Tasa de Cobertura Bruta para el total Bogotá en el año 2013 fue de 97,21% correspondiente a la proporción de la Población en Edad Escolar Matriculada en un colegio oficial o privado (24), la

cobertura educativa en la localidad de Kennedy en las edades entre 5 a 11 años es de 96,1 %, una tendencia similar muestran las edades entre 12 a 15 años con el 95,6 %. Sin embargo, entre los y las jóvenes de 16 a 17 años cae conforme al aumento de la edad de la población al 82,7 % y llega al 41,7 % entre jóvenes entre los 18 y los 25 años, para tener un descenso final en mayores de 26 años con tan solo 5,8 % de personas que estudian. (25)

De acuerdo a la caracterización del sector educativo 2012, la localidad de Kennedy ocupa el segundo lugar de población en edad escolar es decir 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 es la localidad con mayor demanda del sector educativo oficial con el 13 % del total distrital, frente a la oferta educativa se presenta un déficit del 4 %. (24).

El acceso a la educación superior es un tema crítico en la localidad; en el 2011, menos de la mitad de la población, tanto hombres como mujeres, cuenta con algún nivel de educación superior (26). De acuerdo a las bases de datos de APS del Hospital del Sur en el año 213, el porcentaje personas que al menos realizan un semestre de educación superior es de 14,8% del total de los individuos caracterizados. La principal razón por la cual las mujeres no asisten se encuentra en los costos educativos o la falta de dinero con el 26,4%, mientras que para los hombres la principal razón es la necesidad de trabajar o de buscar trabajo (40,8%) (22).

Mientras no se aumente las posibilidades de acceso a los niveles de educación superior y se garantice que el 100% de los niños en edad escolar estén en el proceso educativo la superación de la pobreza es una realidad lejana para los habitantes de la localidad, especialmente para los niños y niñas y población joven de las familias que se dedican al reciclaje concentradas en las UPZ de Patio Bonito, Corabastos, Britalia y Américas, además es un aspecto significado para poder alejar a este grupo poblacional de la delincuencia y poder generar proyectos de vida más fructíferos.

1.4.6. Cobertura en servicios.

La Localidad de Kennedy cuenta con una cobertura del 100% de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado, recolección de basuras y energía; el Gas Natural está en un 95,4% (25). Sin embargo, en sectores como la invasión de Palmitas en Patio Bonito, los servicios públicos son de carácter ilegal.

La cobertura de servicio de teléfono e internet alcanza el 58,5 % para telefonía fija, disminuyendo comparativamente con la lectura del año 2011 que indicaba un porcentaje del 66,9, mientras tanto el servicio de internet se incrementó en cobertura alcanzando 56,9 % para la localidad.

1.4.7. Condiciones de vivienda.

De acuerdo con la información de las bases APS de familias en la localidad, el tipo de vivienda que más predomina son las casas con el 61,7%, seguida por los apartamentos con 35,2%. En cuanto a la tenencia, el 52,3% de las viviendas son en arriendo, seguida por el 25,5% de vivienda propia. Además, el 11,2% de las viviendas caracterizadas tiene presencia de vectores (roedores e insectos).

La Encuesta Multipropósito para Bogotá muestra que para el 2011, el hacinamiento en la localidad se encuentra en un 12,2%. Cifras que muestran altos porcentajes de una problemática crítica en la localidad que aunque ha disminuido se mantiene por la llegada de personas en condición de desplazamiento por el conflicto armado. En promedio el 24% de las viviendas se ubican junto a caños de aguas negras, industrias o plazas de mercado y mataderos (42), lugares que se consideran focos de afectación para la salud y calidad de vida de las familias.

Otros focos de afectación de la vivienda son los expendios de drogas ilícitas (ollas) en el 32,1% de los casos y la cercanía a lotes baldíos o sitios oscuros donde se facilita el consumo de spa, la inseguridad y el arrojado de escombros y residuos sólidos (42)

Esta problemática, además de los actuales modelos de urbanización expansivos de la ciudad tiene su origen en los procesos de urbanización ilegal y auto construcción, con infraestructura inadecuada y falta de redes de servicios públicos domiciliarios. Frente a esto se encuentra que el 4,0% de las viviendas caracterizadas en el 2013 son ilegales, siendo este porcentaje más alto en las UPZ Patio Bonito (12,3%) y Corabastos (3,2%), que cuenta con zonas de invasión donde residen familias es su mayoría, dedicadas al reciclaje.

Frente al déficit de la vivienda desde lo cuantitativo según la EMP 2014, para el primer orden 4,8 % de déficit cuantitativo referente a estructura, servicios públicos, hacinamiento mitigable, y en lo cualitativo ubicándose en el quinto lugar dentro de las 19 localidades encuestadas.

El número de hogares por vivienda para Bogotá fue de un hogar por vivienda para 2011, este resultado se mantuvo para 2014. En tanto, el promedio de personas por hogar fue de 3,4 y para 2014 éste se redujo a 3,2 personas por hogar.

En la localidad de Kennedy, para el año 2011 se contaba con 276.800 viviendas representando el 13.2% del Distrito, aumentando el número de viviendas para el 2014 a 304.753 pero disminuyendo en porcentaje (12.8%) con un coeficiente de variación de 1.7. Respecto a los hogares se observa el mismo comportamiento de aumento en el número de hogares para el 2014 en comparación con el 2011 con un coeficiente de variación de 1.4 pasando de 288.293 a 315.536 hogares, el promedio de personas por hogar para el 2011 fue de 3,5 y para el 2014 el promedio disminuyó a 3,3 personas por hogar.

La mayor participación de viviendas dentro del total Bogotá para 2014 se dio en las localidades de Suba con 14,6%, Kennedy con 12,8% y Engativá con 11,4%, siendo éstas las mismas para 2011. Al mismo tiempo, estas localidades son las que poseen mayor número de hogares para 2014 y 2011 y una mayor población. (27).

Según la encuesta multipropósito del año 2014 la mayor proporción de hogares en Bogotá fueron los nucleares, refiriendo a Kennedy como una de las localidades con mayores aumentos pasando 62,3% en el 2011 a 64,6% hogares nucleares en el 2014. Frente a la proporción de hogares con casa propia se redujo frente al presentado en el 2011 y el porcentaje de arrendatarios aumento en la ciudad capital, en la localidad de Kennedy la proporción de hogares viviendo en arriendo aumentó en 7,8 puntos porcentuales al 2014. Respecto a la jefatura del hogar, para la localidad de Kennedy la jefatura femenina aumento en dos puntos porcentuales al 2014 pasando de 33,3% (2011) a 35,3% respectivamente.

En Bogotá, el tipo de vivienda predominante, tanto en el 2011 como en el 2014, fue el de los apartamentos, seguido por las casas, sin embargo para la localidad de Kennedy la proporción de apartamentos disminuyó en el 2014 a 56,9% desde el 2011 año en que se registró el 62,4%. De igual manera disminuye el porcentaje de viviendas con problemas de humedad en las paredes, pisos o techos durante el periodo 2011 – 2014 pasando de 33,2% a 22,6% respectivamente.

En la localidad de Kennedy la proporción de viviendas con problemas de inseguridad paso de 81,7% en el 2011 a 67,35 en el 2014.

1.4.8. Sistema de salud.

Pese a las constantes dificultades que resulta acudir y solicitar los servicios de salud, por los distintos factores y determinantes sociales que se asocian a la mala prestación del servicio, la afiliación de personas al sistema general de seguridad social en salud se incrementó en Bogotá de un 92 % en 2011 a un 93,9% en 2014 (25).

Para la localidad de Kennedy se observó que el número de personas no afiliadas al SGSSS continuo con el mismo porcentaje correspondiente a la EMP 2011 con el 6,4 %, de la misma forma el porcentaje de personas afiliadas no varía luego se mantiene en el 93,5 %. (25)

Con respecto a las afiliaciones al SGSSS por tipo de régimen para la localidad de Kennedy para el 2014 en la EMP el 72,5 % pertenecen al régimen contributivo, 3 % régimen especial, 24 porciento al régimen subsidiado.

1.4.9. Tasa de desocupación y desempleo.

La localidad de Kennedy cuenta con una Tasa de Ocupación de 61,77 más alta comparada con el año 2007 (48,87), significa que más de la mitad de la población Económicamente Activa se encuentra realizando alguna actividad laboral. Sin embargo, estos datos se relacionan con un alto porcentaje de dependencia económica de los hogares hacia una persona para el cubrimiento de las necesidades básicas, generando posibles crisis económicas en el momento que llegue a faltar la cabeza del hogar. La Tasa de Desempleo para el año 2011 fue de 7,30 más baja que la presentada en la Ciudad de Bogotá (9,0) (23). Los territorios con mayor concentración desempleo son Patio Bonito, Calandaima, Britalia y Corabastos.

1.5. Análisis de priorización de UPZ críticas

Para la priorización de las UPZ críticas en la localidad de Kennedy se evaluó a través del método de Hanlon la Magnitud considerando la cantidad de número de personas afectadas, Severidad entendida como el daño que causa a la población, Eficacia y Factibilidad miden la posibilidad de minimizar o mitigar la problemática en la población y la posibilidad en termino de costo de la solución.

Se evaluaron los indicadores de Mortalidad tales como: Perinatal, Materna, Infantil, Menor de 5 años, Neumonía en menor de 5 años y suicidio. Indicadores de Morbilidad como: Desnutrición Global, Desnutrición Crónica y Bajo Peso al Nacer. Indicadores de situaciones de interés en salud pública como lo son: Embarazos en adolescentes de 10 a 14 años, 15 a 19 años, y lactancia materna. Adicional se tuvieron en cuenta indicadores sobre factores de riesgo ambientales correspondientes a contaminación atmosférica,

Sin embargo, no se contó con información correspondiente a indicadores socio-económicos como los NBI y GINI, puesto que no se cuenta con información desagregada por UPZ.

Una vez pondera y califica la información se priorizan los puntajes más altos por UPZ con la metodología Hanlon: $(Magnitud + Severidad) * Eficacia * Factibilidad$. Arrojando como UPZ críticas Patio Bonito, Corabastos y Carvajal.

En las UPZ Patio Bonito y Corabastos se evidencia una presencia mayor de Mortalidad Perinatal, Mortalidad Infantil, Menor de 5 años y Suicidio atribuido determinantes estructurales como los factores económicos que afectan el funcionamiento del sistema y mercantilizan el derecho a la salud, exclusión social

y olvido estatal como las falencias en la aplicación de la normatividad en el SGSSS, condiciones sociales como víctimas del conflicto armado, población desplazada, pocas ofertas laborales y/o precarias condiciones de trabajo.

En los intermedios se pueden evidenciar debilidad en las redes de apoyo, desconocimiento de deberes y derechos en salud, nivel educativo bajo de los padres, barreras de acceso al sistema de salud, fallas en los programas de promoción y detección.

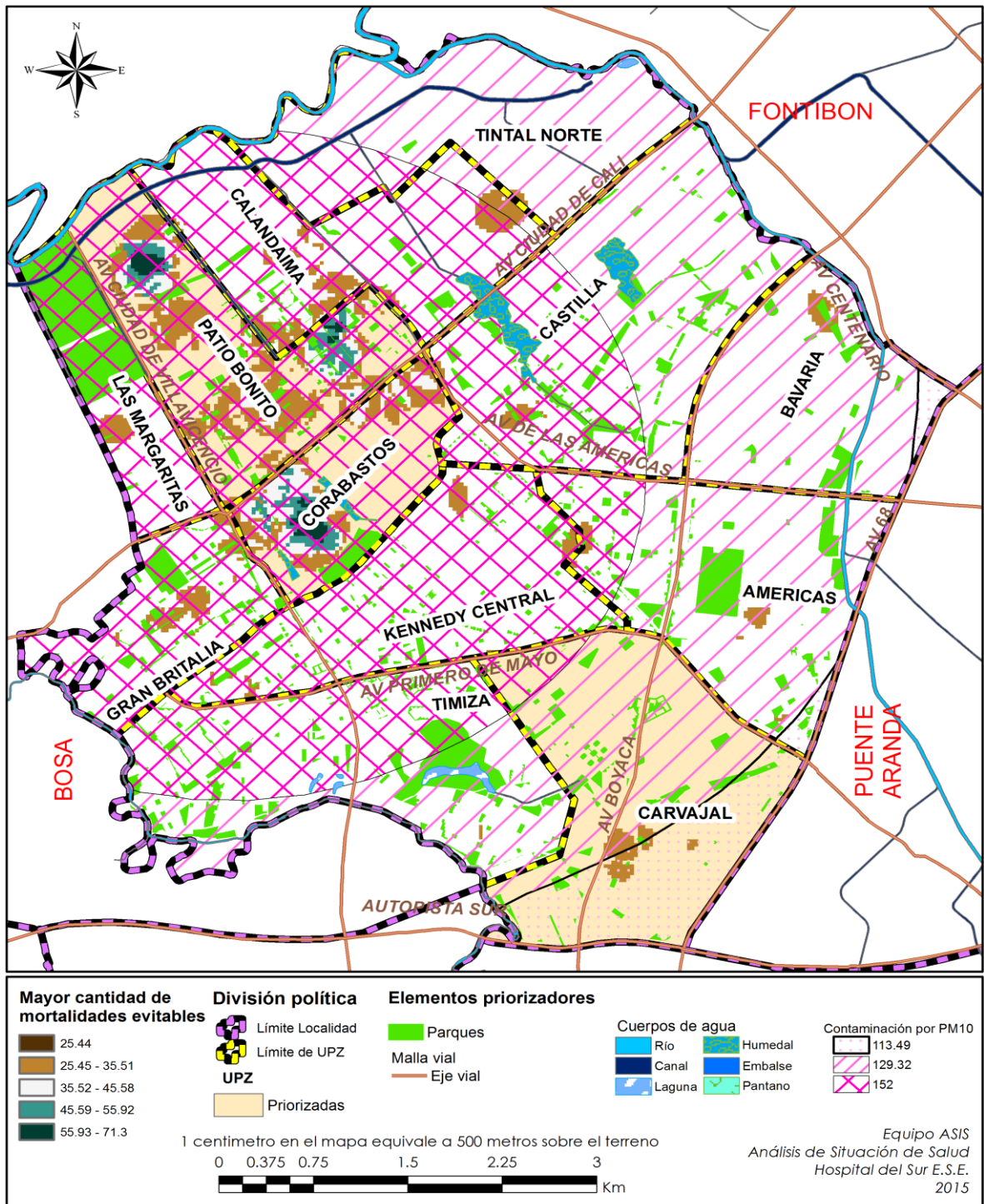
Los factores familiares, culturales, económicos, educativos afectan la eficacia de las políticas diseñadas con el fin de mejorar la calidad de vida de la población

Para estas dos UPZ se puede observar fallas en los equipamientos sanitarios básicos y en el mantenimiento de un medio ambiente sano. Para la priorización se tienen en cuenta los factores de contaminación ocasionados por cuerpos de agua y canales localizados en las UPZ en mención, se realiza una ponderación de la cantidad de personas que son afectadas, teniendo en cuenta un diámetro de 500 metros.

Teniendo en cuenta los diferentes contextos de las UPZ se dificulta mejorar la condición de vida de sus habitantes ya que no confían en el SGSSS, mitos e imaginarios sobre enfermedades y el manejo de las mismas, factores económicos que no satisfacen las necesidades básicas, al igual hay una inequidad frente a la oferta del servicio y una insuficiente infraestructura física de centros de servicios de salud. Además, La Mortalidad Perinatal se presenta en esta UPZ como la tercera en ocurrencia de eventos, así como los Embarazos en Adolescentes y Bajo Peso al Nacer.

En la UPZ Carvajal, se caracteriza por la alta densidad poblacional que presenta, lo que permite tener una mayor probabilidad de ocurrencia de eventos, sumado a las diferentes condiciones socio-económicas que se presentan en su territorio. Este mismo factor de alta densidad poblacional genera que el déficit de equipamientos o factores protectores sea mayor como es el caso del déficit de parques y zonas verdes.

Mapa 4UPZ priorizadas de la Localidad de Kennedy



Fuente: Infraestructura de datos espaciales para el Distrito Capital- IDECA y ases de datos DANE y RUAF-ND.- Sistema de Estadísticas Vitales SDS. 2005-2014: Bases de datos SDS y RUAF-ND.- Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Preliminares

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

2.1 Perfil de salud y enfermedad

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

2.1.1. Perfil de mortalidad

Se conoce como tasa de mortalidad a un índice creado para reflejar la cantidad de defunciones por cada mil ciudadanos de una determinada comunidad en un periodo de tiempo concreto (por lo general, doce meses). Es habitual mencionar a este indicador demográfico como tasa bruta de mortalidad o, simplemente, como mortalidad.

2.2.1.1. Perfil de mortalidad general por grandes causas

2.2.1.2. Los datos de mortalidad general presentados son de la última información disponible del DANE, que corresponde al año 2012. La tasa general de mortalidad en el Distrito es de 38,6 por 10.000 habitantes, aumentando en dos puntos porcentuales comparado con el 2011 (38,4) en cuanto a la localidad de Kennedy, se evidencia una tasa igual para los dos años analizados de 33,2 muertes por 100.000 habitantes, cifra inferior a la del distrito, siendo más alta en hombres con 35,6 que en mujeres (30,9). Las primeras causas de mortalidad en población general coinciden para los dos años, los cuales son: las enfermedades isquémicas del corazón, seguida de las enfermedades cerebro vasculares y enfermedades crónicas de las vías respiratorias y además, son las primeras causas de mortalidad en el ciclo vital adulto y vejez. Es decir, que la enfermedad crónica representa una carga importante en la morbimortalidad en la localidad. En las mujeres se comparten las mismas causas de la mortalidad general, sin embargo, en los hombres en el segundo lugar se registran las agresiones (homicidios) y sus secuelas.

Tabla 6 Tasa de Mortalidad por grandes causas, comparativo 2011 – 2012, Localidad de Kennedy

DIAGNOSTICO	Año 2011		Año 2012	
	Total	Tasa	Total	Tasa
1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	513	5.0	546	5.3
1-055 Enfermedades cerebrovasculares	231	2.3	236	2.3
1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	195	1.9	223	2.2
1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	161	1.6	125	1.2
1-041 Diabetes mellitus	123	1.2	139	1.3
1-013 Tumor maligno del estómago	117	1.1	91	0.9
1-050 Enfermedades hipertensivas	109	1.1	105	1.0
1-059 Neumonía	83	0.8	75	0.7
1-014 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano	67	0.7	59	0.6
1-090 Accidentes de transporte de motor	66	0.6	56	0.5
Resto de causas	1721	16.9	1766	17.1
Total	3386	33.2	3421	33.2

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

Según la tasa de mortalidad por grandes causas se evidencia un aumento de tres puntos porcentuales en las muertes causadas por enfermedades isquémicas del corazón durante el 2012 comparado con el año 2011, así como en los fallecimientos por las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, sin embargo aunque se evidencian dentro de las primeras diez causas los mismos diagnósticos en los dos años, se evidencia una disminución en la tasa de mortalidad durante el 2012 en agresiones (homicidios) y secuelas, tumor maligno de estómago, enfermedades hipertensivas, Neumonía, tumor maligno de colon y accidentes de transporte de motor demostrando de esta manera la alta carga de mortalidad que tiene estas causas tanto en el Distrito como en lo local.

2.2.1.3. Perfil de mortalidad por subgrupos

En menores de un año las principales causas son: trastornos respiratorios (21%), seguido de malformaciones congénitas (11,6%) e infecciones específicas del periodo perinatal (11%) durante el año 2012, coincidiendo en las dos primeras causas del periodo del 2011, sin embargo la tasa de mortalidad por trastornos respiratorios aumenta en el 2012 (21 x 1.000 N.V.) en un punto porcentual y las malformaciones (11,9 x 1.000 N.V.) disminuyen en dos puntos porcentuales. Para este grupo de edad se calcula que se produjeron 129596 (AVPP) años de vida potencialmente perdidos durante el 2012. En comparación con el distrito la prevalencia de muerte por enfermedad respiratoria se encuentra por debajo de la local (20,6%), así como las infecciones específicas del periodo perinatal (9,4%).

Respecto a la diferencia de tasas, se evidencia un aumento de 0,1 casos por cada 1.000 nacidos vivos, tanto en el Distrito como en la localidad de Kennedy por trastornos respiratorios en el año 2012 comparado con el año anterior. Ocurriendo lo contrario con el diagnóstico de malformaciones congénitas del sistema circulatorio, evidenciándose una disminución de 1,7 en Bogotá y de 1,8 casos en la localidad por 1.000 N.V. para el periodo en mención.

En los niños y niñas entre los **1 a 4 años** edad; las principales causas de muerte son: las Malformaciones Congénitas con el 38,1% con una tasa de 1,2 muertes por cada 10000 menores y Leucemia con el 4,8% con una tasa de 0,1, considerando que se perdieron 1566 años (AVPP) en esta población a causa de los diferentes diagnósticos que produjeron las mortalidades. No se evidencia diferencia en la tasa de mortalidad por Malformaciones congénitas respecto al año 2011. Al comparar la tasa de mortalidad por malformaciones con el Distrito (0,6 muertes por cada 1.000 menores de 1 – 4 años), se evidencia que la localidad presenta una tasa mayor.

Entre los **5 y 14 años** de edad, la primera causa de mortalidad fueron las enfermedades del sistema osteo muscular y del tejido conjuntivo con una tasa de 0,2 muertes por cada 10.000 menores (19%), seguido de accidentes de transporte motor con 0,1 muertes (9,5%) a diferencia del año 2011 en donde primaron las muertes por malformaciones congénitas del sistema circulatorio, accidentes de transporte motor y tumores malignos de la tráquea, encéfalo y tiroides. A diferencia de lo local para el Distrito la principal causa de muerte en este subgrupo es la leucemia (12%) seguido de accidentes de transporte de motor. Frente a éste grupo edad y el número de mortalidades, se estima que se perdieron 15.867 años de vida (AVPP) para Bogotá y para la localidad fueron 1419,6 AVPP.

Para el grupo de **15 a 44 años** se encuentra que las principales causas de mortalidad son las agresiones y sus secuelas (24,6%), accidentes de transporte (7%) y enfermedad por VIH (4,7%) presentándose disminución en la tasa de mortalidad específica por éstas causas durante el año 2012 en comparación con el 2011 pasando de 2,7 muertes por cada 10.000 personas en este rango de edad en agresiones durante el 2011 a 2,1 muertes en el 2012. Para este grupo de edad se presentaron 426 muertes indicando que se perdieron 20277 (AVPP) años de vida en la localidad, cifra inferior a la Distrital para este mismo grupo de edad (181278 AVPP) Para el grupo de **45 a 59 años** las ocho primeras causas se relacionan con enfermedad crónica, siendo las enfermedades cerebrovasculares del corazón la primera causa coincidiendo con el año 2011 en la tasa de mortalidad específica con 3,4 muertes por cada 10.000 personas en este rango de edad, estimándose para este grupo una pérdida de 12424,5 años (AVPP). Para Bogotá, se estima que se perdieron 193379,4 años de vida en este grupo poblacional.

En los **mayores de 60 años**, 9 de las diez primeras causas de mortalidad son enfermedades crónicas (cardíacas, cerebrovasculares y tumores) sin embargo para el año 2012 se aumenta la tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón a 51,9 en comparación con el 2011 el cual tuvo una tasa de 50,4, de igual manera ocurrió con las enfermedades crónicas de las vías respiratorias aumentando a 23,2 muertes por cada 10.000 personas en este rango de edad.

Teniendo en cuenta los eventos de monitoreo y seguimiento de las mortalidades contempladas en el **Plan Decenal de Salud Pública 2012-2022**: Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre, Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama, tasa de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino, Tasa de mortalidad por tumor maligno de la próstata, Tasa de mortalidad por tumor maligno del estómago, Tasa de mortalidad por diabetes mellitus, Tasa de mortalidad por lesiones auto-inflingidas intencionalmente, Tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento, Tasa de mortalidad por agresiones (homicidios), Tasa de mortalidad por tuberculosis, Mortalidad por enfermedades infecciosas (A00-A99) y Tasa de mortalidad por emergencias y desastres, se identifica por subgrupos de edad los siguientes eventos:

Para los **menores de 1 año**, se evidencia para la localidad de Kennedy decesos por enfermedades infecciosas con una tasa de 11,1 por cada 100.000 menores dentro de este rango de edad (1,1% del total de mortalidades presentadas), en tanto que para el Distrito, se evidencia una tasa de incidencia 10 casos por cada 100.000 menores de 1 año, indicando que en la localidad es 1,1 veces más alta la incidencia; adicionalmente en Bogotá se presentaron 4 casos de mortalidad por agresiones (homicidios) con una tasa de 3,3 casos por 100.000 menores, así como muertes por accidente de transporte terrestre (tasa 1,7 x 100.000 menores de 1 año) y por tuberculosis (tasa de 0,8 casos por 100.000 menores de 1 años).

Para el grupo de edad entre los **1 – 4 años**, en la localidad de Kennedy se presentaron 5 casos por los eventos objeto de monitoreo y seguimiento, es decir, el 23,8% del total de eventos. Al comparar el comportamiento local con el distrital se observa una tasa de incidencia mayor en la localidad respecto a los eventos de mortalidad por accidentes de transporte terrestre (0,4 veces más alta) y por mortalidades por enfermedades infecciosas (1,7 más alta), sin embargo en el Distrito se evidencia una incidencia de 0,5 veces más alta en mortalidad por agresiones.

Respecto a los menores entre **5 – 14 años** se presentaron 4 casos objeto de monitoreo y seguimiento (19%) del total de mortalidades para este rango de edad. Según la tasa de incidencia se evidencia un comportamiento mayor en el Distrito frente a los suceso de mortalidad por accidentes de transporte (0,9 veces más alta) y mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente (0,2 veces más alta). Frente al evento de mortalidad por agresiones, pese a que se presentaron un

mayor número de casos en el Distrito, no se evidencian diferencias en la tasa de incidencia con la presentada en la localidad.

En cuanto a los eventos de seguimiento y monitoreo en las personas entre los 15 – 44 años, se evidencia tanto en la localidad como en el Distrito principalmente mortalidades por agresiones presentándose una incidencia más alta en el Bogotá, 4,5 veces más alta que la presentada en Kennedy, seguida de mortalidades por accidentes de transporte terrestre, presentándose una tasa de incidencia en lo local de 6,9 casos y en Bogotá de 9,3 casos por 100.000 personas entre los 15 – 44 años. Frente a las lesiones autoinflingidas intencionalmente es dos veces más alta en el Distrito que en local con una tasa de incidencia de 4,6 y 2,6 respectivamente. Frente a las mortalidades por tumores malignos, se evidencia mayor incidencia en los sucesos de mortalidad por tumor maligno del estómago en el Distrito con una tasa de incidencia de 2,3; en la localidad se presenta en igual proporción la mortalidad por tumores malignos en estómago y en mamas, con una tasa de incidencia de 1,2, seguido de tumor maligno de cuello uterino y mortalidad por Diabetes mellitus con una tasa de 0,8.

En el grupo de edad entre los 45 – 59 años, se presentaron 495 casos, entre los cuales el 23,8%(118 casos) son objeto de monitoreo y seguimiento por el plan decenal, respecto al comportamiento en lo local comparado con el distrito, se evidencia incidencias mayores en Kennedy en cuanto a mortalidades por lesiones autoinflingidas intencionalmente (1,2 veces más alta), mortalidad por enfermedades infecciosas (1,3 más alta), accidentes por transporte terrestre y tumor maligno de cuello uterino 0,8 veces más alta, al igual que Diabetes mellitus. Sin embargo en el Distrito se evidencia una prevalencia más alta en cuanto a mortalidades por tumor maligno de estómago, tumor maligno de mama, mortalidad por agresiones y secuelas, así como por tumor maligno de estómago.

Para las personas mayores de 60 años, se presentan principalmente mortalidad por Diabetes mellitus, evidenciándose una tasa de incidencia 19,1 veces más alta en la localidad que en el Distrito, de igual manera, los eventos con una tasa de incidencia mayor que la de Bogotá son las mortalidades por enfermedades infecciosas, por tuberculosis y por tumor maligno del estómago. En el Distrito se presenta una mayor tasa de incidencia en eventos tales como mortalidad por accidentes de transporte (5,2 veces más alta), tumor maligno de mama (7,5 más alta), lesiones autoinflingidas intencionalmente, tumor maligno en estómago y tuberculosis.

Tabla 7 Eventos de monitoreo y seguimiento de mortalidades, según Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Localidad de Kennedy- Bogotá D.C. 2012

EVENTOS DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO	15 - 44		45 - 59 años				mayor de 60 años					
	Kennedy		Bogotá		Kennedy		Bogotá		Kennedy		Bogotá	
	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa
Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre	35	6,9	341	9,3	19	10,7	128	9,8	11	11,89	133	17,1
Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama	6	1,2	61	1,7	19	10,7	175	13,3	22	23,7	243	31,2
Tasa de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino	4	0,8	52	1,4	10	5,6	61	4,7	10	10,8	95	12,2
Tasa de mortalidad por tumor maligno de la próstata	-	-	2	0,1	2	1,1	21	1,6	48	51,9	399	51,2
Tasa de mortalidad por tumor maligno del estomago	6	1,2	85	2,3	22	12,4	213	16,2	63	68,1	564	72,4
Tasa de mortalidad por diabetes mellitus	4	0,8	38	1	17	9,6	122	9,3	118	127,5	845	108,4
Tasa de mortalidad por lesiones auto-infringidas intencionalmente	13	2,6	168	4,6	7	4	37	2,8	1	1,08	27	3,5
Tasa de mortalidad por agresiones (homicidios)	105	20,8	929	25,3	16	9	135	10,3	2	2,1	43	5,5
Tasa de mortalidad por tuberculosis	-	-	12	0,3	2	1,1	15	1,1	6	6,4	49	6,3
Mortalidad por enfermedades infecciosas (A00-A99)	1	0,2	27	0,7	4	2,3	13	1	11	11,89	78	10
Total	174	1715	118	920	292	2476						

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

2.2.1.4. Perfil de mortalidad materno – infantil y de la niñez.

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

2.2. Mortalidad Materna

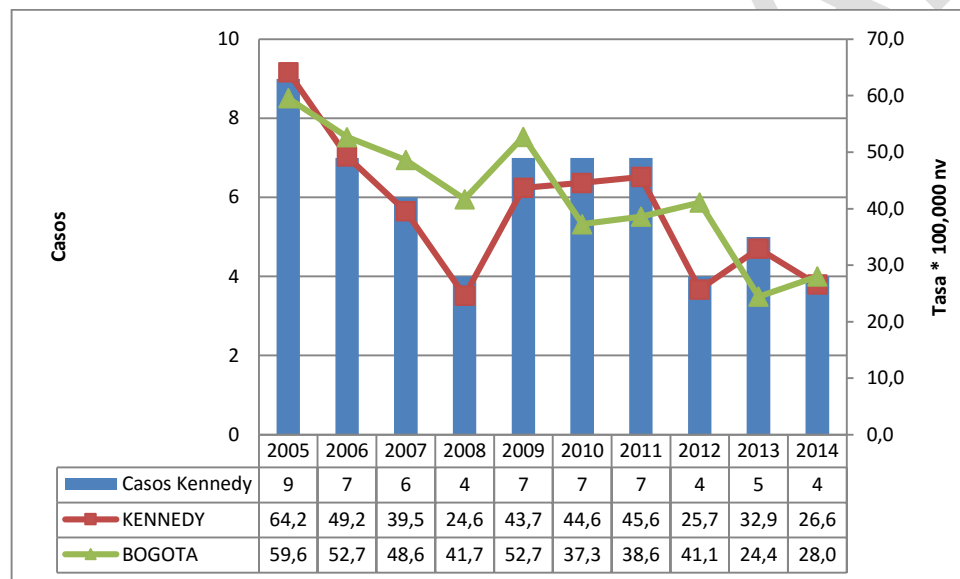
Según la organización mundial de la salud (OMS) cada día mueren aproximadamente 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y atención a parto, de estas el 99% viven en países en desarrollo.

La mortalidad materna durante el año 2005 al 2014 presenta una disminución constante hasta el año 2014, pasando de 59,6 muertes maternas a 28,0 muertes

maternas por 100.000 nacidos vivos en 2014 a nivel distrital reduciéndose durante este periodo 31,6 muertes maternas por cada 100.000 n.v., para la localidad de Kennedy se presenta una razón de 64,2 para el año 2005, evidenciando un descenso significativo para el año 2014 de 26,6, disminuyendo en 4 casos la mortalidad materna en la localidad.

La localización geográfica de estas muertes maternas se concentra en los Territorios de Kennedy Central con 3 casos y Patio Bonito con un caso, donde los estratos socioeconómicos predominantes son 2 y 3. En cuanto al nivel educativo, 50% es bachiller, 25% técnica y el 25% restante profesional. Dentro de sus ocupaciones el 75% se dedicaban al hogar y el 25% independiente.

Gráfica 2 Razón de Mortalidad materna. Bogota vs Kennedy. 2005 - 2014



Fuente 2008-2011: Bases de datos DANE y RUAf-ND.- Sistema de Estadísticas Vitales SDS.
 2005-2014: Bases de datos SDS y RUAf-ND- .Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Preliminares

Dentro de las características de las gestantes se encuentra que tres de ellas se pertenecen a la etapa adultez (29 a 35 años) y otra pertenecía al ciclo juventud (18 a 26 años), esto es importante debido a que en el análisis de la mortalidad materna en Colombia entre 1998 y 1999, se encontró que el riesgo de morir era más alto en las mujeres menores de 20 años y en las mayores de 29 años (3). El 75% de las mujeres se encontraban afiliadas al régimen contributivo y el porcentaje restante a contributivo complementarios. No se evidencia ninguna materna perteneciente a alguna etnia en la localidad, en tanto que en el Distrito se presentó un caso en la localidad de Bosa. Frente al estado civil, el 75% (3 casos) de las maternas se encontraban casadas y el 25% (1 caso) vivía en unión libre hace mas de dos años con su pareja.

Al analizar las causas de mortalidad de las madres, se tiene que dos presentaron causas indirectas al embarazo (Hemorragia intra-cranéana por ruptura de aneurisma del tallo cerebral y Shock Cardiogénico obstructivo asociado a un trombo embolismo pulmonar). Al realizar el análisis por demoras, se evidencian problemas en la cuarta demora en cuanto a calidad de atención (adherencia a guías y protocolos, no valoración a la gestante) de igual manera las familias se encuentran en desacuerdo con la atención brindada por las instituciones de salud, se sintieron vulnerados sus derechos en salud.

La disminución en la frecuencia de estos eventos se relaciona con el nivel de desarrollo y con la importancia que se le da a la mujer en la sociedad. Un caso de mortalidad materna tiene consecuencias importantes en las familias, manifiestas en efectos inmediatos como el hecho de que otros miembros de las familias tienen que hacerse cargo del cuidado de los niños o niñas, alterando los roles y funciones asumidos previamente. Cuando el padre está presente, generalmente requiere del apoyo de familiares para enfrentar una responsabilidad para la que no están preparados puesto que se da por hecho, es propia de las madres. En las situaciones en las que la red familiar no es fuerte, del cuidado se hacen cargo las instituciones. Los niños y niñas que quedan sin madre, son más vulnerables a que inicien su vida laboral a tempranas edades, además de que pueden enfrentar con mayor probabilidad situaciones de abandono, negligencia y maltrato físico.

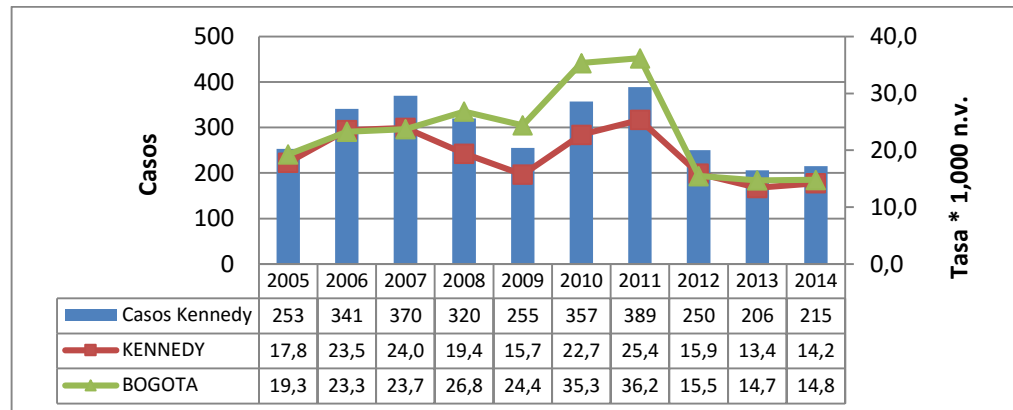
Por lo tanto, resulta importante hacer énfasis no solo en fortalecer las estrategias de mejoramiento para esas demoras presentadas en los casos analizados, sino también concienciar y empoderar a las mujeres para que conozcan y exijan la garantía de sus derechos, a la vez que ejercen sus deberes, requisitos para posicionarse como sujetos civiles en el entramado social.¹³

2.3. Mortalidad Perinatal

Durante los últimos años, la mortalidad perinatal en el Distrito ha presentado un comportamiento oscilante, aunque se presenta una importante disminución en los últimos tres años, pasando de 35,3 en el 2010 a 14,8 por 1.000 nacidos vivos en el año 2014. La localidad de Kennedy ocupa el primer lugar a nivel Distrital en número de casos y el sexto lugar con respecto a la tasa luego de Candelaria (24,7), Puente Aranda (18,2), Chapinero (17,8), Usme (17,5) y Santafé (17,5).

¹³ Informe Indicadores de salud 2014 localidad de Kennedy, Hospital del Sur.

Gráfica 3 Tasa de Mortalidad Perinatal. Kennedy vs. Bogotá. 2005-2014



Fuente 2008-2011: Bases de datos DANE y RUAUF-ND.- Sistema de Estadísticas Vitales SDS.
2015-2014: Bases de datos SDS y RUAUF-ND.- Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Preliminares

El mayor número de casos se presentaron en el territorio de Kennedy central 37,3% (n=87), Seguido del territorio de Patio Bonito con 23,6%(n=55), Calandaima con un 15,0 % (n=35), Britalia Timiza presenta un 12,4% (n=29) y Corabastos un 11,5 (n=27).Las UPZ donde se presenta el mayor número de casos son: Patio Bonito con un 21,0%, Corabastos y Carvajal con 12,0% y Calandaima con 10,3%.Para el año 2014 cabe resaltar que se presenta una tasa de mortalidad perinatal de 19,5 en ciclo vital adultez mayores de 35 años y adolescencia, Así mismo el 2% corresponden a nacimientos en menores de 14 años, el 19% de los casos corresponden a madres entre 15 y 19 años de edad y el 15% a mujeres mayores de 35 años, es importante resaltar el alto riesgo materno perinatal que se presenta durante estas edades. El 76% de los casos correspondían a muertes fetales y el porcentaje restante a neonatal temprana.

El 42,5% corresponde al género masculino, el 32,2% femenino y el 25,3% indeterminado. Se evidencia 2 casos de mortalidad perinatal (0,9%) en población afrodescendiente – mulato. Evaluando el régimen de aseguramiento el no asegurado corresponde a un 26,3% seguido de subsidiado con 17,9%, el régimen contributivo con un 12,9% y excepción con un 8,4%. El 42,3% de las madres de los menores fallecidos refirieron tener nivel educativo media clásica, seguida de Básica secundaria 16,3% y profesional 13,9%, lo que sugiere la ONU que La evidencia indica que cuando las niñas que han cursado al menos la enseñanza básica alcanzan la edad adulta tienen más probabilidades de gestionar el tamaño de sus familias de acuerdo con sus capacidades y de ofrecer una mejor atención a sus hijos y enviarlos a la escuela que aquellas que carecen de educación. Las condiciones mencionadas anteriormente se confirman en las unidades de análisis realizadas con la población, para profundizar en las causas sociales que inciden en los casos. En ese sentido, se identifican determinantes estructurales relacionados con el sistema de salud, tales como sobrecarga en los servicios, situación que causa demoras en la atención durante el parto, atención

deshumanizada, poco cálida; en algunos servicios de salud restringen la presencia de acompañantes para las mujeres antes del parto (parejas o familiares), por lo que se sienten vulnerables al no contar con alguien de confianza en ese momento. Se identifican otros determinantes intermedios asociados al manejo de información, de parte de las mujeres y sus familias, respecto a los mecanismos exigibilidad de los derechos, al igual que poca familiaridad acerca de las señales de riesgo durante el embarazo, lo que se traduce en situaciones en las que corren peligro las vidas de la madre y de su bebé (4).

Las unidades de análisis realizadas con madres, abuelas y padres de la localidad, permitió establecer que los casos de mortalidad perinatal en la localidad de Kennedy, estarían siendo provocados en primera medida por una o varias causas mayores que están atravesadas por las condiciones materiales, la posición social de las personas y sus características étnicas, de edad o de género. También incide la forma en que funciona el sistema de salud colombiano, cuya estructura y funcionamiento, mediados por el interés económico, genera barreras en la atención, perjudicando la situación de salud de la población. Los patrones culturales entran en juego y se manifiestan en hábitos de vida poco saludable y creencias sobre la salud y la enfermedad, que inducen a tomar decisiones que afectan la vida de las madres, y los niños y niñas (4) y (5).

El ejercicio también permitió identificar otros elementos que influyen, aunque son causas menos generalizadas, tales como las condiciones urbanísticas y ambientales de las zonas donde habitan los niños y sus familias; la presencia de agentes contaminantes y las deficiencias en la infraestructura vial y de servicios sanitarios producen o agudizan las condiciones para que los recién nacidos se enfermen o para que las madres no alcancen un estado de salud óptimo.

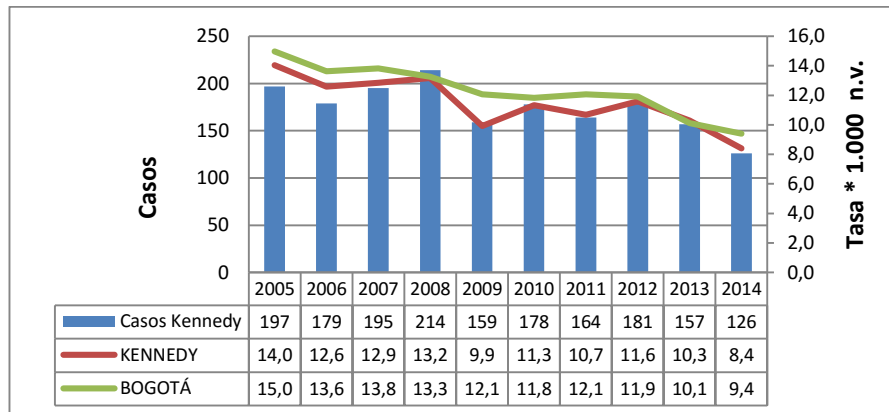
Hay atributos a nivel personal que también influyen en los casos de mortalidad perinatal, tales como la edad de las madres y su estado de salud y si el embarazo fue o no planeado. Se encuentra que hay mayor propensión de que ocurran casos en mujeres añosas y madres adolescentes y en embarazos no planeados (4) (5).

2.4. Mortalidad Infantil

A nivel nacional y Distrital se ha observado un descenso sostenido de la mortalidad infantil, en Bogotá se pasa de una tasa de 15,0 en 2005 a 9,4 por mil nacidos vivos en el 2014. Aunque en la localidad igualmente ha disminuido, se ha visto un comportamiento oscilante, resaltando que se mantiene debajo de la tasa distrital para la localidad.

Para el 2014, en la localidad de Kennedy se reporta 126 casos de mortalidad infantil, con una reducción de 7,9% frente al año anterior. (136 casos).

Gráfica 4 Tasa de Mortalidad Infantil. Kennedy y Bogotá. 2005-2014



Fuente 2008-2011: Bases de datos DANE y RUAF-ND.- Sistema de Estadísticas Vitales SDS. 2005-2014: Bases de datos SDS y RUAF-ND.- Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Preliminares

En el 2014, la localidad de Kennedy presenta 126 casos, de los cuales el 22,31% (n=29) residían en patio bonito, seguido del 20,77%(n=27) a territorio Britalia Timiza y el 17,69% (n=23) Kennedy Central.

El 45,2% corresponde a casos de mortalidad perinatal (neonatales tempranas) y el 16,7% son muertes neonatales tardías. El 53,9% de los fallecimientos ocurrieron en hombres, de los cuales el 2,9% pertenecían a la etnia afrodescendiente; el 46,1% de las mortalidades ocurrieron en mujeres. El 63,5% se encontraban afiliados al régimen contributivo, seguido del 25,4% al régimen subsidiado y el 7,9% no se encontraban afiliados. Frente a la edad de la madre, el 49,2% de los fallecimientos en menores de 1 año, se encontraban en la etapa de ciclo vital juventud, seguido de adultez con 34,9%. Finalmente se evidencia que la relación existente entre la educación y la salud infantil y materna es evidente, al tener en cuenta que el 56% de las madres de los menores referían ser bachilleres.

Al analizar los eventos reportados en la localidad aparecen determinantes sociales relacionados con el distanciamiento entre las políticas públicas y las estructuras culturales, ontológicas o normativas de nivel micro, causas de la segregación espacial que caracterizan los sectores donde se presentaron los casos. La implementación parcial o lenta de las iniciativas gubernamentales, y la falta de participación de la ciudadanía en espacios de decisión, genera una no correspondencia oportuna entre las necesidades de la población y las iniciativas públicas. Se le añade a este punto la debilidad de las redes comunitarias y familiares como corresponsables del cuidado de los niños y niñas, y también como conocedores y voceros de las situaciones a nivel de barrio y hogar, escenario que facilita los casos de negligencia, cuidados poco convenientes y falta de credibilidad en las instituciones de salud y que en caso de que funcionaran como se espera, podrían erigirse como los primeros niveles de promoción y prevención.

Las circunstancias materiales, determinante intermedio que depende de la garantía de condiciones laborales justas contribuye también a las dificultades en el cuidado de los niños y niñas que pone a las familias en condiciones de desventaja en cuanto a la exposición a factores de riesgo y consecuencias poco beneficiosas para su salud.

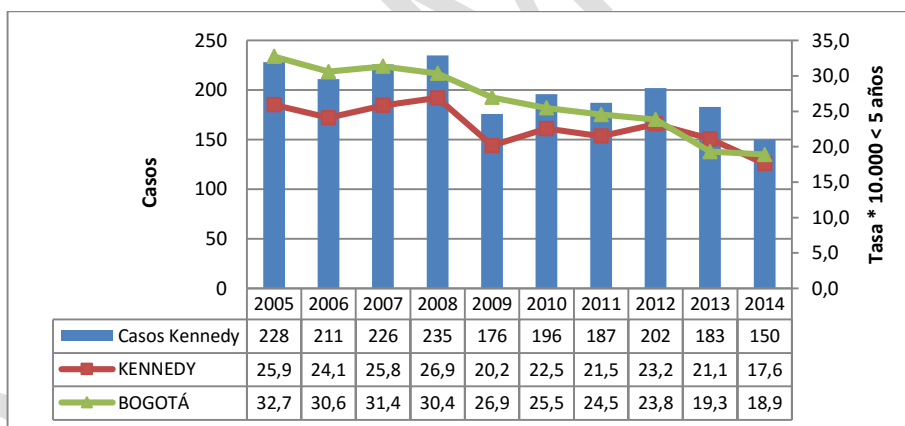
A nivel proximal, los mayores efectos sobre la mortalidad infantil están dados por las variables asociadas al cuidado del niño (relacionado con el nivel educativo de la madre), seguidas de los factores reproductivos de la madre, los factores de saneamiento del hogar y los factores socioeconómicos, en su orden. 14

2.5. Mortalidad en menores de cinco años

La mortalidad en menores de cinco años presenta un descenso continuo a nivel distrital con una tasa de 32,7 muertes en el año 2005 disminuyendo 13,8 la tasa por 10000 menores de 5 años para el año 2014.

En el año 2014, Kennedy reporta un total de 151 casos de mortalidad para este grupo, 13,2% menos que al año anterior (171 casos).

Gráfica 5 Tasa de mortalidad en menores de cinco años. Kennedy y Bogotá. 2005-2014



Fuente: Proyecciones Censo de población 2005-2015, según grupos de edad y por sexo por UPZ DANE. Fuente 2008-2011: Bases de datos DANE y RUAUF-ND.- Sistema de Estadísticas Vitales SDS. 2015-2014: Bases de datos SDS y RUAUF-ND.- Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Preliminares

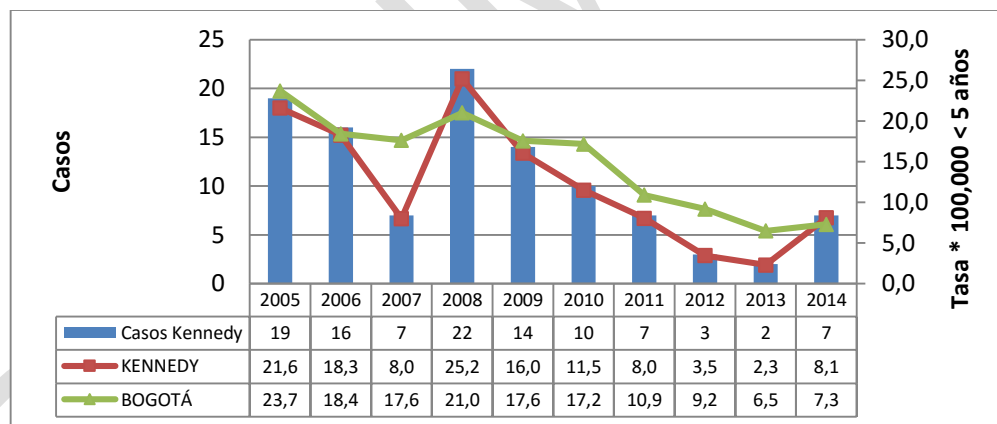
El 34,13% (n= 43) de los casos se presentaron en el territorio Kennedy central, seguido de Patio Bonito con un 23,02% (n=29) y Britalia Timiza 21,43% (n=27).

¹⁴Informe de Indicadores 2014 localidad de Kennedy, Hospital del Sur

El 45,2% corresponde a casos de mortalidad perinatal (neonatales tempranas) y el 16,7% son muertes neonatales tardías. De acuerdo al género, el 57,5% pertenecían al género masculino, el 45,5% eran del género femenino y se presentó un 0,09% indeterminado. Respecto a la pertenencia étnica, el 0,09% (1 caso) se registró como indígena, el 1,8% (20 casos) como afrodescendiente y el 98,01% restante no se reconocía dentro de ninguna etnia. Frente al aseguramiento, se evidencia que el 59,7% se encontraban afiliados al régimen contributivo, el 22,04% al subsidiado y el 15% no se encontraba asegurado. Al analizar la edad de la madre, se evidencia que el 38,8% eran hijos de madres Jóvenes (18 – 27 años), el 32,9% eran hijos de madres adultas, el 6,4% de adolescentes y se evidencia un 21,8% sin dato en esta variable, lo que concuerda con el estado civil, en tanto que el 44,08% viven en unión libre, el 14,4% solteras, el 14% son casadas y el 1,12% estaban separadas al momento del deceso del menor.

Las cifras de mortalidad por neumonía presenta disminución constante del periodo 2008 a 2013 con un leve aumento para el año 2014 de 0,8 menores de 5 años a nivel distrital, Para la localidad de Kennedy se presenta una tasa de 8,1 aumentando en estos últimos años por presentar 5 casos más.

Gráfica 6 Tasa de mortalidad por neumonía en menores de cinco años. Kennedy y Bogotá. 2005-2014



Fuente: Proyecciones Censo de población 2005-2015, según grupos de edad y por sexo por UPZ DANE. Fuente 2008-2011: Bases de datos DANE y RUA-F-ND.- Sistema de Estadísticas Vitales SDS. 2015-2014: Bases de datos SDS y RUA-F-ND.- Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Preliminares

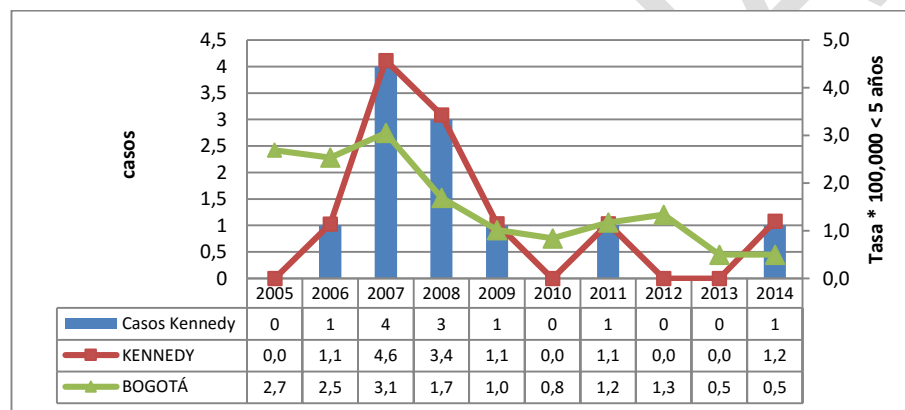
En el territorio Patio Bonito, Kennedy Central y Corabastos presentaron cada uno 2 casos y un caso en el territorio Britalia Timiza. Estos casos se reportan en las UPZ Patio Bonito y Corabastos con dos casos cada una, Carvajal, Castilla y Timiza con un caso.

Dentro del análisis de la información se evidencia que cinco de los casos se presentan en menores de un año y los otros dos están relacionados con

anomalías congénitas, siendo 5 hombres y dos mujeres. El 57,1% se encontraban afiliados al régimen contributivo, el 28,5% subsidiado y el 14,3% no se encontraban asegurados. De acuerdo a la etapa de ciclo vital de la madre, el 57,1% se encontraban en la etapa de juventud (18 – 27 años), el 14,3% eran adolescentes y en igual proporción eran adultas, de igual manera el 57,1% de las madres vivían en unión libre por más de dos años con su pareja y el 28,6% eran solteras.

Para el caso de la **mortalidad por enfermedad diarreica aguda**, ha mostrado un comportamiento decreciente, presentándose un caso en el año 2014 en la localidad de Kennedy con una tasa de 1,2(n=1).

Gráfica 7 Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años. Kennedy y Bogotá. 2005-2014



Fuente: Proyecciones Censo de población 2005-2015, según grupos de edad y por sexo por UPZ DANE. Fuente 2008-2011: Bases de datos DANE y RUAF-ND.- Sistema de Estadísticas Vitales SDS. 2005-2014: Bases de datos SDS y RUAF-ND.- Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Preliminares

En la localidad de Kennedy se presentó un caso de mortalidad por EDA menor de género masculino con antecedentes de bajo peso al nacer, residente en la UPZ de Patio Bonito y están en condición de desplazados. Su régimen de afiliación era contributivo

Se evidencian en IEC prácticas inadecuadas de cuidado al recién nacido, educación incompleta de cuidadores y prácticas culturales de sus lugares de origen, madre con nivel educativo básica secundaria, con 22 años de edad.

Uno de los determinantes más identificados es la contaminación, aspecto generalizado en todos los territorios de la localidad, y que se manifiestan en mayor medida en las zonas de menor desarrollo urbano donde las familias habitan en cambuches, viviendas que carecen de las condiciones básicas para satisfacer las necesidades sanitarias y habitacionales. Este aspecto permite evidenciar la confluencia de las condiciones ambientales con el estatus socioeconómico de un sector importante de la población de la localidad (6).

Mortalidad por desnutrición por la que no se reportaron casos ni en la localidad ni en el Distrito.

IDENTIFICACIÓN DE PRIORIZACION DE MORTALIDAD

Una vez se realiza el análisis de la mortalidad general, se puede establecer que son las enfermedades crónicas las que tienen mayor peso en la localidad, aumentando en relación con el 2011. De acuerdo a la mortalidad por subgrupos, en los menores de cinco años, las complicaciones obstétricas y las malformaciones presentan la mayor tasa de incidencia en esta población y superior a la del Distrito. Es preocupante en el grupo de 5 a 44 años, las principales causas de mortalidad relacionadas con lesiones de causa externa, en donde los homicidios presenta una tasa de incidencia mayor que la distrital, así como los accidentes de transporte. Con respecto a los subgrupos de 45 a 59 años y mayores de 60 años las muertes por enfermedades crónicas son las que tiene más peso en la carga de morbi- mortalidad.

Tabla 8 Lista de prioridades en mortalidad general, por subgrupos y materno infantil. Kennedy. 2014.

CAUSAS DE MORTALIDAD IDENTIFICADAS		INDICADOR LOCAL (tasa por 10.000 hab)	INDICADOR REFERENCIA (DISTRITO) (tasa por 10.000 hab)
MORTALIDAD GENERAL POR GRANDES CAUSAS			
	Enfermedades isquémicas del corazón	5,3	5,8
	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	2,2	2,4
	Diabetes mellitus	1,3	1,3
MORTALIDAD ESPECIFICA POR SUBGRUPOS			
Menor de 1 año	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	21,6	21,3
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	11,9	10,6
	Infecciones específicas del periodo perinatal	11,4	9,7
	Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido	4,5	2,3
DE 1 A 4 años	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	0,7	0,3
	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	0,4	0,4
DE 5 A 14 años	Agresiones (homicidios) y secuelas	2,1	0,1
	Accidentes de transporte de motor	0,6	0,2
DE 15 A 44 años	Agresiones (homicidios) y secuelas	2,7	2,1
	Accidentes de transporte de motor	0,7	0,6

	Enfermedad por VIH (SIDA)	0,4	0,4
	Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y secuelas	0,4	0,3
DE 45 A 59 años	Enfermedades isquémicas del corazón	3,4	0,2
	Enfermedades cerebrovasculares	1,9	0,3
	Tumor maligno del estómago	1,2	0,2
DE 60 años y más	Enfermedades isquémicas del corazón	51,9	49,5
	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	23,2	22,8
	Enfermedades cerebrovasculares	20,3	21,7

CAUSAS DE MORTALIDAD IDENTIFICADAS	INDICADOR LOCAL (tasa o razón)	INDICADOR DISTRITO (tasa o razón)
MORTALIDAD MATERNO INFANTIL		
Mortalidad Materna	26,6	29,0
Mortalidad Perinatal	14,2	13,7
Mortalidad Infantil	8,4	9,8
Mortalidad en menores de 5 años	17,6	19,7
Mortalidad por neumonía en menores de 5 años	8,1	7,8
Mortalidad por diarrea en menores de 5 años	1,2	0,5
Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	0,0	0,0

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

Finalmente para el grupo materno – infantil, se ha presentado un descenso en la tasa, sin embargo se hace necesario continuar con las estrategias que impactan en la salud de esta población.

2.3. Perfil de morbilidad

2.3.1. Morbilidad Atendida (Consulta Externa, Hospitalización Y Urgencias)

Los datos de morbilidad reflejan de qué se enferma la población que acude a los diferentes puntos de atención, en general las mujeres acuden más a los servicios de salud, con aproximadamente el 60% de las atenciones. Con respecto a la edad, la etapa de juventud y adultez reportan la mayor asistencia.

2.3.1.1. Consulta externa

En la infancia y la adolescencia la caries de la dentina y la rinofaringitis aguda aparecen dentro de las primeras causas de consulta desde el año 2012 con una representación del 13% para cada diagnóstico un aumento en un punto porcentual para el 2013 y disminuyendo en dos puntos para el 2014, además en la infancia aparece la parasitosis intestinal como tercer motivo por el cual se acude al médico en los tres años analizados. De igual manera en la juventud la caries de la dentina se reporta como la primera causa de consulta para ambos sexos, seguida de vaginitis aguda en las mujeres con una variación de un punto porcentual entre cada año.

Tabla 9 Primeras causas de consulta externa por ciclo vital. Centros de atención Hospital del Sur. Kennedy. 2012 – 2014.

ECV	DX	2012	2013	2014
INFANCIA	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	13,30%	14,70%	11,10%
	Caries de la dentina	13,20%	14,40%	13,30%
	Parasitosis intestinal	4,40%	6,10%	4,00%
ADOLESCENCIA	Caries de la dentina	14,20%	15,20%	14,60%
	Otros síntomas y signos generales especificados	3,30%		
	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	3,30%	4,10%	4,00%
	Gingivitis Crónica			3,40%
	Otros dolores abdominales y los no especificados		3,40%	
JUVENTUD	Caries de la dentina	15,30%	17,10%	16,24%
	Vaginitis aguda	4,60%	3,80%	3,77%
	Otros dolores abdominales y los no especificados	2,70%		
	Gingivitis crónica		3,50%	3,28%
ADULTEZ	Caries de la dentina	8,90%	9,60%	8,60%
	Hipertensión esencial (primaria)	5,40%	5,60%	10,20%
	Dolor en articulación	3,50%	4,30%	3,00%

VEJEZ	Hipertensión esencial (primaria)	25,80%	27,10%	42,40%
	Dolor en articulación	4,20%	4,80%	2,60%
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	3,40%		
	Infección de vías urinarias, sitio no especificado		2,90%	2,30%

Fuente: Hospital del Sur. RIPS y Facturación. 2014

En la adultez y la vejez se evidencia la carga de la enfermedad crónica pues se reporta la hipertensión arterial, el dolor articular, la obesidad y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica dentro de las primeras 10 causas de consulta. Es de resaltar que la hipertensión arterial ha tenido un aumento en la proporción de consultas de 8,9% en el 2012 a 10,2% en la etapa Adultez y de 25,8% en el 2012 en la etapa vejez a 42,4% en la etapa adultez.

En términos generales, se evidencia que las patologías con mayor consulta en la localidad corresponden a enfermedades dentales y crónicas, las cuales representan una alta carga de morbilidad en la localidad. En todos los grupos de edad, las mujeres aportan el mayor porcentaje con un 61% del total de las consultas.

2.3.1.2. Hospitalización

Para este servicio la distribución por sexo es similar, 56,4% para mujeres y 43,6% para hombres. En la infancia la infección de vías respiratorias se reportan dentro de los primeros lugares seguido de infecciones intestinales y convulsiones febriles con mayor manifestación en los hombres. Para el año 2014 el diagnóstico de hospitalización por bronquiolitis aguda registro un 21,3% aumentándose en un 5% comparado con el año anterior, aunque este mismo diagnostico no fue la primera causa de hospitalización en el 2012, el 19,5% consulto por infección aguda de las vías respiratorias superiores.

Por otro lado, en la adolescencia se observa causas relacionadas con atención a partos con una representación del 14,3% en el 2014, disminuyendo con relación al año anterior en donde se registró un 25% por éstos motivos de hospitalización. Sin embargo durante el 2014 se destacan causas relacionadas con trastornos mentales (7,1%) y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas (7,1%) resaltando que en el 2013 no se refirieron como primeras causas de hospitalización.

En la etapa de ciclo vital juventud la primera causa de hospitalización para el 2014 fue atención a partos con un 38,1% aumentándose en más del 100% con respecto al año anterior.

Tabla 10 Primeras causas de consulta externa, urgencias y hospitalización por ciclo vital. Centros de atención Hospital del Sur. Kennedy. 2014

INFANCIA					
DX	2012	DX	2013	DX	2014
Infección aguda de las vías respiratorias superiores	19,5%	Bronquiolitis aguda, no especificada	16,7%	Bronquilitis aguda no especificada	21,3%
Infección de vías urinarias	11,5%	Otras infecciones agudas de sitios múltiples de las vías respiratorias superiores	14,3%	Bronquitis aguda, no especificada	10,6%
Otros dolores abdominales y los no especificados	8%	Fiebre, no especificada	11,9%	Neumoconiosis debida a otros polvos que continenesilice	8,5%
ADOLESCENCIA					
Parto único espontaneo, otros partos	17,4%	Otros dolores abdominales y los no especificados	50%	Parto único espontaneo, sin otra especificación	14,30%
Otros dolores abdominales y los no especificados	8,7%	Parto único espontaneo, otros partos	25%	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol: intoxicación aguda	7,10%
Hipertensión materna, no especificada	4,3%	Otitis externa, sin otra especificación	25%	Transtornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol: Intoxicación aguda	7,10%
JUVENTUD					
Parto único espontaneo y otros partos	27,5%	Dolor pélvico y perineal	18,2%	Parto único espontaneo, sin otra especificación	38,10%

Otros dolores abdominales y los no especificados	15,9%	Parto único espontaneo, otros partos	15,2%	Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas	4,76%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína: otros trastornos mentales y del comportamiento	4,3%	Otros dolores abdominales y los no especificados	12,1%	Celulitis de otras partes de los miembros	4,76%
ADULTEZ					
Otros dolores abdominales y los no especificados	13,4%	Otros dolores abdominales y los no especificados	6,7%	Otros dolores abdominales y los no especificados	9,60%
Hipertensión esencial (primaria)	9,8%	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol: intoxicación aguda	6,7%	Parto único espontaneo, sin otra especificación	7,70%
Parto único espontaneo y otros partos	8,5%	Otras gastritis agudas	4,4%	Hipertensión esencial (primaria)	5,80%
VEJEZ					
Hipertensión esencial (primaria)	17,5%	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	25,8%	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	16,00%
Otros dolores abdominales y los no especificados	17,5%	Hipertensión esencial (primaria)	25,8%	Hipertensión esencial (primaria)	12,00%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	12,3%	Otros dolores abdominales y los no especificados	16,1%	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicaciónm	8,00%

Fuente: Hospital del Sur. RIPS y Facturación. 2014

Nuevamente la enfermedad crónica aparece como un importante factor en la morbilidad, esta vez por hospitalización en las etapas de adultez y vejez, representadas por la hipertensión arterial y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Sin embargo los dolores abdominales y los no especificados generaran un alto número de hospitalización en la etapa Adulta aumentándose en un 3% en comparación con el 2013; en tanto que en el ciclo vejez la hipertensión pulmonar

obstruictiva crónica aunque persiste como primera causa de hospitalización disminuye en un 9% comparado con el año anterior.

2.3.1.3. Urgencias

El 60,9% de las consultas por urgencias son mujeres y el 39,1% son hombres. En los niños, las enfermedades de tipo infecciosos se encuentran dentro de las primeras causas de consulta; para el 2014 se reporta la Rinofaringitis como primera causa de consulta en el servicio de urgencias disminuyendo en un 5% respecto al 2013 año en que también fue la primera causa de urgencias. El diagnóstico de Diarrea para el 2012 se encontraba en el tercer lugar de consulta pasando al segundo lugar en los años 2013 y 2014 con un 7,9% y 6,5% respectivamente.

En la adolescencia y en la juventud los dolores abdominales y pélvicos y la infección de vías urinarias son las primeras causas, afectando más a las mujeres con aproximadamente el 60% de las consultas. Se resalta que pese a que los dolores abdominales para los tres años analizados ocupa el primer lugar de consulta por urgencias se presenta un descenso en su nivel de consulta pasando de 13,9% en el 2013 a 8,1% en el 2014, en el año 2013 se encuentra como tercera causa de consulta por urgencias en los adolescentes el diagnóstico de Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso pasando al segundo lugar en el año 2014 con 5,4% del total de consultas.

Tabla 11 Primeras causas de urgencias por ciclo vital. Centros de atención Hospital del Sur. Kennedy. 20102 - 2014

INFANCIA					
DX	2012	DX	2013	DX	2014
Infección aguda de las vías respiratorias superiores	11.60%	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	13.90%	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	8.10%
Fiebre, no especificada	10.80%	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	7.90%	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	6.50%
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	9.40%	Otros dolores abdominales y los no especificados	7.60%	Otros dolores abdominales y los no especificados	5.10%
ADOLESCENCIA					

Otros dolores abdominales y los no especificados	16%	Otros dolores abdominales y los no especificados	16.40%	Otros dolores abdominales y los no especificados	9.90%
Dolor pélvico y perineal	9.30%	Dolor pélvico y perineal	12.30%	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	5.40%
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	4.20%	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	5%	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	4.90%
JUVENTUD					
Otros dolores abdominales y los no especificados	17.10%	Dolor pélvico y perineal	18.30%	Otros dolores abdominales y los no especificados	8.54%
Dolor pélvico y perineal	12.80%	Otros dolores abdominales y los no especificados	13.90%	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	6.39%
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	6.30%	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	5.90%	Herida del brazo	5.87%
ADULTEZ					
Otros dolores abdominales y los no especificados	13.60%	Otros dolores abdominales y los no especificados	12.30%	Otros dolores abdominales y los no especificados	6.70%
Hipertensión esencial (primaria)	6.90%	Hipertensión esencial (primaria)	6.50%	Hipertensión esencial (primaria)	5.30%
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	4.50%	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	4.90%	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	4.30%
VEJEZ					
Hipertensión esencial (primaria)	18.70%	Hipertensión esencial (primaria)	18.10%	Hipertensión esencial (primaria)	14.90%
Otros dolores abdominales y los no especificados	11.70%	Otros dolores abdominales y los no especificados	7.20%	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	5.00%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	9.60%	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	6.30%	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	4.60%

Fuente: Hospital del Sur. RIPS y Facturación. 2014

Para las etapas de adultez y vejez los dolores abdominales, la hipertensión arterial y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, se encuentran entre las principales causas. Siendo nuevamente la enfermedad crónica un problema en la salud de estos grupos de edad. El porcentaje de consulta por urgencias para la etapa adultez se ha disminuido en un 50% en el 2014 en comparación con el 2012.

En la etapa de ciclo vital Vejez la hipertensión esencial es la primera causa de consulta por urgencias permaneciendo con una representación del 18% durante los años 2012 y 2013, disminuyendo en el 2014 a 14,9%. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica se encuentra como tercer motivo de urgencias en el 2012 ascendiendo en su nivel de consulta a segundo lugar en el 2014, sin embargo el porcentaje de consulta disminuye en un 1%.

Finalmente dentro de los eventos de alto costo contempladas en la resolución 3974 de 2009 se consideran las siguientes enfermedades: Cáncer de cérvix, Cáncer de mama, Cáncer de estómago, Cáncer de colon y recto, Cáncer de próstata, Leucemia linfocítica aguda, Leucemia mieloide aguda, Linfoma Hodgkin, Linfoma no Hodgkin, Epilepsia, Artritis reumatoide, Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). De acuerdo a lo anterior y basado en los Registros Individuales de Prestación en salud del Hospital del Sur E.S.E., durante el 2014 se atendieron 1546 eventos de alto costo (1,03% del total de consultas) por consulta externa, de los cuales el 59,5% son mujeres y el 40,5% son hombres, el evento con mayor proporción de consultas fue por Epilepsia (67,7%), seguido de Artritis reumatoide (30,4%) con mayor afectación en el género femenino; en menor proporción se atendieron consultas de pacientes con leucemia linfocítica (0,26%), tumor maligno de la próstata (0,19%), tumor maligno de mama (0,91%), tumor maligno de estómago (0,39%), así como tumor maligno de cérvix y linfoma no hodgkin (0,6%).

De acuerdo a los registros de la Institución por hospitalización, se atendieron 57 eventos de alto costo (0,5% del total de atenciones por hospitalización), de los cuales el 65% son hombres y el 35% mujeres, el 84,2% de los registros fueron atenciones por casos de Epilepsia afectando principalmente a los hombres (59,6%), el 14% de las atenciones fueron por Artritis reumatoide afectando principalmente a mujeres y el 1,7% restante se atendieron por tumor maligno de mama.

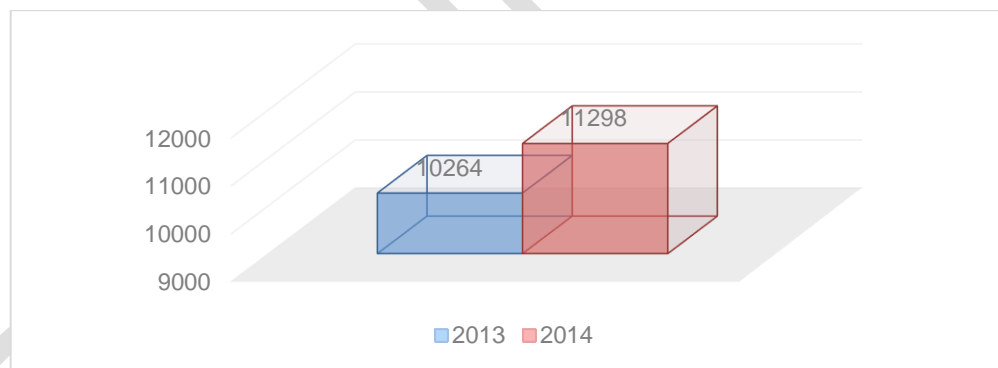
2.3.2 Eventos de Interés en Salud Pública

2.3.2.1 Eventos transmisibles

Los datos referenciados corresponden a los extraídos de la base SIVIGILA distrital y analizados por residencia encontrando para el año 2013 un total de 10392 casos notificados de estos el 1.23% cuenta con un ajuste D (descartado) por no cumplir con definición de caso para el evento los cuales se eliminaron, no se identifican datos duplicados ya que no se cuenta con la variable número de documento para identificar registros duplicados quedando un total de 10264 registros, para el año 2014 se identifica un total de 11716 registros de los cuales se eliminaron 220 casos con ajuste D más 198 casos duplicados, quedando un total del 11298 registros presentando un aumento del 9.1% en eventos presentados por residencia en la localidad e Kennedy. Ver grafica 1.

Situación que refleja el compromiso y fortalecimiento de la autoridad sanitaria, el asesoramiento y capacitación continuo a los profesionales que realizan la notificación y la caracterización de nuevas unidades primarias generadoras de datos.

Gráfica 8 Comparativo datos absolutos eventos presentados por residencia localidad Kennedy, periodo 2013 – 2014

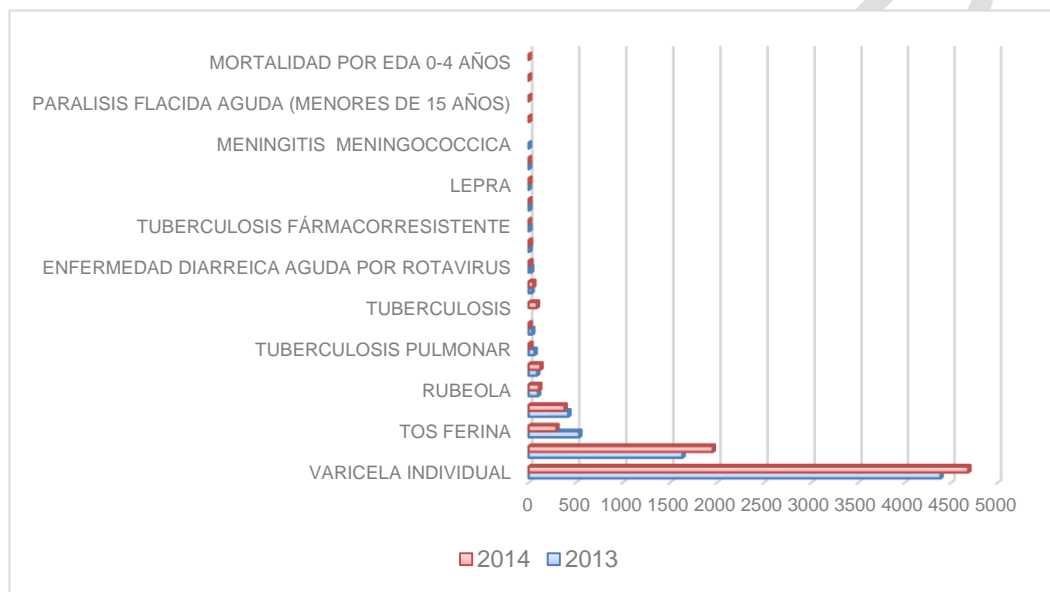


Fuente: base SIVIGILA distrital 2013 – 2014.

La identificación de casos residentes en la localidad de Kennedy por eventos se identifica que para los prevenibles por vacuna para el año 2013 se presentó una tasa de incidencia de 7 afectados por alguna de las patologías transmisibles por cada mil habitantes, para el año 2014 la tasa de incidencia es de 7.3 afectados por alguna de las patologías transmisibles por cada mil habitantes. En proporción la varicela es la enfermedad con mayor número de casos notificados de las enfermedades transmisibles con un 59.6% para el 2013 y un 60.2% para el año 2014, seguido por agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia con un 22.2% para el 2013 y 25.1% para el 2014 esto secundario al

posicionamiento de la notificación de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, también al aumento de población canina habitante de la calle, en tercer lugar el evento Tos ferina que durante el año 2013 Bogotá contaba con un brote el cual fue disminuyendo el número de casos para el 2014 y para la localidad de Kennedy se redujo en un 54.9%. Ver grafica 2.

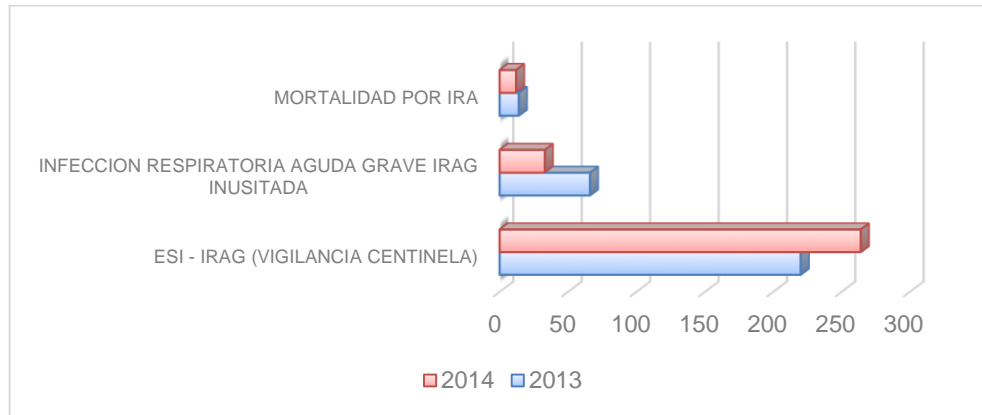
Gráfica 9 Eventos prevenibles por vacuna / Transmisibles, casos residentes en la localidad de Kennedy 2013 – 2014



Fuente: base SIVIGILA distrital 2013 – 2014.

En cuanto a las enfermedades respiratorias se identifica una mayor proporción de casos ESI IRAG centinela a lo cual se debe aclarar que la localidad e Kennedy cuenta con el Hospital occidente de Kennedy referente para este evento. Sin embargo en cuanto a tasa de incidencia es de 2.9 casos por enfermedad respiratoria por cada 10000 habitantes. Ver grafica 3.

Gráfica 10 Enfermedades Respiratorias, casos residentes en la localidad de Kennedy 2013 – 2014

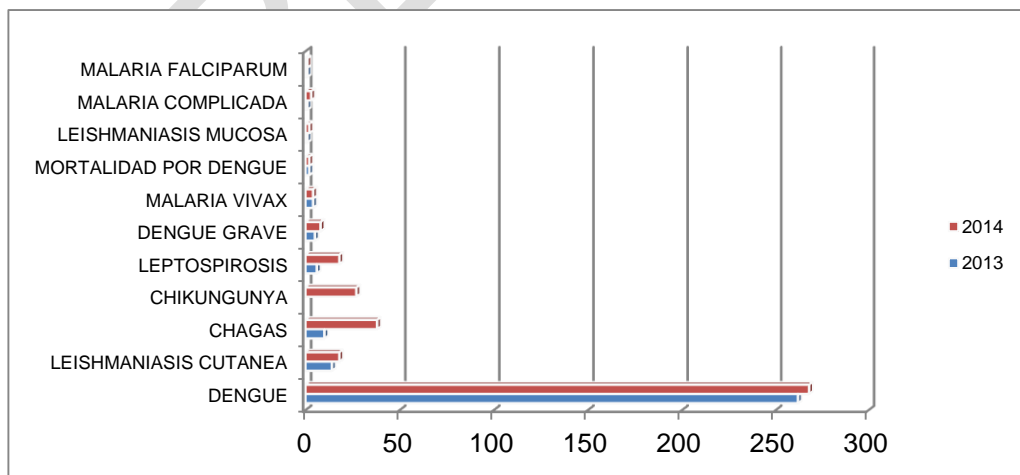


Fuente: base SIVIGILA distrital 2013 – 2014.

También se evalúa el comportamiento de enfermedades transmitidas por vectores, a lo que se debe tener en cuenta que muchas de estas enfermedades como la malaria, Leishmania, Dengue, Chicunguya, chagas (en todas sus formas) no son autóctonas de la ciudad de Bogotá por no ser región endémica para la presentación de estas enfermedades, sin embargo muchos de los casos residentes corresponden a viajeros y personas incorporadas a las fuerzas militares.

La tasa de incidencia para el 2013 es de 2.94 enfermedades tramitadas por vectores por cada 10000 habitantes mientras que para el año 2014 está aumento a 3.69 ETV por cada 10000 habitantes. En mayor proporción esta Dengue con un 85.6% para el 2013 con una disminución de 2.2% para el 2014. Ver grafica 4.

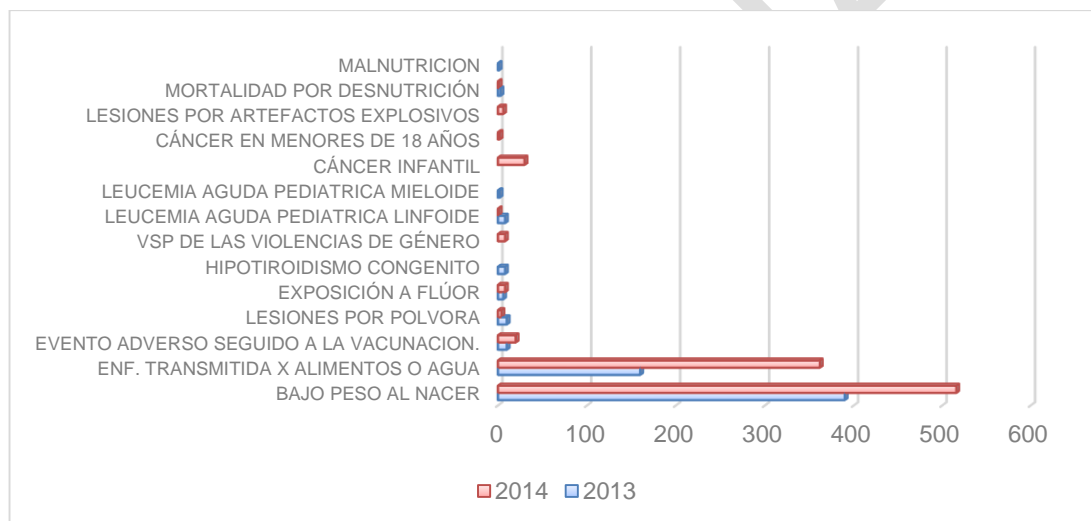
Gráfica 11 Eventos transmitidos por vectores, casos residentes en la localidad de Kennedy 2013 – 2014



Fuente: base SIVIGILA distrital 2013 – 2014.

Algunos eventos se reunieron dentro de los vigilados desde el área de salud sexual y reproductiva y salud materno infantil con una tasa de incidencia de 1 por mil habitantes y relacionados en proporción de casos notificados residentes en la localidad de Kennedy corresponde a morbilidad materna extrema 31.11% seguido de los casos de VIH con el 21.42%, para el 2014 se cuenta con una tasa de incidencia de 1.1 por mil habitantes con proporción de casos notificados residentes en la localidad de Kennedy corresponde a morbilidad materna extrema 32.88% seguido de los casos de VIH con el 21.36%. De los eventos notificados por algún tipo de intoxicación desde los diferentes agentes se identifica una tasa de incidencia de 5.9 casos de intoxicación por cada 10000 habitantes aumentando para el 2014 a 6.4 casos por 10000 habitantes

Gráfica 12 Enfermedades no transmisibles, casos residentes en la localidad de Kennedy 2013 – 2014



Fuente: base SIVIGILA distrital 2013 – 2014.

Finalmente se realizó agrupación de enfermedades no transmisibles en las que el bajo peso es el evento con mayor proporción de casos notificados para el 2013 con el 65.2% y 53.8 para el año siguiente. Se evidencia un aumento de casos del 24.6%. en general una tasa de incidencia para estos eventos de 5.7 por 10000 habitantes para el 2013, aumentado para el año 2014 a 9 por 10000 habitantes.

Por distribución de casos según clasificación de los eventos de erradicación se registró 2 casos de Parálisis Flácidas en el 2014 con resultados negativos para Polio Virus, en cuanto a los eventos de control internacional como el Cólera se descartó también por laboratorios.

Dentro de los eventos de eliminación (Sarampión, Rubeola, Síndrome de Rubeola Congénita, Sífilis Gestacional, lepra y Rabia Humana) aportan el 2% (n=213) de la notificación para el 2013 y el 2.4% (n=279) para el año 2014. De estos los

eventos de mayor notificación corresponden a sospechas de sarampión / Rubeola con el 88.2% para el 2013 y 84% para el 2014, de estos ninguno confirmado.

2.3.1.4.2 Morbilidad Atendida en Salas ERA

De acuerdo a la información suministrada por las salas ERA del Hospital del Sur, la institución atendió un total de 965 niños y niñas durante el 2014 (7).

Para el año en mención en el CAMI (Centro de Atención Inmediata) Patio Bonito se atendieron un total de 627 casos de niños menores de 5 años en la sala ERA. En cuanto al seguimiento de los 627 casos atendidos para determinar el destino final en las Salas ERA, el 95% fueron resueltos en su totalidad en el centro de atención médica. Al 100% de los casos se les realizó acompañamiento y seguimiento telefónico por parte del personal responsable en cada uno de los centros de atención, verificando la comprensión de las recomendaciones y la posibilidad de su aplicación en casa (7). El diagnóstico más frecuente en la SALA ERA del CAMI fue Bronquiolitis con un 44,2% de la consulta durante el año 2014, seguido de síndrome Broncobstructivo.

Tabla 12. Distribución Diagnósticos en Sala ERA. Kennedy. CAMI Patio Bonito. Año 2014.

EVENTOS DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO	15 - 44
	Kennedy
	casos
Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre	35
Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama	6
Tasa de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino	4

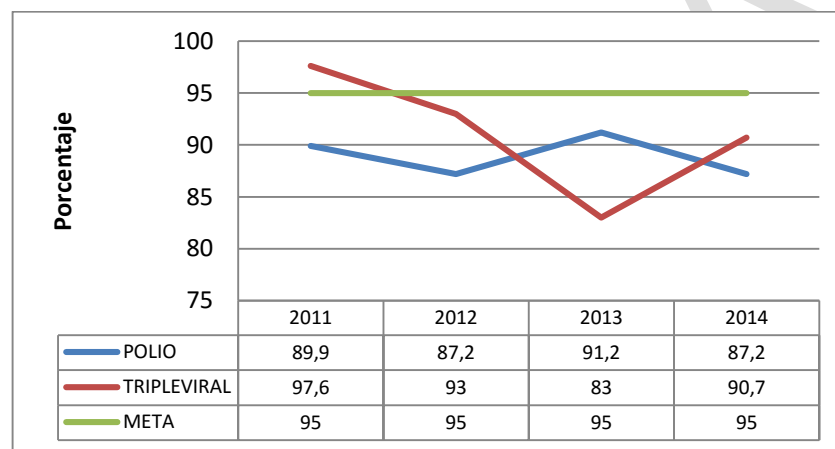
Fuente: Boletín Epidemiológico Mensual de la línea aire, ruido y radiación electromagnética. De Enero a Diciembre de 2014. Hospital del Sur

Teniendo en cuenta los eventos reportados en sala ERA para la localidad de Kennedy del CAMI de Patio Bonito durante los años 2008 – 2014, se evidencia el mayor número de casos atendidos en el año 2008 con 1733 casos, seguido del 2010 con 1198, otra de las anotaciones importantes es que se mantienen casi para todos los años los picos respiratorios en Abril y en Octubre, excepto en el año 2012.

2.3.2. Plan Ampliado de Inmunizaciones

El Plan de Desarrollo Distrital establece como meta, un 95% de cobertura en vacunación para cada uno de los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), como indicadores trazadores de esta meta se tiene las dosis de polio aplicadas en población menor de un año y las dosis de Triple Viral aplicadas en población de un año de edad. Para el 2013, respecto al Polio, cuya cobertura en 2012 era baja (87,2%), durante el 2013 aumente levemente la cobertura con 91,2% volviendo a descender en el 2014 a 87,2% y la Triple Viral reporta 90,7%, la cual aumentó respecto al año anterior (83%).

Gráfica 13 Cobertura de vacunación antipolio y triple viral. Kennedy. 2014



Fuente: Hospital del Sur. Aplicativo PAI

Al comparar las bajas coberturas de vacunación, es importante considerar el comportamiento de la notificación de eventos inmunoprevenibles en la localidad, frente a año anterior se observa un aumento del 12,9%. Aunque disminuyen casi todos los eventos, el aumento se ve representado por los casos probables de tos ferina, los cuales se presentan en un 69% en menores de un año.

Respecto a la aplicación del biológico contra el virus del papiloma humano, la cual hace parte de la estrategia nacional para reducir la morbi mortalidad por cáncer de cuello uterino y cuyo esquema contempla la aplicación de tres dosis, la cobertura en la localidad durante el año 2012 fue del 45,9%, aumentándose significativamente durante el 2013 a un 200% y durante el 2014 fue de 99,4%.

2.4. Convivencia social y salud mental

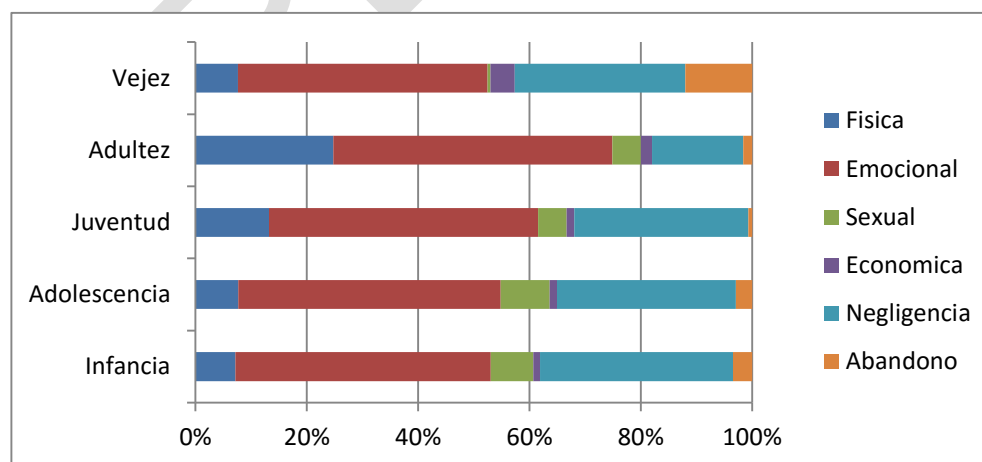
2.4.1. Violencia Intrafamiliar y Maltrato Infantil

En el 2014, en la localidad de Kennedy se reportan 3.287 casos de violencia en la localidad, 19.3% más que el año anterior. Las mujeres son las principales víctimas con el 70.17% de los casos. La violencia emocional, generalmente se reporta con otros tipos de violencia, por lo cual representa la mayor frecuencia, seguida de esta se encuentra la negligencia con un 32%, luego se encuentra la física con 10% y por último con un porcentaje similar tenemos la violencia sexual con 7%, esta última debe tenerse en cuenta aun cuando su frecuencia no sea tan alta como las demás, dado que es una problemática que genera mayor impacto a nivel psicológico en el individuo, la familia y la sociedad a corto, mediano y largo plazo.

La infancia es el ciclo vital que más se ve afectado con el 53% de la notificación, siendo la negligencia y la violencia sexual los principales tipos de violencia. El 20% de los casos de violencia reportados afectan a la adolescencia, la negligencia es el tipo de violencia que se presenta con mayor frecuencia (26%) seguido de la violencia física (18%).

En la juventud, la negligencia es el tipo de violencia con mayor notificación (58%), luego de la violencia emocional, representado en su mayoría por gestantes sin controles prenatales. Mientras que en los adultos, la violencia física ocupa el primer lugar, siendo mayor en las mujeres con un 81,93%. La etapa de vejez, presenta la menor notificación el tipo de violencia más frecuente es la negligencia, seguida por el abandono.

Gráfica 14 Comportamiento de tipos de violencia por etapa de ciclo vital. Kennedy. 2014



Fuente: Bases de Datos SIVIM – Hospital del Sur 2014

En la juventud, la negligencia es el tipo de violencia con mayor notificación (58%), representado en su mayoría por gestantes sin controles prenatales. Mientras que en los adultos, la violencia física ocupa el primer lugar (53%), siendo mayor en las mujeres con un 81,93%. La etapa de vejez, presenta la menor notificación con el 4%, el tipo de violencia más frecuente es la negligencia con un 54%, seguida por el abandono (22%).

La UPZ que reporta el mayor número de casos es Patio Bonito con el 25%, en segundo lugar se encuentra la UPZ Corabastos con el 13% y Timiza con el 9%.

Es de anotar que respecto a años anteriores la tendencia de crecimiento continúa en cuanto a número de notificaciones y si bien este aumenta, los tipos de violencia que históricamente han tenido una alta frecuencia en las localidades de Kennedy en casos efectivos, no se encuentran cambios significativos los cuales puedan hacer suponer un cambio frente a esta problemática.

De acuerdo al régimen de afiliación, el 45,1% se encuentran afiliados al contributivo, seguido del subsidiado, conservando la misma proporción por género. Frente al reconocimiento a alguna etnia, el 0,4 de las personas notificadas con alguna violencia se identificaron como afrocolombianos, con mayor representatividad en los hombres y como grupo poblacional, se evidencia una mayor proporción en las personas desplazadas a las que se les vulnera sus derechos.

Tabla 13 Características demográficas de los casos notificados a SIVIM, Localidad de Kennedy.2014.

5,3	5,8
2,2	2,4
1,3	1,3
21,6	21,3
11,9	10,6
11,4	9,7
4,5	2,3
0,7	0,3
0,4	0,4
2,1	0,1
0,6	0,2
2,7	2,1
0,7	0,6
0,4	0,4

0,4	0,3
3,4	0,2
1,9	0,3
1,2	0,2
51,9	49,5
23,2	22,8
20,3	21,7

Variables sociodemográficas	TOTAL		Masculino		Femenino	
	No	%	No	%	No	%
Régimen de Seguridad Social						
Contributivo	1482	45,1	416	45,0	1066	45,1
Subsidiado	1244	37,8	344	37,2	900	38,1
Vinculado	506	15,4	145	15,7	361	15,3
Particular	8	0,2	1	0,1	7	0,3
Medicina prepagada	1	0,0		0,0	1	0,0
Regimen Especial	46	1,4	18	1,9	28	1,2
Total	3287	100	924	100	2363	100
Etnia						
Afrodescendiente	13	0,4	7	0,8	6	0,3
Indígena	8	0,2	1	0,1	7	0,3
Palenquero	3	0,1	1	0,1	2	0,1
otro	3263	99,3	915	99,0	2348	99,4
Total	3287	100	924	100	2363	100
Grupo Poblacional						
Desplazados	135	4,1	34	3,7	101	4,3
Discapacidad	38	1,2	19	2,1	19	0,8
Habitante de Calle	5	0,2	2	0,2	3	0,1
Responsabilidad penal	2	0,1		0,0	2	0,1
Ninguna	231	7,0	869	94,0	2238	94,7
Total	3287	100	924	100	2363	100

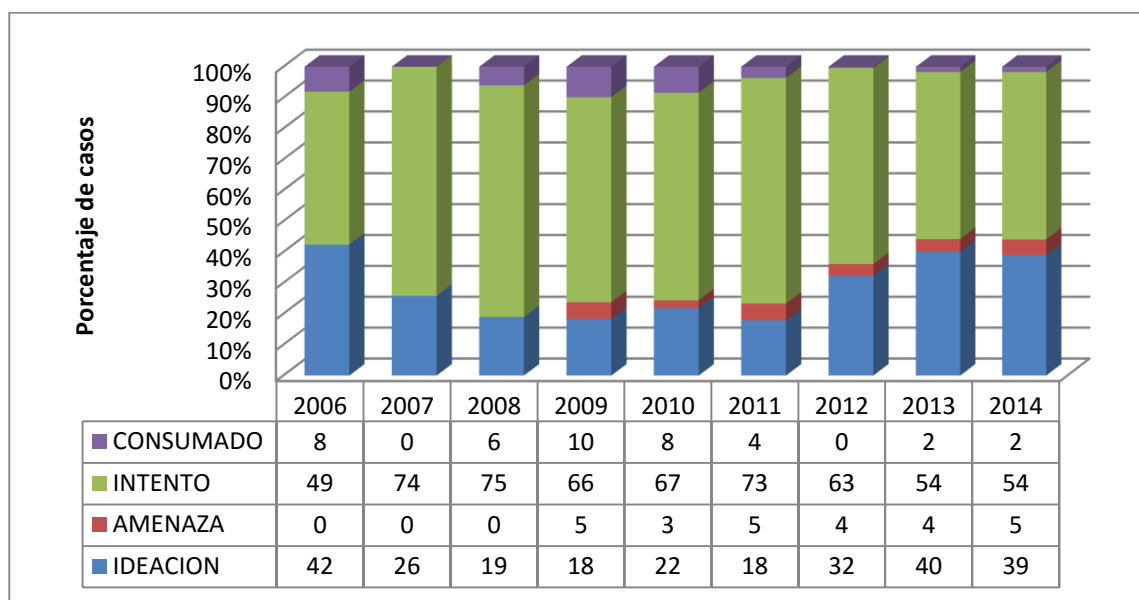
Fuente: Base SIVIM depurada – SDS. 2014.

2.4.2. Conducta Suicida

Durante el 2014, se reporta un incremento en la notificación del 37% comparado con el año anterior. Desde el año 2012 se evidencia un incremento en la notificación en un orden del 57% frente al promedio de los años del 2006 al 2011. El mayor porcentaje de notificaciones al subsistema se presenta en el evento de intento de suicidio (60,5%), el cual es captado en su mayoría por los servicios de

urgencias; la notificación del evento de ideación suicida se mantiene en aumento, asociado al reporte por parte de servicios educativos y de salud prestados a usuarios residentes en el territorio.

Gráfica 15 Comportamiento porcentual de notificación total de eventos de conducta suicida registrado al sistema de información entre los años 2006 al 2014 Localidad de Kennedy



Fuente: Hospital del Sur. Bases SISVECOS

El Sistema de Vigilancia de la Conducta Suicida resultó de una mayor notificación amplia el número de intervenciones efectivas, para el año 2014 se abordaron 456 casos en la localidad. Frente al comportamiento de la notificación por sexo se encuentra que el 33% de las conductas suicidas se presenta en hombres, mientras que el comportamiento de la notificación en mujeres corresponde al 68% (240 casos).

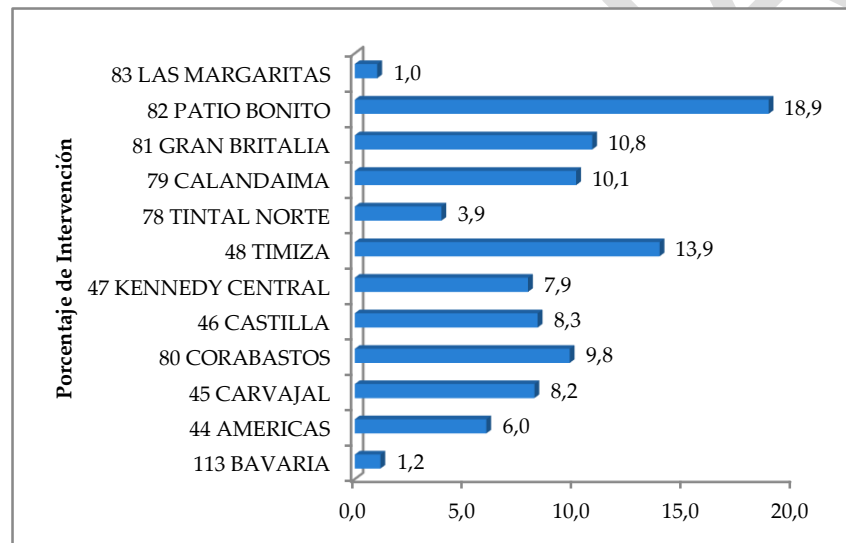
Tabla 14 Intervenciones de campo efectivas SISVECOS. Kennedy. 2014

TIPO DE CONDUCTA SUICIDA	Total general		HOMBRE		MUJER	
	No.	%	No.	%	No.	%
IDEACION	269	39,3	87	12,7	182	26,6
AMENAZA	59	8,6	20	2,9	39	5,7
INTENTO	340	49,7	100	14,6	240	35,1
CONSUMADO	16	2,3	12	1,8	4	0,6
Total general	684	100	219	32,0	465	68,0

Fuente: Hospital del Sur. Bases SISVECOS.

El mayor porcentaje de los eventos se concentra en los intentos de suicidio con un 49,7%, manteniendo la tendencia en la notificación, por sexo se encuentra que el 14,6% de los intentos de suicidio se presenta en hombres, esto contrasta con el comportamiento de la notificación donde el 35,1% (240 casos) de los intentos se presenta en mujeres. Referente a la edad, la notificación de intento suicida muestra que el 17% se reporta entre los 14a17 años, seguido por el 12% entre 18 a 26 años. Para la ideación suicida se encuentra que el mayor número de eventos corresponde a las edades entre los 14a17 años (12,6); para las edades de la vejez el evento de ideación suicida alcanza el 1,5% (10 casos).

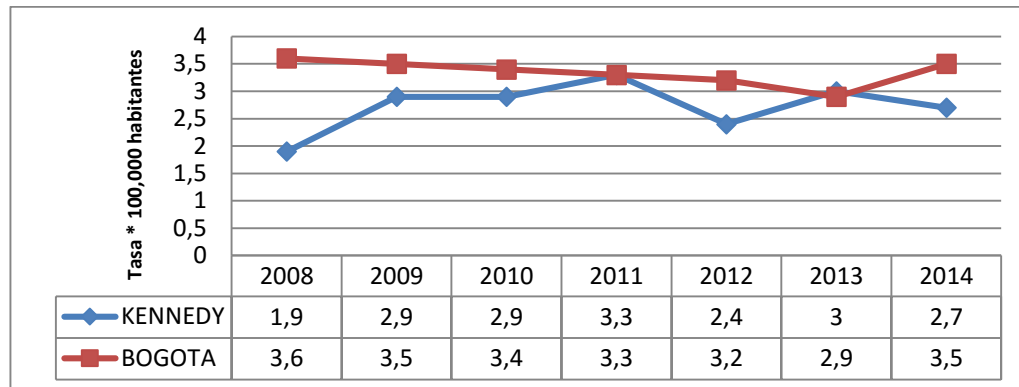
Gráfica 16 Intervenciones de campo efectivas SISVECOS distribuidas por UPZ. Kennedy. 2014



Fuente: Hospital del Sur. Bases SISVECOS.

Las UPZ Patio Bonito y Timiza, presentan la mayor notificación de conducta suicida con el 18,9% y 13,9%, respectivamente. De acuerdo a la base SISVECOS, dentro de los factores de riesgo que están generando una tendencia a que el suicidio se presente cada vez más en poblaciones jóvenes, se considera a la presencia de conflictos con el grupo primario de apoyo en la relación con padres y los familiares políticos y en adultos por problemas en la relación entre esposos o pareja. Durante el 2014 la tasa de suicidio desciende en la localidad de Kennedy, respecto al año anterior en 3 puntos porcentuales, lo contrario a lo presentado en Bogotá donde la tasa de suicidio aumenta en 6 puntos porcentuales.

Gráfica 17 Tasa de suicidio. Kennedy y Bogotá. 2008-2014



Fuente: Proyecciones Censo de población 2005-2015, según grupos de edad y por sexo por UPZ DANE. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – INMLCF. 2008-2014

En el análisis de este indicador se identifica como factores de riesgo la conducta compulsiva, falta de redes de apoyo y antecedentes de amigos con conducta suicida. Como factores desencadenantes, los más frecuentes son: sentimiento de frustración y sentimiento de culpa. Dentro de estos se encuentra que el matoneo y conflictos permanentes con personas en el lugar de estudio (8).

El crear espacios de socialización y análisis en temas que involucran directamente a la población joven, abre una puerta para la expresión y sensibilización de una población que necesita ser escuchada, más aún en temas que son considerados tabú, pero que a su vez, constituyen una situación real en la localidad y en el distrito.

Frente al alto número de casos de conducta suicida en los adolescentes, se puede mencionar que este periodo, al constituir una etapa de cambios físicos, emocionales y sociales, requiere de redes de apoyo familiares que permitan el establecimiento de patrones de conductas estables y de vínculos fuertes que amortigüen las dificultades que generan los amigos y pares, teniendo en cuenta que la autoestima en esta edad, se encuentra altamente ligada a roles sociales (8).

Acciones en el hogar y en las instituciones educativas como fomentar la seguridad y estimular adecuadamente su desarrollo y estabilidad, minimizarían factores de riesgo como la soledad y el aislamiento, aún más, la asimilación de la adolescencia, como una etapa conflictiva que podría desencadenar eventos suicidas.¹⁵

¹⁵ Informe de Indicadores 2014 localidad de Kennedy, Hospital del Sur

2.5. Derechos sexuales y sexualidad (salud sexual y reproductiva)

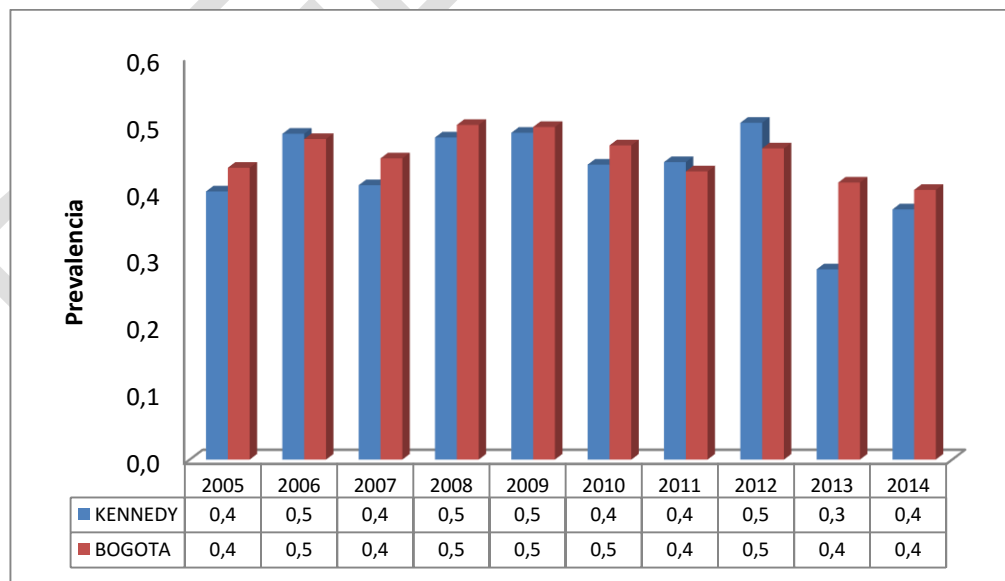
2.5.1. Nacidos vivos en adolescentes

2.5.1.1. Nacidos vivos en menores de 14 años

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

Durante los últimos cinco años la localidad de Kennedy ha presentado un comportamiento estacionario en estos nacimientos, durante el 2014 se reportan 56 nacimientos en menores de 15 años, 23,2% más que el año anterior. La prevalencia de nacidos vivos en esta población presenta un comportamiento similar a la ocurrida en el Distrito.

Gráfica 18 Prevalencia nacidos vivos en Adolescentes de 10 – 14 años. Kennedy. 2005 – 2014.



Fuente: RUAF, Nacidos Vivos años 2005 - 2014

La UPZ Patio Bonito sigue caracterizándose por su alta densidad poblacional, problemáticas socio-económicas y mayor número de Nacidos Vivos con respecto a otras UPZ de la Localidad. Debido a estas características del Territorio, se evidencia que el mayor número de estos nacidos vivos se dan en condiciones y en población vulnerable. Así mismo en UPZ como Las Margaritas y Tintal Norte no se han presentado casos porque son zonas de poca densidad poblacional, de nivel socio-económico medio y con población adulta en su mayoría.

De estos nacimientos se cuenta que el 48,2% de las adolescentes tiene régimen contributivo, 41,1% régimen subsidiado y 8,9% se encuentra sin aseguramiento. El 12,5% de los nacimientos se presentan antes de la semana 37 y el 14,3% presenta bajo peso al nacer, porcentajes más altos que el total de nacimientos de la localidad (11,2% y 11,8%, respectivamente).

El 66,1% de las madres cuenta con básica secundaria y el 30,4% con básica primaria. En cuanto a la edad del padre, el 66,1% se encuentran entre los 15 a 19, seguido por los de 20 a 24 años con 21,4% años, aunque se reportan edades hasta el grupo de 50 a 54 años, casos que pueden estar relacionados con presunto abuso sexual. Además, se destaca que el 30,4% de las adolescentes se encuentran viviendo en unión libre mientras que en su mayoría son solteras (67,9%).

Las unidades de análisis realizadas con la población de la localidad en torno a tema muestran que hay un conocimiento parcial del funcionamiento y utilidad de los métodos anticonceptivos tanto en hombres como en mujeres. Con respecto a ellas, en la edad adulta saben más del tema que los hombres puesto que se han ido familiarizando a medida que frecuentan con mayor asiduidad los servicios médicos, después de ser madres adolescentes.

Se atribuye a la falta de información y al poco cuidado de los padres el hecho de que las adolescentes queden en embarazo. Los padres, a pesar de sus buenas intenciones para informar a sus hijos, poseen información parcial. Los amigos y otras personas de su edad no siempre son una fuente de información confiable.

También se encuentran casos en que los padres comienzan a presionar a los niños y niñas para que se comporten como adultos cargándolos incluso con actividades que son responsabilidades de los mayores, lo que puede ser una causa de que las mujeres en su adolescencia consideren que es el momento de ser madres.

La escolarización no es vista como una opción para ampliar las oportunidades o conseguir independencia y autonomía. Luego de tener los hijos, es más difícil seguir estudiando o conseguir un trabajo, a menos que las mujeres cuenten con apoyo de sus padres o parejas. No obstante, en esas situaciones persiste la motivación de seguir adelante para poder brindarles mejores oportunidades a sus hijos (9) (10).

En el análisis de determinantes se identificaron casusas estructurales relacionadas con las políticas de bienestar y las orientaciones socioeconómicas cuyas acciones tienen una débil influencia en las políticas de salud sexual y reproductiva. Las políticas de bienestar no buscan implementar acciones para crear escenarios alternativos de uso del tiempo libre, fomentar la importancia y la pertinencia de la educación para la generación de oportunidades. Por ese mismo camino, no se ha logrado detener acciones que convierten a la violencia basada en género en un asunto estructural. Se debe considerar que en algunas poblaciones la maternidad es considerada como proyecto de vida en las niñas entre 10 y 14 años.

A partir de las respuestas obtenidas por en las unidades de análisis, es posible afirmar que las mujeres y los hombres saben que hay alternativas para decidir cuándo se quiere quedar en embarazo. Sin embargo consideran que sólo las personas con alto nivel educativo, buenas condiciones de trabajo y con suficiente edad tienen esa oportunidad. Por tanto relacionan los embarazos no planeados o no deseados a la falta de educación, de recursos económicos, precarias condiciones laborales y a la inmadurez (10) (9).

En cuanto a los determinantes proximales se identificaron condiciones asociadas al comportamiento y a las características psicosociales de las madres y sus parejas, que hacen que las condiciones para los embarazos a temprana edad sean frecuentes, tales como baja autoestima, poca aprehensión de hábitos de autocuidado, proyecto de vida relacionado con la maternidad, poca esperanza en el futuro.

El embarazo en menores de catorce años se notifica como un presunto abuso sexual y por tanto la exigencia de cero embarazos en este rango de edad es una prioridad. Es importante resaltar que estos embarazos son de alto riesgo, ya que se encuentran asociados a bajo peso y complicaciones perinatales, poniendo en riesgo la vida de la madre y del bebé. Por lo anterior, se plantea la necesidad de realizar el seguimiento de los mismos, a través de los equipos territoriales en salud, con el fin de minimizar el riesgo de morbi-mortalidad del binomio madre-hijo y facilitar el acceso a la atención en salud (11).¹⁶

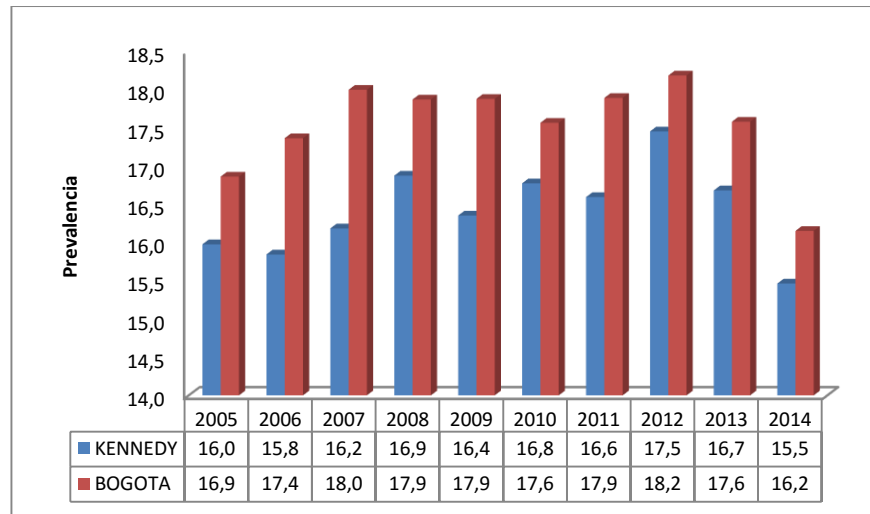
2.5.1.2. Nacidos vivos en adolescentes de 15 a 19 años

Aunque la cifra es elevada, durante los últimos años, en la localidad de Kennedy se ha visto una reducción en el porcentaje de nacimientos en este grupo de edad, en el 2013, se presentan 2.532 nacimientos, mientras que para el año 2014 se presentaron un total de 2.324 casos, observando una reducción de 8,9% respecto al año anterior, cifra muy baja teniendo en cuenta la meta distrital. La prevalencia

¹⁶Informe de Indicadores 2014 localidad de Kennedy, Hospital del Sur

de nacidos vivos en la localidad de Kennedy es inferior a la del Distrito durante los periodos analizados.

Gráfica 19 Nacidos Vivos en adolescentes entre 15 - 19 años, Localidad de Kennedy, 2005-2014.



Fuente: RUAUF, Nacidos Vivos años 2005 - 2014

El 13,6% de los nacimientos presentan bajo peso al nacer para la edad gestacional y 12,2% de los nacimientos son prematuros.

En cuanto a las madres, el 50,0% están afiliadas a régimen contributivo, 39,5% al régimen subsidiado y 8,3% se encuentra sin aseguramiento. Referente al nivel educativo, el 48,8% es bachiller, el 35,3% cuenta con secundaria y el 7,7% cuenta con primaria. El 56,0% vive en unión libre y el 39,7% de las madres son solteras.

Al igual que en los embarazos en adolescentes de 10 a 14 años, se evidencia que hay una relación con las condiciones sociales del lugar de residencia y la falta de equipamientos y redes de apoyo a los jóvenes. La falta de oportunidad educativa y laboral que se observa en UPZ como Patio Bonito y la Pobreza oculta existente en la UPZ Timiza han llevado a que se sigan presentando casos de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años.

Como producto de las unidades de análisis desarrolladas con la población acerca del tema en cuestión, se identifican determinantes estructurales como deficiencias en las políticas de bienestar orientadas bajo las exigencias macroeconómicas que generan barreras de acceso a la educación superior y a escenarios de trabajo digno y pautas culturales y valores que promueven la maternidad temprana en contraposición a otros modos de vida. Incide de manera significativa la violencia basada en género y la poca divulgación y garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes.

En cuanto a los determinantes e intermedios se encuentra que hay mitos en relación al uso de métodos anticonceptivos, por ejemplo, sobre las posibles consecuencias que tiene la vasectomía en los hombres, pues consideran que afectan su rendimiento sexual. De este hallazgo se puede deducir que tanto los hombres como las mujeres consideran que los métodos de planificación son una responsabilidad de ellas. Sin embargo, como también se pudo observar, es creciente el número de mujeres que reclaman que el uso de anticonceptivos debe ser también de interés de los hombres, no sólo para que ellos los usen sino para que estén pendientes de que sus parejas lo hagan de manera adecuada y bajo orientación. Mencionan que la voluntad de ser padres o madres debe ser conjunta.

Para la adquisición de métodos de anticoncepción como las inyecciones o el implante sub dérmico, las personas deben enfrentarse a barreras administrativas que le impiden acceder de manera gratuita a estos recursos o procedimientos. Ante esa situación algunas mujeres no pueden adquirir los anticonceptivos pues no cuentan con el dinero para comprarlos.

En cuanto al servicio de salud para adolescentes, se identificaron barreras como la falta de calidez en la atención e inconvenientes en la comunicación, pues las orientaciones dadas por los profesionales no siempre tienen en cuenta las necesidades, intereses y particularidades de los usuarios, lo que estaría generando poca motivación para asistir a las citas de planificación, aunque se resaltan las mejoras en la atención a los adolescentes en general.

Los asistentes señalan que el ambiente escolar para las adolescentes embarazadas puede ser excluyente y agresivo. A pesar de que los colegios tienen prohibido sancionarlas o expulsarlas, dentro de los planteles enfrentan actos de hostilidad por parte de sus compañeros y de los padres de familia. En contraposición se reconoce a los profesores como actores protectores de las adolescentes embarazadas. No hay ninguna referencia a actos de reprobación de parte de los compañeros hacia los adolescentes que van a ser padres, es decir, los reproches van dirigidos únicamente a las mujeres, situación que deja en evidencia la mirada patriarcal que considera que la reproducción y la gestación son asuntos de las mujeres (10) (9).

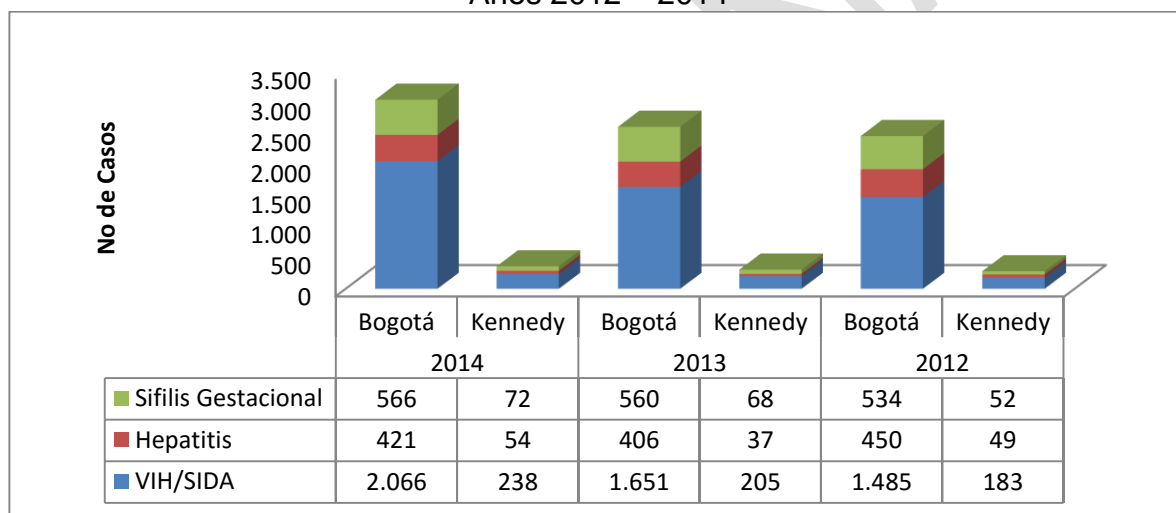
Finalmente cabe mencionar la importancia que tiene implementar acciones desde y para estos sujetos donde la salud sexual y reproductiva busque generar responsabilidad y conciencia dentro de este grupo de edad, con el propósito de disminuir no solo los embarazos en esta población sino también las enfermedades de transmisión sexual que se pueden presentar.¹⁷

¹⁷ Informe de Indicadores 2014 localidad de Kennedy, Hospital del Sur

2.5.1.3. Infecciones de transmisión sexual

El comportamiento de las infecciones de transmisión sexual (Hepatitis B, Sífilis Gestacional y VIH), para el año 2014 revela un leve aumento frente a los años 2012 y 2013 como periodos inmediatamente anteriores, el cual para el año 2012 se reporta un total de 2.469 casos en Bogotá de ITS de los cuales el 11,5% (n=284) son residentes de Kennedy; así mismo en el año 2013 se reportaron en Bogotá 2.617 casos evidenciándose un aumento del 5.9% frente al 2012, de igual manera para la localidad de Kennedy la notificación presenta un leve aumento con una diferencia de 0,3%. Finalmente en el año 2014 las cifras de incidencia de eventos muestran un aumento del 16,6% (n=3.053) en Bogotá frente al año inmediatamente anterior, Kennedy por el contrario pese a que presenta un aumento de casos, el porcentaje de notificación disminuye en un 0,06% con respecto al año 2013.

Gráfica 20. Notificación de Eventos de transmisión Sexual. Bogotá y Kennedy. Años 2012 – 2014



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

El evento con mayor número de casos corresponde a VIH en donde se presentaron durante el 2014 un total de 238 casos, con un porcentaje de variación en la notificación de 16% respecto al año anterior en donde se presentaron un total de 205 casos en la localidad, así mismo se puede observar que el año 2012 presentó un total de 183 casos, viéndose una diferencia de 12% en comparación con el año 2013. Los casos de VIH reportados a 2014 indican una proporción de incidencia de 22,5 casos por 100.000 habitantes en la localidad, comportándose por debajo de la tasa Distrital (26,5 x 100.000 hab.).

El comportamiento de los casos de ITS para la localidad de Kennedy, en cuanto a su distribución por UPZ para el evento de VIH para el año 2014 presenta mayor concentración de casos la UPZ Patio Bonito con un 21% de casos notificados,

seguido de Kennedy Central 4%, y Timiza con 3% de los casos. Sin embargo se evidencia una disminución en la incidencia de estos respecto a los años anteriores, pese a que estas mismas UPZ presentan un mayor número de casos en los últimos tres años 2012, 2013 y 2014.

Tabla 15 Incidencia por UPZ de casos de VIH, localidades de Kennedy. Año 2012, 2013 y 2014

Kennedy UPZ	AÑO 2012	Proporción Incidencia	AÑO 2013	Proporción Incidencia	AÑO 2014	Proporción Incidencia
Patio Bonito	46	22%	15	25%	21	22%
Kennedy Central	36	17%	13	21%	13	14%
Timiza	29	14%	9	15%	11	12%
Carvajal	24	12%	5	8%	13	14%
Castilla	20	10%	4	7%	9	10%
Gran Britalia	20	10%	6	10%	10	11%
Américas	12	6%	2	3%	5	5%
Corabastos	11	5%	5	8%	5	5%
Calandaima	3	1%	1	2%	2	2%
Las Margaritas	3	1%	1	2%	1	1%
Tintal Norte	3	1%	0	0%	3	3%
Bavaria	1	0%	0	0%	1	1%
Total	208	100%	61	100%	94	100%

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

De acuerdo a las características sociodemográficas de los casos de VIH para el 2014 se evidencia una mayor proporción en los hombres con un 82% (n=196 casos), en general el 68,4% se encontraban en régimen contributivo y de acuerdo a la pertenencia étnica se notificó 1 caso reconocido como ROM/Gitano y 2 casos Afrodescendientes.

Tabla 16 Características sociodemográficas de los eventos notificados de SSR. Kennedy. 2014

Variables sociodemográficas	TOTAL		Masculino		Femenino	
	No	%	No	%	No	%
Régimen de Seguridad Social						
Contributivo	163	68,4	143	84,62	20	47,62
Subsidiado	35	14,7	19	11,24	16	38,10

No Asegurado	27	11,3	24	14,20	3	7,14
Particular	9	3,78	7	4,14	2	4,76
Excepción	4	1,68	3	1,78	1	2,38
Total	238	100	196	100	42	100
Etnia						
Afrodescendiente	2	0,4	1	0,5	1	2,4
Rom/Gitano	1	0,8	1	0,5	0	0
Ninguna	235	98,7	194	99	41	97,6
Total	238	100	196	100	42	100
Grupo Poblacional						
Desplazados	3	1,2	2	1,02	1	2,3
Discapacidad	4	1,6	3	1,5	1	2,3
LGBTI	0	0	0	0	0	0
Ninguna	231	97	191	97,4	40	95,2
Total	238	100	196	100	42	100

Fuente: Base Datos evento 850 cerrada- SDS. 2014

Los casos de Hepatitis B y C identificados indican que en contraste con años anteriores el 2014 presenta un aumento en su incidencia a **5,1***100.000 hab., (54 casos notificados, con una diferencia de 45,9% frente al número de casos presentados en el año 2013 con 37 casos) respecto a la tasa de incidencia de **3,5**, del año anterior, mientras que el año 2012 presentó un total de 49 casos con una incidencia de **4,4** x 100.000 hab., siendo una cifra elevada respecto al siguiente periodo. A diferencia del Distrito, la incidencia ha presentado un comportamiento constante oscilando entre 5,9, 5,2 y 5,4 por cada 100.000 habitantes durante los años 2012, 2013 y 2014 respectivamente.

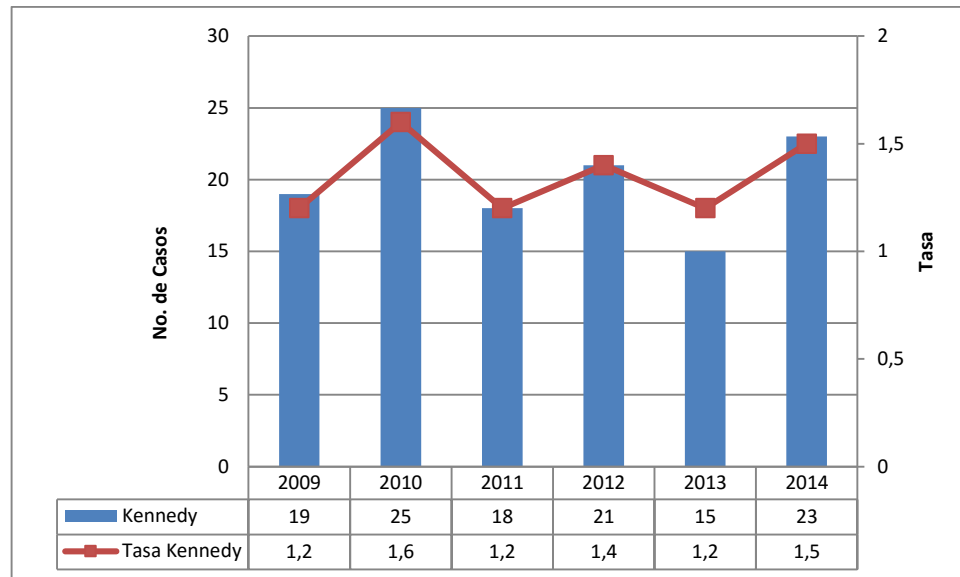
Para los casos de sífilis gestacional se evidencia una tendencia al aumento desde el año 2012, notificándose para el año 2014 un total de 72 casos, representando un aumento del 5% frente al número de casos presentados en el 2013 (68 casos), la tasa de incidencia aumenta de igual manera para el 2014 a 6,8 por 100.000 Hab de 6,5 casos durante el 2013 y de 5,0 durante el 2012. El comportamiento en el Distrito durante los periodos analizados presenta un comportamiento constante con una tasa de incidencia de 7.2 (2014), 7,2 (2013) y 7,0 x 100.000 Habitantes.

La UPZ de la localidad de Kennedy con mayor notificación es Kennedy Central la cual para los tres periodos pese a que disminuyeron de manera significativa presentó el número de casos más alto seguido de la UPZ Patio Bonito como se puede observar en las UPZ relacionadas en la tabla No. 13.

Para el evento de sífilis congénita a partir del año 2009 a 2014 un comportamiento lineal durante los seis periodos para la localidad de Kennedy, presentando al año 2014 un total de 23 casos notificados para la localidad de Kennedy con una tasa de 1,5 por 1.000 nacidos vivos siendo esta una tasa elevada respecto a la distrital

0,5 x 1.000 Nacidos vivos, presentando la tasa más alta durante los periodos 2009 a 2014 junto con la tasa para el año 2010 con 18 casos y una tasa de 1,6 por 1.000 nacidos vivos.

Gráfica 21 Comportamiento de SÍFILIS CONGÉNITA, Localidad de Kennedy, 2009 a 2014



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

2.6. Vida saludable y condiciones no transmisibles

2.6.1. Sistema de Vigilancia de Salud Oral – SISVESO

Los eventos de seguimiento por parte de Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Salud Oral SISVESO son la gingivitis, caries cavitacional, lesión u opacidad mancha café, lesión u opacidad mancha blanca, fluorosis y periodontitis.

Como resultado de la notificación, se presenta el comportamiento de los eventos de interés de pública de Salud Oral en la localidad durante el 2014: se notifica un total de 2.076 eventos.

Tabla 17 Características sociodemográficas de los eventos notificados al SISVESO. Kennedy. 2014

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	TOTAL		Masculino		Femenino	
	No	%	No	%	No	%

TIPO DEL REGIMEN DE SEGURIDAD						
CONTRIBUTIVO	1292	62,2	513	64,2	779	61,0
SUBSIDIADO	704	33,9	261	32,7	443	34,7
VINCULADO	79	3,8	25	3,1	54	4,2
SIN DATOS	1	0,0	0	0,0	1	0,1
TOTAL	2076	100	799	100	1277	100
ETNIA						
MESTIZO	2070	99,7110	796	99,6	1274	99,8
INDIGENA	1	0,0482	1	0,1	0	0,0
AFRO-COLOMBIANO	5	0,2408	2	0,3	3	0,2
TOTAL	2076	100,0	799	100,0	1277	100,0
GRUPO POBLACIONAL						
DESPLAZADOS	2	0,0963	0	0,0	2	0,2
GESTANTES	36	1,7341	0	0,0	36	2,8
OTROS	2038	98,1696	779	100,0	1239	97,0
TOTAL	2076	100,0	779	100,0	1277	100,0

Fuente: Base SISVESO SDS. Hospital del Sur 2014

La mayor población notificada al SISVESO durante el 2014, pertenece al sexo femenino con el 61.51%; en cuanto al régimen de seguridad social se tiene que el 62.2% pertenece al régimen contributivo y el 33.9% al régimen subsidiado. El 99.71% se encuentra en el grupo poblacional mestizo y el 0.24% pertenece al afro-colombiano.

Debido a la diversidad de diagnósticos, una persona, puede presentar uno o más de estos eventos. De acuerdo a lo anterior, se encuentra que el 54,9% presenta fluorosis dental, gingivitis el 17.95%, el 23.2% caries dental. Referente a la higiene oral, se encuentra que en el 31.7% es Regular, 46.8% es buena y sólo 23.4% es deficiente.

Tabla 18 Comportamiento de eventos notificados al SISVESO por ciclo vital. Kennedy. 2014

Tabla 13 Incidencia por UPZ de casos de VIH, localidades de Kennedy . Año 2012, 2013

Kennedy UPZ	AÑO 2012	Proporción Incidencia	AÑO 2013	Proporción Incidencia	AÑO 2014	Proporción Incidencia
Patio Bonito	46	22%	15	25%	21	
Kennedy Central	36	17%	13	21%	13	
Timiza	29	14%	9	15%	11	

Carvajal	24	12%	5	8%	13
Castilla	20	10%	4	7%	9
Gran Britalia	20	10%	6	10%	10
Américas	12	6%	2	3%	5
Corabastos	11	5%	5	8%	5

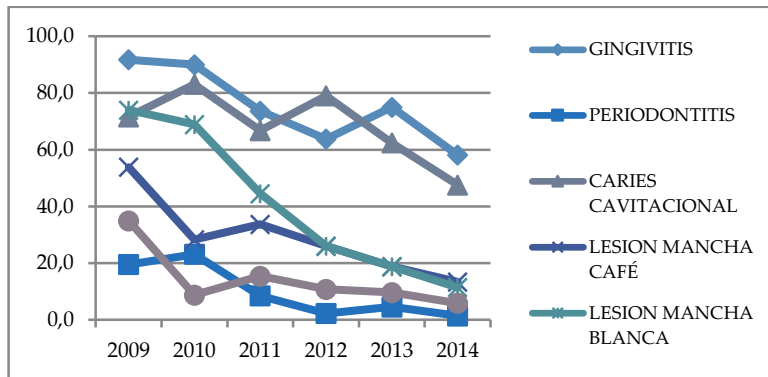
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	EVENTOS POR CICLO VITAL																			
	HIGIENE ORAL										GINGIVITIS	PERIODONTITIS	FLUOROSIS DENTAL	LMB	LMC					
	CARIES	%	BUENA	%	REGULAR	%	DEFICIENTE	%	EDENTULOS	%						%	%	%	%	%
INFANCIA	326	23,2	125	46,8	163	31,7	257	23,4	13	81,3	309	17,9	0	0,0	96	54,9	192	48,1	105	30,9
ADOLESCENCIA	294	20,9	58	21,7	132	25,7	280	25,5	0	0,0	423	24,5	11	26,2	33	18,9	54	13,5	59	17,4
JUVENTUD	326	23,2	51	19,1	100	19,5	313	28,5	0	0,0	428	24,7	13	31,0	39	22,3	85	21,3	89	26,2
ADULTEZ	404	28,8	31	11,6	109	21,2	190	17,3	1	6,3	504	29,1	18	42,9	7	4,0	62	15,5	79	23,2
VEJEZ	55	3,9	2	0,7	10	1,9	57	5,2	2	12,5	66	3,8	0	0,0	0	0,0	6	1,5	8	2,4
TOTAL	1405	100	267	100	514	100	1097	100	16	100	1730	100	42	100	175	100	399	100	340	100

Fuente: Base SISVESO SDS. Hospital del Sur 2014

El mayor porcentaje de caries, gingivitis y periodontitis se presenta en la etapa adultez, mientras que la fluorosis dental, lesión mancha blanca y lesión mancha café se encuentra en mayor proporción en la infancia y juventud.

Las UPZ en donde se presentan el mayor número de casos son: Timiza con (23.83%) casos notificados, seguida de Patio Bonito (21.86%), las cuales concentran un alto número de población de la localidad y hay presencia de UPGD centinelas en SISVESO. La menor notificación se ubica en las UPZ Bavaria (0.21%) y Américas (0.84%), zonas en las cuales sólo se captan pacientes por las UPGD Privadas, donde se espera a futuro capacitar a los odontólogos en centinelas de SISVESO.

Gráfica 22 Proporción de eventos SISVESO. Kennedy. 2009-2014



Fuente: Base SISVESO – SDS 2009 – 2014. Hospital del Sur. Localidad Kennedy.

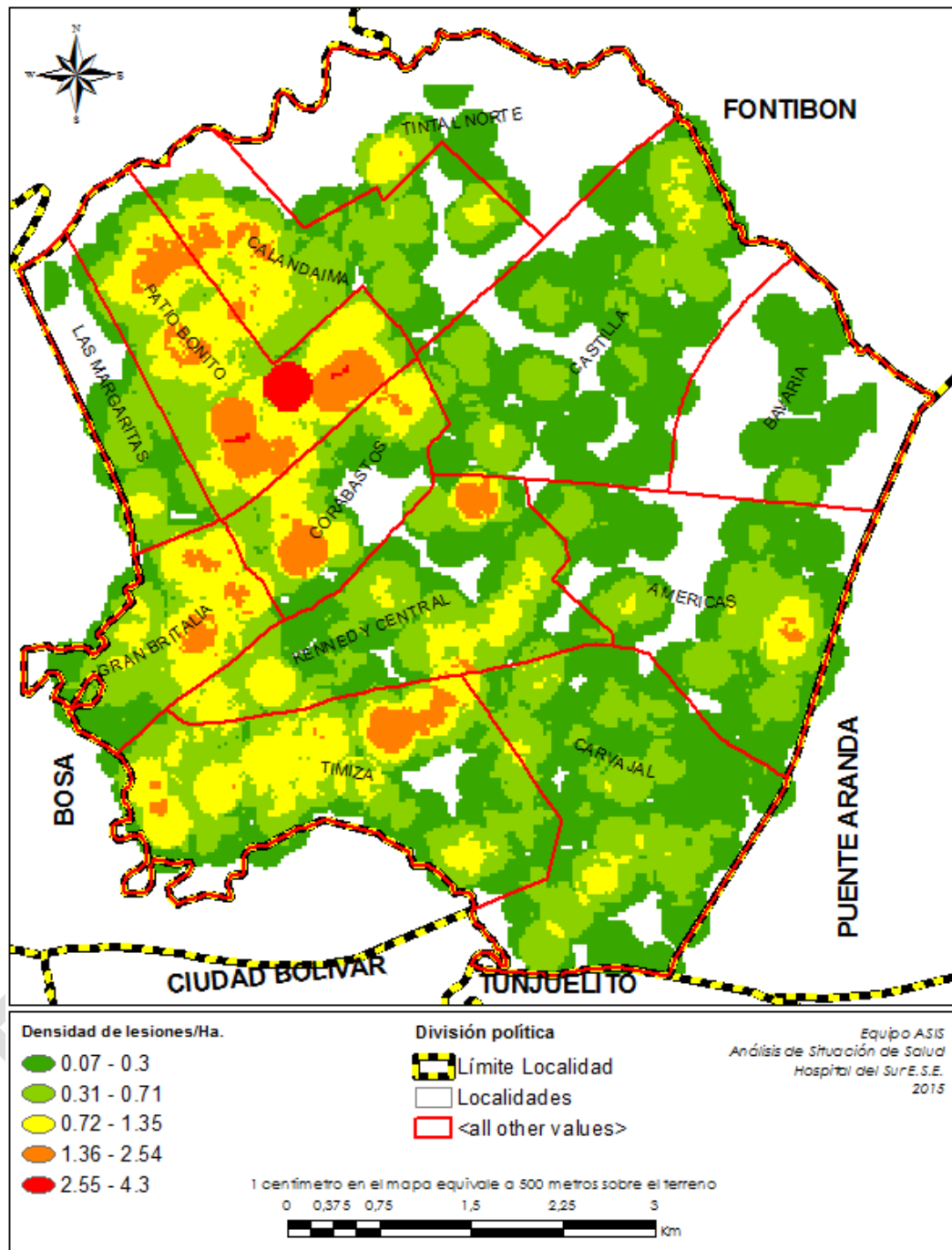
Los eventos de interés en salud pública de Salud Oral ha presentado cambios en los últimos seis años, donde se observa una disminución del evento de periodontitis, la lesión mancha blanca y lesión mancha café, además, se observa que la gingivitis ha tenido una tendencia alta para los mismos años lo cual no es coherente ya que la gingivitis inducida por placa bacteriana se encuentra altamente relacionada con los eventos de lesión mancha blanca y café. También, se observa que la fluorosis dental ha disminuido pasando de 34,9% en el 2009 a un 5.9% en el 2014.

2.6.2. Lesiones de causa externa SIVELCE

En el subsistema SIVELCE se empezó a consolidar la información de las UPGD de la localidad de Kennedy con servicio de urgencias en el aplicativo web desde junio del año 2014.

Como se evidencia en el mapa, la mayor densidad de personas con lesiones de causa externa residen en el territorio 2 de Patio Bonito, pero también es importante el número de casos de residentes en el territorio 3 Corabastos y territorio 4 Britalia – Timiza. En contraste se encuentran las UPZ de los territorios 1, Calandaima y 5, Kennedy Central con muy pocos o ningún caso notificado durante el período informado, excepto en el sector identificado como la igualdad.

Mapa 5 Distribución de las personas notificadas al subsistema SIVELCE que informaron localidad de residencia en Kennedy. Año 2014



Fuente: Base de datos aplicativo web SIVIGILADC – SIVELCE, Hospital del Sur ESE año 2014

En cuanto al comportamiento de las lesiones, las ocasionadas con armas contundentes son las más frecuentes, que incluyen golpes con los puños, patadas, correas, palos, entre otros. En segundo lugar se encuentran las lesiones ocasionadas al caerse de la propia altura con un 26% de los casos y en tercer lugar están las ocasionadas por las armas corto-punzantes, que incluyen puñales, puñaletas, agujas, tijeras y todo tipo de cuchillo o machete. Para el período informado (II semestre del 2014) la principal UPGD que notificaba al subsistema pertenece a la red privada y se especializa en la atención a víctimas de accidentes laborales, razón por la cual, es posible que la mayoría de las lesiones sean identificadas como no intencionales.

La mayoría de los lesionados por causa externa pertenecen a la etapa del ciclo vital adulto, seguido del grupo de juventud, con lo que el rango de edad de los más afectados se extiende entre los 18 y los 59 años de edad. Épocas de la vida donde se dan los mayores procesos de productividad económica y de reproducción o conformación de núcleos familiares nuevos. Esto debe ser considerado como muy importante ya que algunas lesiones de causa externa pueden sólo dejar pequeñas cicatrices y malos recuerdos, pero otras pueden ocasionar daños muy severos, incluso discapacidad o casos de letalidad.

En cuanto a la distribución por sexo, si bien la mayoría de los afectados son de sexo masculino (52%) el porcentaje de mujeres es muy similar (48%), situación que se debe revisar en el contexto, ya que las lesiones de causa externa pueden ser ocasionadas por accidentes, pero también pueden ser ocasionadas en forma intencional, en algunos pacientes por los mismos miembros de la familia, donde se debe realizar una canalización de estos casos al subsistema SIVIM, para descartar o intervenir por violencia intrafamiliar.

La mayoría de los casos de lesiones de causa externa notificados en el II semestre del 2014 corresponden al régimen contributivo, debido, principalmente a que las UPGD notificadoras corresponden a la red privada, pero para finales del año ya se contaba con la sensibilización y primeras notificaciones de estos casos en el aplicativo web de las UPGD de la red pública en la localidad.

2.7. Seguridad alimentaria y nutricional

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

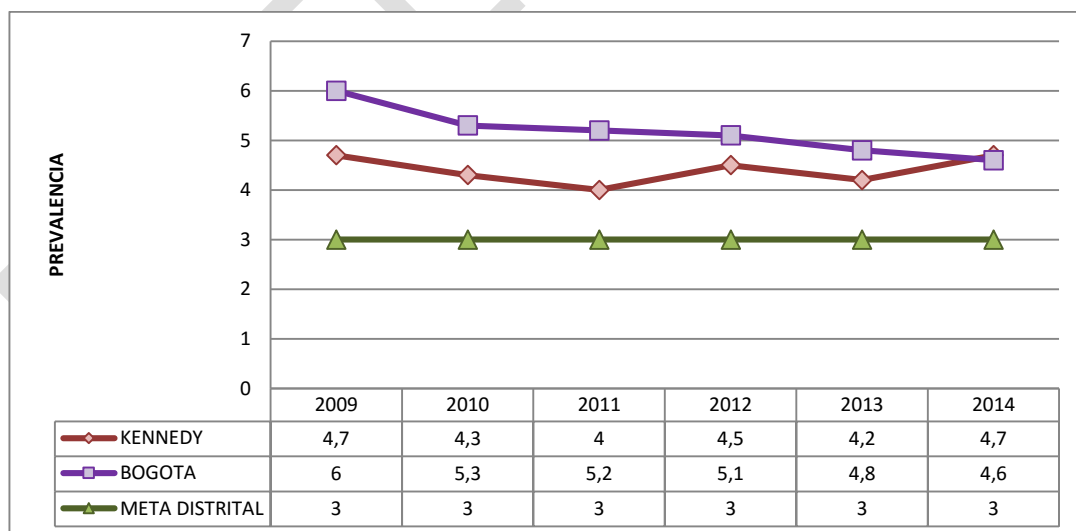
2.7.1. Desnutrición Global

Este es uno de los indicadores más sensibles respecto a las condiciones económicas de las familias. La desnutrición Global (peso/edad) para la localidad de Kennedy durante el año 2014 muestra un ligero aumento con respecto al año 2013 con un 4,2% y para el 2014 el porcentaje fue de un 4,7%, con respecto a el Distrito capital el porcentaje del 2014 fue de 4,6% no siendo significativa la diferencia con el local, pero si por encima de la meta distrital que es de un 3,0%. Sin embargo Kennedy presenta una prevalencia menor que la del distrito. Este indicador muestra la sensibilidad de las condiciones económicas frente al acceso de la alimentación de las familias de la localidad, las UPZ más sensibles a esta problemática son Corabastos y Patio Bonito, con porcentajes muy por encima de los locales.

Es importante mencionar que coexiste en la localidad el sobrepeso y la obesidad, que se encuentra más marcado en los escolares (niños y adolescentes), por lo que además es importante vigilar estos indicadores, ya que implican una alta morbilidad en los futuros adultos, del territorio.

Con respecto a la variable sexo no se evidencian diferencias entre mujeres 4,7% y hombres 4,8%. Con respecto al grupo étnico no se evidencia menores con desnutrición global, el régimen de afiliación de mayor porcentaje que reporta desnutrición global son el régimen vinculado 11,46%, subsidiado 7,95% y en menor porcentaje el régimen contributivo 2,21%..

Gráfica 23 Prevalencia de desnutrición Global. Kennedy y Bogotá. 2009 – 2014.



Fuente: SDS. Bases oficiales SISVAN 2009 - 2014.

En la unidad de análisis realizada en un Hogar Comunitario del territorio Corabastos, se encontró que hay prácticas y pautas dentro de las familias, que podrían ser causales de desnutrición global como los malos hábitos alimentarios. Las Madres Comunitarias ven que los niños y niñas llegan al Hogar Infantil comiendo el desayuno que los cuidadores o cuidadoras han comprado en la calle, por ejemplo arepas y refrescos; otros que no han comido nada, piden el refrigerio desde que entran al Jardín, lo que podría llevar a pensar que sólo consumen lo que se les suministra en el Hogar Comunitario; a veces les mandan sólo “galguerías” en las loncheras, es decir productos con bajo valor nutricional, y los fines de semana consumen comida chatarra. Las participantes se refieren también a los problemas económicos por los que pasan las familias, lo que impide que puedan adquirir frecuentemente alimentos variados y de calidad. Afirman también que en algunos casos las familias no saben cómo debe estar conformada una dieta balanceada para cubrir las necesidades nutricionales de los niños y niñas. Otros de los motivos, los más mencionados, tienen que ver con descuido, pereza, negligencia y desinterés por parte de los cuidadores hacia los niños y niñas (12).¹⁸

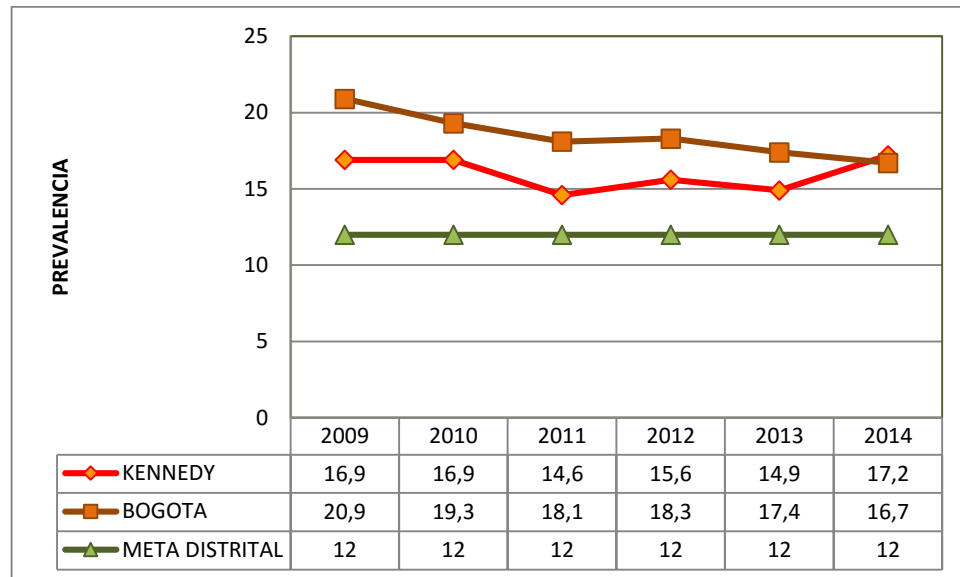
2.7.2. Desnutrición Crónica

Con el indicador Talla/Edad se identifica la Desnutrición Crónica, la cual se encuentra asociada normalmente a situaciones permanentes de ingesta insuficiente de alimentos o de frecuentes enfermedades cuya tendencia para la localidad de Kennedy como se muestra en la gráfica para el año 2009 fue de 16,9% y pasa a 17,2% para el año 2014, con un incremento del 0,3% durante estos seis años; durante el 2009 y 2010 la prevalencia es la misma, para el año 2011 disminuye al 14,6%, aumenta en el 2012 (15,6%) , nuevamente baja en el año 2013 a un 14,9% y para el año 2014 aumenta a un 17,2%; con respecto a la prevalencia del Distrito Capital que para el año 2014 fue de 16,7% obteniendo una diferencia del 0,5% y con respecto a la meta distrital 12%. Este indicador es especialmente relevante en el Distrito, donde de acuerdo a la ENSIN 2010, Bogotá presenta la prevalencia más alta de desnutrición en menores de cinco años, comparado con las demás regiones del país (13).

Al igual que la desnutrición global en la desnutrición crónica las UPZ de mayor prevalencia son Corabastos y Patio Bonito.

¹⁸ Informe de Indicadores 2014 localidad de Kennedy, Hospital del Sur

Gráfica 24 Prevalencia de desnutrición Crónica. Kennedy y Bogotá. 2009 – 2014.



Fuente: SDS. Bases oficiales SISVAN 2009 - 2014.

La información resultante de la unidad de análisis realizada sobre malnutrición, deja ver que hay sectores en la localidad en las que las condiciones de pobreza, exclusión y segregación hacen más vulnerable a la población a presentar desnutrición crónica. Respecto a esta problemática las participantes afirman que el número de hijos por familia es reducido, aunque la mayoría son madres y padres jóvenes, por lo que su etapa de fecundidad es aún amplia y se puede esperar que tengan más hijos. También debido a la corta de edad de los padres y madres, su escasa preparación y por ende su exclusión del mercado laboral, algunas familias son sostenidas por los abuelos de los pequeños.

Hay familias compuestas por ambos padres, sin embargo estos casos son más la excepción que la regla, al igual que las familias de padres solteros jefes de hogar.

La situación laboral de los padres de familia se caracteriza por ser heterogénea. Las asistentes contestaron que la mayor parte de los padres y las madres de los niños que asisten al Hogar Infantil trabaja, logrando inferir a través de las respuestas que sobre todo están vinculados a actividades informales como el reciclaje y a trabajos provisionales en la Central de Abastos. Sin embargo, algunas Madres Comunitarias afirmaron que unos pocos padres trabajan en empresas bajo condiciones de formalidad, o generan sus ingresos como independientes, situación que se atribuye más que todo a los papás. En contraste, la situación laboral de las mamás tiende más hacia las labores pagadas por día ya sea en la Central de Abastos, reciclando o en casas de familia; otras se dedican a los oficios

del hogar –labor sin remuneración-, y algunas que todavía están en el colegio dependen de sus padres.

Cuando se detectan casos de malnutrición, las Madres Comunitarias acuden a los cuidadores y cuidadoras de los niños y niñas, les explican la situación en la que se encuentran y les hacen recomendaciones para mejorar los hábitos alimentarios en la familia. En el Hogar se hace un seguimiento a los casos y también desde el Centro Zonal, donde se remiten los más importantes, hacen monitoreo con nutricionistas y otros profesionales. Muchos niños no se notifican porque los cuidadores y las cuidadoras prefieren dejarlos en la casa, en lugar de que asistan a alguno de los servicios ofrecidos por el Estado, para evitar que los casos se conozcan y se conviertan en un asunto judicial (12).

2.7.3. Estado nutricional de las gestantes

Las gestante notificadas al SISVAN y que residen en la localidad de Kennedy para el año 2014 fueron 22732 registros, de los cuales el 15,28% presenta bajo peso gestacional, 33.83% reporta malnutrición por exceso gestacional (obesidad el 7,71% y sobrepeso 26,12%). Lo que quiere decir que 49,11% presenta malnutrición durante la gestación, siendo esto uno de los factores de riesgo para la gestante y el producto de dicha gestación.

Las UPZ con mayor porcentaje de bajo peso gestacional la UPZ 82 (patio Bonito) con un 24,47% y la 44 (Américas central) con un 18,02%. Para el caso de malnutrición por exceso prevalecen las anteriores UPZ 82 con el 21,29% y 44 Américas central 16.63%.

2.7.4. SISVAN escolar

La estrategia SISVAN ESCOLAR para el año 2014 valoro para la localidad de Kennedy 10.189 escolares en 7 colegios centinela de tipo público, de los cuales el 6283 estudiantes se encuentran con malnutrición, que corresponden al 61,66% de la población tamizada, evidenciando que los escolares presentan malos hábitos de alimentación que genera excesos en su mayoría y déficit nutricional.

2.7.5. Persona mayor

La población de adulto mayor reportada para el 2014 fue de 10255 para la localidad y el diagnóstico nutricional que prevalece en esta población es la malnutrición por exceso representado con el 71,45% de la población, cifra superior al déficit nutricional representado con el 1,07%, lo que se relaciona con la asociación de enfermedades crónicas evidenciando el comportamiento de la morbimortalidad en esta población.

2.7.6. Mediana de lactancia materna exclusiva

Con respecto a la lactancia materna exclusiva (menor de 6 meses) para la localidad de Kennedy año 2014 fue de 3 meses y la complementaria (7 a 24 meses) 10.1 meses, siendo un factor protector en el crecimiento y desarrollo nutricional de los menores. A pesar de los esfuerzos y las estrategias implementadas para la promoción de la lactancia materna, la práctica se ha debilitado en los últimos años, por ejemplo en Bogotá se ha evidenciado una disminución de un mes desde el 2005 (3,6 meses) al 2010 (2,6 meses) (14). Estas cifras han impactado la toma de decisiones y las políticas públicas, esto se evidencia en el cambio de la meta Distrital, la cual pasó de una mediana de seis meses de lactancia materna exclusiva en el plan de gobierno pasado, a sólo cuatro meses en el actual.

Bogotá para el año 2013, mantiene su mediana de lactancia en 2,9 meses, en el 2014, la localidad reporta 3 meses, lo que muestra el mismo comportamiento frente al año anterior.

Las UPZ que tiene con el indicador más bajo son Américas y Kennedy Central, sin embargo, siete de UPZ presentan una mediana mayor que el general de la localidad.

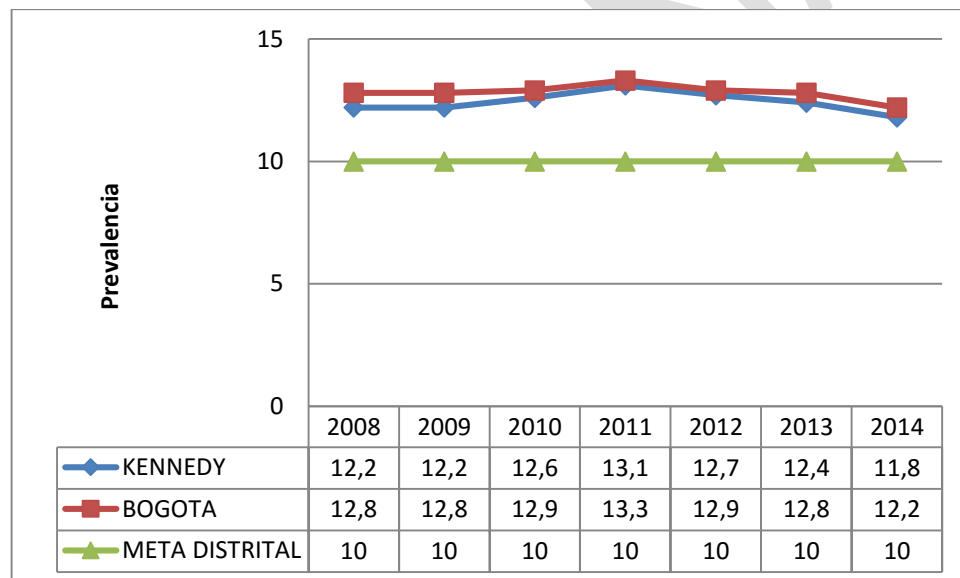
2.7.7. Bajo peso al nacer

El porcentaje de nacidos vivos según RUAF nv por residencia para la localidad de Kennedy se presentaron 15025 nacidos de los cuales 644 nacieron a término y con bajo peso (menor de 2500 gr), que corresponden 4.28%. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como recién nacido bajo peso a todo niño cuyo peso al nacer sea inferior a 2.500 gramos independiente de la edad gestacional. (15). Por otro lado, el Instituto Nacional de Salud establece el protocolo vigilancia del bajo peso al nacer a término, siendo el caso confirmado el recién nacido de 37 o más semanas de gestación cuyo peso al nacer registrado sea menor de 2.500 gramos (16).

Independiente de la definición de caso, el bajo peso al nacer evidencia la salud materno-fetal durante la gestación, y es un factor directamente relacionado con la morbilidad y la mortalidad neonatales e infantiles y con el bienestar de la madre y su hijo en la etapa posparto, donde tiene un reconocido impacto (17). Por lo tanto, este resulta ser un indicador básico en salud pública y se convierte en un parámetro determinante para la medir las condiciones de salud en la primera infancia.

Al hablar del comportamiento de este indicador se encuentra que a nivel nacional, ha presentado un crecimiento continuo en los últimos años, donde cerca del 50% del bajo peso al nacer se presenta en niños a término, estos resultados son importantes dado que para tener tasas bajas de mortalidad infantil, el porcentaje de niños con bajo peso al nacer a término debe estar por debajo del 40% del total (16).

Gráfica 25 Prevalencia de Bajo peso al nacer. Kennedy. 2008-2014



Fuente: Certificado de Nacido Vivo - Bases de datos SDS- DANE y RUAJ-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. 2008-2014. Fecha Actualización: 16-01-15. Datos Preliminares 2014

Tanto a nivel distrital como local, la prevalencia de bajo peso al nacer ha tenido un comportamiento con tendencia a la disminución, reportando para el 2014, 12,2% en Bogotá y 11,8% en Kennedy.

Durante el 2014, se realiza seguimiento a los casos de bajo peso al nacer de la localidad, en total se presentan 1.780 casos de bajo peso independientes de su edad gestacional.

El 36,5% del bajo peso, son de niños nacidos a término, un porcentaje alto teniendo en cuenta que el bajo peso al nacer está asociado mayormente a la prematuridad. El 54,2% de los nacidos vivos con bajo peso son de sexo femenino.

El 68,6% cuenta con régimen contributivo, 22,3% subsidiado y 5,6% se encuentra sin aseguramiento.

El 28,8% de las madres asisten a menos de 6 controles prenatales. En relación al nivel educativo de las madres se encuentra que el 42,3% es bachiller, el 16,3% es profesional y en igual porcentaje cuenta con básica secundaria. Frente al estado civil, el 61,8% de las madres vive en unión libre, 18,3% está casada y el 17,6% está soltera.

Cinco de las doce UPZ de la localidad, presentan una prevalencia más alta que la local. Las UPZ con mayor prevalencia son: Las Margaritas (14,4%), Calandaima (13,0%) y Timiza (12,9%). Aparentemente, la mayor prevalencia se encuentra en tres UPZ con distintas poblacionales, sociales, económicas e inclusive ambientales. A pesar de que la población con mayor número de gestantes, y con condiciones vulnerables se localiza en la UPZ Patio Bonito no se encuentran dentro de las zonas con mayor prevalencia, por el contrario, Corabastos reporta una alta prevalencia de este indicador y además se es la UPZ con más altos porcentajes de desnutrición en los menores de cinco años.

De manera incipiente se señalan causas estructurales que reposan en la naturaleza de las políticas de bienestar y macroeconómicas que impiden la satisfacción de las necesidades básicas de las personas y no garantizan sus derechos. También se asocian determinantes relacionados con la cultura y los valores que establecen pautas de cuidado que no favorecen el desarrollo adecuado de los niños y niñas durante la gestación.

En cuanto a las causas de nivel intermedio se observan determinantes asociados con la falta de información y las pautas inadecuadas de cuidado durante el embarazo, causas de las que son responsables las familias. Subyacente a esta causa podría pensarse que existen inconvenientes relacionados con la autonomía e independencia de las madres para tomar decisiones sobre sí mismas y su familia para actuar en pro de su salud. La actuación de los servicios de salud está también directamente implicada en que nazcan niños y niñas con bajo peso, pues no estarían actuando conforme a los protocolos para detectar, prevenir y tratar los inconvenientes.¹⁹

¹⁹ Informe de Indicadores 2014 localidad de Kennedy, Hospital del Sur

2.8. Salud Ambiental

En Bogotá, el contaminante de mayor representatividad es el material particulado el cual puede incidir en el aumento del riesgo de morbilidad para la comunidad; sin embargo, la contaminación del aire por material particulado no es un factor causal directo de enfermedad o mortalidad respiratoria aguda sino un factor asociado, que en combinación con otros factores como la desnutrición, la contaminación intra domiciliaría por tabaquismo pasivo, las deficientes condiciones higiénicas, la falta de vacunación, las condiciones climáticas, entre otras, produce un aumento de la enfermedad pulmonar (7).

La Secretaria Distrital de Ambiente a través de la Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá (RMCAB) evalúa las concentraciones de material particulado (PM10, PM2.5, PST), gases contaminantes (SO₂, NO₂, CO, O₃) y los parámetros meteorológicos de precipitación, vientos, temperatura, radiación solar y humedad relativa.

Material Particulado PM10

La Resolución 610 del 24 de Abril de 2010 expedida por el Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial (MAVDT) ahora llamado Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible (MADS) el cual establece como norma diaria 100ug/m³ y la Agencia de Protección Ambiental (EPA) establece como norma diaria de concentración de Material Particulado PM10 (150ug/m³).

Según el boletín epidemiológico de la línea de aire, ruido y radiación electromagnética del Hospital del Sur se identificaron puntos críticos de mayor relevancia en cuanto a la problemática de contaminación atmosférica, estos puntos se ubican en la UPZ 80 (Corabastos), la UPZ 82 (Patio Bonito) y la UPZ 45 (Carvajal) debido a que en estas zonas circula gran flujo vehicular sobre unos de los principales corredores viales de la ciudad que allí se encuentran, como la Avenida Ciudad de Cali, la Avenida Villavicencio, la vía Abastos, la Autopista Sur y la Avenida las Américas, además la Estación de Carvajal se encuentra ubicada en una zona industrial de fuentes puntuales de contaminantes primarios.

Al evaluar el promedio anual (Enero 2014 – Diciembre 2014), se observa que la estaciones de Kennedy y Carvajal, exceden el valor de la norma establecida en la guía de la OMS para promedios anuales (20 µg/m³), el estándar de calidad del aire de la EPA y la norma establecida por el MADS (50µg/m³), ya que los promedios anuales para las Estaciones en el mes de diciembre 2014 corresponden a 72.52µg/m³ y 87.39µg/m³ respectivamente, valores que se encuentran dentro del nivel moderado de contaminación respectivamente.

A partir de los promedios diarios evaluados en las localidades, en cuanto a la clasificación de riesgo, más de la mitad de los registros en las estaciones de Kennedy y Puente Aranda se encuentran en el Nivel moderado de contaminación (51- 100) donde puede presentarse un incremento en la probabilidad de

ocurrencia de síntomas respiratorios (irritación de mucosas, dolor de cabeza, malestar general, tos) en personas sensibles y con enfermedades respiratorias y cardiovasculares. En cuanto a las personas sanas hay irritación de mucosas. Así mismo se observa que los días 18 y 17 de Diciembre se presentaron las máximas concentraciones en las estaciones de Kennedy y Puente Aranda respectivamente.

De acuerdo al consolidado Distrital de línea de aire y ruido se atendieron 102 usuarios adultos mayores con síntomas respiratorios en las unidades centinela presentes en la localidad ubicados en los Centros de Desarrollo comunitario de Kennedy, Timiza y Bellavista, de los cuales el 64,7% eran mujeres y el 35,2% eran hombres. El 45,1% referían tener como nivel educativo primaria incompleta, el 21,5% no tenían estudios y el 19,6% indicaban tener primaria completa. Según el régimen de seguridad social, el 83,8% de los usuarios se encontraban bajo el régimen subsidiado, el 10,7% eran vinculados y el 5,8% pertenecían al régimen contributivo. De acuerdo a la población diferencial atendida se obtuvo que el 6,8% de los usuarios referían algún tipo de discapacidad y el 7,8% eran desplazados. Frente al tipo de vivienda el 74,5% indicaron tener casa independiente y el 12,7% apartamento independiente, el 8,8% vivían en habitación y el 3,9% en inquilinato.

Frente a la notificación de eventos de interés en salud pública relacionados con la calidad del aire y los alimentos, en la localidad de Kennedy se presenta con mayor frecuencia la enfermedad similar a la influenza - infección respiratoria aguda (ESI – IRAG), seguido de Hepatitis A.

Tabla 19 Notificación eventos relacionados con calidad de aire y alimentos, Localidad Kennedy. 2014

Evento	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
ESI - IRAG (VC)		274	203	113	9	166	115	72	952
IRAG (VC)			5		135				140
IRAG inusitada	54				2		12	5	73
Meningitis por Neumococo					2	5		4	11
Meningitis Meningococcica					2		1		3
Meningitis Haemophilus influenzae						1			1
BROTOS ETA			5	26	2	26	17	3	79
HEPATITIS A			131	68	27	33	18	46	323
LEPTOSPIROSIS							6	8	14

Fuente: Base de datos consolidado distrital línea Aire y ruido, 2014.

De igual manera para el año 2014 se presentaron 4 casos de intoxicación por monóxido de Carbono disminuyendo en comparación con el 2013 en 5 casos. En

el Distrito se evidencia según el histórico desde el 2012 un aumento de caso en el 2013 con nuevamente una disminución para el 2014.

Tabla 20 Notificación eventos Intoxicación por Monóxido de Carbono, Localidad Kennedy. Comparativo 2012 – 2013 – 2014.

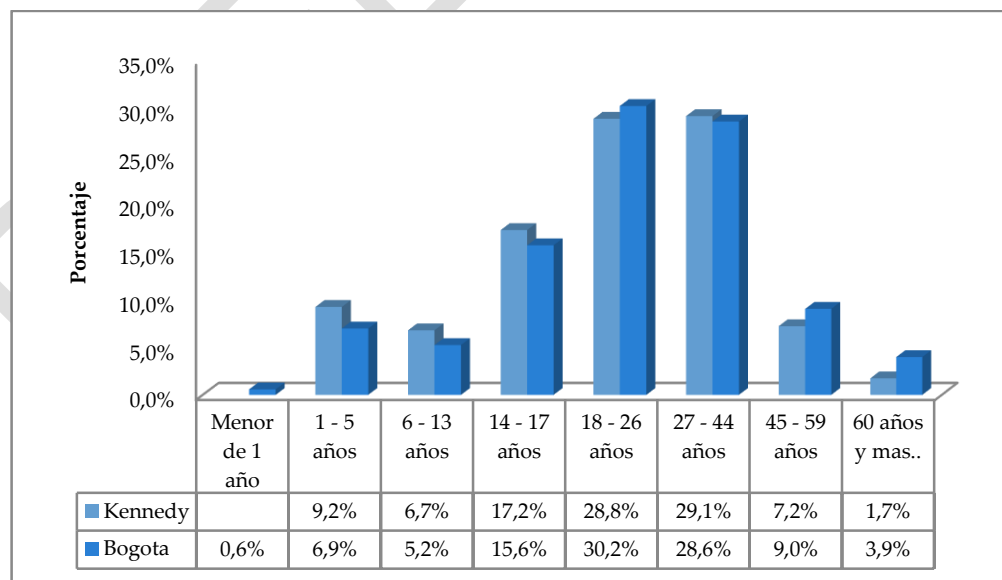
Localidad	Casos 2014	Casos 2013	casos 2012
KENNEDY	4	9	12
BOGOTA	113	169	102

Fuente. Base de datos plantilla Monóxido SDS – Diciembre 2014.

INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS QUIMICAS

Durante el año 2014 en el Distrito se presentaron 7112 notificaciones de intoxicación por sustancias psicoactivas, de los cuales el 9,8% de los pacientes residían en la localidad de Kennedy (697 casos). De acuerdo a la etapa de ciclo vital, el mayor porcentaje de los eventos ocurrieron en las etapas juventud (28,8%) y adultez (29,1%); respecto al sexo es el masculino quien presenta mayor notificación con el 53,3% en tanto que en las mujeres el porcentaje de notificación fue de 46,6%. En menores de un año no se presentaron casos en la localidad, sin embargo para el distrito el porcentaje de notificación fue del 0,6%. El porcentaje de ocurrencia en los menores de 13 años es mayor en la localidad comparada con el Distrito con una diferencia de 3,8%.

Gráfica 26 Distribución porcentual de eventos de Intoxicación por sustancias químicas en la localidad de Kennedy. 2014.



Fuente: Base Intoxicaciones por sustancias químicas SDS. Depurada 2014

Se registraron 9 gestantes con intoxicación por algún tipo de sustancia. Frente al tipo de exposición, las intoxicaciones ocurrieron por intento suicida en un 32,8%, por conducta delictiva un 21,6% y accidental con un 16,5%. De acuerdo al estado civil de los casos el 70% referían ser solteros y el 16,2% casado. Según la condición final del paciente se presentó un fallecimiento en la localidad y 17 en el Distrito. Por tipo de exposición, la mayor proporción de los casos fueron por intencionalidad suicida (32,9%), seguida de delictiva (21,7%), al comparar el comportamiento se evidencia que el local es similar al de Bogotá.

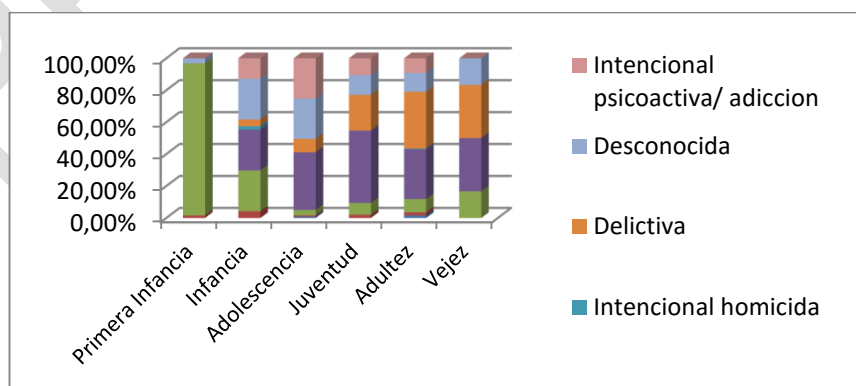
Tabla 21. Distribución Relativa y Absoluta de Intoxicaciones Químicas Según Tipo de Exposición. Bogotá y Kennedy. Año 2014

TIPO EXPOSICIÓN	BOGOTÁ		KENNEDY	
	No	Porcentaje	No	Porcentaje
Accidental	1.118	15,7	115	16,5
Automedicación	142	2	13	1,9
Delictiva	1.382	19,4	151	21,7
Desconocida	677	9,5	101	14,5
Intencional Homicida	27	0,4	2	0,3
Intencional Psicoactiva	1.204	16,9	81	11,6
Intencional Suicida	2.253	31,7	229	32,9
Ocupacional	309	4,3	5	0,7
TOTAL	7.112	100	697	100

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

De acuerdo a la etapa de ciclo vital, en la infancia se evidencia intoxicación accidental, en la adolescencia es desconocida o intencional psicoactiva, en la Juventud es principalmente intencional suicida.

Gráfica 27. Distribución por Etapa de Ciclo Vital de los Eventos de Intoxicación por Sustancia Químicas Según Tipo de Exposición. Kennedy. Año 2014



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

La mayor proporción de personas con el evento se encontraban afiliadas al régimen contributivo (78,2%), seguidas por el subsidiado (11,8%), el 11,0% no se encontraban afiliadas y el 4,4% eran del régimen especial. Frente a la intoxicación el 32,9% de las personas lo hicieron con medicamentos, el 23,2% con otras sustancias químicas, el 18% con sustancias psicoactivas, el 11% con gases, el 8,8% con plaguicidas, el 4,4% con solventes y el 1,8% con metales pesados.

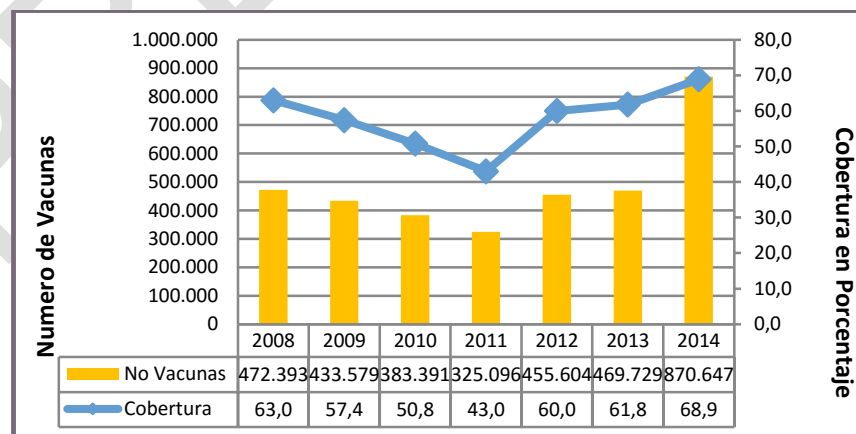
Cobertura De Vacunación Antirrábica:

La vacunación antirrábica contribuye a disminuir el riesgo de la transmisión de la rabia; es de esta manera que en Bogotá no se reporta desde el año 2001 casos autóctonos de rabia animal y desde 1982 rabia humana. Si bien las coberturas de vacunación Distritales no son las esperadas, se estima que el 47% de las dosis son aplicadas por el sector privado, quienes a pesar de la resolución 682 de 2004 no reportan mensualmente este proceso (18).

Para el año 2014 de los 1.263.579 gatos y perros, Bogotá obtuvo una cobertura de vacunación del 69% lo que representa un incremento del 13% con respecto al año 2013, lo cual significa un avance importante dadas las bajas coberturas que se habían presentado en los años anteriores, esto responde a estrategias desarrolladas en el marco del programa Territorios Saludables como el fortalecimiento de la temática de tenencia responsable de animales de compañía.

La mayor población de felinos y Caninos se ubican en las localidades de Kennedy (20%), Suba (12%), Engativá (11%) y Ciudad Bolívar (10%). Frente a la localidad de Kennedy, se observa para el año 2014 una disminución de las coberturas del 43% con respecto al año 2013, pasando de 21% a un 9% (18).

Gráfica 28. Coberturas de Vacunación Antirrábica. Bogotá. Años 2008 - 2014

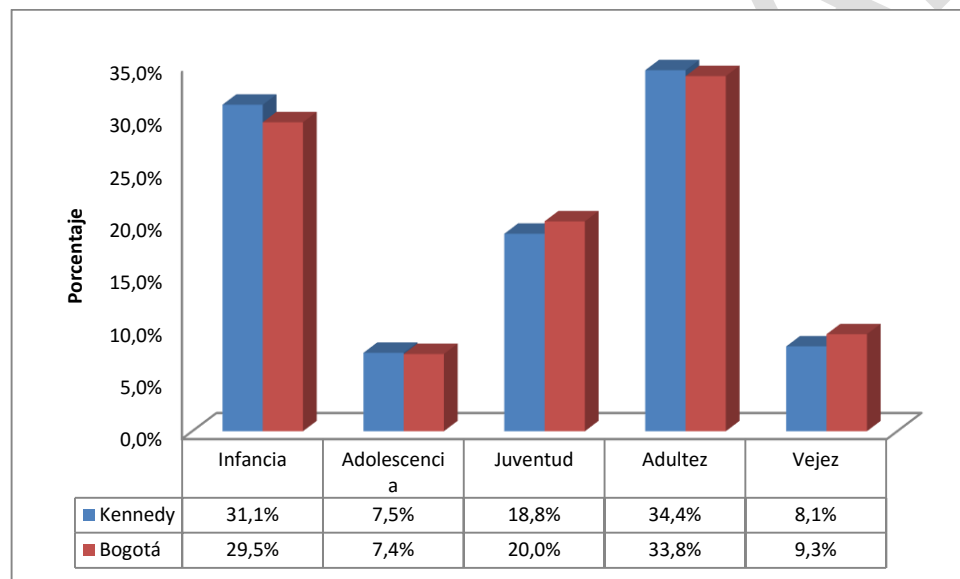


Fuente: Tomado de Observatorio de Salud Ambiental de Bogotá. Sistema de Vigilancia SIVIGILA y SISPIC. Oficinas de atención al ambiente de los Hospitales Distritales Anuarios Vigilancia Sanitaria y Ambiental.

AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA

Durante el 2014 se registraron 18840 eventos de agresión por animales potencialmente transmisores de rabia, de los cuales el 10,3% ocurrió en la localidad de Kennedy (1947), de éstos el 3,9% requirió hospitalización. De acuerdo al tipo de agresión el 87,7% fue mordedura y el 11,6% arañazo, frente al animal agresor, el 84,9% fue por perro y el 14,6% por gato. De acuerdo al tipo de exposición se identificaron que el 49,3% fue una No exposición, el 41,6% exposición leve y el 8,9% fue una exposición grave.

Gráfica 29 Distribución porcentual de eventos de agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia, Localidad de Kennedy. 2014

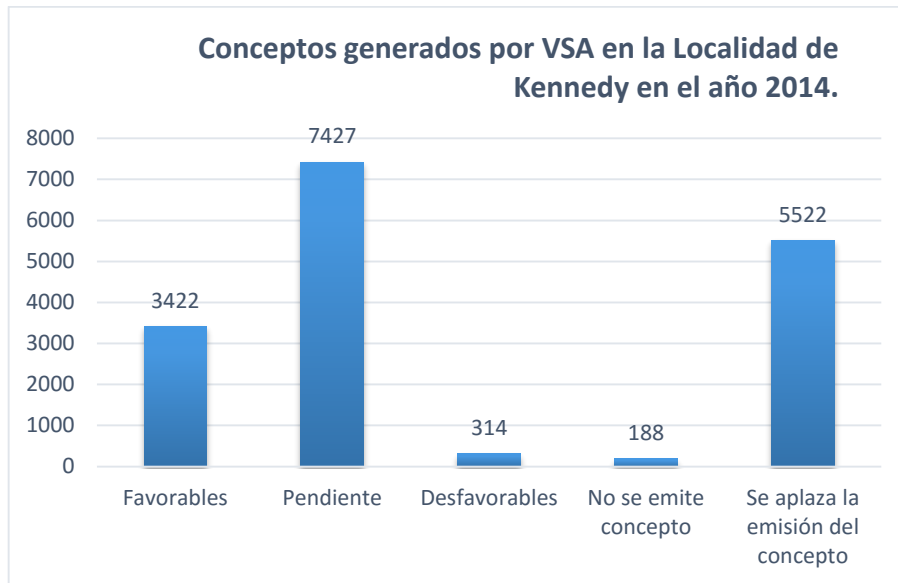


Fuente: Base evento 300 - Agresión por animal potencialmente transmisor de rabia. SDS 2014.

VIGILANCIA SANITARIA Y AMBIENTAL –VSA-

La vigilancia sanitaria se define como la “Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de inspección, vigilancia y control del cumplimiento de normas y procesos para asegurar una adecuada situación sanitaria y de seguridad de todas las actividades que tienen relación con la salud humana,” Decreto 3518 de 2006. Adicionalmente el monitoreo y seguimiento de las diferentes intervenciones que se llevan a cabo en el distrito en el marco de la vigilancia sanitaria y en cada una de las líneas de intervención, se encuentran definidas dentro de la política de salud ambiental (Decreto 596 de 2011). En concordancia con el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.

Gráfica 30 Conceptos generados por VSA en la Localidad de Kennedy en el año 2014.



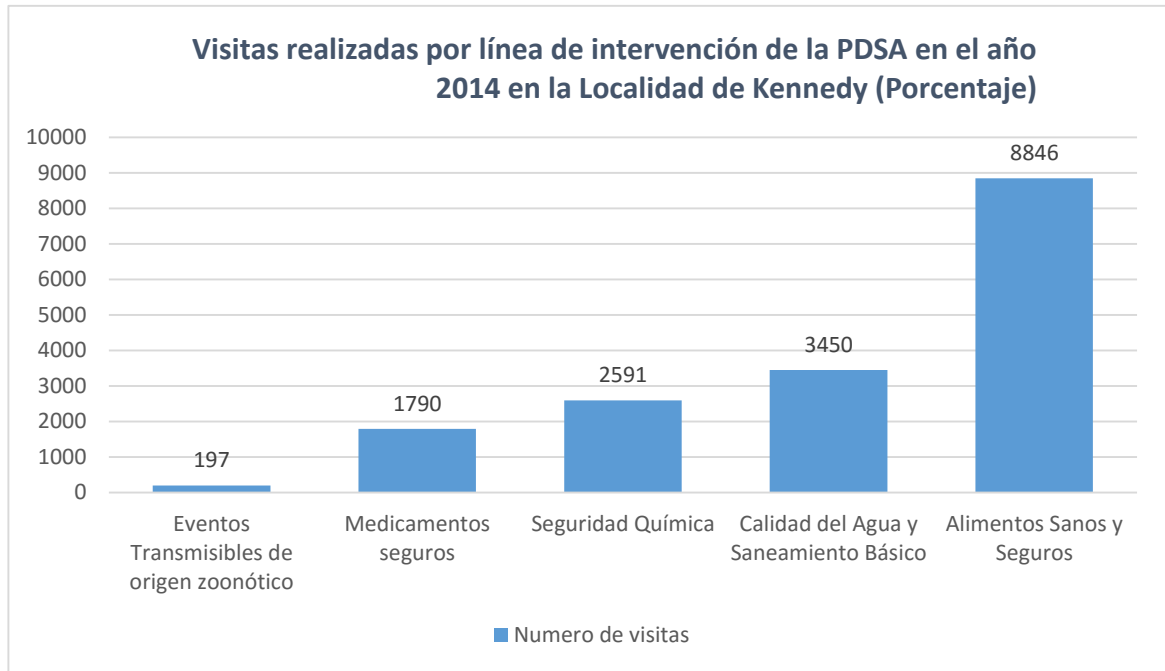
Fuente: Hospital del Sur. SISVEA 2014.

Se realizaron un total de 16.874 visitas en la localidad de Kennedy, los cuales fueron vigilados y controlados, aumentando el dato de establecimientos intervenidos en el año 2013. El mayor porcentaje se establece en conceptos pendientes con un 44 %, debido a que muchas intervenciones contemplan un total de tres visitas, en donde en primera instancia se dejan observaciones menores que afectan el normal funcionamiento de los establecimientos, que se cumplen en una segunda visita. Seguida del aplazamiento de la emisión del concepto sanitario, con un 32,7 % por que no son conceptos sanitarios. Para el año 2014 se conceptúan 3.422 establecimientos con concepto favorable, lo que se establece que solo un 20,3% de las visitas se cumple la norma, seguido de los conceptos desfavorables con 314 establecimientos (1,9%).

Las líneas de intervención actualmente definidas en la política de salud ambiental y a través de las cuales se opera la vigilancia sanitaria y ambiental, en cumplimiento de las normas y para efectos de prevenir e intervenir factores de riesgo son: Alimentos Sanos y Seguros, Calidad del Agua y Saneamiento Básico, Seguridad Química, Medicamentos seguros, Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico, Cambio Climático, Aire, ruido y radiación electromagnética.

Las medidas sanitarias definidas por conceptos negativos según la normatividad se aplican de la siguiente manera: Clausura temporal, clausura temporal parcial, suspensión total de trabajos o servicios, congelación, decomiso y destrucción de productos.

Gráfica 31 Visitas realizadas por línea de intervención de la PDSA en el año 2014 en la Localidad de Kennedy.



Fuente: Hospital del Sur. SISVEA 2014.

La Línea de Alimentos sanos y seguros es la que más realiza visitas, (52,4 %) debido a la gran cantidad de establecimientos que manipulan y transforman productos alimenticios en la localidad de Kennedy, por la gran cantidad de población en edad laboral, así como a la Corporación Central de Abastos, Corabastos, de igual manera a dos plazas más, Las Flores y Plaza de Kennedy, en donde se realiza de manera constante la Vigilancia e Inspección. También es la línea que mayor adelanta acciones sancionatorias, debido a que se adelanta vigilancia a productos de alimentos y bebidas que se constituyen en un alto riesgo para la salud, así mismo la línea adelanta acciones de vigilancia intensificada en temporadas de mayor consumo de algunos productos como lo son semana santa, Halloween y navidad, debido a la ingesta relacionada con falsificaciones y alteración de productos de venta masiva en estas épocas.

UNIDAD COMANDO DE SALUD PÚBLICA –UCSP-

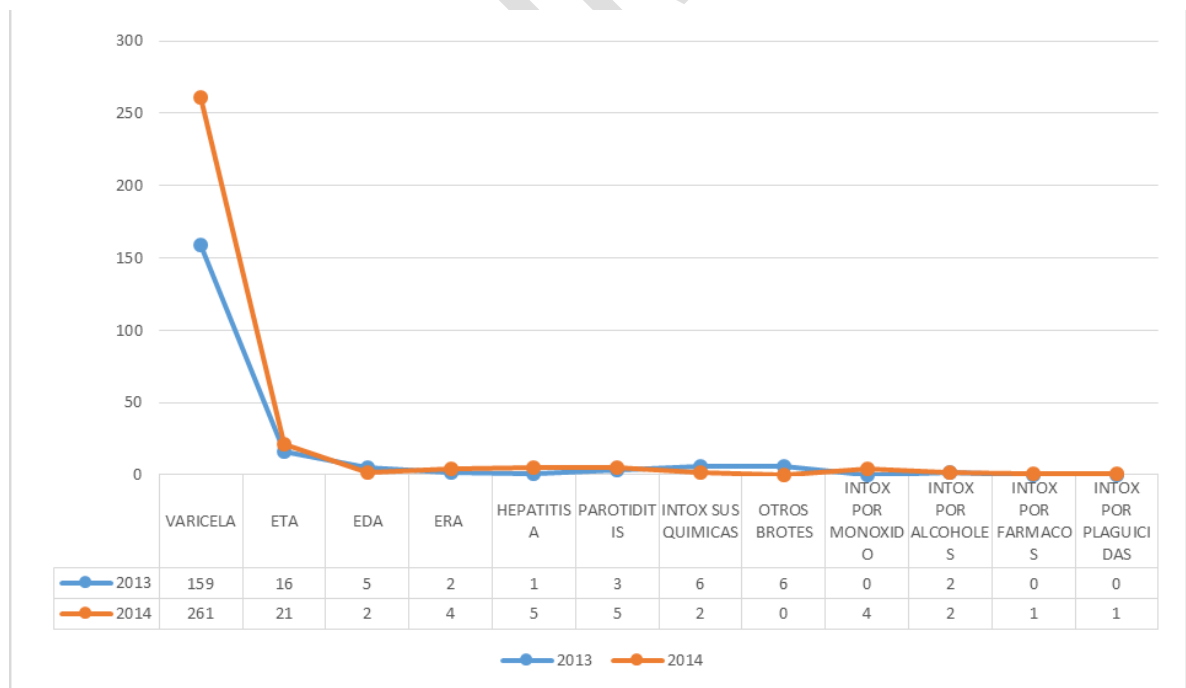
Durante 2014 la Unidad Comando de Salud Pública participó en Puesto de Mando Unificados en diferentes eventos en la localidad, principalmente por aglomeración de público, por asistencia del Alcalde Mayor al parque el Sol en Puente Aranda, por jornadas electorales, celebración del niño, y por dificultades de movilidad y seguridad en Kennedy.

De igual manera, la unidad comando participó en los diferentes espacios distritales y locales de carácter interinstitucional convocados como lo son: el Consejo Local

de Gestión dl Riesgo –CLGR de la localidad de Kennedy y realimentar a nivel central los resultados y gestión de estos espacios. Durante el año se estableció un plan de acción del CLGR con actividades de reconocimiento de territorio e identificación de amenazas como ola invernal o la identificación y caracterización de posibles sitios para albergues o alojamientos temporales en caso de emergencias.

Por otra parte, la unidad comando atiende los brotes notificados en la localidad, evidenciándose la mayor notificación y atención en los relacionados con Varicela, se observa que el incremento de estas se dio en el año 2014 con aumento del 61% no obstante la cantidad de brotes está supeditada a la extensión de la localidad y la demografía de la misma, además de las zonas que presentan vulnerabilidad en aspectos sociales, económicos y culturales, de igual forma el segundo evento que es considerado significativo son las enfermedades transmitidas por alimentos que hacen parte de la inadecuada manipulación de los alimentos al interior de los hogares y del consumo de alimentos en lugares que no garantizan la inocuidad de los alimentos, preservación y preparación de los mismos, para los demás eventos se puede observar que no hubo incrementos significativos entre un año y otro, sin embargo se puede ver en el caso de las intoxicaciones que estas se dan por desconocimiento de los riesgos químicos.

Gráfica 32 Comparativo eventos atendidos por la UCSP. 2013 – 2014. Localidad de Kennedy

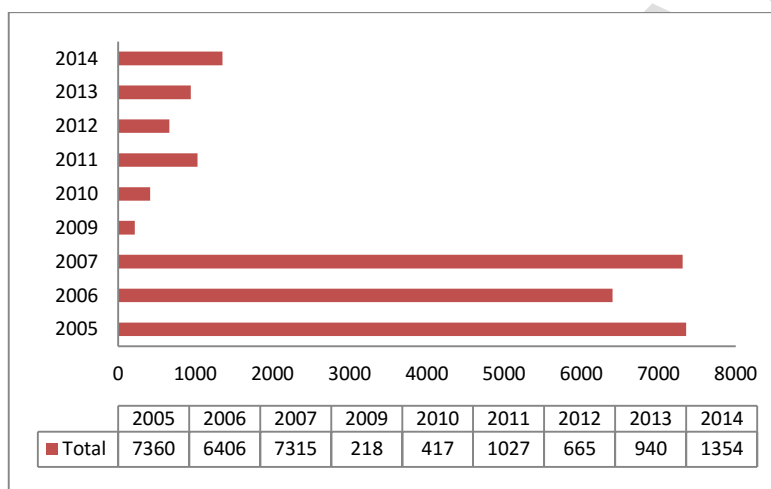


Fuente: Base de brotes notificados, UCSP. 2013 – 2014.

2.9. DISCAPACIDAD

Durante el periodo 2005 – 2014 se registraron 29950 en la base de Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, en la Localidad de Kennedy, sin embargo se realizó la revisión de personas fallecidas, que correspondió a 4248 personas, por lo cual para el presente documento se contara con un total de 25702 personas con discapacidad identificadas.

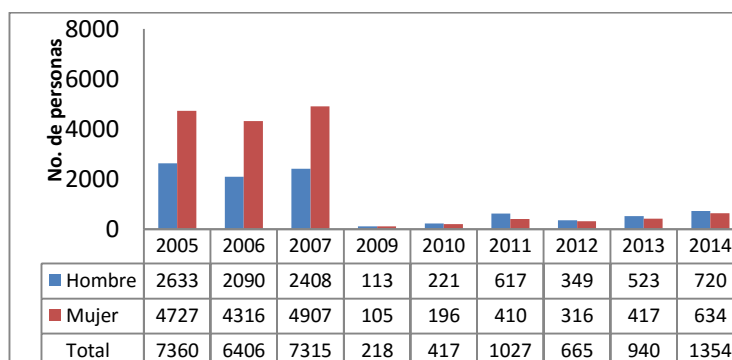
Gráfica 33 Distribución de población con discapacidad registrada, 2005 – 2014, localidad de Kennedy



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

El 82% de los registros se realizaron entre los años 2005 y 2007, lo cual corresponde a 21081 personas con discapacidad registradas en el período mencionado. Este comportamiento se debe a que inicio la implementación del registro de discapacidad. En el año 2008 se identificó una persona registrada, pero al realizar el cruce de base de datos con fallecidos, se tuvo que la persona falleció, por lo tanto no se cuenta con registros para este año.

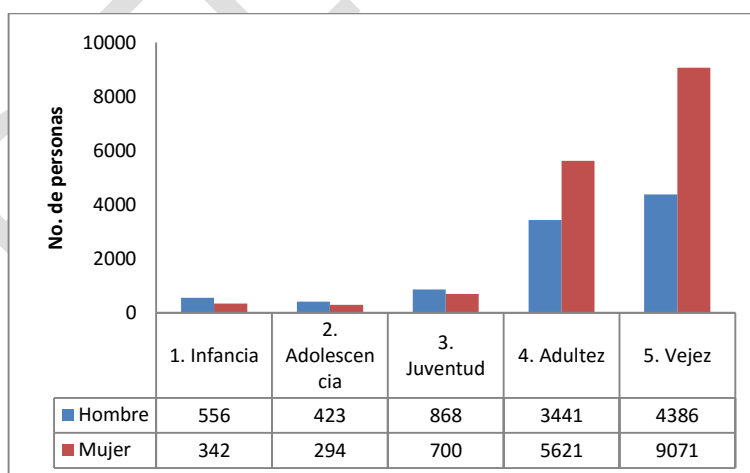
Gráfica 34 . Distribución de población con discapacidad registra por sexo, 2005 – 2014, localidad de Kennedy



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

Se identifica que las mujeres con discapacidad registradas corresponden al 62,3% (n=16028), mientras que los hombres corresponden al 37,6% (n=9674). En la distribución por Etapa de Ciclo Vital (ECV) se identifica que 87,6% (n=22519) de las personas registradas se encuentran en la etapa de Adulthood y Vejez, siendo las mujeres quienes se registraron en mayor medida (65%) en estas etapas de ciclo.

Gráfica 35. Distribución de población con discapacidad registrada por sexo y etapa de ciclo vital, 2005 – 2014, localidad de Kennedy



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

Secretaria Distrital de Salud

Para las etapas de ciclo de infancia, adolescencia y juventud, los hombres se registraron con mayor frecuencia (58%).

En cuanto a la distribución por estrato socioeconómico, se tiene que el 54,7% corresponde al estrato 2, seguido por el estrato 3 con el 43%. Para el estrato 5 y 6 se contó con tan solo 2 personas registradas, 1 en cada estrato mencionado, que corresponde al 0,008%. No se cuenta con el dato de estrato de 126 personas, quienes se registraron entre el 2005 – 2009.

Tabla 22 Distribución de población con discapacidad registrada por estrato del lugar de la vivienda, 2005 – 2014, localidad de Kennedy

Año	Estrato							SD	TOTAL
	Sin Estrato	1	2	3	4	5	6		
2005	14	60	3670	3562	19	0	1	34	7360
2006	7	59	3913	2382	3	0	0	42	6406
2007	2	127	3823	3315	1	1	0	46	7315
2009	0	6	152	56	0	0	0	4	218
2010	0	23	295	98	1	0	0	0	417
2011	0	5	452	558	12	0	0	0	1027
2012	0	12	370	270	13	0	0	0	665
2013	3	11	586	324	16	0	0	0	940
2014	16	28	812	494	4	0	0	0	1354
TOTAL	42	331	14073	11059	69	1	1	126	25702

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

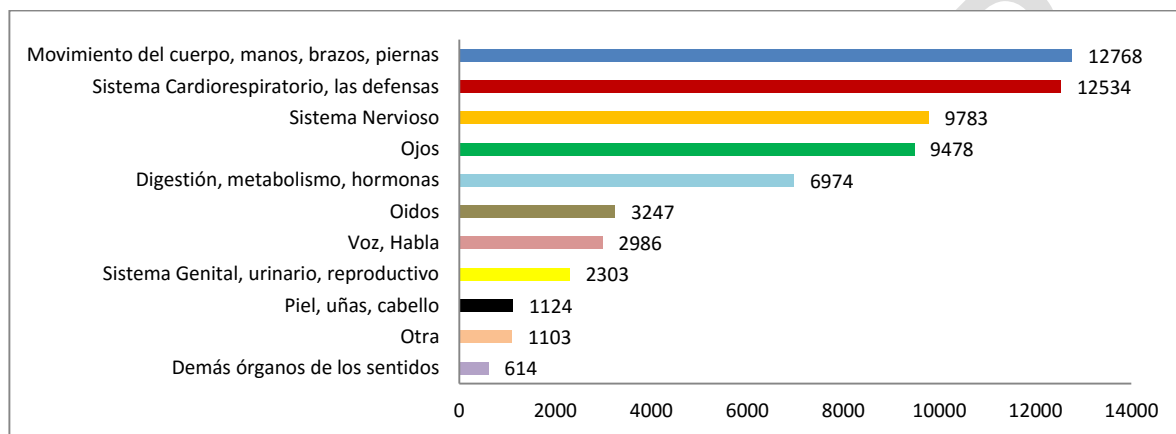
El 0,2% de las personas registradas cuentan con vivienda sin estrato. En el 2007 se registró el 38,4% de las personas con discapacidad en este estrato, mientras que en el año 2006 se registró el 27% de las personas con discapacidad del estrato 2. Para el estrato 3 se registró en el año 2005 el 32,2% del total de personas en este estrato. Entre el 2011 y 2014 se registró el 65% de personas con discapacidad del total en el estrato 4.

El Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) toma elementos principales de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), que en uno de sus objetivos menciona que busca establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, para mejorar la comunicación entre distintos usuarios, tales como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y la población general, incluyendo a las personas con discapacidades. (Organización Mundial de la Salud, 2001).

En esta clasificación no se cuenta con la identificación por tipo de discapacidad, ya que identifica la salud y los estados relacionados con la salud. Las alteraciones

permanentes identificadas en el RLCPD, corresponden a estructuras corporales que se ven alteradas por una condición de discapacidad. Por lo anterior, para el presente documento no se presentara la identificación por tipo de discapacidad, sino por alteraciones permanentes.

Gráfica 36 Distribución de alteraciones permanentes de población con discapacidad registrada, 2005 – 2014, localidad de Kennedy



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

En el proceso de caracterización y localización de personas con discapacidad, cuando la persona identifica las alteraciones permanentes que presenta, puede seleccionar varias opciones, por lo que en la sistematización de la información se evidencia el número de alteraciones mas no el número de personas con discapacidad identificadas.

Se identifica que el movimiento de cuerpo, manos, brazos, piernas es la alteración más registrada (20,2%), seguida por sistema cardiorrespiratorio, las defensas (19,9%) y sistema nervioso (15,5%), principalmente. La alteración en demás órganos de los sentidos es la que menos se registra (0,97%), junto con la opción de otra (1,75%).

En cuanto al régimen de afiliación, se identifica que el 47,3% de las personas registradas entre el 2005 al 2014, se encuentran afiliadas al régimen contributivo, seguidos por el régimen subsidiado con el 27.6%, vinculado con el 13.3%, régimen especial 5,79% y sin ningún régimen de afiliación el 6,1%. El 0,33% corresponde para las personas que no conocen su afiliación y a los registros sin dato.

Tabla 23 Distribución de población con discapacidad registrada por régimen de afiliación, 2005 – 2014, localidad de Kennedy

Régimen de afiliación															
Año	Contributivo	%	Subsidiado	%	Régimen Especial	%	Vinculado	%	Ninguno	%	No sabe	%	SD	%	Total
2005	3505	13,6	1715	6,7	399	1,6	1224	4,8	493	1,9	5	0,019	19	0,07	7360
2006	2968	11,5	1627	6,3	330	1,3	928	3,6	528	2,1	5	0,019	20	0,08	6406
2007	3478	13,5	1912	7,4	441	1,7	1000	3,9	471	1,8	1	0,004	12	0,05	7315
2009	47	0,2	130	0,5	2	0,0	37	0,1	0	0,0	0	0,000	2	0,01	218
2010	106	0,4	249	1,0	3	0,0	49	0,2	5	0,0	1	0,004	4	0,02	417
2011	553	2,2	269	1,0	137	0,5	55	0,2	7	0,0	2	0,008	4	0,02	1027
2012	321	1,2	233	0,9	53	0,2	46	0,2	9	0,0	3	0,012	0	0,00	665
2013	485	1,9	323	1,3	49	0,2	60	0,2	21	0,1	2	0,008	0	0,00	940
2014	700	2,7	496	1,9	75	0,3	29	0,1	50	0,2	4	0,016	0	0,00	1354
Total	12163	47,3	6954	27,1	1489	5,8	3428	13,3	1584	6,2	23	0,089	61	0,24	25702

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

Al identificar el tipo de afiliación sobre el total de la población (n=25702), se tiene que en el año 2005 se registró el 13,6% de las personas que cuentan con el régimen contributivo, mientras que en el régimen subsidiado, el 7,4% se registraron en el 2007, al igual que para el régimen especial, ya que el 1,7% de las personas identificaron este régimen en este mismo año.

El mayor porcentaje de personas que se identifican como vinculados al sistema de salud, se registró en el 2005 (4,8%). Una mayor proporción de quienes identifican que no cuentan con algún tipo de afiliación, se registraron en 2006 (2,1%); quienes no sabían su régimen (0,039%) en el 2005 y 2006 y la mayor cantidad de registros sin dato se tuvo en el 2006 (0,08%).

2.10. Determinantes estructurales e intermedios de las inequidades en salud²⁰

2.10.1. Dimensión Vida Saludable y condiciones no transmisibles

El contexto poblacional de la localidad de Kennedy se deriva de las características sociales, económicas, culturales, políticas de la nación al contar con alto grado de personas migrantes de diferentes zonas del país. Esto deriva que la localidad cuente con una de las mayores densidades poblacionales del distrito capital, expresando un sin número de conflictos y problemáticas para sus habitantes.

La desigualdad social es otro de los signos de alarma que incide directamente en la calidad de vida dentro de la localidad, expresándose en la presencia de enfermedades crónicas las cuales se deben en gran medida a cuatro factores de exposición comportamentales que se han afianzado a raíz de los procesos de transición económica, los rápidos procesos de urbanización y los modos de vida de los últimos años: el consumo de tabaco, las dietas inadecuadas, la inactividad física y el uso nocivo de alcohol, esta problemática predomina en la localidad, allí se presentan enfermedades crónicas asociados a inadecuados estilos de vida y hábitos poco saludables, poca adherencia a los tratamientos médicos.

Otros de los factores de importante significancia se observa con la problemática de las barreras de acceso a los servicios de salud de medicina especializada, laboratorios especializados los cuales contribuyen al manejo clínico del paciente, esto debido al proceso de autorización, de igual forma el nivel de cobertura para un segundo nivel de atención a población crónica es débil, no se cuenta con los suficientes centros de atención especializada para cubrir a la población crónica.

Dentro de la Infraestructura de bienes y servicios saludables con los que cuenta la localidad de Kennedy se realiza un balance ubicando al Hospital del Sur con 11 UPAS, 3 UBAS, 1 CAMI Patio Bonito, se cuenta con 1 CAMAD quien atiende población en riesgo o consumo de sustancias psicoactivas. Dentro de los criterios de acercamiento a la comunidad el Hospital del Sur cuenta con un punto por el derecho a la Salud y la oficina de Participación y atención al usuario.

Con las instituciones privadas se cuenta con Hospital de Kennedy, presencia de EPS Privadas como Compensar, Famisanar, Salud total entre otras.

Por otra parte ante la precariedad de espacios que permitan el disfrute de la localidad, se encaminan acciones para mejorar las condiciones y estilos de vida

²⁰ Análisis configurado con Gestión de Políticas y Programas, Hospital del Sur.

saludables con el fin de contribuir al desarrollo humano y al mejoramiento continuo de la calidad de vida de la población, la convivencia y la paz a través del aumento de sus capacidades recreativas, deportivas y físicas.

Para la localidad de Kennedy es indispensable observar la situación actual del adulto mayor. Las problemáticas expuestas desde los territorios y los espacios locales para esta población se enfatizan principalmente en las barreras de acceso de salud, inoportunidad en citas con especialistas y médico general, entrega de medicamentos en lugares lejanos a los centros de atención, limitación en el acceso a los programas de promoción y prevención así como la falta atención en salud mental, no existen centros de cuidados intermedios para personas mayores sin red de apoyo, y los que existen son pagando. Existe una elevada lista de espera para el otorgamiento del subsidio, así como no se tiene información de los subsidios de vivienda para esta población y sus familias, como tampoco para educación superior. Así mismo la falta de oportunidades laborales está provocando informalidad e inadecuadas prácticas de trabajo y condiciones precarias. También pocas acciones de promoción del buen trato hacia las personas mayores en el entorno familiar e institucional. Extensos tiempos para el ingreso a un centro de protección social. La ruta de abandono no es lo suficientemente fuerte por carecer de centros de protección. No se cuenta con médicos geriatras y especialistas en actividad física para las personas mayores.

2.10.2. Dimensión Convivencia Social y Salud Mental

Los factores de migración y desplazamientos forzados que se han desarrollado en Colombia durante los últimos 50 años, han hecho que las capitales del país tengan unas características y dinámicas heterogéneas, significando un alto grado de responsabilidad de las instituciones tanto públicas como privadas por ser cada vez más diversas e incluyentes.

Las condiciones de Autocuidado y corresponsabilidad social para la salud mental y la convivencia social abarcan un amplio espectro de ámbitos entre los que se encuentran: mujer y género, salud sexual y reproductiva, LGBTI- personas en ejercicio de prostitución, habitante de calle, víctimas del conflicto armado. Es importante entender el grado de vulnerabilidad de las poblaciones anteriormente expuestas ya que las condiciones de baja empleabilidad, hacinamiento, deterioro del medio ambiente aumentan el riesgo de desmejorar las situaciones de la salud física como mental.

2.10.3. Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional

El contexto de pobreza de la localidad genera una dicotomía, ya que cuenta con la central de abastos más grande de Colombia, generando contraste entre los temas de seguridad alimentaria y distribución equitativa de alimentos.

Sin embargo la localidad de Kennedy cuenta con un sin número de Hipermercados, supermercados, Fruver, tiendas de barrio, estas condiciones de infraestructura dan la posibilidad de una gran oferta teniendo en cuenta las dificultades económicas de la localidad, dando lugar al menudeo o a las compras al “diario” por aquellas familias y personas que no cuentan con recursos económicos para realizar grandes compras de alimentos de calidad nutricional.

Los sitios provistos por los diferentes programas sociales y de apoyos encaminados a suplir la alimentación familiar abarcar a personas que se encuentran en los niveles 1 y 2 del SISBEN (comedores comunitarios, refrigerios escolares, bonos alimenticios entre otros), familias que se caracterizan por no contar entre sus proveedores y cabezas de hogar con un empleo fijo y bien remunerado.

Los productos con bajo contenido nutricional se ofrecen en varias zonas de los territorios, debido a su bajo costo se convierte en un oportunidad de alimentación, claro está que no se evidencia una cultura de autocuidado frente a este tipo de alimentación.

2.10.4. Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

Los determinantes sociales que afecta a las mujeres en esta localidad explican la mayor parte de las inequidades en la disponibilidad y la asequibilidad a los servicios de salud y servicios sociales, al trabajo, a la educación y a la participación.

El ejercicio de los derechos de las mujeres busca garantizar una vida libre de violencias y puesta en marcha de acciones para la superación de brechas y la transformación cultural que contribuyan al goce efectivo de los derechos de las mujeres.

La participación y reconocimiento de los derechos de las mujeres representado en la mesa de organizaciones de mujeres caminando hacia los encuentros ciudadanos, comité de mujer y género, comité de salud para las mujeres, favorece su liderazgo y participación como constructoras de paz y su capacidad de incidencia política en los diferentes procesos de toma de decisiones a nivel local, se evidencia además en el papel que han desempeñado las mujeres en sus territorios en el momento de emprender acciones con las mujeres víctimas de violencias y del conflicto armado que han llegado al territorio, permitiéndoles

resaltar y reconocer en la comunidad, sus capacidades en cuanto a organización y liderazgo, hacia la construcción de paz, desde el reconocimiento de los derechos humanos, individuales y colectivos.

La violencia contra las mujeres se presenta de muchas formas: física, sexual, psicológica y económica; estas formas de violencia se interrelacionan y afectan a las mujeres desde el nacimiento hasta la edad mayor; la forma más común de violencia experimentada por mujeres es la violencia física infringida por una pareja íntima, incluyendo mujeres golpeadas, obligadas a tener relaciones sexuales o abusadas de alguna otra manera. La violencia sexual que afecta, principalmente a mujeres y niñas; la inhabilidad de las mujeres para tener prácticas sexuales sin riesgo y de rechazar el sexo no deseado está estrechamente relacionada con la transmisión de sífilis, enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA. La violencia antes y durante el embarazo tiene graves consecuencias de la salud, tanto para la madre como para el bebé. Conlleva a embarazos de alto riesgo y problemas relacionados con el embarazo, incluyendo el aborto espontáneo, parto antes de término y bajo peso al nacer. Las cinco principales afectaciones del conflicto que inciden en la vida de las mujeres son en su orden: desplazamiento forzado, homicidio, abandono o despojo de tierras, amenaza y por último vinculación de niñas y adolescentes, a hechos relacionados con grupos armados.

Kennedy es la localidad de Bogotá en donde más se presenta violencia física y sexual contra las mujeres. Los barrios más críticos son Patio Bonito y Corabastos. Violencia contra las mujeres y percepciones de inseguridad asociados a delitos de alto impacto (robos, asesinatos, venta y consumo de sustancias psicoactivas), deficiencia en iluminación, mal manejo de basuras y presencia de pandillas que accionan en los barrios de Patio Bonito, María Paz, Miraflores, Llano Grande, Saucedal, Pinal y El Socorro, que configuran fronteras invisibles y restringen el uso, goce y apropiación del espacio público por parte de las mujeres de todo el ciclo vital que habitan estas zonas.

Las problemáticas relacionadas a los derechos sexuales y reproductivos son de amplio espectro, ya que tanto los temas de sexualidad como los de reproducción cubren de forma integral la situación de la población de la localidad de Kennedy. Tomando las prioridades en salud pública frente a salud sexual y reproductiva se incluye: Maternidad Segura, Planificación Familiar, Salud sexual y reproductiva de los adolescentes, Cáncer de Cuello uterino, seno y próstata, ITS- VIH/SIDA, Violencia doméstica y sexual, Eventos negativos en SSR, Personas en ejercicio de la prostitución. Por su amplio espectro y la afectación de toda la población es fundamental tener claridad que su vulneración impacta negativamente en la calidad de vida poblacional. En el marco específico de la localidad de Kennedy es importante evidenciar que la situación actual en morbi-mortalidad en SSR con mayor severidad frente a adolescentes embarazadas, exige la continuación de acciones y estrategias que respondan a los indicadores de afectación en cuanto a la educación preventiva en salud y derechos a las poblaciones y las rutas que

permitan desde la Red disminuir las permanentes barreras de acceso de la cual son víctima la población.

2.10.5. Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles

La carga de enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo enfermedad entre las que se encuentra la Tuberculosis. El número total de pacientes diagnosticados residentes en el primer semestre del 2015 en la localidad de Kennedy han sido 67, de los cuales 47 son Tuberculosis Pulmonar, 18 Tuberculosis Extra pulmonar y 2 Tuberculosis Meningea, 31 de los casos son mujeres y 36 hombres.

Dentro de las enfermedades transmitidas por vectores están Leishmaniasis, Malaria, Chagas, enfermedades que no son de diagnosticadas en todas las instituciones de la localidad de Kennedy, debido a que la consulta en el mayor de los casos se realiza es por urgencias. Por lo cual la institución que diagnostica un número mayor de casos de malaria es el Hospital de Kennedy e IPS como Andar Kennedy y Virrey Solis Américas han diagnosticado Leishmaniasis. En el primer semestre de 2015 se han presentado dos casos reportados de leishmaniasis en la localidad y de Malaria no se ha reportado casos.

El proceso de atención de manejo de enfermedades transmitidas por vectores se realiza el diagnóstico en las instituciones públicas o privadas y desde el programa se realiza asesoría en cuanto al manejo y laboratorios necesarios para inicio de tratamiento el cual es solicitado en secretaria y entregado a las IPS para administración del tratamiento y seguimiento a controles bacteriológicos. Se evidencia dificultad en la realización de controles bacteriológicos por parte de las instituciones adicional a esto los pacientes en su mayoría no son residentes de la ciudad de Bogotá.

2.10.6. Dimensión Salud y Ámbito Laboral

Acceso al Sistema General de Riesgos Laborales Protección de la salud en el trabajo y fomento de la cultura preventiva a los trabajadores, Estilos, modos y condiciones saludables en el entorno laboral

Las mujeres intervenidas desde el escenario laboral del Hospital del Sur se encuentran vinculadas laboralmente a la informalidad, caracterizada por no estar vinculada al Sistema de Riesgos Laborales. Durante el abordaje con mujeres trabajadoras intervenidas por el ámbito laboral de la ESE Hospital del Sur, en el ciclo vital adultez y Envejecimiento y Vejez, se identificaron problemáticas en su entorno laboral, en niveles de riesgo ocupacional bajo, medio y alto generadas con el desarrollo de actividades laborales en Unidades de trabajo informal

caracterizadas por presentar inadecuadas condiciones de trabajo y el desarrollo de hábitos no saludables, en las actividades económicas: misceláneas, remates, cabinas telefónicas, internet, tiendas de barrio, Salas de Belleza, ferretería, supermercados, venta de productos de aseo, panadería y restaurantes; así mismo en Unidades con riesgo alto, como son: talleres de mecánica, poblaciones con ocupaciones priorizadas: venta ambulante, recicladores, pequeños bodegueros), ferreterías, confección, salas de belleza, lavanderías, restaurantes, panaderías, remontadoras de calzado.

De acuerdo con lo identificado por el equipo del escenario laboral en los territorios de salud del Hospital del Sur, se han evidenciado posibles enfermedades laborales en su mayoría relacionadas por riesgo por carga física, a saber: desordenes osteomusculares: dorsolumbalgias, tenosinovitis, lesiones musculoesqueléticas, túnel carpiano, por exposición a factores de riesgo: movimientos repetitivos, manipulación de cargas, aplicación de fuerza, y posturas mantenidas. Otros factores que aumentan y/o agravan estas patologías es la ausencia de hábitos de autocuidado en el trabajo. Adicionalmente se ha identificado disminución auditiva en un 60% de los vendedores ambulantes identificados por territorios saludables, el cual se produce a partir del factor de riesgo Ruido ambiental. Así mismo se presenta en nivel medio, posibles enfermedades a consecuencia de riesgo Psicolaboral debido a la dinámica de los trabajos informales que se traduce en jornadas extensas de trabajo, bajos ingresos, presión de público.

En lo relacionado con posibles accidentes de trabajo presentados por la población trabajadora intervenida por el ámbito laboral de la ESE Hospital del Sur, se evidencian, en su mayoría heridas por cortaduras y el segmento afectado mayormente son las manos.

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

Salud en poblaciones étnicas Salud en poblaciones étnicas

La diversidad de la población colombiana y la presencia en distintos territorios junto con el devenir de los procesos sociales, culturales, políticos, económicos y otros hace que la nación se distinga por la riqueza cultural y social que sus pobladores le brindan.

Asimismo, la relevancia que presentan los diversos grupos étnicos para el conjunto de la sociedad colombiana y el grado de protección constitucional recibida por parte del Estado hace necesario enriquecer los procesos de análisis para continuar fortaleciendo la participación de estas comunidades y la inserción e inclusión a las diferentes dinámicas de la sociedad colombiana.

Las problemáticas expuestas desde la mesa étnica de la localidad impactan de manera negativa en la calidad de vida y salud de las poblaciones Afro descendiente, Indígena, Raizal, Gitana acentuadas en los diversos territorios. Estas problemáticas se concentran principalmente en las barreras de acceso a la salud, la discriminación que les impide el acceso a las oportunidades y desarrollo de las potencialidades, así como no contar con una atención en salud diferencial, lo anterior sumado a la falta de oportunidades laborales para estas poblaciones provocando informalidad e inadecuadas prácticas laborales y condiciones precarias. Igualmente se observa hacinamiento y el aumento de la densidad poblacional asociada al desplazamiento forzado.

Por otra parte, las problemáticas expuestas desde los territorios de la localidad impactan de manera negativa en la calidad de vida y salud de las personas en condición de discapacidad y se concentran principalmente en las barreras de acceso a la salud, la pobreza estructural de las familias que les impide el acceso a las oportunidades y desarrollo de las potencialidades, servicios y programas sociales especialmente para el ciclo vital adulto, dificultades en la movilidad debido a su infraestructura física en donde las personas con movilidad reducida se ven afectadas en sus desplazamientos, así mismo la falta de oportunidades laborales para esta población provocando informalidad e inadecuadas prácticas laborales y condiciones precarias. Igualmente se observa la falta de alternativas para la ocupación del tiempo libre, viviendas y hacinamiento y el aumento de la densidad poblacional asociada al desplazamiento forzado y la Pobreza, la violencia intrafamiliar debido a la falta de oportunidades y condiciones laborales para el cuidador o cuidadora generando en ocasiones inestabilidad emocional y a su vez maltrato a la personas con discapacidad.

Análisis integral de los determinantes sociales de la salud.

Las políticas económicas neoliberales enmarcadas en un contexto de globalización, junto con los procesos socio-políticos que ha sufrido la nación, han determinado el devenir de los ciudadanos, condicionando la posibilidad de acceso a la diversidad de derechos que en un alto grado son vulnerados por el establecimiento.

Estos factores han incrementado los procesos de desigualdad social, incidiendo directamente en la calidad de vida de los habitantes de la localidad.

Es importante extender a otros factores la incidencia en el grado de vulnerabilidad de los habitantes de la localidad, ya que las condiciones de baja empleabilidad, hacinamiento, deterioro del medio ambiente aumentan el riesgo de desmejorar las situaciones de la salud física como mental.

A nivel nutricional el contexto de pobreza de la localidad genera una dicotomía, ya que cuenta con la central de abastos más grande de Colombia, generando

contraste entre los temas de seguridad alimentaria y distribución equitativa de alimentos

Otros de las acciones de resignificación de los derechos son los de las mujeres que busca garantizar una vida libre de violencias y puesta en marcha de acciones para la superación de brechas y la transformación cultural que contribuyan al goce efectivo de los derechos de las mujeres.

La situación laboral en la localidad es un factor de incidencia directa en la situación de salud. El acceso al Sistema General de Riesgos Laborales Protección de la salud en el trabajo y fomento de la cultura preventiva a los trabajadores, Estilos, modos y condiciones saludables en el entorno laboral, deben ser la garantía referente a derechos.

Finalmente el reconocimiento del otro, su alteridad y sus derechos como ciudadano, son procesos que se han venido consolidando en la localidad desde las poblaciones diferenciales y de inclusión.

CAPÍTULO 3. IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY

En el lineamiento de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, se expone la definición e importancia de la identificación y valoración de las tensiones, así como los factores que la componen: "... para la comprensión integral del estado de salud de la población en un territorio particular, es necesario identificar y comprender las tensiones que se presentan entre las dinámicas territoriales (PASE) y entre estas y las condiciones de salud de la población (...)

La identificación de tensiones exige el reconocimiento de los factores que las originaron (generadores), de los factores que las refuerzan así como de aquellos que las contrarrestan y de las implicaciones que tienen en distintas áreas del desarrollo local. La identificación de tensiones facilita y ordena la actividad para la identificación de los determinantes de la salud. (...)

Una tensión en salud se define como "el conjunto de presiones provenientes de una o varias dimensiones del desarrollo o de las dimensiones prioritarias y transversales para la vida, que actúan en diferentes direcciones y generan niveles de estrés que deterioran el estado de salud de una población"

Una tensión en salud expresa la forma en que se materializan las condiciones y situaciones presentes en el territorio y los determinantes de la salud en el estado de salud de la población." (19)

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

TENSIONES POR CICLO VITAL

A continuación se expondrán las tensiones priorizadas en la localidad de Kennedy por ciclo vital, teniendo en cuenta la experiencia de trabajo del equipo de Gestión de Políticas junto con la articulación del equipo ASIS del hospital del Sur. Allí se observara la dimensión que corresponde a cada tensión junto con, el componente y área de observación correspondientes.

De igual manera por cada tensión se presentara el correspondiente análisis partiendo de los generadores, reforzadores, liberadores e implicaciones de la metodología PASE.

CICLO VITAL INFANCIA

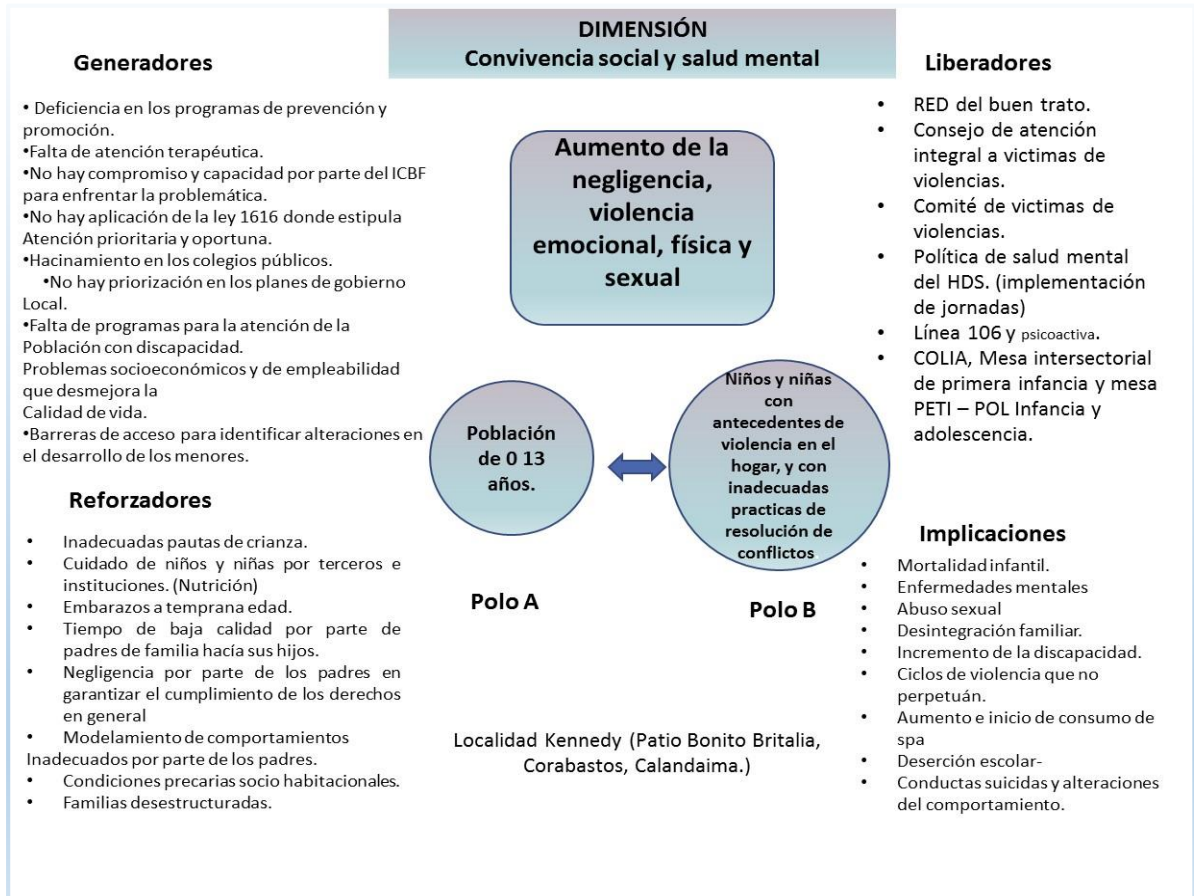
TENSIÓN 1. Violencia intrafamiliar presente en los menores de 13 años, descomposición familiar en la localidad de Kennedy.

DIMENSIÓN: Convivencia social y salud mental

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

ÁREA DE OBSERVACIÓN: Factores de riesgo asociados a diferentes formas de violencia, problemas, trastornos mentales y eventos relacionados.

Ilustración 1 Tensión 1 ciclo vital infancia, aumento de los diferentes tipos de violencia, 2014



Fuente: Equipo de gestión de políticas y programas, equipos ASIS Hospital del Sur 2015

Aumento de la negligencia, violencia emocional, física y sexual, ciclo vital infancia:

El evento de violencias se constituye como prioritaria de salud mental dentro del área de salud pública ya que tiene una ocurrencia alta y afecta principalmente a la población de mayor vulnerabilidad dentro de los grupos de edad: niños, niñas y adolescentes (53 % de la notificación SIVIM se da en la etapa infancia, siendo EL 84 % la negligencia y violencia sexual los principales tipos de violencia, esta última en un 6,25 % ocurren en el hogar). Aunque las violencias en sus diferentes modalidades han existido desde hace varias décadas, se puede considerar que se han incrementado de forma preocupante en diferentes contextos, en los últimos 20 años.

Dentro de las posibles causas se puede mencionar desde las condiciones socioeconómicas, desfavorables, hasta deestructuración familiar y modelos inadecuados de comportamientos y empleo de pautas de crianza inadecuadas. A

estas se suman la deficiencia en los programas de prevención y promoción junto con la no aplicación de la ley 1616 que estipula la atención prioritaria y oportuna.

La afectación física, psicológica, cognitiva, y emocional que se genera en los niños y niñas víctimas de violencias es muy alta y se considera que persiste a lo largo del ciclo vital. Si no existe un acompañamiento o intervención adecuados. El evento se distribuye de manera uniforme pero el principal escenario de ocurrencia es el contexto familia, siendo los niños y niñas el grupo más afectado. Principalmente se puede considerar que una de las consecuencias asociadas a las violencias emocional, física, sexual y negligencia en niños y niñas es el mantenimiento de un círculo de violencias que posteriormente salen del contexto familiar para presentarse en contextos escolares y sociales.

Se ha dado un incremento de la mortalidad infantil, desintegración familiar, incremento de enfermedades mentales, incremento de consumo de SPA, y aumento de conducta suicida en edades cada vez más tempranas. Para abordar este evento, se han generado respuestas institucionales, leyes, comités, y políticas públicas orientadas a mitigar las consecuencias y a disminuir y prevenir la ocurrencia del evento. (16 % de la violencia por negligencia ocurre por fuera del hogar), eventos presentes en las UPZ de Patio Bonito, Calandaima y Gran Britalia con mayor número de notificaciones.

La prevalencia de estas dinámicas tendría consecuencias como mortalidades infantiles, aumento de las enfermedades mentales, abuso sexual, desintegración familiar e incremento de la discapacidad. También repercuten en la continuidad de los ciclos de violencia, aumento y consumo de SPA, deserción escolar, conductas suicidas y alteraciones del comportamiento.

En la localidad de Kennedy se viene trabajando y realizando articulaciones entre entidades que pretenden disminuir este tipos de violencias, entre ellas están, La Red del Buen Trato, Consejo de Atención a Víctimas de Violencia, Comité de Víctimas de Violencia, Política de Salud del Hospital del Sur, Línea 106 y Psicoactiva, Comité Local de Infancia y Adolescencia, Mesa Intersectorial de Primera Infancia, Mesa para la Erradicación del Trabajo Infantil entre otras.

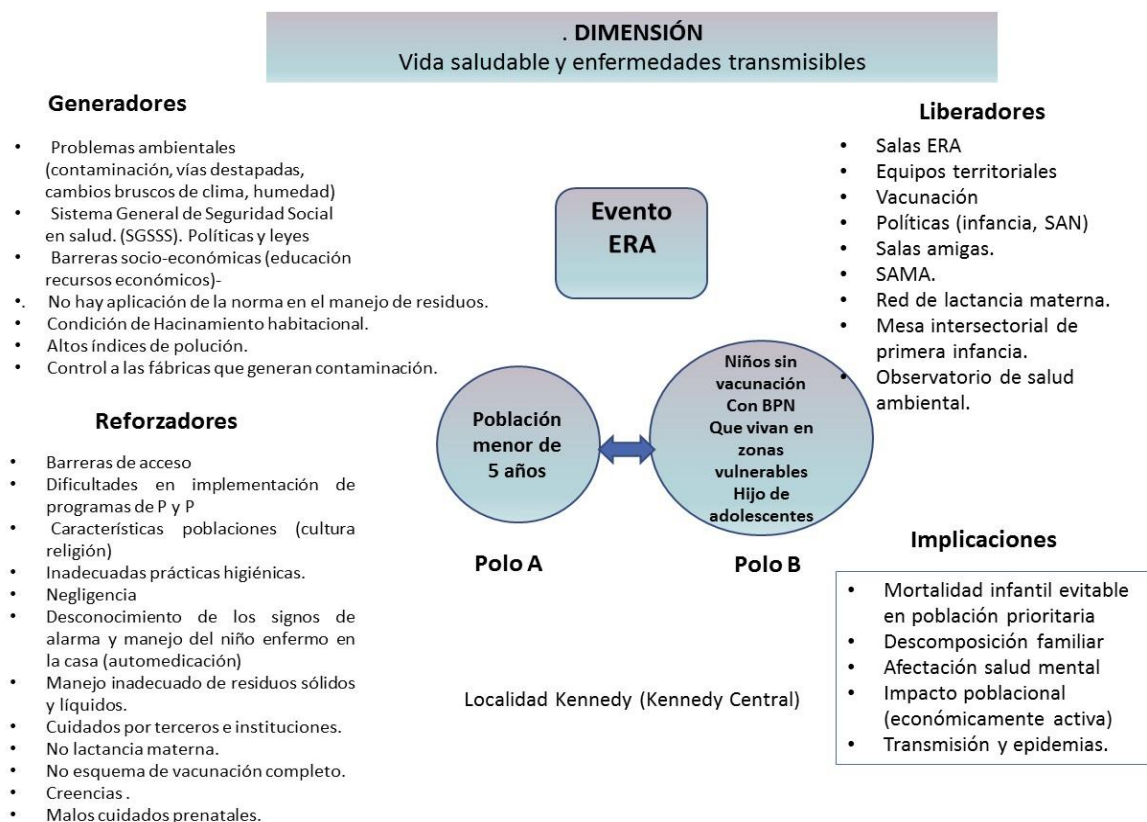
TENSIÓN 2. Desconocimiento de signos y síntomas, factores culturales y ambientales asociados a la presencia de enfermedades respiratorias.

DIMENSIÓN: Vida saludable y enfermedades transmisibles.

COMPONENTE: Enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas.

ÁREA DE OBSERVACIÓN: Carga de enfermedades infecciosas ETA, EDA

Ilustración 2 Tensión 2 ciclo vital infancia, Eventos ERA, 2014



Fuente: Equipo de gestión de políticas y programas, equipos ASIS Hospital del Sur 2015

Aumento de la mortalidad por ERA:

Se identificaba inicialmente que los casos reportados por ERA obedecían a barreras de acceso en los servicios de salud identificados como demoras; sin embargo, y partiendo que las barreras de acceso perduran como factor sistemático y estructural, se identifican adicionalmente otros factores que contribuyen también a que los casos sigan incrementándose.

Uno de ellos obedece al desconocimiento de los signos de alarma y peligro por parte de los padres de familia, esto se ve reflejado en el cuidado inadecuado del niño enfermo exponiéndolo a cambios bruscos de temperatura, utilizando remedios caseros o administrando medicamentos no formulados o en dosificación no correspondiente a su edad. Adicional a esto el desconocimiento del pico de temperatura entre otras. Esto se ve reflejado en el avance rápido de la enfermedad y las complicaciones propias de ERA. (7 de casos de mortalidad por neumonía, y 4 por IRA en 2014, matriz preeliminar de indicadores 2014).

Otro factor que se ha identificado es la negligencia frente al cuidado, que aunque podría incluir algunos ya mencionados, este específicamente se expresa aparte porque se da en algunos padres que dejan el cuidado de sus hijos a terceros, mostrando total desconocimiento no solo del comportamiento cotidiano de sus hijos, como del manejo de cualquier enfermedad infantil y de la importancia de tener control del crecimiento de los niños. Así mismo se ha identificado que en la mayoría de los padres que son negligentes con sus hijos bajo estas situaciones, lo fueron durante la gestación, en donde se presenta el nacimiento de un niño bajo de peso principalmente.

Toma valor el tema ambiental, relacionado con la contaminación, el manejo adecuado de residuos y de aguas y el desaseo al interior del hogar. Este factor se considera que pesa mucho más que los anteriores si se parte que existen factores de base en lo niños y no se toman medidas de control tanto en el hogar como al exponer a los menores de edad a los espacios fuera del mismo.

Las acciones emprendidas en la localidad para solventar estas problemáticas se articulan tanto en espacios institucionales como comunitarios, entre ellos se encuentran Salas ERA, Equipos territoriales, procesos de Vacunación, Políticas (infancia, SAN), Salas amigas, SAMA, Red de lactancia materna, Mesa intersectorial de primera infancia y el Observatorio de salud ambiental.

CICLO VITAL ADOLESCENCIA

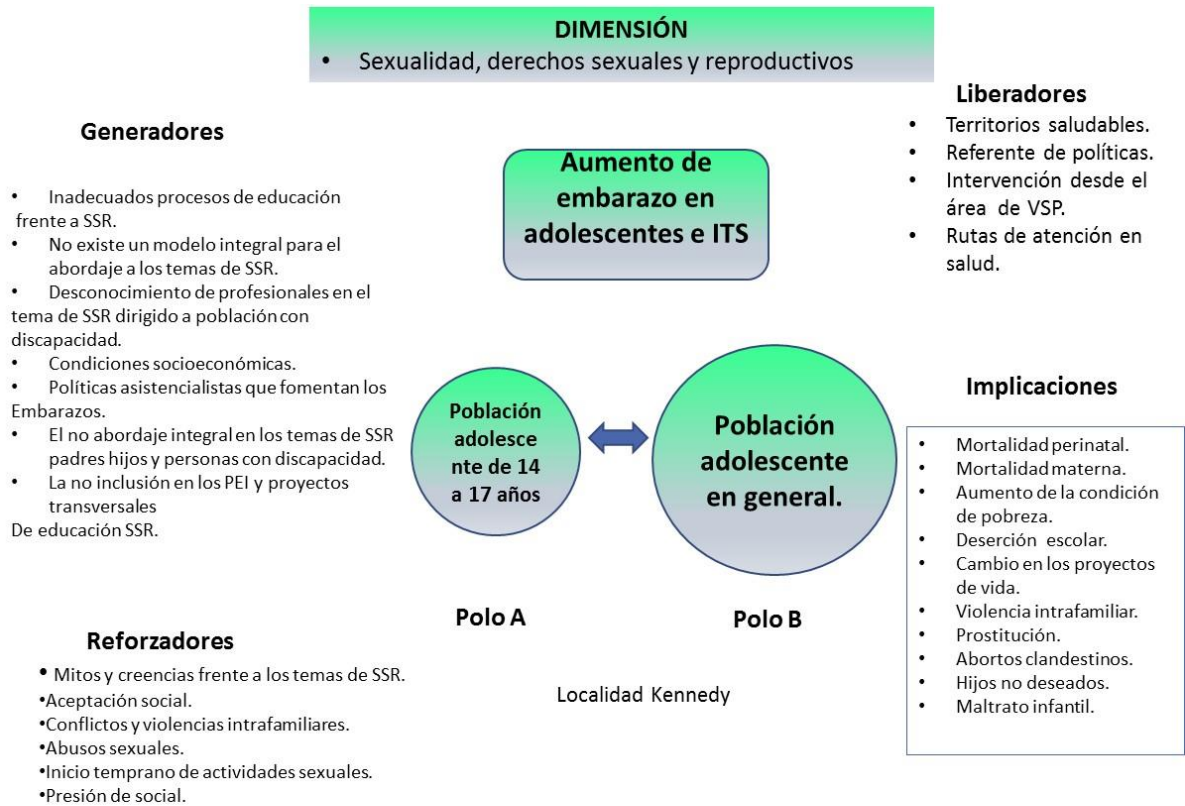
TENSIÓN 1. Derechos Sexuales y reproductivos, proyectos de vida en los y las adolescentes de la localidad de Kennedy.

DIMENSIÓN: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

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

ÁREA DE OBSERVACIÓN: Servicios integrales en Salud Sexual y Reproductiva para la población de adolescentes y jóvenes.

Ilustración 3 Tensión 1, ciclo vital adolescencia, Aumento de embarazos en adolescentes e ITS, 2014



Fuente: Equipo de gestión de políticas y programas, equipos ASIS Hospital del Sur 2015

Aumento de embarazos en adolescentes e ITS:

El evento de aumento de embarazos e ITS en adolescentes, evidencia que es una situación que se ha presentado históricamente como patrón cultural y ha aumentado en las últimas décadas, afectando especialmente a preadolescentes y adolescentes, (si bien deben haber cero casos de embarazos de 10 a 14 años, en la localidad de Kennedy se presentaron 56 casos en esta población y de 15 a 19 años se presentaron 2324 casos de nacidos vivos en 2014) razones que se observan en la metodología que implementan los profesionales al limitar la información correspondiente o al desconocer otra que es importante especialmente para la población joven, de igual forma se consideran las políticas asistencialistas que indirectamente motivan estas situaciones, llevando a afectar los proyectos de vida, a una sociedad generadora de carencias, violencias, miseria y reducción de oportunidades en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.

Este evento se complica debido a la resistencia de adolescentes y jóvenes y sus padres a recibir información oportuna y vendría al no contar con fuentes de información confiables. Un factor predominante son los inadecuados procesos de educación de Salud Sexual y Reproductiva, no hay un modelo integral para el abordaje con población joven, y en muchos casos no se generan lazos de empatía entre usuario joven y profesional de la salud.

Así mismo, en las instituciones educativas es insipiente el abordaje de estos temas, teniendo en cuenta que estos procesos de educación sexual y reproductiva no son implementados desde los PEI y proyectos transversales. Así, tanto estudiantes como comunidad educativa no se apropian frente a estos temas que en muchos casos son mal manejados por creencias, pautas culturales o religiosas. Muchas de estas situaciones derivan en conflictos y violencia intrafamiliar, abuso sexual, inicio temprano de actividad sexual.

Al mantenerse estos factores en el tiempo es factible que aumenten las mortalidades perinatales y maternas, deserción escolar, aumento de la condición de pobreza, prostitución, abortos clandestinos entre otros.

Es necesario potencializar las acciones que se realizan desde territorios saludables junto con la intervención de la referente de políticas para la población joven, junto con la intervención de Vigilancia en Salud Pública para generar procesos que se consoliden dentro de esta población.

La normatividad que busca mitigar esta situación desde el estado se condensa:

En el CONPES de juventud 147 de 2012 que propone unas estrategias para la prevención de embarazos y la promoción de proyectos de vida. La sentencia 355 IVE, que despenaliza y establece la atención en la interrupción voluntaria del embarazo; la circular 006 del 16 de junio de 2015 que da los lineamientos, para el uso de métodos anticonceptivos no definitivos en los menores de edad; lineamiento 2015 para la implementación de la política de juventud enmarcado en el derecho a la salud “sub proyecto jóvenes para la salud y la vida”, donde se implementa además como estrategia los servicios de salud amigables para la mujer; el plan de choque liderado por la mesa SSR, y desde territorios saludables en los espacios de SSC.

Considerándose así la importancia de establecer mayores espacios de socialización del autocuidado, protectores, protectoras, amor propio, maternidad.

CICLO VITAL JUVENTUD

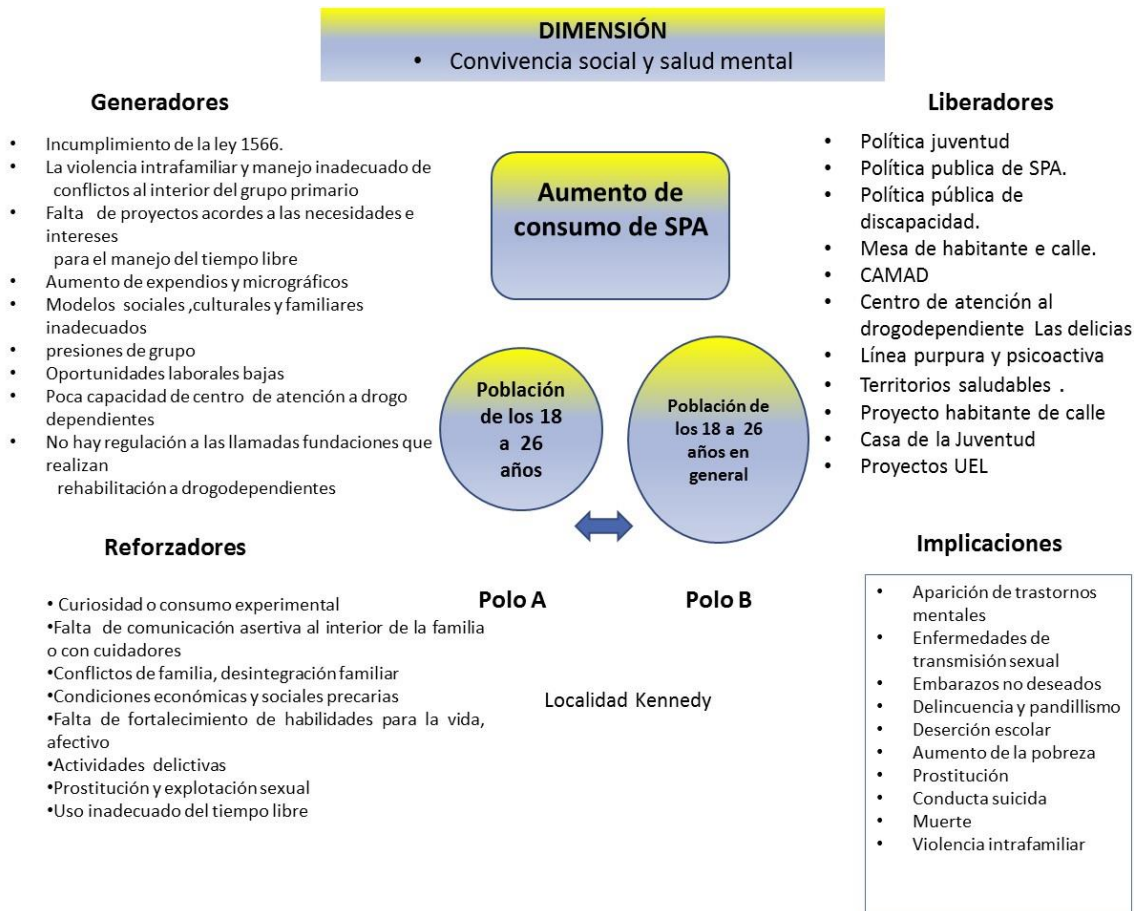
TENSIÓN 1. Consumo de SPA en jóvenes, deterioro del entorno social y aparición de enfermedades mentales y de transmisión sexual.

DIMENSIÓN: Convivencia social y salud mental

COMPONENTE: Promoción de la salud mental y convivencia.

ÁREA DE OBSERVACIÓN: Autocuidado y corresponsabilidad social para la salud mental y la convivencia social.

Ilustración 4. Tensión 1, ciclo vital juventud, Aumento en el consumo de SPA. 2014



Fuente: Equipo de gestión de políticas y programas, equipos ASIS Hospital del Sur 2015

Aumento de consumo de SPA

El consumo de sustancias psicoactivas es una realidad preocupante que se ha incrementado de forma vertiginosa en los últimos años en los adolescentes y jóvenes especialmente del género masculino de la localidad de Kennedy; los motivos que se identifican son la baja oportunidad de dar aprovechamiento al tiempo libre, los estilos de vida, forma de ingresar o ser aceptados en grupos, una dinámica familiar interna disfuncional o negativa, falta de oportunidades a

nivel académico y laboral, una baja cobertura en los procesos de prevención y la facilidad que se tiene a estas sustancias.

Este fenómeno dependiendo al tipo de SPA tiene como consecuencias: A nivel físico se afecta el sistema nervioso central, frente a la percepción, la conducta, el estado de ánimo y la conciencia, disminuyendo, bloqueando o debilitando sus funciones y capacidades, intoxicaciones, posibilidad de accidentes de tráfico y muerte. A nivel económico se incrementan los costos financieros para el Estado, ya que se eleva la demanda de solicitud de servicios médicos relacionados por sobre dosis, enfermedades, intoxicaciones a licencias de incapacidad, indemnizaciones y seguros. De igual forma hay un detrimento al interior de la familia ya que destinan estos recursos para acceder a los SPA, abandonando sus responsabilidades vitales. A nivel social, se da una vulneración de derechos, exclusión y segregación, incremento de la inseguridad, hurtos, delincuencia, ausencia en el aula académica, pérdida de espacios sociales, desvinculaciones, familias disfuncionales, pobreza, mendicidad y en un futuro adultos de bajo nivel académico. Y finalmente se fortalece los delitos que están vinculados a la industria de las SPA como el tráfico de armas, trata de personas, lavado de activos, corrupción, asesinatos, reclutamiento en grupos al margen de la ley y la explotación sexual comercial. Aparición de trastornos mentales.

Por lo anterior y a lo largo de la historia, el estado ha desplegado acciones para dar respuesta a este fenómeno a través de las siguientes normas y leyes:

Ley 745 de 2002, Decreto 048 del 18 de Febrero de 2009, Acuerdo 376 de 2009, Decreto 691 de 2011, instancias que permiten desde la Política Pública Distrital de Prevención, Atención y vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas que está orientada a promover el bienestar, la libertad y la dignidad de las personas involucradas o no al consumo y/o a la vinculación de la oferta de sustancias psicoactivas, así en el centro de ésta política está el ser humano, como sujeto de derechos indivisibles, universales e inalienables. En concordancia con lo anterior, los lineamientos, acciones y estrategias que se consignan dentro de esta política promueven en el marco de los Derechos Civiles y Políticos; la autonomía, el respeto por las libertades y la toma de decisiones individuales y la promoción y garantía de la participación de los ciudadanos en los escenarios de prevención y atención; así como la realización de los derechos económicos sociales y culturales a través de la articulación intersectorial para garantizar el derecho a la salud y coadyuvar en las acciones hacia una educación con calidad y la generación y promoción de opciones productivas, socioculturales, artísticas y recreativas para las personas vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas, previniendo además su vinculación a la oferta y buscando resignificar grupos y escenarios asociados y estigmatizados por el consumo de sustancias psicoactivas que aporten a la apuesta distrital por la promoción de Derechos Colectivos como el derecho a ambientes saludables.

A estas acciones se suman el Plan nacional para la promoción de la salud, la prevención la atención del consumo de sustancias psicoactivas 2014, 2021, Ley 1566 de 2012, Decreto 482 DE 2006, Lineamiento 2015.

Es así, que el Estado da respuesta a este fenómeno a nivel jurídico y a nivel institucional a partir de las diferentes intervenciones y apuestas. A nivel local, distrital, nacional e internacional se resalta la Estrategia CAMAD y las intervenciones que desde Salud mental (Línea 106, centros de atención, los servicios de salud colectiva, línea psicoactiva) se dan para atender esta problemática; claro, sin desconocer que es de atención inmediata debido a los factores negativos que la rodean.

Por lo tanto es fundamental que todos los sectores y actores sociales, comunitarios e institucionales se unan y unifiquen criterios, atenciones y estrategias para impactar y mitigar sus consecuencias, donde se fortalezca las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación; además se implementen iniciativas y estrategias que busquen mejorar la formación integral, bienestar y la calidad de vida de los jóvenes, generando transformaciones motivacionales, perceptivas re significando su vida , fomentando el autocontrol y la resistencia ante la oferta de SPA; y por ultimo sin ser menos importante el promoverse la educación, capacitación de los funcionarios públicos.

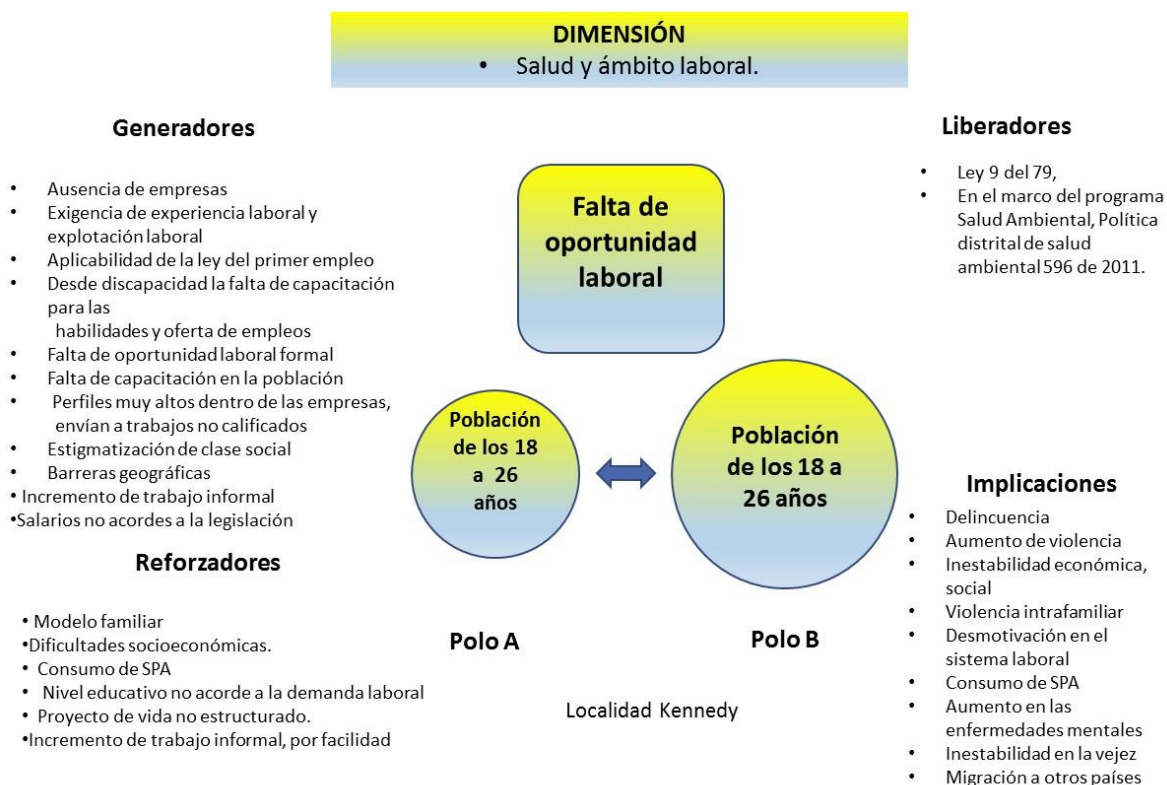
TENSIÓN 2. Índices de desocupación en la población joven de la localidad de Kennedy, bajas políticas de empleabilidad, mal manejo del tiempo libre, consumo de SPA y delincuencia.

DIMENSIÓN: Salud y ámbito laboral.

COMPONENTE: Seguridad y salud en el trabajo.

ÁREA DE OBSERVACIÓN: Acceso al Sistema General de Riesgos Laboral, Protección de la salud en el trabajo y fomento de la cultura preventiva a los trabajadores, estilos, modos y condiciones saludables en el entorno laboral.

Ilustración 5. Tensión 2, ciclo vital juventud, falta de oportunidad laboral. 2014



Fuente: Equipo de gestión de políticas y programas, equipos ASIS Hospital del Sur 2015

Falta de oportunidad laboral.

Teniendo en cuenta la realidad evidenciada en la localidad de Kennedy, se observa que las oportunidades laborales son mínimas para la población joven y las que existen se encuentran enmarcadas en la informalidad, lo cual conlleva a describir situaciones laborales difíciles, no adecuadas, y sin seguridad social.

La poca aplicabilidad de la ley del primer empleo, la ausencia de dinámicas empresariales fuertes en la localidad, la solicitud de una media o alta experiencia laboral incurren en las pocas oportunidades laborales para la población joven de la localidad.

Esta problemática afecta principalmente a personas en del ciclo vital juventud (Kennedy cuenta con una tasa de ocupación de 61,77 y la tasa de desempleo para el 2011 fue de 7,30) (Salud., 2011), quienes sumados a las dificultades socioeconómicas presentes en la localidad, presentan deficiencias en la

construcción de sus proyectos de vida, niveles educativos bajos, aumentando el nivel de trabajo informal y la ocupación negativa del tiempo de ocio.

En Kennedy prevalecen los estratos 2 y 3; en donde se observa población por una parte con niveles de educación media y profesional, sin embargo dada la baja oferta laboral y el alta demanda en la búsqueda de empleo digno y saludable. La falta de oportunidad laboral limita a la población a tener condiciones de vida difíciles, máxime de aquellas en condiciones especiales de desplazamiento, discapacidad, y/o grupos étnicos, así mismo las mujeres que en muchos de los casos son cabeza de familia. Es decir para la población en estas condiciones hace más crítica su situación psicológica y económica.

En general la población más afectada son quienes presentan recursos económicos más bajos, y afecto de manera decisivo el desarrollo de nuestro país. Así mismo es notablemente que esta situación afecte poblaciones diferenciales quienes no cuentan con sus SGSS en necesidades laborales. La continuidad de estos factores remarcaría el aumento de la delincuencia, violencias, consumo de SPA, enfermedades mentales.

Las acciones y articulaciones que se realizan en la localidad se trabajan en espacios enmarcados en la Política de salud y calidad de vida para trabajadores trabajados en las Mesas de Productividad, Mesa de Basura Cero, Mesa de Prevención del Trabajo Infantil.

CICLO VITAL ADULTEZ

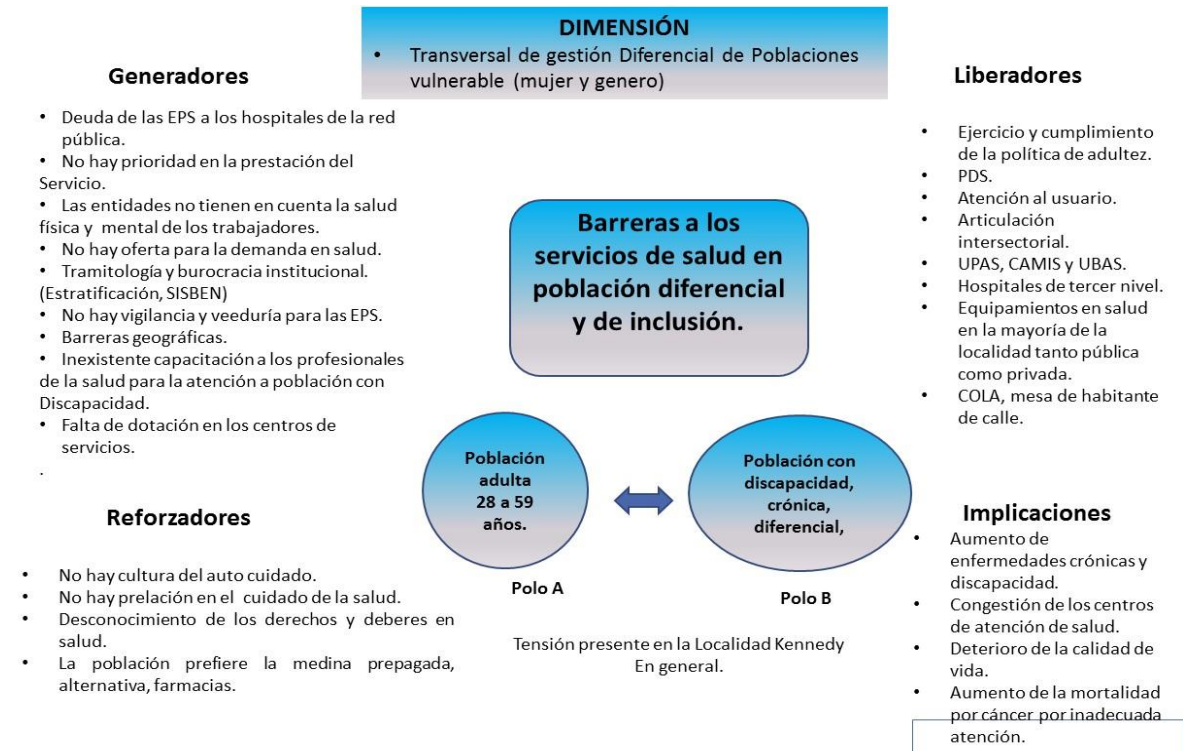
TENSIÓN 1. Barreras de acceso a los servicios de salud en población diferencial

DIMENSIÓN: Dimensión transversal de gestión Diferencial de Poblaciones vulnerable (mujer y genero).

COMPONENTE: Salud en poblaciones, discapacidad.

ÁREA DE OBSERVACIÓN: Salud en poblaciones étnicas, discapacidad.

Ilustración 6. Tensión 1, ciclo vital adultez, Barreras de acceso a los servicios de salud en población diferencial. 2014



Fuente: Equipo de gestión de políticas y programas, equipos ASIS Hospital del Sur 2015

Barreras a los servicios de salud en población diferencial y de inclusión en población adulta de la localidad.

Para el 2014 en la localidad de Kennedy una de las mayores preocupaciones para la comunidad han sido las barreras de acceso a los servicios de salud como un problema estructural del Sistema general de Salud, evidenciándose como problemática general en la población de la localidad, sin embargo en esta ocasión se hace visible para la población diferencial y con discapacidad, dada la amplia presencia de estos grupos poblacionales en diferentes territorios de la localidad. Los cambios en el SGSSS se vienen presentando desde que se inicia la ley 100 y su implementación en el sector salud, afectando el ciclo vital adultez principalmente (aunque no es inherente a otros ciclos vitales).

Esta situación se viene presentando a lo largo de las últimas décadas especialmente porque no hay una sensibilización y concientización de las EPS en temas de población diferencial y de inclusión; esto se observa en los precarios

procesos de rehabilitación, demora en la citas con especialistas, programas de Salud Sexual y Reproductiva para personas con discapacidad que presenta con diferentes condiciones y limitaciones, de la misma forma para las diferentes etnias donde no se tiene en cuenta su cultura, usos y costumbres.

Los factores económicos y laborales tienen un nivel de afectación alto sobre la incidencia de las barreras de acceso para estas poblaciones, debido a que el trabajo informal se presenta fuertemente en estas agrupaciones, esto no les permite acceder a los servicios de salud, y el método empleado por el gobierno del pago de para fiscales como obligación, es una barrera ya que en su mayoría no creen que puedan llegar a pensionarse, por esto desiste de afiliarse o no tener un servicio de salud.

Además de presentar altos niveles de discriminación y segregación para estas poblaciones, debido a sus discapacidades y su condición étnica, a estos factores se suman la escasa cobertura de proyectos educativos que no llegan a estas poblaciones o no son de su interés; situación agravada por los profesionales en distintas áreas, puesto que no están capacitados para dar unas herramientas, claras y oportunas a este tipo de población.

A lo anterior, se observa que la población adulta étnica y con discapacidad presenta altos grados de vulneración a falta de un trabajo digno, y la precarias condiciones de NBI, a pesar que Kennedy se encuentra por encima al promedio Distrital con una diferencia de 0,2%, pero el séptimo más alto del distrito, 3,9 por ciento por encima de la localidad que presenta el mejor NBI (Teusaquillo 0,5%); es decir, que en Kennedy por cada 100 habitantes 4 están en pobreza, debido a que presentan una de las cinco condiciones de vida inadecuadas como: hacinamiento crítico (3 a 4 personas en una habitación) servicios sanitarios y viviendas inadecuadas, alta dependencia económica o inasistencia escolar

Las implicaciones que aumentarían para este grupo poblacional se verían en el aumento de las enfermedades crónicas acentuando la condición de discapacidad, aumento de la mortalidad por cáncer por inadecuada atención, deteriorando la calidad de vida de estos grupos poblacionales.

Sin embargo, en la localidad se vienen ejecutando labores para disminuir las barreras de acceso para estos grupos poblacionales, acciones como el Punto por el derecho a la salud, acciones de atención al usuario, articulación en espacios para la población adulta como COLA, Mesa Habitante de Calle, procesos que van de la mano del ejercicio y cumplimiento de la política de adultez.

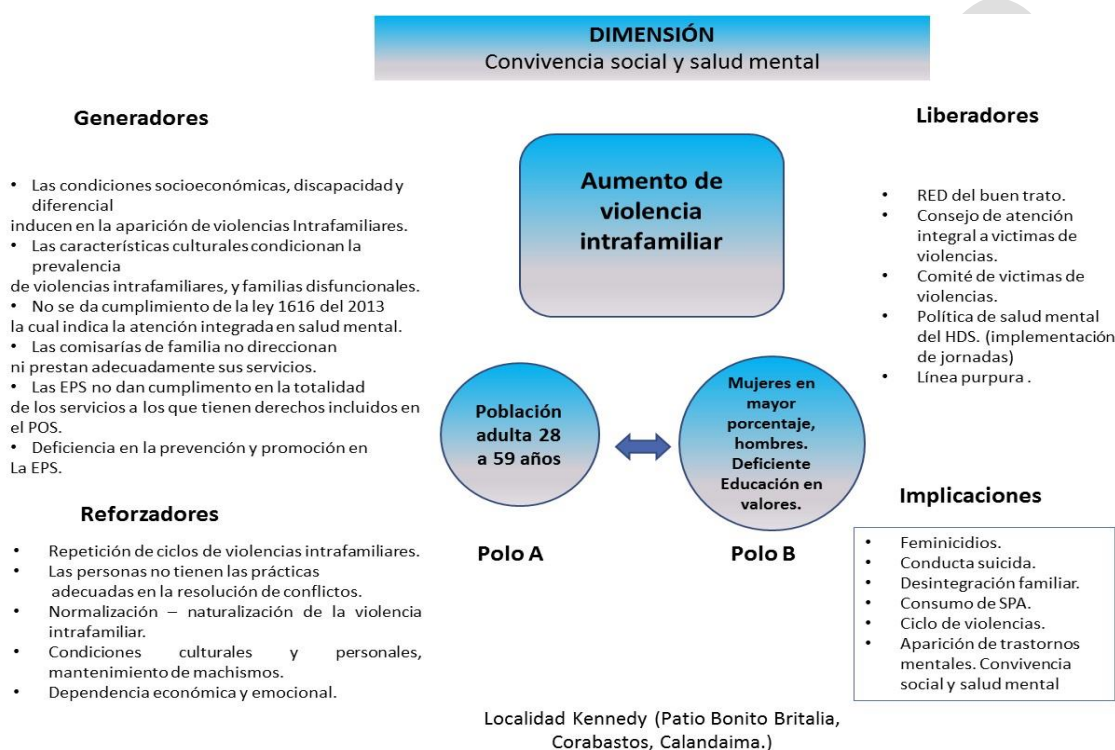
TENSIÓN 2. Violencia intrafamiliar, condiciones sociales representados en feminicidios, conducta suicida, desintegración familiar en la localidad de Kennedy

DIMENSIÓN: Convivencia Social y Salud Mental.

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

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

Ilustración 7. Tensión 2, ciclo vital adultez, Aumento de la violencia intrafamiliar 2014



Fuente: Equipo de gestión de políticas y programas, equipos ASIS Hospital del Sur 2015

Aumento de violencia intrafamiliar y contra la mujer (feminicidios)

En las últimas décadas en la localidad de Kennedy, se ha venido presentando aumento en la violencia intrafamiliar, especialmente en la población adulta (28 a 59 años) en mayor proporción en el género femenino, se evidencia en este grupo poblacional presencia de deficiencia frente a la formación en valores.

Esta problemática se visibiliza en los territorios de Patio Bonito, Corabastos, Britalia, y Calandaima, en orden descendente respectivamente, estas familias presentan características culturales y unas condiciones socioeconómicas, las cuales inducen a la aparición de violencias aumentando la prevalencia de las mismas.

Es de anotar que las instituciones no representan factores protectores, las EPS no dan cumplimiento en la totalidad de los derechos de sus usuarios y las comisarías de familia no direccionan ni prestan adecuadamente sus servicios.

Según la OMS da como factores de riesgo para la violencia intrafamiliar y contra la mujer “actos violentos bajo nivel de instrucción, el hecho de haber sufrido maltrato infantil o haber presenciado escenas de violencia en la familia, el uso abusivo del alcohol, actitudes de aceptación de la violencia y las desigualdades de género.” (Salud, 2015) De esta forma en los entornos familiares se presentan “normalización y naturalización de estos eventos.

El aumento de esta problemática a nivel local aumentaría los casos de feminicidios, de suicidios, desintegración familiar, en el aumento frente al consumo de SPA en adolescentes, jóvenes y adultos, así como la marcada repetición en el acto de violencia.

Las acciones emprendidas por diferentes actores en la localidad que se dirigen a la disminución de la violencia intrafamiliar y la mujer convergen en distintos espacios como La Red del Buen Trato, Consejo de Atención Integral a Víctimas de Violencias, Política de Salud Mental Del Hospital del Sur y la Línea Purpura.

CICLO VITAL VEJEZ

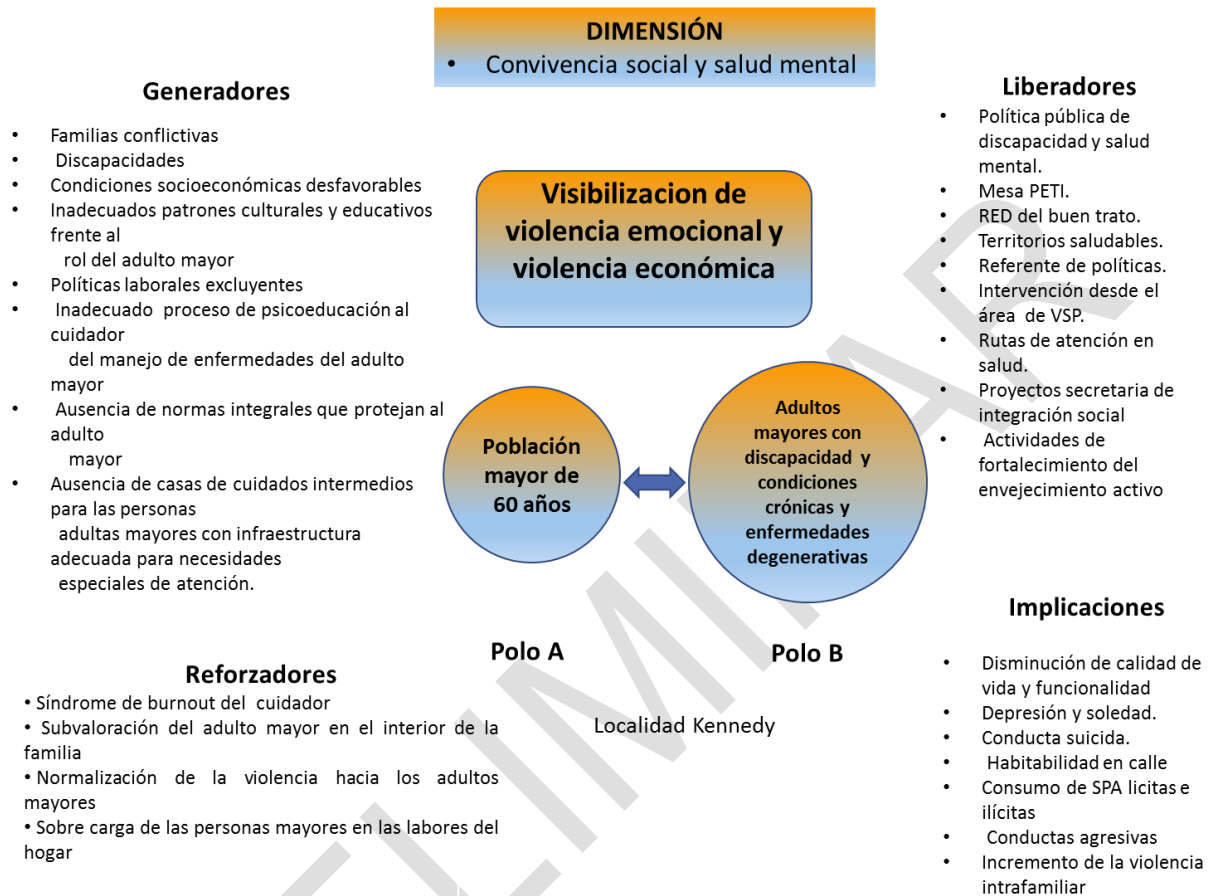
TENSIÓN 1. Violencia emocional y económica en el adulto mayor, abandono y disminución de la calidad de vida en este ciclo vital

DIMENSIÓN: Convivencia social y salud mental

COMPONENTE: Promoción de la salud mental y convivencia.

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

Ilustración 8. Tensión 1, ciclo vital vejez, Violencia emocional y violencia económica 2014



Fuente: Equipo de gestión de políticas y programas, equipos ASIS Hospital del Sur 2015

Violencia emocional y violencia económica.

En la localidad de Kennedy se presenta un alto grado de violencias hacia el adulto mayor con una prevalencia de al menos dos décadas, quienes no son tenidos en cuenta dentro de la población productiva de la localidad. Esta situación se presenta principalmente por los inadecuados patrones culturales y educativos frente al rol del adulto mayor, entrando en un olvido para la sociedad en general. De igual manera las políticas nacionales y normas integrales en pro del adulto mayor no se hacen efectivas, debido a la despreocupación que existe por esta población. Las precarias políticas laborales, no tienen en cuenta a la población adulta mayor generando condiciones socioeconómicas desfavorables y

dependencia económica de familiares, terceros, o de instituciones que tampoco son suficientes para la atención.

La ausencia de casas de cuidados intermedios para las personas adultas mayores con infraestructura adecuada para necesidades especiales de atención junto con el Inadecuado proceso de psicoeducación al cuidador del manejo de enfermedades del adulto mayor, no tienen el suficiente alcance para garantizar un adecuado balance en beneficio del mejoramiento de la calidad de vida.

Los adultos mayores que presentan esta condición, en su entorno familiar cuentan con familias conflictivas, en donde son sub valorados, son sobrecargados en labores del hogar; en relación con lo anterior los cuidadores también sufren de agotamiento o “burnout” se sobre cargan por las actividades diarias del cuidado de las personas mayores.

La caracterización de estos adultos mayores aparte de las violencias como abandono, violencia emocional y económica, tiene presente condiciones físicas como discapacidades, enfermedades crónicas, y enfermedades degenerativas, situaciones que agravan la condición de vida de nuestros y nuestras mayores.

Las políticas de discapacidad, salud mental y del adulto mayor son las herramientas con que cuenta este grupo población para hacer la exigibilidad de sus derechos. Estos mismos son discutidos en las mesas de articulación como PETI, RED del Buen Trato, Hospital del Sur (territorios saludables, referente de adultez, intervención desde Vigilancia en Salud Pública, Rutas de la atención en salud), Secretaría de Integración Social y otros quienes desarrollan actividades en procura de mejorar la condición de vida de la población adulta mayor de la localidad.

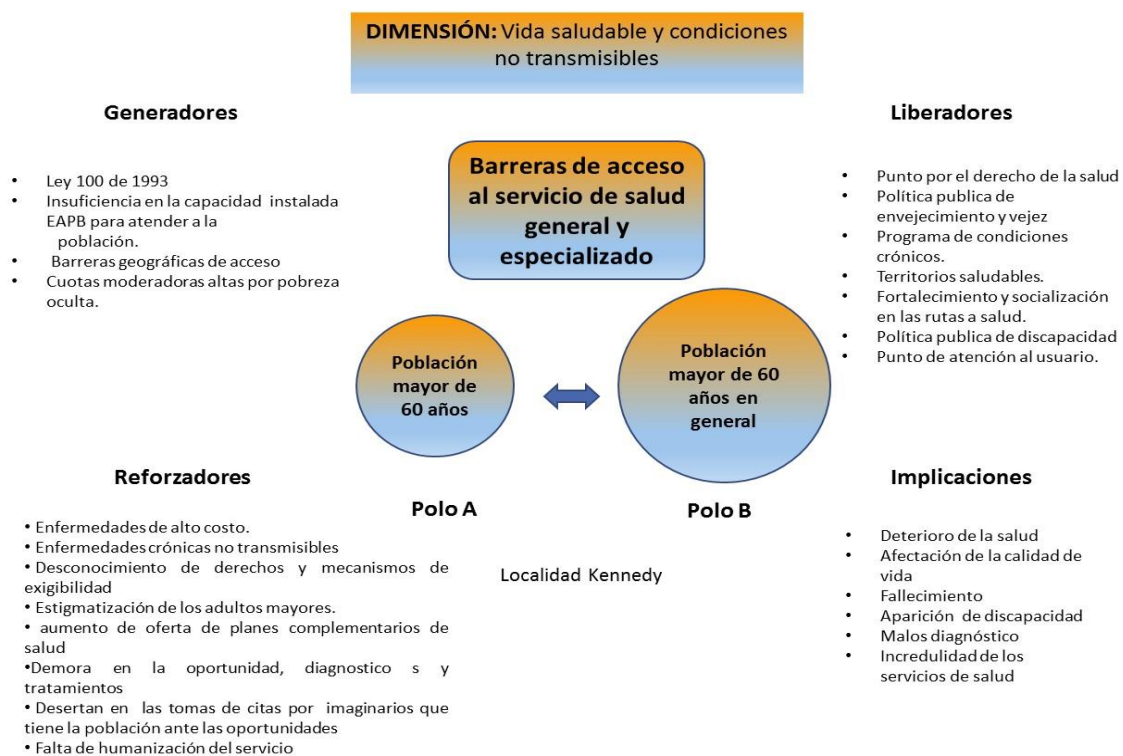
TENSIÓN 2. Ley 100 y los impedimentos para la prestación de los servicios de salud en la población adulta mayor.

DIMENSIÓN: Enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas.

COMPONENTE: Carga de enfermedades desatendidas.

ÁREA DE OBSERVACIÓN: Carga de enfermedades desatendidas.

Ilustración 9. Tensión 2, ciclo vital vejez, Barreras de acceso al servicio de salud general y especializada. 2014



Fuente: Equipo de gestión de políticas y programas, equipos ASIS Hospital del Sur 2015

Barreras de acceso al servicios de salud general y especializado.

Es evidente que para la población adulta mayor de la localidad una de las barreras de acceso que con mayor frecuencia se encuentran son las relacionadas con la atención a servicios especializados, dadas las enfermedades de alto costo, crónicas no transmisibles, el desconocimiento de derechos y mecanismos de exigibilidad, la demora en la oportunidad, diagnóstico y tratamientos, y la deshumanización del servicio contribuye al desmejoramiento del servicio.

Situación agravada por las condiciones impuestas desde la ley 100 y el precario manejo a la asignación de este tipo de citas que brindan las E.A.P.B y las E.P.S; las barreras geográficas y el cobro de cuotas moderadoras resaltando esta situación.

En el evento de las barreras de acceso al servicio de profesionales especializados se caracterizan principalmente por los altos costos que demandan estos servicios,

de igual manera la poca infraestructura instalada para brindar este servicio a la población con características especiales; esta tensión se viene presentando desde siempre en el actuar de las E.S.E y E.P.S, teniendo en cuenta que las poblaciones en las que más se presta es en las edades extremas.

A estas dificultades estructurales se adhieren como causales principales la falta de hábitos saludables desde la infancia, la baja actividad física y la falta de conciencia en tamizajes en detección temprana, representándose en la baja calidad de vida, generando dificultades como la disminución de la oportunidad laboral, dependencias de terceros y deterioro en la salud. En la localidad de Kennedy se puede evidenciar alta cantidad de enfermedades no transmisibles y enfermedades propias del género femenino, donde se observa que estas enfermedades y la falta de esta prestación de servicio de manera oportuna a todos los ciclos poblacionales y géneros donde se evidencia una mayor prevalencia en mujeres,

Entre las medidas tenemos tamizajes de condiciones crónicas, canalizaciones, intervenciones de programas para esta población, unión de diferentes áreas en el distrito para la identificación de esta población donde se prevengan complicaciones de los usuarios que requieren de estas patologías ya que la capacidad instalada no da respuesta al gran número de usuarios con enfermedades no transmisibles que requieren 100 % del manejo de profesionales especializados.

TENSIONES TRANSVERSALES

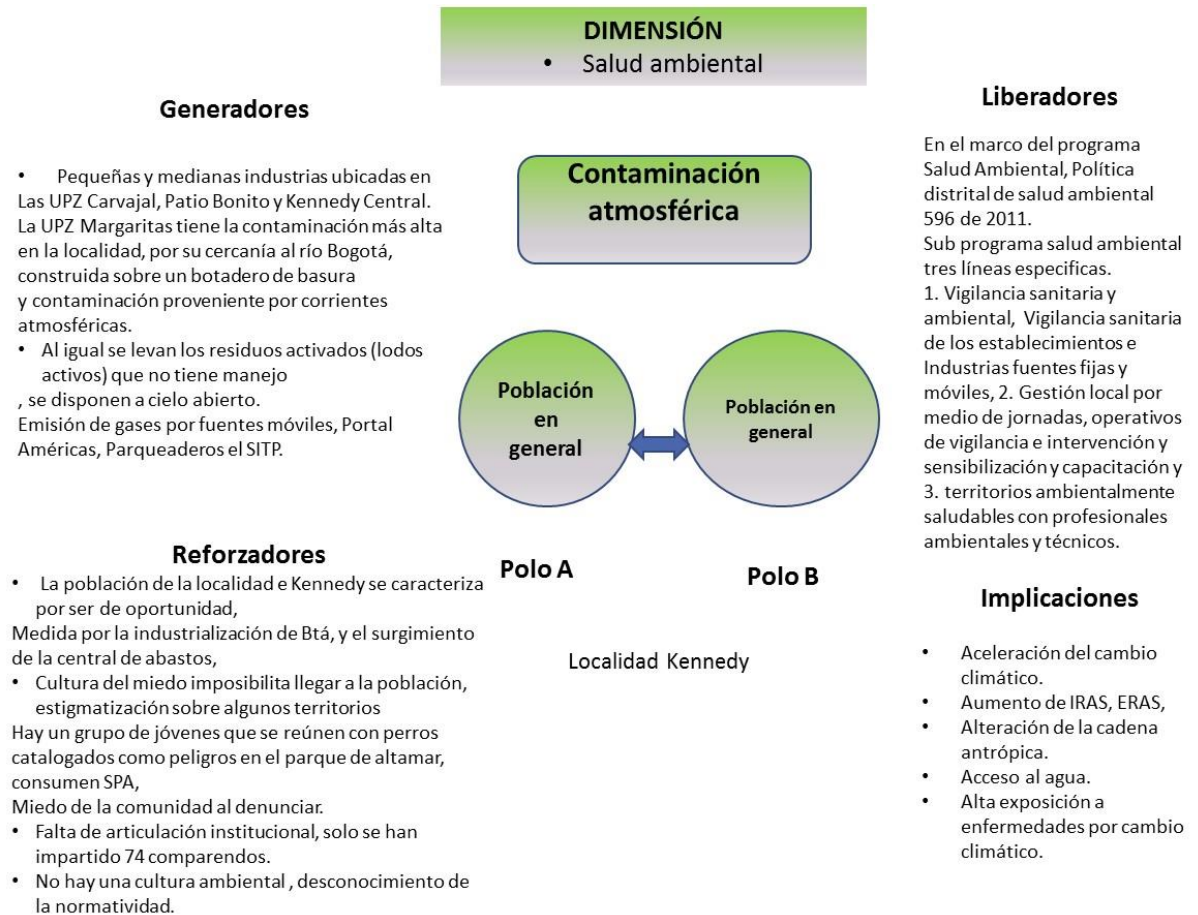
TENSIÓN 1. Condiciones ambientales, industrialización y pobreza.

DIMENSIÓN: SEGURIDAD AMBIENTAL

COMPONENTE: Hábitat saludable

ÁREA DE OBSERVACIÓN: Calidad del aire, ruido, radiaciones electromagnéticas y radiación ultravioleta

Ilustración 10. Tensión 1, Salud ambiental, contaminación atmosférica. 2014



Fuente: Equipo de gestión de políticas y programas, equipo GESA equipos ASIS Hospital del Sur 2015

Contaminación atmosférica.

La situación ambiental de la localidad de Kennedy repercute de manera transversal en la distinta población que conforma los diferentes territorios, de allí la importancia de mostrar las tensiones que en las últimas décadas han incidido en la situación en salud de sus habitantes. La contaminación atmosférica tiene una prevalencia alta en la localidad de Kennedy, es evidente esta problemática en indicadores como Morbilidad por ERA en menores de 5 años, Prevalencia de Sibilancias en niños, niñas y adultos mayores, prevalencia de tos en menores y asentimos a actividades cotidianas por ERA.

Inicialmente el crecimiento demográfico desordenado de la ciudad, dado por los procesos migratorios y desplazamiento tanto por violencias como de factores

económicos y de oportunidad, conlleva al desarrollo de mediana y gran industria dentro de la localidad y al borde de sus cuencas hidrográficas, mayoritariamente en las UPZ Carvajal, Patio Bonito, Corabastos y Kennedy Central caracterizándola por ser un territorio altamente industrializado, estas zonas además concentran y son atravesadas por grandes avenidas. A estos factores se suman las condiciones ambientales y de los vientos de la parte sur y centro de la ciudad, que por sus diferentes corrientes confluyen hacia Kennedy.

Otro factor importante para aumentar la contaminación atmosférica se deriva de la contaminación del río Bogotá, y las dinámicas que se presentan en sus laderas. Uno de estos casos se presenta en la UPZ Margaritas, allí se vienen depositando residuos activados (lodos activos) a cielo abierto además de no tener un manejo adecuado, a este factor se añade que esta UPZ fue construida en un antiguo botadero de basura. Para esta UPZ además de los demás factores contaminantes se suma la cercanía con el Portal de las Américas, parqueaderos del SIPT entre otros. Estos eventos se presentan hace más de 10 años permitiendo que algunas enfermedades de carácter respiratorio se presenten en la población en general.

Las características poblacionales de la ciudad, el marcado desplazamiento de nacionales que tuvieron y tienen su llegada a la localidad de Kennedy dadas por las facilidades habitacionales y económicas de la misma han permitido que en la localidad junto con la industrialización de la ciudad y el surgimiento de la central de Abastos marcan el indebido uso del suelo.

La normativa existente “decreto 1176”, el incumplimiento de la misma evidencia una falta de actuación de las autoridades ambientales, a ello se suma la desatención de la norma por parte de la población por su desconocimiento, La sociedad se acostumbró a que las cosas vayan mal.

La poca o nula “cultura ambiental” permite que no exista un asertivo conocimiento de la normatividad; otros comportamientos sociales se dan por el desinterés en denunciar prácticas contra el ambiente.

Las implicaciones que tendría esta tensión se evidenciarían en aceleración del cambio climático, aumento de IRAS, ERAS, alteración de la cadena antrópica, dificultades por el acceso al agua.

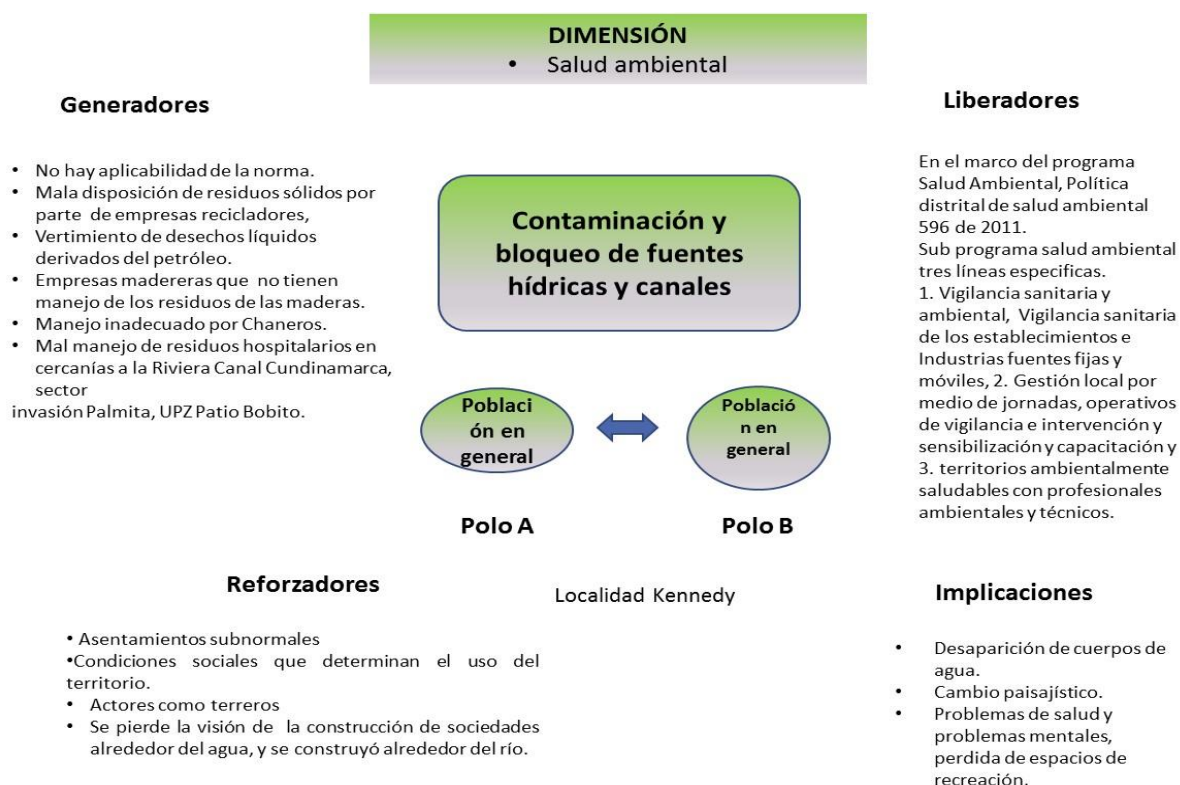
TENSIÓN 2. Contaminación hídrica y deterioro del entorno

DIMENSIÓN: Salud AMBIENTAL

COMPONENTE: Hábitat saludable

ÁREA DE OBSERVACIÓN: Calidad del agua y gestión de residuos sólidos y líquidos.

Ilustración 11. Tensión 2, Salud ambiental, contaminación de fuentes hídricas y canales. 2014



Fuente: Equipo de gestión de políticas y programas, equipos ASIS Hospital del Sur 2015

Los generadores de esta tensión se observan en la poca aplicabilidad de la norma, la mala disposición de residuos sólidos por parte de empresas recicladoras, vertimiento de desechos líquidos derivados del petróleo, empresas madereras que no tienen un manejo de sus desechos, manejo inadecuado por Chaneros, mal manejo de residuos hospitalarios en cercanías a la Riviera del Canal Cundinamarca, sector Palmitas, UPZ Patio Bonito.

A lo anterior, se suman las dinámicas de asentamientos sub normales, condiciones sociales que determinan el uso del territorio. La visión de construcción de sociedades alrededor del agua a motiva el incremento de esta problemática. Estos factores propiciaría la desaparición de cuerpos de agua, cambios paisajísticos, problemas de salud, mentales y perdidos de espacios de recreación.

Es importante ver que la contaminación de cuerpos de aguas y el impacto sobre la población en Kennedy no es tan alta, se da contaminación por arrastre de varios

canales en tuberías de 18mil milímetros llegando a afectar a dos o tres barrios cercanos al Canal Cundinamarca y rio Bogotá, situación que tiene una cronicidad en el tiempo de hace más de 10 años

La MECA se consolida como el trabajo desde aguas de Bogotá que con la limpieza de canales desde IDIGER, prioriza este tipo de cuerpos de agua.

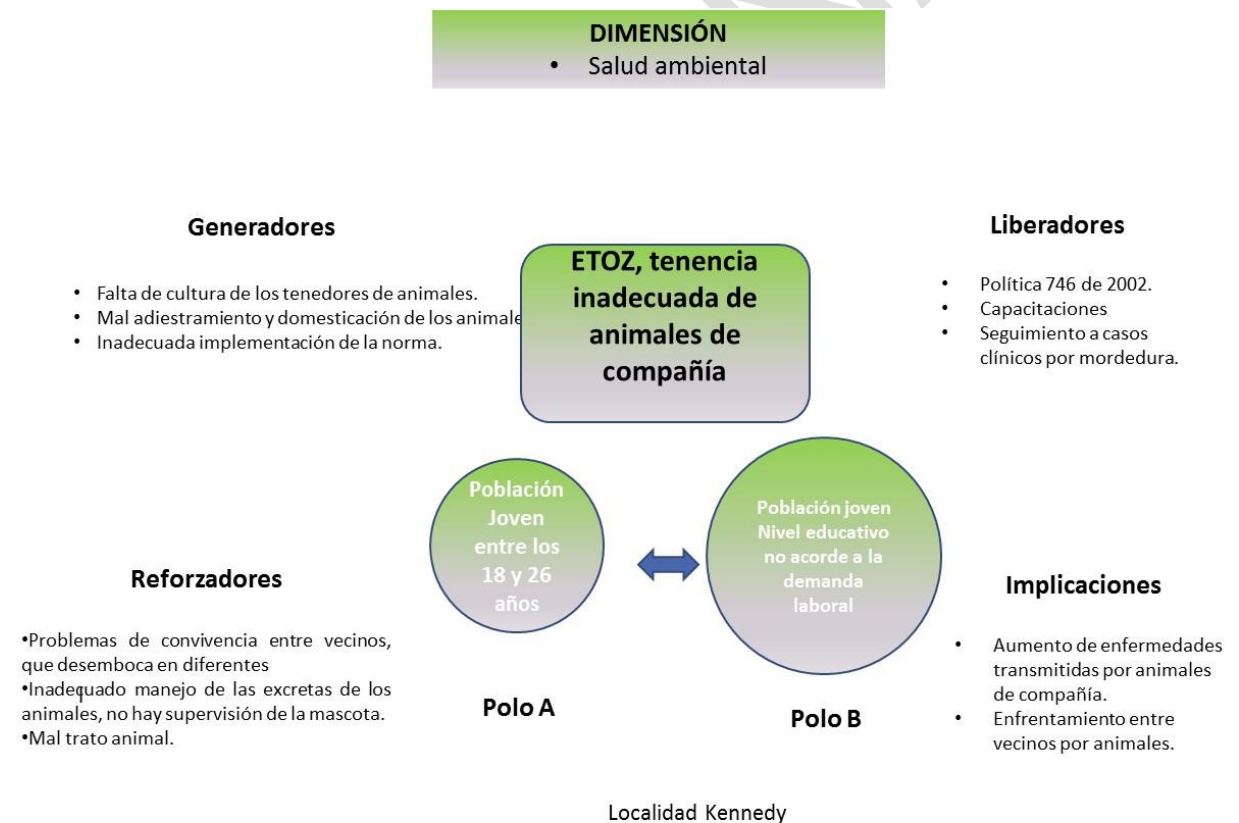
TENSIÓN 3. Tenencia inadecuada de animales y conflictos comunales.

DIMENSIÓN: SEGURIDAD AMBIENTAL

COMPONENTE: Situaciones en salud relacionadas con condiciones

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

Ilustración 12. Tensión 3, Salud ambiental, ETOZ, tenencia inadecuada de animales de compañía.2014



Fuente: Equipo de gestión de políticas y programas, equipos ASIS Hospital del Sur 2015. Etoz, tenencia inadecuada de animales de compañía.

Los temas generadores se presentan por la falta de cultura de los tenedores de animales, mal adiestramiento y domesticación de los animales e inadecuada

implementación de la norma. Esta problemática se acentúa por los problemas de convivencia entre vecinos, que desemboca en diferentes conflictos. Sumado al inadecuado manejo de las excretas de los animales, no hay supervisión de las mascotas junto con el maltrato animal.

Las implicaciones se manifestarían en el aumento de enfermedades transmitidas por animales de compañía y enfrentamiento entre vecinos por animales. En la localidad de Kennedy es un tema prioritario, paso de ser un tema de tenencia de animales de compañía a ser un tema de seguridad, dada las implicaciones con la mala convivencia, riñas callejeras, situación presente por no más de hace 10 años dado el cambio de tipos de viviendas de casas a apartamentos

No hay quien se encargue del comparendo o hacer seguimiento, convirtiéndose en un trámite burocrático sin doliente ni responsable. La población se analiza por grupos etario, en jóvenes hay mayor abandono de las mascotas, o por mitos frente a las excretas de los animales, o de aquellos quienes acumulan animales convirtiéndose en un problema de salud pública.

2. RESUMEN VALORACIÓN DE TENSIONES.

Promedio de tensiones identificadas y consolidadas en cada dimensión prioritaria para la vida.

Tabla 24 Valoración de tensiones priorización por ciclo vital, Kennedy 2014.

Ciclo vital	Promedio Valoraciones
Adulthood 2	5,75
Infancia 2	5,5
Vejez 2	5,5
Salud Ambiental 1	4,75
Infancia 1	2,875
Juventud 1	2,75
Juventud 2	2,75
Vejez 1	2,75
Salud Ambiental 2	2,625
Adolescencia	2,375
Adulthood 1	2,375
Salud Ambiental 3	1,875

Fuente: Matriz de valoración de tensiones 2014.

Balance final de tensiones que generan alertas

- Aumento de violencia intrafamiliar y contra la mujer (feminicidios).
- Aumento de la mortalidad por ERA.
- Barreras de acceso a los servicios de salud general y especializada.
- Contaminación atmosférica.

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

Las siguientes tablas se observara como por cada dimensión priorizada en diferentes ciclos vitales se puede observar los determinantes de tipo estructural que transversalmente actúan sobre los mismos.

Tabla 25. Factores generadores y determinantes sociales de la salud, dimensión convivencia social y salud mental.

Dimensión	Ciclo Vital	Factores Generadores	Estructura determinantes de la salud.
Convivencia Social y Salud Mental	Infancia	•Deficiencia en los programas de prevención y promoción.	Estructural
		•Falta de atención terapéutica.	Estructural
		•No hay compromiso y capacidad por parte del ICBF para enfrentar la problemática.	Estructural
		•No hay aplicación de la ley 1616 donde estipula Atención prioritaria y oportuna.	Estructural
		•Hacinamiento en los colegios públicos.	Intermedios
		•No hay priorización en los planes de gobierno Local.	Intermedios
		•Falta de programas para la atención de la Población con discapacidad.	Estructural
		Problemas socioeconómicos y de empleabilidad que desmejora la Calidad de vida.	Estructural
		•Barreras de acceso para identificar alteraciones en el desarrollo de los menores.	Estructural
	Vejez	• Discapacidades	Estructural
	•Condiciones socioeconómicas desfavorables.	Estructural	

Dimensión	Ciclo Vital	Factores Generadores	Estructura determinantes de la salud.
		•Inadecuados patrones culturales y educativos frente al rol del adulto mayor.	Estructural
		•Políticas laborales excluyentes para la población adulta mayor.	Estructural
		• Inadecuado proceso de psicoeducación al cuidador del manejo de enfermedades del adulto mayor.	Estructural
		• Ausencia de normas integrales que protejan al adulto mayor.	Estructural
		•Ausencia de casas de cuidados intermedios para las personas adultas mayores con infraestructura adecuada para necesidades especiales de atención.	Intermedios
		•Conflictos Intrafamiliares	Intermedios
	Juventud	•Incumplimiento de la ley 1566.	Estructural
		•Falta de proyectos acordes a las necesidades e intereses para el manejo del tiempo libre.	Estructural
		•Aumento de expendios y microtráficos.	Estructural
		•Modelos sociales, culturales y familiares inadecuados.	Estructural
		•Oportunidades laborales escasas.	Estructural
		•Poca capacidad en los centro de atención a drogo dependientes.	Estructural
		•No hay regulación a las llamadas fundaciones que realizan rehabilitación a drogodependientes.	Estructural
		•Violencia intrafamiliar y manejo inadecuado de conflictos al interior del grupo primario.	Intermedios
	•Presiones sociales y de grupo.	Intermedios	
	Adultez	•Las condiciones socioeconómicas, condiciones de discapacidad y diferencial inducen la aparición de violencias Intrafamiliares.	Estructural
		• No se da cumplimiento de la ley 1616 del 2013 la cual indica la atención integrada en salud mental.	Estructural

Dimensión	Ciclo Vital	Factores Generadores	Estructura determinantes de la salud.
		• Las comisarías de familia no direccionan ni prestan adecuadamente sus servicios.	Estructural
		• Las EPS no dan cumplimiento en la totalidad de los servicios a los que tienen derechos incluidos en el POS.	Estructural
		• Deficiencia en la prevención y promoción en la EPS.	Estructural
		• Las características culturales como condiciones de la población en la localidad permiten la prevalencia de violencias Intrafamiliares, y familias disfuncionales.	Intermedios

Fuente: Equipo de gestión de políticas y programas, equipos ASIS Hospital del Sur 2015

Descripción Determinantes Sociales de la Salud.

La dimensión Convivencia Social y Salud Mental abarca casi la totalidad de ciclos vitales, a partir de ello se puede dar una mirada a los factores de convivencia que se estructuran en la localidad de Kennedy, teniendo como punto relevante el alto nivel demográfico, presente y las situaciones de pobreza que aún se ubican en la localidad.

Es evidente ver la precariedad en temas como el hacinamiento en las Instituciones Educativas, mal manejo a patrones culturales en los jóvenes; las instituciones tanto de carácter privado como público no tienen los mejores canales de comunicación para dirigirse a la población en general.

Las condiciones de recreación y deporte también se ven involucradas en las tensiones para esta dimensión, debido a que no se evidencian actividades en ningún ciclo vital que permita mejorar la calidad de vida de las personas.

Condiciones socioeconómicas de la localidad, el desempleo y los patrones culturales, conjugados con las características socio – políticas de la ciudad y siendo un gran receptor de personas desplazadas tanto por elementos del conflicto armado como en búsqueda de oportunidades, hace que se ahonden aún más las tensiones en el territorio.

Las instituciones no son garantes de aplicar las normas y no empoderan a la ciudadanía para generar procesos de veeduría y corresponsabilidad; de esta manera es evidente la incapacidad de las instituciones para enfrentar las problemáticas, representándose en la poca pertinencia y cobertura de los proyectos.

Tabla 26. Factores generadores y determinantes sociales de la salud, dimensión Salud y ámbito laboral.

Dimensión	Ciclo Vital	Factores Generadores	Estructura determinantes de la salud.
Salud y ámbito laboral.	Juventud	• Ausencia de políticas para la formación de empresas en la localidad.	Estructural
		• Exigencia de experiencia laboral a jóvenes y explotación laboral.	Estructural
		• Faltante de la aplicabilidad de la ley del primer empleo.	Estructural
		• Desde discapacidad la falta de capacitación para las habilidades y oferta de empleos.	Estructural
		• No hay oportunidad laboral formal.	Estructural
		• Falta de capacitación en diversos temas en la población joven.	Estructural
		• Solicitud de perfiles muy altos dentro de las empresas, envían a trabajos no calificados.	Estructural
		• Estigmatización de clase social	Estructural
		• Incremento de trabajo informal	Estructural
		• Salarios no acordes a la legislación	Estructural

Fuente: Equipo de gestión de políticas y programas, equipos ASIS Hospital del Sur 2015

Descripción Determinantes Sociales de la Salud

Las condiciones globalizantes, y las políticas neoliberales frente a las situaciones de empleo manejadas, condicionadas y dirigidas por las entidades multilaterales como el BID o el FMI afecta directamente la empleabilidad de la población joven de la localidad. Aunque los índices de empleo en el país y en Bogotá se han mantenido con tendencia de un solo dígito, la condición de subempleo y desempleo en los jóvenes es alarmante.

Es evidente la presencia de trabajo informal, que vulneran los derechos laborales, exponiéndolos a factores de riesgo en su salud para este grupo poblacional, además de ello no cuenta con las suficientes oportunidades, ni el plano educativo ni en el laboral, a pesar de la existencia de la ley 1429 de 2010, Ley del primer empleo.

Aún se experimenta por parte de esta población, barreras administrativas, estigmatizantes, actitudinales para el acceso tanto a empleos dentro y fuera de la localidad, así como el bajo apoyo a iniciativas de emprendimiento lideradas por los y las jóvenes de la localidad.

Las instituciones presentes en la localidad, no cuentan con el suficiente presupuesto para abordar las distintas capacidades que tienen los jóvenes, dejando a la deriva la posibilidad de contar con sujetos dispuestos a entrar en la dinámica laboral y social de la localidad, dejándolos al margen de actividades delictivas, y de la mala ocupación del tiempo libre.

Tabla 27. Factores generadores y determinantes sociales de la salud, dimensión transversal de gestión Diferencial de Poblaciones vulnerable (mujer y género).

Dimensión	Ciclo Vital	Factores Generadores	Estructura determinantes de la salud.
Dimensión transversal de gestión Diferencial de Poblaciones vulnerable (mujer y género)	Adultez	•Deuda de las EPS a los hospitales de la red pública.	Estructural
		•No hay prioridad en la prestación del servicio.	Estructural
		Las entidades no tienen en cuenta la salud Física y mental de los trabajadores.	Estructural
		No hay oferta para la demanda en salud.	Estructural
		•Tramitología y burocracia institucional. (estratificación, SISBEN)	Estructural
		•No hay vigilancia y veeduría para las EPS.	Estructural
		•Barreras geográficas.	Estructural
		•Inexistente capacitación a los profesionales de la salud para la atención a población con	Estructural
		Falta de dotación en los centros de servicios	Estructural

Fuente: Equipo de gestión de políticas y programas, equipos ASIS Hospital del Sur 2015

Descripción Determinantes Sociales de la Salud

Las condiciones de multiétnico y pluricultural que la constitución política de 1991 dio a las comunidad étnicas, y las nuevos conceptos sobre población diferencial y de inclusión hace que las respuestas para estos grupo poblacionales se han de una prioridad alta.

Las condiciones sociales, políticas, económicas, culturales, y normativas no han sido las más favorables para estas comunidades, el conflicto armado, la situación de pobrezas, la discriminación y racismo junto con otros factores, hacen que los derechos para estos sujetos se han mucho más vulnerables.

Las barreras de acceso a la salud que no son distintivas a grupos poblacionales, afectan en gran medida a grupos étnicos y personas con discapacidad; las dificultades de orden burocrático, desorden administrativo, la poca oferta de

servicios de salud y la deshumanización de los servicios de salud son algunas de los factores que conforman las barreras de acceso a los servicios de salud sumadas, a otras barreras como las geográficas, actitudinales y socioeconómicas.

El actual sistema de salud, derivado de la ley 100, genera que las EPS generen deudas a los hospitales con quienes contratan, generando dificultades en los usuarios quienes son los afectados directamente por las precarias condiciones en las que son atendidos, situación que no es ajena a estos grupos poblacionales.

Asimismo, las falencias en la priorización del servicio, la baja dotación de equipamientos en los centros de salud, así como el discontinuo seguimiento, vigilancia y veeduría por parte de las entidades competentes como de la sociedad civil, hacen que esta situación se presente en el tiempo y no tenga una solución a corto o mediano plazo.

Tabla 28. Factores generadores y determinantes sociales de la salud dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles.

Dimensión	Ciclo Vital	Factores Generadores	Estructura determinantes de la salud.
Vida saludable y enfermedades transmisibles.	Infancia.	•Problemas ambientales (contaminación, vías destapadas, cambios bruscos de clima, humedad)	Estructural
		•Sistema General de Seguridad Social en salud. (SGSSS). Políticas y leyes.	Estructural
		•Barreras socio-económicas (educación recursos económicos)	Estructural
		•. No hay aplicación de la norma en el manejo de residuos.	Estructural
		• Condición de Hacinamiento habitacional.	Estructural
		•Altos índices de polución.	Estructural
		•Control a las fábricas que generan contaminación.	Estructural

Fuente: Equipo de gestión de políticas y programas, equipos ASIS Hospital del Sur 2015

Descripción Determinantes Sociales de la Salud

Las enfermedades prevalentes en el ciclo vital infancia, es responsabilidad del conglomerado de la sociedad. Las difíciles situaciones a las que se enfrentan la población en general de la localidad frente a los casos de ERA en sus menores, hace que se revisen los factores estructurales que favorecen las mismas.

En primer lugar las condiciones ambientales entre las cuales se destacan la contaminación atmosférica, hacen que la proporción de menores sintomáticos de ERA no disminuyan en la localidad. La industrialización, el alto flujo vehicular y las condiciones naturales de los vientos de esta localidad en particular hacen que se presente un alto grado de contaminación en PM10.

El crecimiento vertiginoso de la ciudad de una manera poco planeada en los últimos 20 años, sumado a políticas habitacionales en donde se fomenta la construcción de vivienda para estratos socioeconómicos de nivel medio y bajo en la periferia de la ciudad, configura que estos territorios se vean altamente densificados poblacionalmente, generando conflictos sociales. .

Finalmente las condiciones estructurales del sistema de salud, inciden en el desmejoramiento de la salud de los menores en tanto no genera un entorno de prevención y promoción de la misma, además las barreras de acceso al mismo hacen que esta situación se agrave con el transcurrir del tiempo

Tabla 29. Factores generadores y determinantes sociales de la salud, dimensión salud ambiente.

Dimensión	Ciclo Vital	Factores Generadores	Estructura determinantes de la salud.
Salud Ambiente	Transversal	•Pequeñas y medianas industrias ubicadas en las UPZ Carvajal, Patio Bonito y Kennedy Central.	Estructural
		La UPZ Margaritas tiene la contaminación más alta en la localidad, por su cercanía al río Bogotá, construida sobre un botadero de basura y contaminación proveniente por corrientes atmosféricas.	Estructural
		•Al igual se llevan los residuos activados (lodos activos) que no tiene manejo, se disponen a cielo abierto.	Estructural
		Emisión de gases por fuentes móviles, Portal Américas, Parqueaderos el SITP	Estructural
		•No hay aplicabilidad de la norma.	Estructural
		•Mala disposición de residuos sólidos por parte de empresas recicladores,	Intermedio
		•Vertimiento de desechos líquidos derivados del petróleo.	Estructural

	•Empresas madereras que no tienen manejo de los residuos de las maderas.	Intermedio
	•Manejo inadecuado por Chaneros.	Intermedio
	•Mal manejo de residuos hospitalarios en cercanías a la Riviera Canal Cundinamarca, sector invasión Palmita, UPZ Patio Bobito.	Intermedio
	•Falta de cultura de los tenedores de animales.	Intermedio
	•Mal adiestramiento y domesticación de los animales.	Intermedio
	•Inadecuada implementación de la norma.	Estructural

Fuente: Equipo de gestión de políticas y programas, equipos ASIS Hospital del Sur 2015

Descripción Determinantes Sociales de la Salud

Las dinámicas históricas de la conformación de la ciudad junto con los factores socio-político, han hecho de Bogotá y sus localidades la ciudad de todos pero a la vez de la ciudad de nadie. De esta manera el descuido de la mayoría de sus habitantes frente al entorno con el cual conviven es evidente. La desaparición de casi un 90 % de los humedales, la alta contaminación de las fuentes hídricas, las cuales son utilizadas como vertimientos de residuos sólidos y líquidos son algunos factores que demuestran la poca concientización de los ciudadanos frente al tema ambiental.

No obstante, factores como la pobreza, el conflicto armado y el desplazamiento que genera, la precaria educación, son variables directas en el deterioro del entorno. Por ende y con el desconocimiento de causas del manejo ambiental y de la salud ambiental, se desatienden las implicaciones que tienen sobre la salud.

Los factores poblacionales han generado espacios habitacionales no adecuados, agrupaciones de viviendas construidas sobre humedales,

Tabla 30. Factores generadores y determinantes sociales de la salud, dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.

Dimensión	Ciclo Vital	Factores Generadores	Estructura determinantes de la salud.
Sexualidad, derechos	Adolescencia	•Inadecuados procesos de educación frente a SSR.	Estructural

sexuales y reproductivos		•No existe un modelo integral para el abordaje a los temas de SSR.	Estructural
		•Desconocimiento de profesionales sobre el Tema de SSR dirigido a población con discapacidad.	Intermedios
		•Condiciones socioeconómicas.	Estructural
		•Políticas asistencialistas que fomentan los Embarazos.	Estructural
		•El no abordaje integral en los temas de SSR padres hijos y personas con discapacidad.	Estructural
		•La no inclusión en los PEI y proyectos transversales De educación SSR.	Estructural

Fuente: Equipo de gestión de políticas y programas, equipos ASIS Hospital del Sur 2015

Descripción Determinantes Sociales de la Salud

La preocupación de los y las jóvenes de la localidad por recibir un trato más humanizado, que entienda las dificultades en salud que presenta y que no genere estigmatizaciones es una de las premisas que recoge la dimensión de SSyR.

Es claro que el sistema actual de salud realiza campañas de promoción y prevención de ITS. Al igual que jornadas de pedagógicas de salud sexual, pero estas no alcanzan a generar la suficiente concienciación dentro de la población joven, quienes a pesar de tener conocimientos de algunos métodos de planificación aún siguen teniendo prácticas sexuales inseguras.

Las condiciones contextuales, construcciones sociales y las cotidianidades que los adolescentes desarrollan sus vidas, son factores fundamentales en la proyección de sus planes de vida. De esta manera es importante resaltar que el acompañamiento y ejemplo de los adultos, marca sensiblemente las pautas de los adolescentes frente a la vida.

El entorno familiar es fundamental para acompañar y aconsejar a los adolescentes en la construcción de los proyectos de vida. Así se ve reflejado que los patrones sociales de los padres, son el reflejo de las actitudes de sus hijos, además que el ser padre a temprana edad no es factor que incida directamente en la no construcción de planes de vida.

Tabla 31. Factores generadores y determinantes sociales de la salud, dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles.

Dimensión	Ciclo Vital	Factores Generadores	Estructura determinantes de la salud.
Vida saludable y condiciones no transmisibles	Vejez	•Ley 100 de 1993	Estructural
		•Insuficiencia en la capacidad instalada EAPB para atender a la población.	Estructural
		• Barreras geográficas de acceso	Estructural
		•Cuotas moderadoras altas por pobreza oculta.	Estructural

Fuente: Equipo de gestión de políticas y programas, equipos ASIS Hospital del Sur 2015

Descripción Determinantes Sociales de la Salud.

La baja inversión del estado en las entidades de salud junto con la creación de la ley 100 dificulta la obtención de citas para la población mayor de la localidad, tanto general como especializada. De allí que dentro del imaginario del conglomerado de usuarios de la salud esta sea vista como un negocio que no aporte ningún beneficio a la nación.

En las instituciones prestadoras de los servicios de salud es evidente la falta de enfoque diferencial (atención) y humanizado, donde se pueden eliminar barreras de tipo económico, geográfico y culturales.

Bibliografía

1. Alcaldía Mayor de Bogotá. bogota.gov.co. [Online].; 2007. Available from: www.bogota.gov.co/guia/interfaz/usuario/anexos/Humedales.doc.
2. Secretaría Distrital de Ambiente. Informe Anual de la Red de Monitoreo de Calidad de Aire de Bogotá D.C. Bogotá.; 2013.
3. Gallego L, Vélez G, Agudelo B. Panorama de la Mortalidad Materna. In Salud AdMSd. Modelos para el análisis de la mortalidad materna y perinatal. Medellín: Secretaría de Salud; 2005. p. 139.
4. Hospital del Sur E.S.E. Unidad de análisis sobre mortalidad perinatal. Fundación Amigos de Jesús y María. 2014..
5. Hospital del Sur E.S.E. Unidad de análisis sobre mortalidad perinatal. Barrio Los Almendros. 2014..
6. Hospital del Sur. ASIS. Diagnóstico Localidad de Kennedy. 2012..
7. Hospital del Sur. Boletín Epidemiológico Mensual de la Línea Aire, Ruido y Radiación Electromagnética. Bogotá: Hospital Sur Salud Pública, Cundinamarca; 2014.
8. Hospital del Sur E.S.E. Unidad de análisis sobre conducta suicida. Unidad de Análisis. Bogotá:, ASIS; 2014.
9. Hospital del sur E.S.E. Unidad de análisis sobre embarazo en adolescentes. Grupo ámbito familiar. Bogotá; 2014.
10. Hospital del sur E.S.E. Unidad de análisis sobre embarazo en adolescentes. Fundación Solidaridad por Colombia Bogotá; 2014.
11. Hospital del Sur. ASIS. Unidad de Análisis embarazo en adolescentes menores de 15 años. 2013..
12. Hospital del sur E.S.E. Unidad de análisis sobre malnutrición. Hogar Infantil Manitas Creativas Bogotá; 2014.
13. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. Encuesta. Bogotá.; 2010.
14. Secretaría Distrital de Salud. Salud Capital. [Online].; 2012 [cited 2013 Enero. Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/DOCUMENTOS%20PLAN%20DE%20DESARROLLO%20SDS/Documento%20Plan%20Territorial%20de%20Salud%20200>

[32012.pdf](#).

15. García y col. S. Caracterización epidemiológica de los nacimientos bajo peso en Sancti-Spíritus. 2000-2006. Gaceta Médica Espirituana. 2010;; p. 12.
16. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia y control del bajo peso al nacer a término. Protocolo. Bogotá;; 2012.
17. Daza y Col. V. Bajo peso al nacer: exploración de algunos factores de riesgo en el Hospital Universitario San José en Popayán. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2009;; p. 124-134.
18. Secretaría de Salud. Observatorio de Salud Ambiental de Bogotá. [Online]. [cited 2015 Noviembre 17. Available from: <http://biblioteca.saludcapital.gov.co/ambiental/index.shtml?s=l&id=37&v=l>.
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento técnico, metodológico y operativo de la adaptación del modelo BIT PASE y de la Estrategia PASE al desarrollo a las condiciones del Plan Decenal de Salud Pública Bogotá D.C; 2014.
20. Hernández, Luis Jorge. Que Crítica la Epidemiología Crítica: Una aproximación a la mirada de Naomar Alemida Filho. Boletín del Observatorio en Salud. 2009; 2(4).
21. López O, Escudero J, Carmona L. Los Determinantes Sociales de la Salud. Una Perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud ALAMES. Medicina Social. 2008 noviembre; 3(4).
22. Localidad de Teusaquillo. www.teusaquillo.gov.co. [Online]. [cited 2012 agosto 12. Available from: <http://www.teusaquillo.gov.co/noticias/actualidad/296-combatimos-la-pobreza-oculta>.
23. Bello A, Bonilla ML. Familias desplazadas por la violencia asentadas en Bogotá: nuevos moradores e intensas problemáticas. In Bonilla ML. Las Familias en Bogotá Realidades y Diversidad. Bogotá: Editorial Javeriana; 2008. p. 136 - 170.
24. Robert B. Marks. La gran Desviación y Conclusión. In Marks RB. Los orígenes del mundo moderno. Una nueva visión. Barcelona: Crítica; 2007. p. 223-299.
25. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Integración Social, Secretaría de Salud. Cartilla Caja de Herramientas de Gestión Social Integral. Bogotá;; 2010.
26. De Negri A. La construcción de alternativas políticas en pro del derecho integral a la salud. Las Bases Conceptuales del ejercicio en la Secretaria

Distrital de Salud de Bogota 2004 - 2005. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2006.

27. Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 2005 [cited 2013 febrero 3. Available from: http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/ahora05_sep05.htm.
28. ALAMES; CEBES. El debate y la Acción frente a los Determinantes Sociales de la Salud. Documento de posición conjunto de ALAMES y CEBES. In ; 2011; Río de Janeiro.
29. Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. World Health Organization. [Online].; 2007 [cited 2012 noviembre 1. Available from: www.who.int/social_determinants/es/.
30. Moiso A. Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud. [Online]. [cited 2012 octubre 6. Available from: [http://www.inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Tecnicos/Fundamentos de la salud publica/cap 6.pdf](http://www.inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Tecnicos/Fundamentos_de_la_salud_publica/cap_6.pdf).
31. Franco A. Promoción de la Salud (PS) en la Globalidad. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2012 mayo - agosto; 30(2).
32. Restrepo H. Agenda para la Acción en Promoción de la Salud. In Restrepo H, Málaga H. Promoción de la Salud: como Construir Vida Salubre. Bogotá: Panamericana; 2006. p. 33 - 58.
33. Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 2008 [cited 2012 noviembre 30. Available from: [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias Desarrollo Equipos APS.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf).
34. Mendoza E. Organización Internacional del Trabajo. [Online].; 2004 [cited 2012 Abril 17. Available from: http://white.oit.org.pe/ipecc/boletin/documentos/diagnostico_corabastos.pdf.
35. Hospital de Sur. Agenda Territorial Calandaima - Tintal Norte. Bogotá: Vigilancia en Salud Pública, Vigilancia en Salud Pública Poblacional y Comunitaria; 2012.
36. Hospital del Sur. Agenda Territorial Corabastos. Bogotá: Vigilancia en Salud Pública, Vigilancia en Salud Pública Poblacional y Comunitaria; 2012.
37. Hospital del Sur. Agenda Social Territorio Britalia - Timiza. Bogotá: Vigilancia en Salud Pública, Vigilancia en Salud Pública Poblacional y Comunitaria; 2012.

38. Hospital del Sur. Agenda Territorial Kennedy Central. Bogotá: Vigilancia en Salud Pública, Vigilancia en Salud Pública Poblacional y Comunitaria; 2012.
39. CORPODREPA. Comunidad Afrocolombiana de Kennedy. Bogotá; 2005.
40. Hospital del Sur. Unidad de Análisis Comunidad Gitana residente en Kennedy Central. Bogotá: Vigilancia en Salud Pública, Análisis de Situación de Salud ASIS Local; 18 de diciembre de 2012.
41. Hospital del Sur. Unidad de Análisis con mujeres en ejercicio de prostitución. Bogotá: Vigilancia en Salud Pública, Análisis de Situación en Salud ASIS Local; 31 de enero de 2013.
42. Noguera AP. El Reencantamiento del Mundo Mexico D.F - Manizales Colombia: Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente - Universidad Nacional de Colombia IDEA; 2004.
43. Secretaría Distrital del Planeación. Boletín 42. Índice de Pobreza Multidimensional para Bogotá. Bogotá; 2011.
44. Secretaria Distrital de Hábitat. Diagnóstico Localidad Kennedy Sector Hábitat. Bogotá; 2011.
45. Angulo R. Índice de Pobreza Multidimensional para Colombia. [Online].; 2011 [cited 2012 Noviembre 28. Available from: <http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=K13UVjSONUc%3D&tabid=1192>.
46. Baltazar EN. Riesgos sociales, movilidad social y trampas de pobreza de las familias pobres de Bogotá. In Bonilla MLG. Las familias en Bogotá. Realidades y diversidad. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2008. p. 81-115.
47. Secretaría Distrital de Planeación - DANE. Secretaría Distrital de Planeación. [Online]. Bogotá; 2011 [cited 2012 Noviembre 25. Available from: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Home/Noticias/HistoricoNoticias/Se%20firma%20acta%20de%20concertaci%20F3n%20del%20POT%20entre%20la%20CAR%20y%20el%20Dist>.
48. Secretaría Distrital de Planeación. Monografía localidad 8 Kennedy. Bogotá; 2011.
49. PROFAMILIA. Encuesta Distrital de Demografía y Salud 2011. Localidad de Kennedy. Bogotá; 2011.
50. Secretaría Distrital de Planeación. Conociendo la localidad de Kennedy: Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos.

Bogotá; 2009.

51. Cámara de Comercio de Bogotá. Inversión Pública y Calidad de Vida en la localidad de Kennedy. Bogotá; 2011.
52. Fundación Social. Diagnóstico UPZ 82. Bogotá; Grupo Enlace Social; 2002.
53. Hospital del Sur. Informe COVECOM mes de abril: "Gozatela sin drogas". Bogotá: Vigilancia en Salud Pública, ASIS - Vigilancia en Salud Pública Comunitaria; 22 de abril de 2013.
54. Nada Sobre Nosotros sin Nosotros. Diagnóstico y Plan Estratégico Zonal Nada sobre Nosotros sin Nosotros. Patio Bonito 2010 - 2020. Bogotá; 2010.
55. Hospital del Sur. Perfil Epidemiológico Territorio Calandaima. Bogotá; 2012.
56. Secretaría Distrital de Planeación. 21 Monografías de las localidades. Localidad de Kennedy. Bogotá; 2011.
57. Iñiguez L. Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. Saúde Pública. 1998 Oct - dic; 14(4).
58. Gomes, María Angélica. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio de los Sistemas de Salud. San Juan, Puerto Rico: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
59. Caicedo y Otros F. Complicaciones maternas y neonatales en pacientes embarazadas adolescentes y mayores de 35 años durante julio a septiembre de 2008. Hospital Universitario de San José-Popayán. Revista Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca. 2010; p. 14-20.
60. Hospital del Sur. Agenda Territorial Patio Bonito. Bogotá: Vigilancia en Salud Pública, Vigilancia en Salud Pública Poblacional y Comunitaria; 2012.
61. Techotiba. A media cuadra-Blog. [Online].; 2010 [cited 2014 03. Available from: <http://amediacuadra8.blogspot.com/2010/10/corabastos-territorio-de-organizacion-y.html>.
62. Alcaldía Local de Kennedy. Inclusión Social. Informativo Kennedy Gestión 2013. 2014 Marzo: p. 10.
63. Alcaldía Mayor de Bogotá. Alta Consejería para los derechos de las víctimas, la paz y la reconciliación. [Online].; 2014 [cited 2014 Julio 22. Available from: <http://www.victimabogota.gov.co/?q=MAS-DE-700-PERSONAS-V%3%8DCTIMA-DEL-CONFLICTO-ARMADO-INTERNO-RECIBIERON-ATENCI%3%93N-EN-SALUD-EN-CENTRO-DIGNIFICAR-DE-KENNEDY>.

64. Hospital del Sur. Gestión de Políticas - Etnia ROM. Base de datos Unión Romani. 2013..
65. Veeduría Distrital. Cómo Avanza el Distrito en Bienestar 2010. Análisis de la Información. Bogotá.; 2010.
66. SIVIC BOGOTÁ. Base personas situación de desplazamiento. 2013..
67. Secretaría de Educación del Distrito. Caracterización Sector Educativo. 2012..
68. Alcaldía Local de Kennedy. Boletín Informativo. 2014..
69. Bogotá como Vamos. Bogotá como Vamos. [Online].; 2013 [cited 2014 Julio 24. Available from: <http://www.bogotacomovamos.org/media/uploads/documento/new/informe-de-calidad-de-vida-en-bogota-2013.pdf>.
70. Alejo H. Secretaría Distrital de Salud. [Online].; 2012 [cited 2013 Enero 24. Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Todo%20Sivim/vespa.pdf>.
71. Secretaria Distrital de Salud. Discapacidad: Vigilancia en Salud Publica y Gestión del conocimiento, Anexo operativo Marzo - Diciembre 2014. 2014..
72. Hospital del Sur. Observatorio de Salud Ambiental. Informe Final Actividades 2013. 2014. Línea de Aire, Ruido y Radiaciones Electromagnéticas.
73. Hospital del Sur. Indicadores Locales. 2013. Observatorio de Salud Ambiental.
74. Hospital del Sur E.S.E. Así construimos un modelo de salud humana en Kennedy. Boletín de territorios saludables. 2013..
75. CEPAL. La juventud en Iberoamérica: tendencias y urgencias. 2004..
76. PROFAMILIA. Encuesta Distrital de Demografía y Salud - Localidad de Kennedy. 2011..
77. Hospital del Sur E.S.E. Anuario de Discapacidad. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Discapacidad. 2013..
78. Hospital del Sur. Diagnóstico LGBTI. Diagnóstico. Bogotá:, Gestión de Políticas Públicas; 2013.
79. Hospital del Sur. Informe de Balance de Políticas Públicas. Bogotá:, Equipo de Gestión de Políticas Públicas; 2013.

80. Secretaría Distrital de planeación. Bogotá ciudad de estadísticas - Encuesta multipropósito. Bogotá; 2015.
81. Secretaría de Educación del Distrito. Caracterización Sector Educativo. 2013..
82. Planeación SDd. Encuesta Multipropósito 2014 Principales resultados en Bogotá y la Región. Bogotá, D.C.; 2014.
83. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 Estrategia PASE a la Equidad en Salud Lineamiento Conceptual. Documento estrategia de salud pública. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social., Cundinamarca; 2014.

PRELIMINAR