



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Fontibón



DIAGNÓSTICO LOCAL CON PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LA LOCALIDAD DE FONTIBÓN 2014

12/04/2016
Hospital Fontibón
Vigilancia en Salud Pública
Análisis de Situación de Salud



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

CRÉDITOS

NIVEL DISTRITAL

Alcalde Mayor
Secretario Distrital de Salud
Subsecretaria de Salud Pública

Enrique Peñalosa Londoño
Luis Gonzalo Morales
Patricia Arce Guzmán

A NIVEL LOCAL

A la comunidad, instituciones y demás participantes que contribuyeron en el desarrollo y construcción del análisis de situación de salud –ASIS- especialmente al equipo de Vigilancia en Salud Pública, en la localidad novena Fontibón.

A NIVEL INSTITUCIONAL

Gerente Hospital Fontibón
Subgerente de servicios de salud
Coordinación de Salud Pública
Coordinación Vigilancia Salud Pública
Coordinador de Gestión de Políticas y Programas

Claudia Patricia Rosero Caicedo
Nancy Stella Tabares Ramírez
Ángela Velandia Pedraza
Nathalia Echavarría Acevedo
Giovanni Medina R

Equipo técnico del Diagnóstico

Epidemióloga MPH local ASIS

Diana Carolina Fajardo Niño

Epidemióloga

Claudia Bermúdez

Socióloga profesional ASIS

Johana Alexandra Mateus Ávila

Antropólogo profesional ASIS

Gabriel Santiago Jurado González

Geógrafo profesional ASIS

Javier Camilo Aguillón Pérez

Antropólogo profesional ASIS

José Adrian Valero Sepúlveda

Técnico en Sistemas ASIS

Juan Darío Forero Fonseca

Odontólogo profesional ASIS

Margarita Olaya Rodríguez

Equipo gestión de políticas públicas y programas

Alexander Escalante

Referente Políticas Públicas y Programas para Adolescencia y Juventud

Ángela Paola Pedraza

Referente Políticas Públicas y Programas para Adultez

Arnie Anacona - Fernando Londoño

Referente de Políticas Públicas y Programas para etnias

Diana Milena Méndez

Referente de Ámbito Laboral

Diana Stella Robayo

Referentes de Políticas y Programas para la población en condición de Discapacidad

Farid Andrés Patiño

Referente de Políticas y Programas del Espacio Público

Patricia Andrea Aguiar

Referente de Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional

Rafael Canchiilla

Referente de Políticas y Programas para Salud Mental

Johana Rojas

Referente de Políticas y Programas de Salud Oral

Julie Díaz Moreno

Referente Políticas Públicas y Programas para Infancia

Karen Alejandra Ramírez

Referente IPS – EAPB Públicas y Privadas

Gloría Amparo Yalanda

Técnico de Políticas Públicas y Programas para Indígenas

María Liliana López

Referente del Programa Crónicos y CCU

Martha Elizabeth García

Referente de Ámbito Familiar

Ricardo Arenas

Referente de Ámbito Escolar

Ricardo Higuera Rojas

Referente Política Mujer y Género

Rafael Canchilla

Referente Políticas Públicas y Programas para Envejecimiento y Vejez

Sandra Liliana Reyes

Referente de Políticas Públicas y Programas para Salud Sexual y Reproductiva

Sonia Montenegro

Referente de Políticas y Programas para población LGBTI

Ana María Tello

Referente Subsistema Discapacidad- VSP

Edgar Pino

Referente Subsistema SISVECOS- VSP

Monica Ulloa

Referente SIVIGILA

Nataly Ardila

Referente Subsistema SIVIM - VSP

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. OBJETIVOS	10
3. MARCO CONCEPTUAL	10
PERSPECTIVA DE DETERMINANTES SOCIALES Y SALUD PÚBLICA	11
ENFOQUES.....	12
ENFOQUE DE DERECHOS	12
ENFOQUE POBLACIONAL.....	12
ENFOQUE TERRITORIAL	13
ENFOQUE DIFERENCIAL	13
MARCO METODOLÓGICO.....	14
4. CAPÍTULO 1. RELACIÓN POBLACIÓN, TERRITORIO, AMBIENTE Y SOCIEDAD.....	16
4.1.1 CONTEXTO TERRITORIAL	16
4.1.2. LOCALIZACIÓN	16
4.1.3. DIVISIÓN POLÍTICO-ADMINISTRATIVA	18
4.1.4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL TERRITORIO	19
4.1.5. ZONAS DE RIESGO AMBIENTAL.....	23
4.1.6. CONTAMINACIÓN AUDITIVA.....	24
4.1.7. VÍAS DE ACCESO	25
4.2. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DE LA LOCALIDAD	27
4.2.1 TAMAÑO Y VOLUMEN.....	27
4.2.2. ESTRUCTURA POBLACIONAL.....	28
4.2.3. DINÁMICA POBLACIONAL	32
4.3. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO:.....	33
4.3.1. COBERTURA EN EDUCACIÓN.....	35
4.3.2 SERVICIOS DE SALUD:.....	36
4.3.3 VIVIENDA Y SERVICIOS PÚBLICOS:.....	37
4.3.4. MERCADO LABORAL	38
4.4. PRIORIZACIÓN DE UPZ CRÍTICAS	39
5. CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS	44
5.1. PERFIL SALUD-ENFERMEDAD.....	44
5.1.1. MORTALIDAD	44
5.1.2 MORTALIDAD MATERNO INFANTIL Y EN LA NIÑEZ	51
5.1.3. MORBILIDAD.....	56
5.1.4. MORBILIDAD GENERAL EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS.....	58
5.1.5 EVENTOS DE ALTO COSTO	59
5.1.6. EVENTOS PRECURSORES	60
5.1.7 EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SIVIGILA	61
TOSFERINA	62
AGRESIONES POR ANIMAL POTENCIALMENTE TRANSMISOR DE RABIA.....	63
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	64

SARAMPIÓN Y RUBEOLA	65
SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA	65
5.1.8. DISCAPACIDAD	66
5.1.9 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	70
5.2. ESTADO DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS	73
DIMENSIÓN SALUD AMBIENTAL	74
DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	75
DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE LIBRE DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	76
DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	79
DIMENSIÓN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	81
DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	82
DIMENSIÓN SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES:	83
DIMENSIÓN SALUD Y ÁMBITO LABORAL	84
6. CAPÍTULO 3: IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA LOCALIDAD 85	
6.1 DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL.	86
6.1.1. SOBREPESO Y OBESIDAD: CONSUMO EXCESIVO O DISPONIBILIDAD INADECUADA DE ALIMENTOS. (VALORACIÓN: 4,4)	86
6.2. DIMENSIÓN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL.	89
6.2.1. CONDUCTA SUICIDA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE: LA DESESTIMACIÓN DE UN PROBLEMA. (VALORACIÓN: 4,3)	89
6.2.2. SALUD MENTAL: FENÓMENO QUE HA PERMEADO LA SALUD PÚBLICA EN LA LOCALIDAD Y ESTÁ EN AUMENTO. (VALORACIÓN: 3,87)	92
6.3. DIMENSIÓN SALUD AMBIENTAL.	94
6.3.1. INDUSTRIA, AVIONES, COMERCIO Y TRANSPORTE URBANO: PROBLEMAS DE RUIDO EN LA LOCALIDAD. (VALORACIÓN: 3,39)	94
6.4. DIMENSIÓN SALUD Y ÁMBITO LABORAL	97
6.4.1. ACCIDENTALIDAD LABORAL: FONTIBÓN LOCALIDAD DE INDUSTRIA Y COMERCIO. (VALORACIÓN: 3,2) ...	97
6.5. DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	99
6.5.1 CONDICIONES CRÓNICAS: ESTILOS DE VIDA Y CORRESPONSABILIDAD. (VALORACIÓN: 3)	99
6.6. DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.	101
6.6.1. ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA: MAL QUE AQUEJA A LOS HABITANTES DE FONTIBÓN DEBIDO A CONDICIONES AMBIENTALES, VIALES Y DE INFRAESTRUCTURA DEL TERRITORIO. (VALORACIÓN: 2,8)	101
6.7. DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	103
6.7.1. SALUD ORAL: MALOS HÁBITOS DE HIGIENE AFECTAN CONSIDERABLEMENTE LA SALUD PÚBLICA EN LA LOCALIDAD DE FONTIBÓN (VALORACIÓN: 2,7)	103
6.8. DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.	105
6.8.1 EMBARAZO EN ADOLESCENTES: ¿COMUNICACIÓN, PREVENCIÓN, DESCUIDO, O DECISIÓN? (VALORACIÓN: 2,7)	105
6.9. DIMENSIÓN SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES.	107
6.9.1. DESASTRES: EL RIESGO PERMANENTE DE LA LOCALIDAD. (VALORACIÓN: 2,2)	107
6.10. CONSIDERACIONES FINALES	108
7. BIBLIOGRAFÍA	111

Mapas:

Mapa 1: División político-administrativa y población, Fontibón 2014	17
Mapa 2: Hidrografía y zonas de riesgo de inundación	20
Mapa 3: Malla vial, vías de comunicación, Fontibón 2014.....	25
Mapa 4: Priorización de UPZ críticas	40

Tablas:

TABLA 1: UPZ POR ÁREA TOTAL Y PROTEGIDA, FONTIBÓN-2014	18
TABLA 2: FUENTES HÍDRICAS Y ZONAS DE RIESGO	21
TABLA 3. CONTAMINACIÓN DEL AIRE	23
TABLA 4: POBLACIÓN POR UPZ 2014	27
TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR CICLO VITAL, QUINQUENIO Y SEXO. FONTIBÓN, 2014	29
TABLA 6: ÍNDICE DE CONDICIONES DE VIDA, NBI Y COEFICIENTE DE GINI.	35
TABLA 7: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL 105 FONTIBÓN 2011-2012	44
TABLA 8: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL 105 EN HOMBRES FONTIBÓN 2011 – 2012	45
TABLA 9: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL 105 EN MUJERES FONTIBÓN 2011 – 2012	46
TABLA 10: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL 105 EN MENORES DE 1 AÑO FONTIBÓN 2011 – 2012	47
TABLA 11: CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL 105 DE 1 A 4 AÑOS FONTIBÓN 2011 – 2012	47
TABLA 12: CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL 105 DE 5 A 14 AÑOS FONTIBÓN 2011 - 2012	48
TABLA 13: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL 105 DE 15 A 44 AÑOS FONTIBÓN 2011 – 2012	49
TABLA 14: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL 105 DE 45 A 59 AÑOS FONTIBÓN 2011 – 2012	50
TABLA 15: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL 105 DE 60 AÑOS Y MÁS FONTIBÓN 2011 – 2012	51
TABLA 16: RAZÓN DE TASAS DE LA MORTALIDAD MATERNO INFANTIL Y NIÑEZ, BOGOTÁ Y FONTIBÓN 2010 - 2014	52
TABLA 17: DISTRIBUCIÓN MORTALIDADES PERINATALES Y TMP POR ETAPA DE CICLO VITAL DE LA MADRE, FONTIBÓN 2014.	54
TABLA 18: MORTALIDADES INFANTILES SEGÚN EDAD DE DEFUNCIÓN, FONTIBÓN 2014.	55
TABLA 19: PRIMERAS 10 CAUSAS DE ATENCIÓN MÉDICA EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL EN LA LOCALIDAD DE FONTIBÓN 2014	57
TABLA 20: PRIMERAS 10 CAUSAS DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL FONTIBÓN E.S.E. 2014	58
TABLA 21: PRIMERAS 10 CAUSAS DE CONSULTA AMBULATORIA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL FONTIBÓN E.S.E. 2014	58
TABLA 22: EVENTOS DE ALTO COSTO FONTIBÓN - BOGOTÁ 2014	60
TABLA 23: EVENTOS PRECURSORES FONTIBÓN-BOGOTÁ D.C. 2014	61
TABLA 24: FRECUENCIA POR ETAPA DE CICLO VITAL Y SEXO DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD; LOCALIDAD FONTIBÓN; 2014. N: 772.	66
TABLA 25: FRECUENCIA POR UPZ Y SEXO DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD; LOCALIDAD FONTIBÓN; 2014. N: 772.	67
TABLA 26: FRECUENCIA POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN EN SALUD Y SEXO DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD; LOCALIDAD FONTIBÓN; 2014. N: 772.	67

TABLA 27: FRECUENCIA POR ALTERACIÓN QUE MÁS AFECTA Y SEXO DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD; LOCALIDAD FONTIBÓN; 2014. N: 772.	68
TABLA 28: FRECUENCIA POR TIPO DE ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN EL HOSPITAL FONTIBÓN E.S.E.; LOCALIDAD FONTIBÓN; 2014. N: 202	69
TABLA 29: RESUMEN DE OPORTUNIDADES HUMANAS LOCALIDAD FONTIBÓN 2011	72

Graficas:

GRÁFICA 1: PIRÁMIDE POBLACIONAL FONTIBÓN 2005-2014.....	28
GRÁFICA 2: ÍNDICE DE INFANCIA, JUVENTUD, VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO FONTIBÓN 2005 Y 2014.	30
GRÁFICA 3: ÍNDICE DE MASCULINIDAD POR EDAD EN POBLACIÓN ACTIVA 2014.....	32
GRÁFICA 4: ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR SEXO Y QUINQUENIOS 2005-2010 2010-2015.....	33
GRÁFICA 5: DISTRIBUCIÓN POR CICLO VITAL DE CASOS NOTIFICADOS DE TOS FERINA AL SIVIGILA, RESIDENTES EN LA LOCALIDAD DE FONTIBÓN AÑO 2014.....	62
GRÁFICA 6: DISTRIBUCIÓN POR CICLO VITAL Y SEXO DE CASOS NOTIFICADOS DE AGRESIONES POR ANIMAL POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA AL SIVIGILA, RESIDENTES EN LA LOCALIDAD DE FONTIBÓN AÑO 2014.	63
GRÁFICA 7: DISTRIBUCIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE CASOS NOTIFICADOS DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA AL SIVIGILA, RESIDENTES EN LA LOCALIDAD DE FONTIBÓN AÑO 2014.	64
GRÁFICA 8: DISTRIBUCIÓN DE POR UPZ DE CASOS NOTIFICADOS DE SARAMPIÓN Y RUBEOLA AL SIVIGILA, RESIDENTES EN LA LOCALIDAD DE FONTIBÓN AÑO 2014.....	65
GRÁFICA 9: BARRERAS DE ACCESO A SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA PRIMERA INFANCIA LOCALIDAD FONTIBÓN 2003, 2007, 2011.	72
GRÁFICA 10: MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO LOCALIDAD FONTIBÓN 2014	73

1. Introducción

El Diagnóstico Local es un documento participativo donde se analiza la situación de salud y calidad de vida de la población, en este caso la localidad novena Fontibón, a través del análisis integral de los determinantes sociales de la salud que la afectan, el reconocimiento de brechas y situaciones de desigualdad sanitaria y el máximo aprovechamiento de la evidencia para la toma de decisiones gerenciales y administrativas durante la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas y planes de salud.

Tiene como propósito la planificación y la toma de decisiones a partir de la construcción de conocimiento integral sobre la situación de salud y la calidad de vida de los grupos humanos en las diferentes escalas del territorio y del análisis del contexto histórico, geográfico, ambiental, demográfico, social, cultural, político y del proceso salud enfermedad en la localidad.

Para analizar la situación de salud y la calidad de vida de la población de la localidad el documento contempla tres capítulos, a saber: el primero denominado *“Relación población, territorio, ambiente y sociedad”* presenta la caracterización de la interacción entre la población, territorio, ambiente y sociedad, evidencia las implicaciones de los procesos políticos, económicos, sociales y ambientales sobre la salud de las poblaciones en las escalas del territorio a nivel local y por UPZ y realiza una contextualización de la localidad en el nivel territorial, sociodemográfico, socioeconómico y ambiental con el fin de servir de marco de referencia para el análisis y la comprensión de los capítulos siguientes.

El segundo capítulo *“Análisis de los determinantes sociales de la salud en el ámbito de las dimensiones prioritarias”* hace énfasis en las problemáticas y necesidades que afectan la salud y calidad de vida de las poblaciones en las escalas del territorio local y UPZ, teniendo como ordenador las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021.

El último capítulo, denominado *“Identificación de tensiones en salud presentes en la localidad”* expone las tensiones en salud desde el abordaje de las dimensiones prioritarias del PDSP 2012-2021 y la información obtenida en los capítulos anteriores. Para la realización de este capítulo se utilizó la metodología PASE a la equidad en salud.

La información consignada en este documento fue suministrada por los equipos de Gestión de Políticas, Vigilancia en Salud Pública y Territorios Saludables del Hospital Fontibón E.S.E. También, se recogieron experiencias en la comunidad y se realizó una articulación intersectorial que permitió la profundización del análisis de la información. Desde nivel central se suministraron fuentes de información, se tomaron datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, la Secretaría de Planeación Distrital, los censos hechos a nivel del

Distrito y se realizaron recorridos en la localidad que enriquecieron el documento.

2. Objetivos

- Objetivo general:

Explicar la situación de salud y calidad de vida de la localidad de Fontibón durante 2014, desde la perspectiva de determinantes sociales de la salud, apropiando las percepciones de la población en la identificación y priorización de las problemáticas en salud y en la formulación de las alternativas de solución a las mismas.

- Objetivos específicos:
 - Problematizar y analizar la situación de salud y calidad de vida de la población local durante 2014 incluyendo información cuantitativa, cualitativa y espacial, que permita dar cuenta de las principales necesidades, problemáticas y potencialidades de los grupos humanos en las diferentes escalas del territorio, interpretando los hallazgos mediante una aproximación al análisis de determinantes sociales de la salud.
 - Profundizar en el análisis de la situación de salud y calidad de vida desde el enfoque de determinantes de la salud y por dimensiones prioritarias.
 - Analizar y evaluar las tensiones de las diferentes dimensiones prioritarias con relación a las necesidades y problemáticas que afectan la salud y calidad de vida en la localidad de Fontibón.

3. Marco conceptual

A través de la construcción social de la realidad, teoría introducida por Peter L. Berger y Thomas Luckmann, la realidad se construye a partir de la dialéctica establecida entre la realidad que está construida (y se está construyendo) y el conocimiento de esta realidad que poseen sus actores-autores. Es así como algún factor social constituye un factor de riesgo de determinada enfermedad y el carácter social del proceso salud-enfermedad se manifiesta empíricamente más claro en la colectividad que en el individuo.

Así, el proceso salud-enfermedad del grupo tiene historicidad porque está socialmente determinado, no bastan los hechos biológicos para explicarlo sino que es necesario aclarar cómo está articulado en el proceso social (1). Pero el carácter social del proceso salud-enfermedad no se agota en su determinación social, ya que el proceso biológico humano mismo es social en la medida que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico. Esto hace pensar que es posible establecer distintos patrones de

desgaste-reproducción dependiendo de las características de la relación entre el hombre y la naturaleza (2)

Partiendo de la determinación se habla de *teoría social en salud*, cuando se hace énfasis en la identificación de los determinantes sociales que intervienen en la distribución de la salud, el bienestar y la enfermedad de los individuos.

Perspectiva de determinantes sociales y salud pública

Los determinantes sociales de la salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS) son “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria”(3) . El análisis de la situación de salud está permeado por la comprensión de aquello que ayuda a explicar las particularidades o variaciones en el estado de salud de una población.

Actualmente, los análisis del Distrito se basan en el enfoque de determinantes sociales de la salud que buscan “explicar cómo las desigualdades que son evitables, en cuanto a la distribución de los bienes sociales: ingreso, riqueza, empleo estable, alimentación saludable, hábitos de vida saludables, acceso a servicios de salud, educación, recreación entre otros, se manifiestan generando diferencias injustas en el estado de salud de los grupos sociales” (4). Estos determinantes son una de las bases conceptuales del análisis de situación de salud debido, principalmente, a tres de sus características. La primera, es su capacidad explicativa en relación con los procesos de salud-enfermedad de los colectivos humanos; la segunda, corresponde al énfasis dado a las desigualdades injustas y evitables, lo que permite combinar esta perspectiva con la de derechos y con los enfoques territorial, poblacional y diferencial y la tercera, es el potencial que tienen dichas explicaciones para facilitar la formulación y evaluación de intervenciones y políticas en salud orientadas hacia la equidad y el mejoramiento de la calidad de vida (5).

Por su parte, la *teoría de la producción social de la enfermedad* hace un llamado a analizar las condiciones materiales en las que viven las personas, entendiendo que aquellos grupos que poseen un menor nivel de ingresos cuentan con menos recursos para superar las condiciones que deterioran su estado de salud y las posibilidades de padecer cierto tipo de enfermedades (6).

Bajo esta perspectiva la ocurrencia de eventos relacionados con la salud y la enfermedad de las poblaciones obedece a situaciones de fragilidad social estructurales. Así pues, el análisis de las mismas debe orientarse no sólo a entender la influencia de factores de riesgo de diversa índole y su impacto

sobre la salud, sino también a abordar la complejidad de las relaciones y los procesos históricos a través de los cuáles se han configurado dichas condiciones de fragilidad social junto con su resultado en el estado de salud.

Asimismo, las respuestas deben estar orientadas al diseño de políticas sociales y acciones tendientes a disminuir las brechas estructurales en los grupos humanos, mediante acciones que involucren a los diferentes sectores, donde salud es sólo uno de los actores involucrados (7).

Enfoques

Las acciones en salud pública deben estar dirigidas a toda la población. Así pues, deben reconocer las características propias de los sujetos y de los territorios en tanto construcciones humanas y sociales, facilitando la lectura comprensiva de las realidades y el diseño de acciones acordes a las mismas. Por lo anterior es importante retomar, en el análisis de la situación de salud y de las respuestas dadas a las problemáticas identificadas, los enfoques de derechos, diferencial, poblacional y territorial, que se expondrán a continuación.

Enfoque de derechos

La perspectiva de derechos concibe los derechos humanos de manera integral, interdependiente y complementaria. Se preocupa por la validación y materialización real de éstos mediante acciones de respeto, reconocimiento y restitución, dotando a la sociedad civil de herramientas para su exigibilidad. Para garantizar el ejercicio pleno de los derechos humanos se adoptan políticas públicas que buscan resolver las desigualdades e inequidades injustas y evitables (7).

Enfoque poblacional

El enfoque poblacional propone la orientación de políticas e intervenciones en función del ser humano y de los grupos poblacionales desde su integralidad y su interrelación con el territorio. Las intervenciones en salud pública se caracterizan por generar y agrupar grandes cantidades de información. Por esta razón existe el reto de canalizarla adecuadamente para la realización de los análisis sobre las condiciones de salud-enfermedad de la población y sobre las respuestas desde las instituciones y las comunidades. Se suma a este reto, la integración de información heterogénea en términos de tipo (cualitativa, cuantitativa y territorial) y calidad, así como la perspectiva particular de los diferentes actores sociales que intervienen (5).

El enfoque poblacional permite un análisis integral que considera la complejidad del ser humano en sus matices individuales y colectivos. Desde este se reconoce la interrelación entre población y territorio, y se presta especial atención a rasgos como el ciclo vital (infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez) y condiciones sociales, económicas y culturales vinculadas a

grupos o individuos tales como género, etnia, desplazamiento y condición de discapacidad, entre otros (8).

Enfoque territorial

El enfoque territorial implica tratar los fenómenos, procesos, situaciones y contextos (físicos, políticos, económicos, etc.) en los espacios concretos donde ocurren y se transforman, incidiendo en otras escalas territoriales. Parte de la definición de “territorio” como una construcción social, resultado de las relaciones dadas entre las personas y la naturaleza, y materializado en formas de organización espacial que reflejan una apuesta para el desarrollo (5).

Los territorios son espacios donde se producen y se reproducen los procesos de determinación social que llevan a exposiciones deteriorantes o protectoras. Son elementos clave en la construcción de representaciones de las condiciones y la calidad de vida y salud. Por lo tanto, permiten el ejercicio de la transectorialidad, como perspectiva necesaria para operar respuestas integrales a las necesidades sociales.

Por ello, las necesidades de la población deben ser analizadas conforme a la realidad del territorio. Las condiciones de éste son el resultado de la convergencia de factores internos y externos, donde el sujeto, el colectivo y el contexto interactúan y se retroalimentan constantemente a partir de lo cotidiano. Lo anterior, implica entender que sujeto – territorio, es una categoría de análisis que representa una relación recíproca, directa e interdependiente. Por lo tanto, no puede verse y pensarse a la población aislada del territorio y no puede pensarse el territorio sin poblaciones.

Enfoque diferencial

El enfoque diferencial se complementa al de derechos dado que busca visibilizar vulnerabilidades y vulneraciones específicas de grupos e individuos específicos y prioriza acciones de protección y restauración de los derechos vulnerados. Implica identificar los vacíos y riesgos de protección de cada grupo y desarrollar herramientas para dar soluciones; promover la participación equitativa; planear y ejecutar medidas afirmativas, basadas en caracterizaciones sistemáticas para la garantía del goce efectivo de los derechos de los diferentes grupos poblacionales (5).

Dicho enfoque también tiene una estrecha relación con el enfoque territorial y el enfoque poblacional. El primero implica tener en cuenta el entorno específico de las personas, como un agente dinámico generador de condiciones y transformador de sociedad. El segundo, obliga a mantener el centro de atención en las personas y sus diferencias según su ciclo vital y condiciones de vida (5).

En ese sentido, se encamina a reconocer a las y los diferentes actores sociales como sujetos de derecho. Desde ésta óptica el enfoque busca garantizar los derechos fundamentales y sociales que todo ciudadano tiene y además está

enfocado hacia la garantía de derechos específicos a poblaciones compuestas por individuos en condiciones que los hacen de especial atención para el Estado (ciclos vitales, género, etnia, grupos en desventaja como la población en condición de discapacidad o en situaciones de índole social como desplazamientos forzados), no con el fin de focalizar, sino de eliminar las condiciones inequitativas para el goce y mantenimiento de la calidad de vida.

Marco metodológico

La concepción del documento fue replanteada a partir de la revisión de las versiones recientes de los diagnósticos locales, diagnósticos internacionales y del estudio del marco metodológico-conceptual enunciado en la Guía de ASIS del Ministerio de Salud y Protección Social 2013 y el PDSP 2012-2021. Así, el documento se estructura a partir de las dimensiones prioritarias, sus entradas y el modelo conceptual de los determinantes sociales de salud, con diferentes enfoques (diferencial, poblacional, territorial, ciclo de vida) que fortalecen de forma transversal el análisis de cada problemática en las distintas escalas del territorio (Localidad, UPZ). Todo lo anterior se concibe prestando especial atención a las brechas sociales que generan alta inequidad, teniendo como ordenadores las dimensiones prioritarias y el ciclo vital 2012 (5).

Para este diagnóstico se utilizó una adaptación del modelo BIT PASE (Balance de Interacciones y Tensiones – Dimensiones del desarrollo: Poblacional, Ambiental, Social y Económico) y de la estrategia de asistencia técnica y formación activa PASE al desarrollo para la comprensión integral del territorio, la formulación de planes territoriales de salud y la planeación del desarrollo integral, en busca de sociedades poblacional y ambientalmente sustentables, económicamente equitativas y socialmente más solidarias.

El modelo BIT PASE se basa en la concepción de la población, de la condición humana y del desarrollo, permite comprender de manera integral el juego de relaciones que determina un momento histórico particular en el desarrollo de una colectividad. La Estrategia PASE a la Equidad en Salud, permite entender las intrincadas relaciones que determinan la situación de salud en una comunidad específica y generar una respuesta de política pública integral. La comprensión integral de estas interrelaciones implica la identificación de las cadenas de determinación que configuran condiciones específicas de salud producto de contextos y momentos históricos específicos (9).

El documento se estructura a partir de las perspectivas de determinantes sociales de salud, con diferentes enfoques (diferencial, poblacional, territorial) que fortalecen de forma transversal el análisis de cada problemática en las distintas escalas del territorio teniendo como ordenador de los análisis las etapas de ciclo vital (5).

La metodología implementada para plasmar en este documento el análisis de calidad de vida y salud de la localidad se proyectó en tres fases. La primera de

estas, incluyó la preparación y la gestión de la información con una mirada multidisciplinaria e intersectorial, tomando como base la información existente de la situación de salud de la localidad, los datos recientes disponibles del sector salud y otros sectores (encuestas, estudios y sistemas de información, entre otros) que permiten actualizar las condiciones de vida de la población.

El trabajo realizado con el equipo de Gestión de Políticas partió del reconocimiento de que la priorización de temáticas o problemáticas, para la localidad, no podía estar sujeto a decisiones particulares ni a definiciones arbitrarias de un grupo, sino que debía responder a las necesidades sentidas por la población.

Desde esa perspectiva, y teniendo en cuenta que los profesionales que se desempeñan en salud pública tienen una visión global (por su experiencia con el trabajo comunitario) de las problemáticas que aquejan a la población, se decidió adelantar con estos actores una identificación y caracterización de las problemáticas priorizadas en la localidad, tomando como base las vivencias, los análisis de las condiciones y situaciones de salud que han ido identificando en el ejercicio de su quehacer particular y el conocimiento acumulado frente a cada uno de los PDAs y TVS que referencian.

La identificación de las problemáticas, necesidades y tensiones en la localidad, tomó como base diferentes fuentes primarias que permitieron la construcción de conocimiento y la explicación de algunas de las realidades que la localidad enfrenta. En ese orden de ideas las fuentes consideradas incluyen el desarrollo de unidades de análisis con diferentes actores.

La tercera fase tiene como propósito la divulgación y publicación de la información y del análisis de la misma. Con esto se cumple con uno de los objetivos fundamentales del Análisis de Situación en Salud (ASIS), la toma de decisiones y la planeación de las intervenciones en salud a partir de datos reales que nacen del ejercicio investigativo con comunidad y desde el conocimiento propio de los profesionales en salud, que ejercen en el ámbito de la salud pública, pretendiendo siempre el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y la mitigación de las problemáticas prioritarias identificadas.

Como parte de la divulgación se espera realizar retroalimentación a cada uno de los actores que aportaron al conocimiento que contiene el documento: poblaciones, instituciones y sectores. De igual manera, se busca dar a conocer los hallazgos del análisis de la situación en salud en espacios institucionales, comunitarios y para el público en general.

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

4.1.1 Contexto territorial

Bogotá comenzó a absorber diversos pueblos vecinos hacia la mitad del siglo XX, debido al rápido crecimiento demográfico que estaba enfrentando por la llegada de población que anteriormente habitaba en las zonas rurales de Colombia. Así, bajo la ordenanza 7 de 1954 expedida por el general y presidente Rojas Pinilla, Fontibón, que antes era una población, se anexó a la capital.

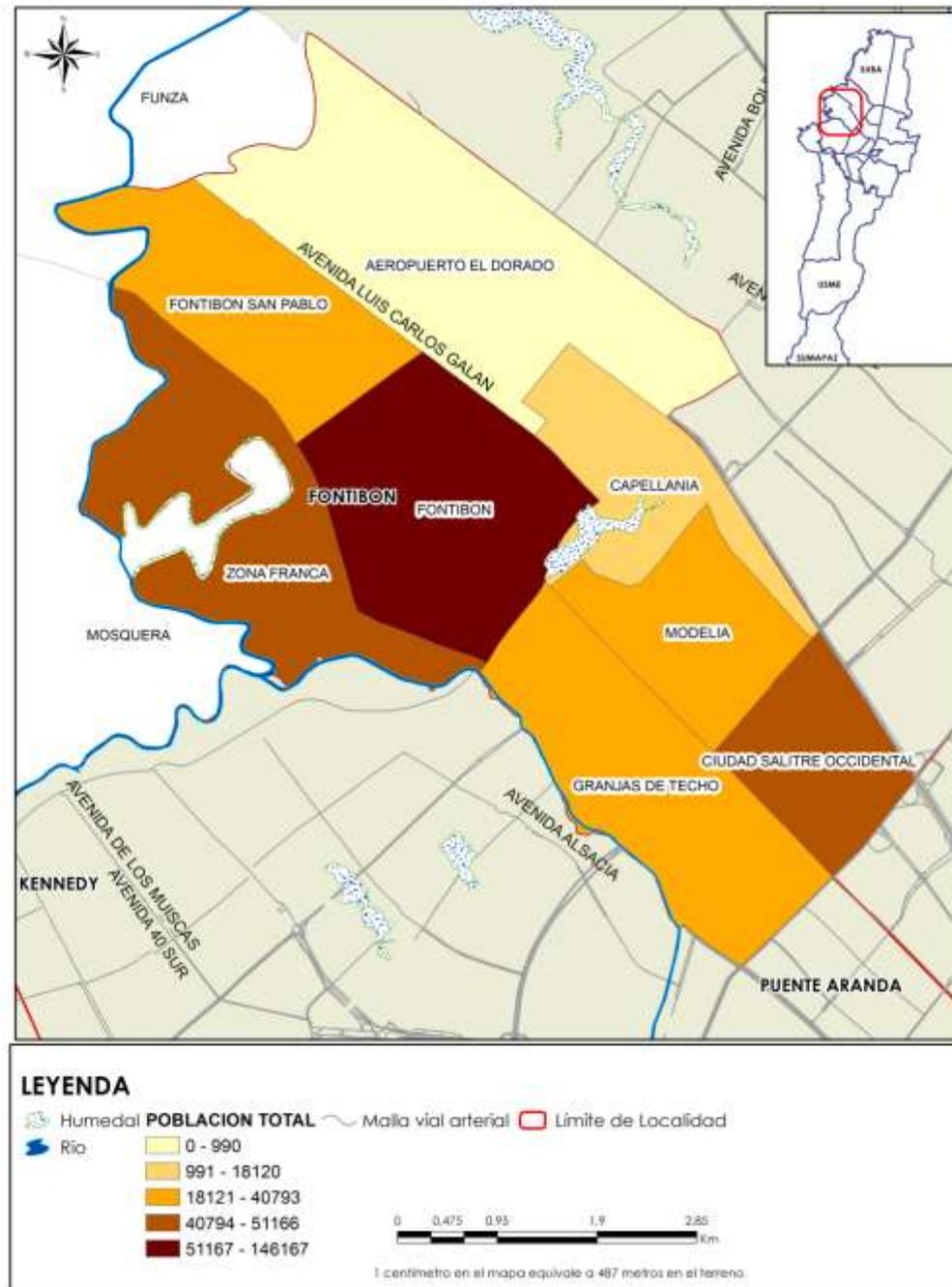
Años después, mediante los acuerdos 26 de 1972 y 8 de 1977 se formó la Alcaldía Menor, estableciendo los límites geográficos determinados para la localidad y la asignación de la nomenclatura número 9, de las 20 que hay actualmente. Entre 1959 y 1985 se inauguró el Aeropuerto Internacional El Dorado, se consolidaron y agruparon viejos barrios, las antiguas fincas fueron loteadas con el fin de fundar nuevos barrios como Modelia y Arabia y se inauguró la Terminal de Transportes de Bogotá. Este crecimiento urbanístico y poblacional, así como el desarrollo industrial y la posición estratégica de la localidad en una de las salidas de la ciudad capital exigieron el desarrollo de vías de acceso entre diferentes zonas de la localidad lo que convirtió a Fontibón en una complicada red de flujo vehicular.

En la actualidad, Fontibón se caracteriza por ser la sede de algunas de las fábricas y bodegas más importantes de la ciudad (*Coca-Cola®*, Zona Franca, entre otras), lo que significa también el paso de buena parte de la carga pesada que se transporta entre Bogotá y el resto del país. Esto afecta de manera crítica el medio ambiente de la localidad por los altos niveles de contaminación, tanto en aire, ruido, como en sus recursos hídricos estos últimos, también se han visto afectados por la demanda de vivienda y del suelo urbanizable para la ciudad (10). Estas problemáticas se abordarán en este documento.

4.1.2. Localización

Fontibón es la localidad número nueve del Distrito Capital y está situada al noroccidente de la ciudad. Limita al norte con la Avenida El Dorado que la separa de la localidad de Engativá; al sur con la Avenida Centenario (Calle 13) y el río Fucha, que a la vez la separa de la localidad de Kennedy; al oriente con la Avenida 68 desde la Calle 13, que marca la división con la localidad de Puente Aranda hasta la Avenida el Dorado que establece el límite con la localidad de Teusaquillo; al occidente con el río Bogotá y los municipios de Mosquera y Funza.

Mapa 1: División político-administrativa y población, Fontibón 2014



Fuente: IDECA 2014

Carrera 104 N° 20C – 21
 Tel: 4860033 – 4868510
 Fax 5432034

www.hospitalfontibon.gov.co



La localidad se divide en 110 barrios que a la vez se distribuyen en una superficie total de 3.328,1 hectáreas, de las cuales 3.052,8 corresponden a suelo urbano, mientras que las 275,3 restantes son consideradas suelo de expansión urbana.

4.1.3. División político-administrativa

Desde el 2000 de acuerdo al Plan de Ordenamiento Territorial (POT), la ciudad de Bogotá se divide en 117 Unidades de Planeación Zonal (UPZ), grupos de barrios o sectores que comparten características similares como el uso del suelo o rasgos socioeconómicos. Dentro de la localidad de Fontibón se encuentran 8 de ellas, como se observa en la Tabla 1

Tabla 1: UPZ por Área total y protegida, Fontibón-2014

NÚMERO Y NOMBRE UPZ	CLASIFICACIÓN POR EL POT	ÁREA TOTAL	ÁREAS PROTEGIDAS SUELO URBANO (ha)
FONTIBON 75	Centralidad Urbana	496,5	3,0
SAN PABLO 76	Predominantemente Industrial	360,0	61,2
ZONA FRANCA 77	Predominantemente Industrial	490,2	177,88 (de suelo de expansión y suelo urbano)
CIUDAD SALITRE OCCIDENTAL 110	Residencial Cualificado	224,0	5,1
GRANJAS DE TECHO 112	Predominantemente Industrial	479,6	14,8
MODELIA 114	Residencial Cualificado	255,9	29,1
CAPELLANIA 115	Predominantemente Industrial	276,8	13,1
AEROPUERTO 117	Predominantemente Dotacional	743,0	

Fuente: Plan Ambiental Local de Fontibón 2013-2016 (10)

4.1.4. Características físicas del territorio

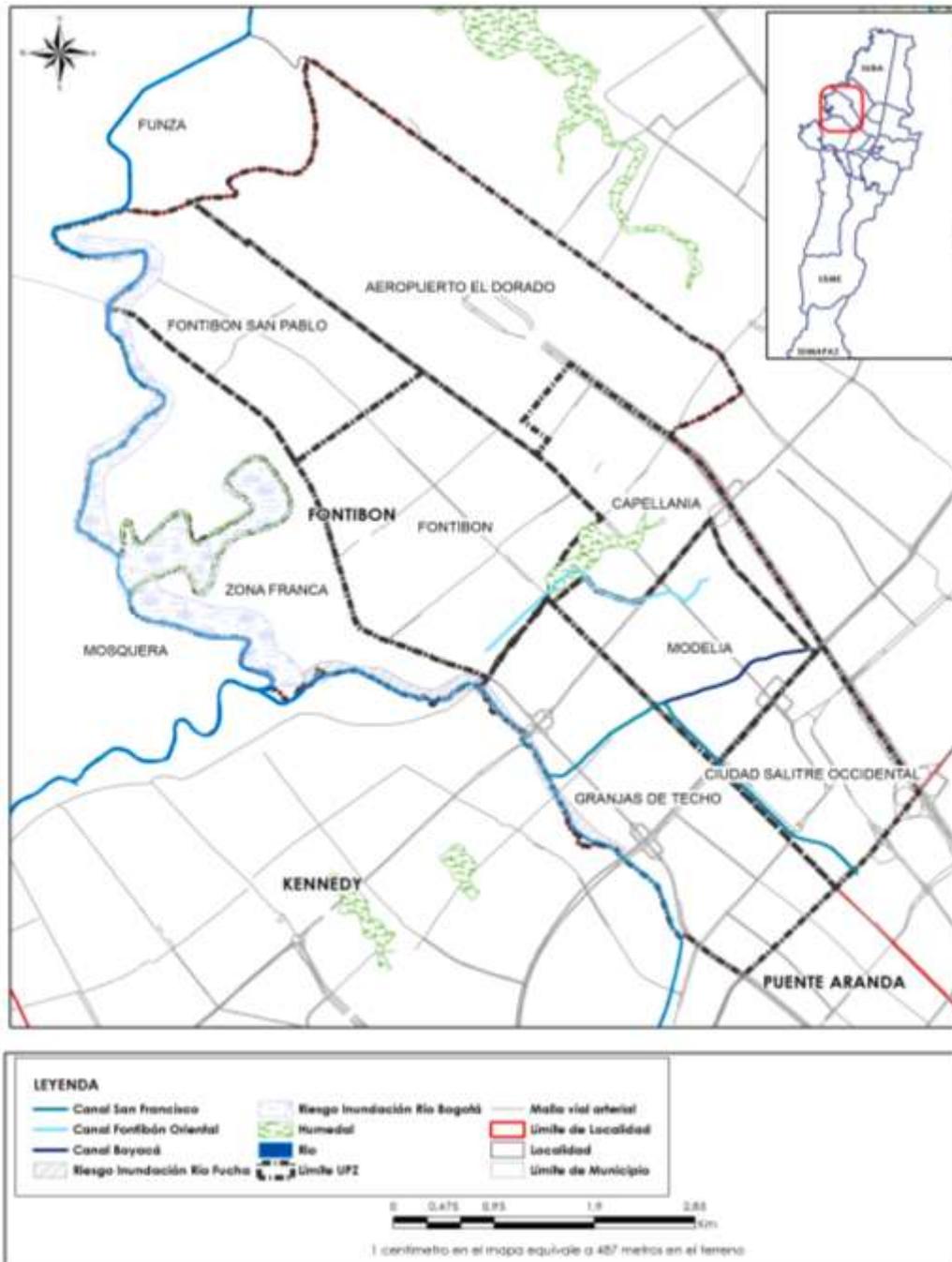
La localidad de Fontibón tiene un clima frío, con una temperatura promedio de 14,6°C y una humedad relativa de 75%, típica de la zona media de la ciudad de Bogotá. Los períodos secos corresponden a diciembre-enero y julio-agosto, mientras que los períodos lluviosos a los meses abril-junio y octubre-noviembre.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

El relieve de la localidad se caracteriza por ser plano, lo que la convierte en una zona de alto riesgo de inundación pues dentro de su hidrografía se encuentran las corrientes del río Fucha y el río Bogotá, que bordean el límite occidental y sur de la localidad (zonas que se han constituido como suelo urbano).

Además de los dos ríos ya mencionados, dentro del sistema hidrográfico de la localidad se encuentra el humedal Capellanía que se extiende por los barrios: Cofradía, Capellanía, Rincón Santo, Rubí, Ferrocaja, San Diego, Recreo de Modelia y Villa de los Alpes pertenecientes a las UPZ 75, 115 y 114. También, el humedal Meandro del Say, cuya área de influencia recoge los barrios: El Recodo, La Estancia, Pueblo Nuevo y Sabana Grande pertenecientes a la UPZ 77. Adicionalmente recorren la localidad los canales, San Francisco, Fontibón Oriental y Aguas Lluvias Boyacá. Esta hidrografía hace a la localidad participe en tres de los ocho territorios ambientales en los que se divide el distrito capital (10).

A continuación se muestran los principales elementos del sistema hidrográfico de la localidad en una representación cartográfica (mapa 2), y se describen los riesgos asociados a siete de las fuentes principales de dicho sistema. En general se recogen observaciones relativas al vertimiento de aguas residuales, presencia de basuras, grado de contaminación o deterioro y las zonas o UPZ potencialmente afectadas por probables inundaciones (Tabla 2).

Mapa 2: Hidrografía y zonas de riesgo de inundación



Fuente: IDECA 2014

Tabla 2: Fuentes hídricas y zonas de riesgo

Tipo de Fuente	Área de afectación UPZ/localización	Observaciones
Río Bogotá	117 Aeropuerto El Dorado 76 San Pablo (prados de la alameda, Puente Grande) 77 Zona Franca (Kassandra, El recodo, La Estancia y Pueblo Nuevo)	El río Bogotá atraviesa la localidad después de recibir las aguas residuales de los habitantes de la ciudad, lo cual lo convierte en uno de los recursos hídricos más contaminados de la capital. El barrio Kassandra presenta riesgo inminente de inundación pues constituye un barrio de invasión que se ha asentado en la ronda del río (20 metros o menos). Además de esto, existen zonas cercanas (100mts) que presentan problemas de humedad como el barrio Pueblo Nuevo. Otros barrios con amenaza de inundación son: Prados de la Alameda y Chircal, que tienen construcción ilegal en la ronda del río.
Río Fucha	77 Zona Franca (Pueblo Nuevo) 112 Granjas de Techo Paraíso de Babarúa, El proveedor,	Se evidencia vertimiento de aguas residuales por conexiones erradas a la altura de la calle 68D. Acumulación de lodos y basuras, especialmente en los cruces de los puentes vehiculares. Hay una alta presencia de habitantes de la calle, que invaden la zona de ronda y contaminan las fuentes hídricas con basuras y excrementos. Por otra parte, en el barrio Porvenir debido a la gran cantidad de recicladores, hay disposición de basuras y escombros sobre la ronda del río.
Canal de San Francisco	110 Ciudad Salitre Occidental 114 Modelia 112 Granjas de Techo	El canal recibe aguas residuales a la altura de la Terminal de Transportes y la calle 13 antes de llegar al río Fucha, esta contaminación se hace evidente en época de lluvias debido a los malos olores. Así mismo, a la altura de la calle 13, se evidencia acumulación de basuras y lodo. Por otra parte, en el sector de Modelia se ha reportado la proliferación de vectores y roedores.
Canal Fontibón Oriental	112 Granjas de Techo 114 Modelia (Bosques de Modelia, Recreo de Modelia, Mallorca) 75 Fontibón (Fuentes del Dorado II, Tarento, Nueva Villemar)	Aunque es catalogado como un canal de aguas lluvias, desde 1995 se han venido corrigiendo las conexiones erradas que contaminan el canal con aguas residuales, sin embargo aún quedan algunas en los barrios Fuentes del Dorado y Mallorca. Desde el 2006 el Acueducto de Bogotá está interviniendo el canal con el fin de extenderlo hasta el río Fucha pues actualmente es un canal de evapotranspiración de aguas (evapora o infiltra al suelo). Esta intervención alivia un poco la amenaza de desbordamiento del canal en época de lluvias. Aunque gran parte del canal se encuentra cubierto, se han reportado proliferación de vectores y roedores.

Tipo de Fuente	Área de afectación UPZ/localización	Observaciones
Canal Aguas Lluvias Boyacá	114 Modelia	En casi todo su recorrido se encuentra canalizado. Debido al arrastre de residuos provenientes de las vías aledañas al canal, se presentan aglomeraciones de lodos y basuras, lo cual favorece la proliferación de vectores y roedores. Desde la Av. El Dorado hasta la Av. La Esperanza hay sembrados distintos tipos de árboles sobre la ronda del río, en época de lluvia debido al peso del agua, hay riesgo de caída.
Humedal Capellanía	114 Modelia (Recreo de Modelia) 75 Fontibón (Cofradía, Rincón Santo, Rubí, Ferrocaja) 115 Capellanía (Capellanía)	Cuenta con una extensión de 26 ha de las cuales 6 son inundables. Se ha reportado la existencia de jaurías de perros callejeros que amenazan la fauna del humedal. Dentro del proceso de planeación de nuevas rutas de acceso y vías principales para la ciudad está el proyecto de construcción de la Avenida Longitudinal de Occidente (ALO) la cual pasa por algunas zonas que pertenecen al humedal. La zona norte del humedal es la más afectada debido a la cercanía a fabricas e industrias (Coca-Cola®, Challenger y Gilpa) que hasta el año 2005 botaban desechos al cuerpo de agua (posteriormente fueron intervenidas). Algunas Urbanizaciones se han construido en las cercanías del humedal afectándolo debido a los proceso de remoción, relleno y nivelación de los terrenos a intervenidos.
Humedal Meandro del Say	77 Zona Franca (El Recodo, La Estancia, Pueblo Nuevo y Sabana Grande)	En su interior se encuentra la hacienda El Say cuya principal actividad es la agricultura. Debido al cambio de actividad económica (agricultura a industria de diversos tipos) de la zona cercana a la Av. Centenario desarrollado hace cerca de 50 años, el humedal se ha visto afectado por contaminación de desechos industriales y la construcción de urbanizaciones y fábricas en la zona. Actualmente el humedal está siendo intervenido con el fin de corregir los daños hechos por los desechos industriales en especial los relacionados con la empresa EMPACOR, que fue demandada por la Corporación Autónoma Regional y la Secretaria Distrital de Ambiente.

Fuente: Elaboración propia con base en información del Plan Ambiental Local de Fontibón (10)

4.1.5. Zonas de riesgo ambiental

La calidad del aire constituye junto con la afectación de los recursos hídricos de la localidad, el principal problema a nivel ambiental. Durante el 2014 se presentaron experiencias críticas de contaminación del aire, debido a que en noviembre se incendió una bodega que almacenaba llantas y aproximadamente 600.000 de estas fueron consumidas por las llamas. Este evento obligó a la Secretaría Distrital de Ambiente a declarar alerta naranja en seis localidades de la ciudad, siendo una de ellas Fontibón. El almacenamiento de llantas usadas sigue siendo un problema tanto para la ciudad como para la localidad, por esto vale la pena reportar este evento en el documento.

Tabla 3. Contaminación del aire

Tipo de Fuente	UPZ/localización	Observaciones
Fábricas con procesos productivos que generan emisiones atmosféricas	76 Fontibón San Pablo	Las fuentes móviles y fijas de emisión de gases son las principales causas de la emergencia ambiental en la cual se encuentra la localidad.
	75 Fontibón	
	77 Zona Franca	Hay un alto tráfico vehicular tanto en vías internas como externas, esto aunado al mal estado de las vías contribuye a la congestión vehicular que a la vez genera calentamiento del aire y mayor emisión de gases por arrancar y parar constantemente.
	115 Capellanía	
	112 Granjas de Techo	
Emisiones por fuentes móviles (transporte público, privado y de carga)	Avenida Centenario o Variante	Además, la falta de revestimiento asfáltico de algunas vías genera levantamiento de material particulado. Por otra parte, dentro de la localidad se encuentran una gran cantidad de industrias que constituyen una fuente importante de emisión de gases contaminantes dependiendo del proceso productivo. Una de las empresas más criticadas al respecto es ECOCAPITAL, que se encarga de incinerar residuos hospitalarios.
	Avenida Calle 13	
	Avenida Calle 17 o Antigua Calle 22	Por otra parte, en la UPZ 75 y 112 hay registro de malos olores provenientes de fábricas de procesamiento de materias primas. Todos estos elementos constituyen fuentes importantes de
	Carrera 99	
	Carrera 100	
	Avenida Ferrocarril de Occidente (entre Modelia y Cra 100)	
	Avenida Ciudad de Cali	

Tipo de Fuente	UPZ/localización	Observaciones
	Avenida El Dorado o Calle 26	contaminación de aire, que afectan el buen vivir de los habitantes de la localidad y contribuyen a la contaminación global de la ciudad
	Avenida La Esperanza	
Olores	Fábrica de aceites La Duquesa, UPZ 75 Fontibón	
	Fábrica de procesamiento de Huesos UPZ 112 Granjas de Techo	

Fuente: Elaborado con base en información del Plan Ambiental Local de Fontibón 2013 (10)

4.1.6. Contaminación auditiva

Dos fuentes de ruido se han identificado como las principales:

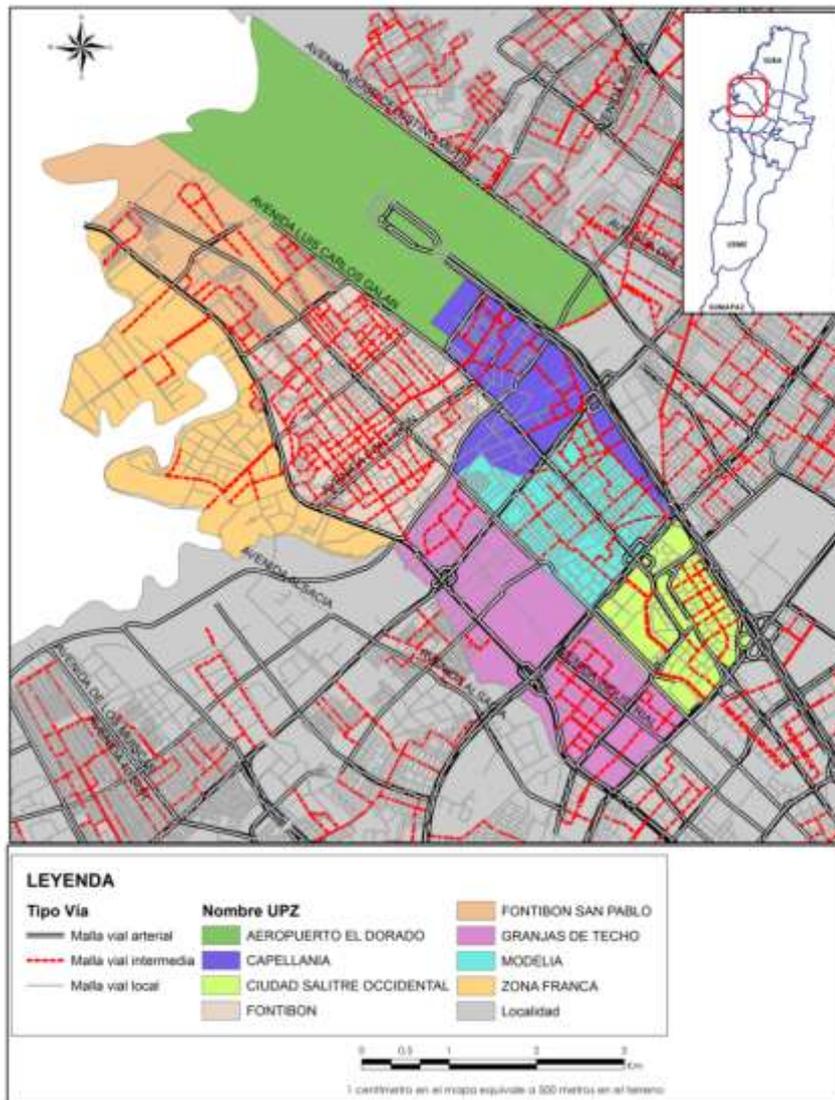
- Tráfico aéreo y vehicular proveniente del Aeropuerto Internacional El Dorado: se caracteriza por los altos niveles de ruido causados por el despegue y aterrizaje de aeronaves. Las denuncias realizadas por la población de los barrios aledaños a la terminal aérea se relacionan con problemas auditivos en menores de edad y la distracción de los infantes en horas de clase. Por otra parte, el alto tráfico vehicular al interior de toda la localidad, sumado al ruido causado por la aeronavegación contribuyen a afectar la salud de la población a nivel local.
- Establecimientos comerciales: discotecas, almacenes, restaurantes y bares, ubicados en su mayoría en el centro de Fontibón y en la “zona rosa” de Modelia, han sido denunciados por la comunidad. Los almacenes y restaurantes, ubican parlantes o voceadores con megáfonos sobre la vía pública para atraer clientes. Por su parte, los bares y discotecas no cumplen con la reglamentación de la Secretaría Distrital de Ambiente, excediendo los valores límite para la emisión de ruido.

Dentro de los principales problemas generados por la contaminación auditiva encontramos: estrés, irritabilidad, interferencia de la comunicación hablada, perturbación del sueño, cansancio y tensión. Los últimos dos se relacionan con enfermedades de tipo nervioso y cardiovascular. Además de esto, a nivel corporal se reportan: dolor de cabeza, hipertensión y disminución de la capacidad auditiva. Los barrios más afectados son: San Antonio, La Giralda, La Rosita, San José, Veracruz, El Bogotano, Villemar, Modelia, Salitre, entre otros. (10)

4.1.7. Vías de acceso

En la localidad de Fontibón hay tres tipos de vías de acceso: arteriales, secundarias y barriales. Las vías arteriales están diseñadas para el tráfico pesado e intenso principalmente de tractomulas, camiones y buses intermunicipales. Constituyen vías de acceso a la ciudad o de tráfico hacia otras localidades.

Mapa 3: Malla vial, vías de comunicación, Fontibón 2014.



Fuente: IDECA 2014

Carrera 104 N° 20C – 21
Tel: 4860033 – 4868510
Fax 5432034

www.hospitalfontibon.gov.co

En la localidad de Fontibón hay tres tipos de vías de acceso: arteriales, secundarias y barriales. Las vías arteriales están diseñadas para el tráfico pesado e intenso principalmente de tracto-mulas, camiones y buses intermunicipales. Constituyen vías de acceso a la ciudad o de tráfico hacia otras localidades. Las principales son la calle 13 o Avenida Centenario, que atraviesa la localidad desde la KR 68 hasta el límite del Distrito con el Río Bogotá, comunica a la ciudad con los municipios de la Sabana de Bogotá. La Avenida Boyacá o KR 72, atraviesa la localidad desde la Calle 13 hasta la calle 26. La Avenida Ciudad de Cali o KR 86, atraviesa la localidad de sur a norte desde la calle 13 hasta la calle 26. Por último la Calle 26 que atraviesa la localidad de oriente a occidente, desde la KR 86 hasta las inmediaciones del aeropuerto, y es la principal vía de acceso al Aeropuerto Internacional El Dorado.

Respecto al flujo vehicular se presenta problemáticas de congestión de automotores, especialmente sobre la Avenida Centenario o Variante, debido a que es la única salida y entrada de carga pesada, además de los buses intermunicipales hacia el occidente del país, hace que se presente trancones en la movilidad hacia fuera de la ciudad, afectando de paso avenidas importantes como la Cali, la Boyacá y la 68 especialmente. Otra de las problemáticas que se presenta en esta vía es el alto riesgo para los peatones que residen en esta zona o que trabajan allí, debido a que no se cuentan con los suficientes pasos peatonales o puentes peatonales que garanticen, por lo que en muchas ocasiones atraviesan la vía generando accidentes de tránsito.

Las vías secundarias comunican a Fontibón con otras localidades y están diseñadas para el tráfico semi-intenso, especialmente de buses de servicio público urbano, taxis, vehículos particulares, camiones y motos. Además, al interior de la localidad, se comunican entre sí y con las vías arteriales. Las principales son: la Avenida La Esperanza o CL 24, que comunica la localidad de oriente a occidente desde la KR 68 hasta la CL 129. La Avenida Ferrocarril o CL 22 que comunica la localidad desde la KR 68 hasta la KR 138. La Avenida 17 desde la KR 98 hasta la KR 116. La KR 98 desde la CL 24 hasta la Avenida Centenario.

La Avenida 100 principal vía de acceso por la CL 26, que comunica esta última con la CL 13 o Avenida Centenario. La Carrera 116, principal vía de acceso para la población localizada en la UPZ 76 San Pablo, que se localiza entre la avenida Centenario y la CL 24. Estas vías también suelen ser utilizadas para el descongestionamiento de las vías principales, generando el problema del deterioro de las mismas debido al tráfico pesado que debe soportar, ya que no están diseñadas para este tipo de vehículos.

Por último, las vías barriales ubicadas al interior de los barrios están diseñadas para tráfico suave: vehículos particulares, taxis, motos y bicicletas. Así pues, en general, la malla vial de la localidad de Fontibón se encuentra en estado regular, especialmente en las vías barriales, debido al alto tráfico de

vehículos particulares en zonas como Fontibón Centro, especialmente, por la Avenida del Ferrocarril, la zona circundante a la Plaza de Mercado y la KR 123 en el sector del recodo. Muchas de estas vías se encuentran en pésimo estado, lo que genera lentitud en el tráfico, ocasionando demoras en los recorridos.

4.2. Aspectos demográficos de la localidad

En el 2014 la Alcaldía Mayor de Bogotá publicó el libro: *Demografía, Población y Diversidad*, que recoge los principales resultados de diferentes estudios realizados por entidades del Estado en torno a las dinámicas poblacionales de la ciudad. En dicho texto, se afirma que “la demografía se encarga de analizar el comportamiento de la población humana considerando los aspectos que afectan su crecimiento y estructura” (11). De esta manera, estudios sobre fecundidad, mortalidad y migración se tornan importantes para conocer la estructura y dinámica de una población determinada. Todo esto se abordará a profundidad en este apartado.

4.2.1 Tamaño y volumen

De acuerdo con las proyecciones realizadas por el DANE con base en el censo 2005, la población total de la localidad en el año 2014 es 370.976 personas. La Unidad de Planeación Zonal (UPZ) con mayor población corresponde a Fontibón Centro (UPZ-75) con 146.167 personas (Tabla 4). Por otra parte, según la Encuesta Multipropósito de Bogotá 2014, en adelante EMB 2014, en la localidad hay 119.432 hogares, 370.912 personas y 118.280 viviendas¹.

Tabla 4: Población por UPZ 2014

UPZ		Habitantes 2014	%
Código	Nombre		
75	Fontibón	146167	39,40
76	San Pablo	34964	9,42
77	Zona Franca	51166	13,79
110	Ciudad Salitre Occidental	48711	13,13
112	Granjas de Techo	30065	8,10
114	Modelia	40793	11,00
115	Capellanía	18120	4,88
117	Aeropuerto El Dorado	990	0,27
Total		370976	100,00

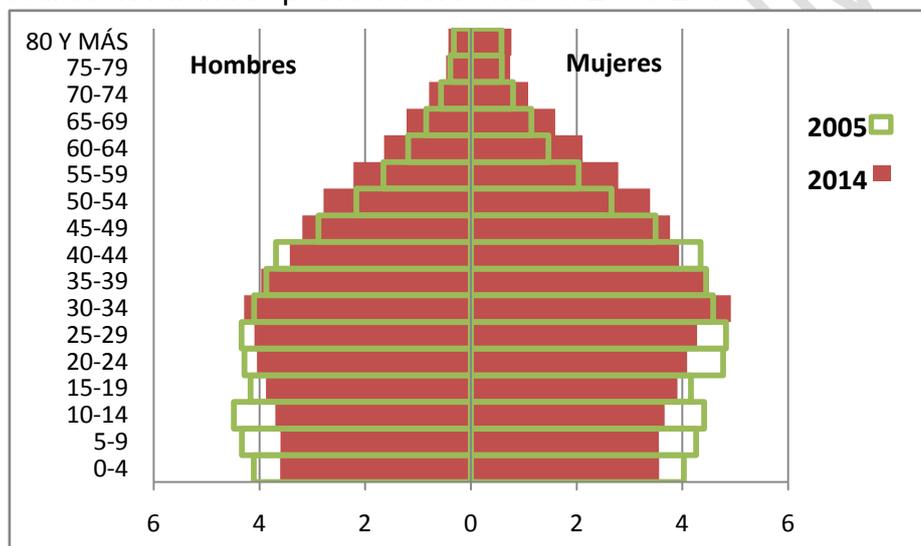
Fuente: Elaboración propia con base en proyecciones DANE 2005 - 2015

¹ Actualmente no se dispone de los datos de hogares y viviendas desagregados por UPZ obtenidos a través de la EMB 2014, el último dato disponible corresponde a la Secretaría Distrital de Planeación del período 2011 y puede consultarse en el diagnóstico local del año 2013 file:///C:/Users/saludp/Downloads/dialogo_local_participacion_social_2013%20(1).pdf página 36.

En relación con la población étnica de la localidad es importante mencionar que desde hace casi una década ha habido una migración hacia la localidad de grupos indígenas pertenecientes a la comunidad Misak - Misak desde sus territorios ancestrales en el departamento del Cauca. Dichos grupos mantienen un constante movimiento migratorio, lo cual dificulta la caracterización precisa de la población. En cuanto a la población afrodescendiente y raizal, de acuerdo al DANE, en 2005 habían 3316 personas pertenecientes a esta población étnica. Sin embargo, según el Consejo Local Afro hay un total aproximado de 10.000 habitantes en la localidad, ubicados en su mayoría en las UPZ 75 y 76(12).

4.2.2. Estructura Poblacional

Gráfica 1: Pirámide poblacional Fontibón 2005-2014.



Fuente: Secretaria Distrital de Planeación Inventario de Información Estadística

La pirámide poblacional (Gráfica 1) brinda información sobre la población de Fontibón por sexo y edad en los años 2005 y 2014. Permite observar cómo la población, tanto de mujeres como hombres entre 0 y 30 años de edad, ha disminuido en comparación a 2005. Por otra parte, la población mayor de 30 años ha aumentado con respecto a 2005. De esta manera, la pirámide poblacional tiene una disposición regresiva debido a la disminución de la natalidad y el envejecimiento de la población.

Tabla 5: Distribución de la población por ciclo vital, quinquenio y sexo.
Fontibón, 2014

Etapa Ciclo vital	Quinquenios	Hombres		Mujeres		Total	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Infancia	0-4	13.378	3,61%	13.202	3,56%	26.580	7,16%
	5-9	13.364	3,60%	13.173	3,55%	26.537	7,15%
	10-14	13.728	3,70%	13.596	3,66%	27.324	7,37%
	Subtotal	40.470	10,91%	39.971	10,77%	80.441	21,68%
Adolescencia	15-19	14.374	3,87%	14.486	3,90%	28.860	7,78%
	Subtotal	14.374	3,87%	14.486	3,90%	28.860	7,78%
Juventud	20-24	15.023	4,05%	15.171	4,09%	30.194	8,14%
	Subtotal	15.023	4,05%	15.171	4,09%	30.194	8,14%
Adultez	25-29	15.185	4,09%	15.878	4,28%	31.063	8,37%
	30-34	15.904	4,29%	18.233	4,91%	34.137	9,20%
	35-39	14.711	3,97%	16.696	4,50%	31.407	8,47%
	40-44	12.717	3,43%	14.599	3,94%	27.316	7,36%
	45-49	11.832	3,19%	13.982	3,77%	25.814	6,96%
	50-54	10.334	2,79%	12.574	3,39%	22.908	6,18%
	55-59	8.232	2,22%	10.350	2,79%	18.582	5,01%
	Subtotal	88.915	23,97%	102.312	27,58%	191.227	51,55%
Vejez	60-64	6.103	1,65%	7.835	2,11%	13.938	3,76%
	65-69	4.520	1,22%	5.922	1,60%	10.442	2,81%
	70-74	2.932	0,79%	4.012	1,08%	6.944	1,87%
	75-79	1.747	0,47%	2.763	0,74%	4.510	1,22%
	80 Y MÁS	1.584	0,43%	2.836	0,76%	4.420	1,19%
	Subtotal	16.886	4,55%	23.368	6,30%	40.254	10,85%

TOTAL	175.668	47,35%	195.308	52,65%	370.976	100,00%
-------	---------	--------	---------	--------	---------	---------

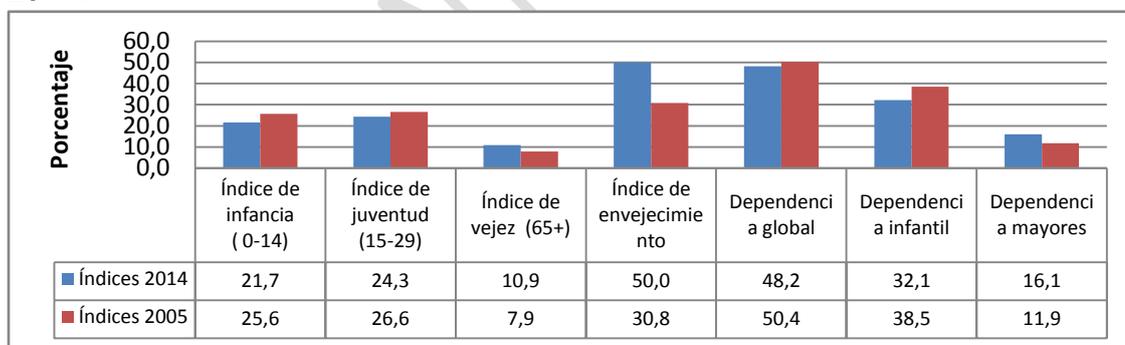
Fuente: DANE Proyecciones Bogotá 2005-2015

Por otra parte, la Tabla 5 expresa de forma detallada la distribución de la población de acuerdo al ciclo vital, lo que permite definir los principales grupos de edad, observando que el grupo etario entre 25 y 59 años de edad (ciclo vital adultez) es el que reúne mayor población (51,55%).

Los índices de infancia, juventud y vejez, indican el porcentaje de personas de cierto rango de edad (0-14, 15-29 y mayores de 60 respectivamente), en relación al total de la población de la localidad. En este sentido, como lo expresa la Gráfica 2, en la localidad de Fontibón los índices para 2014 se encuentran en 21,7%, 24,3% y 10,9% respectivamente.

En comparación al 2005, los índices de infancia y juventud disminuyeron en 3,9 y 2,3 puntos porcentuales respectivamente. Por el contrario, el índice de vejez se incrementó en 3% en relación a 2005, lo cual se relaciona con el índice de envejecimiento de la localidad, que expresa la relación entre la población mayor de 60 años y la cantidad de niños y jóvenes entre 0 y 15 años. El índice de envejecimiento en el 2005 se encontraba en 30,8%, para 2014 el índice se incrementó en 19,2 puntos, lo que significó un aumento a 50 personas mayores de 60 años por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años. Esto quiere decir que la localidad está alcanzando una etapa de envejecimiento plena².

Gráfica 2: Índice de infancia, juventud, vejez y envejecimiento Fontibón 2005 y 2014.



Fuente: DANE Proyecciones Bogotá 2005-2015 (cálculos propios)

Ahora bien, si la población está envejeciendo, se espera que la relación entre la población económicamente activa y la dependiente sufra cambios.. En dicho sentido, el índice global de dependencia y el índice de dependencia infantil para 2014 tienen una tendencia descendente en relación a 2005, pasando de 50,4 a 48,2 y de 38,5 a 32,1 respectivamente, lo que indica que la población

² La Dirección de Estudios Macro de la Secretaría Distrital de planeación concibe cuatro etapas de envejecimiento de acuerdo al valor del índice: Incipiente (hasta 25), moderada (de 26 a 50), plena (de 51 a 74) y avanzada (mayor a 75). (30)

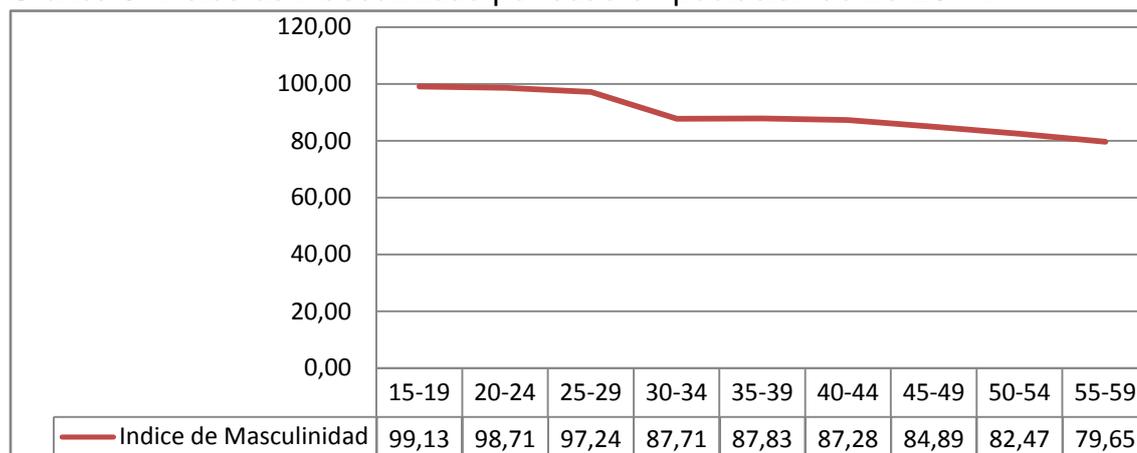
infantil en dependencia ha bajado; fenómeno que se relaciona con la disminución en la tasa de natalidad de la localidad. Por otra parte, el índice de dependencia de mayores aumentó en 4,2 puntos porcentuales, lo que se relaciona tanto con el índice de envejecimiento como con el incremento en la esperanza de vida.

Es importante mencionar que según el índice de friz, que mide la edad de la población a partir de la comparación entre el grupo de edad de 0 a 19 años y el grupo de 30 a 50 años, con el fin de calificarla como: joven (> 160), madura (60 a 160) o vieja (< 160), Fontibón es una localidad madura pues el índice a 2014 se encuentra en 92,1. Cabe mencionar que se espera que el índice siga aumentando, debido al proceso de envejecimiento de la población que se ha venido abordando en este texto.

La relación niña/o - mujer para 2014 es de 243,8 niños y niñas menores de 5 años por cada 1000 mujeres. Por otra parte, el índice de masculinidad (Gráfica 3) para la localidad, según las proyecciones del DANE, aumentó entre 2005 y 2015 en 0,1, llegando a 90,1 hombres por cada 100 mujeres. Por otra parte, al desagregar la información por edad en relación a la población activa (15 a 59 años) es posible observar un cambio importante en el índice: el rango de edad en el cual el desequilibrio entre hombres y mujeres tiene un salto más amplio, es entre los 25 y 35 años, pues el índice disminuye casi 10 puntos pasando de 97,24 a 87,71 hombres por cada 100 mujeres.

En general, se observa que las variaciones del índice se deben, en nuestro país, a la exposición de la población masculina a violencias provenientes de diversas fuentes. Si bien las estadísticas no ofrecen una información precisa sobre la causa de muerte para el rango de edad entre los 25 y 35 años, si dan información para el rango de 27 a 44 años catalogándolo como el tercero con mayor cantidad de casos de lesión de causa externa a nivel distrital. Las dos primeras causas corresponden a armas u objetos contundentes y caídas de altura: las caídas de altura tienen relación con accidentes laborales y domésticos, en actividades que usualmente realizan los hombres (labores de construcción y arreglos domésticos a nivel de estructura o fachada), por lo que esta podría ser una de las razones por las cuales el desequilibrio entre hombres y mujeres es más alto para dicho rango de edad.

Gráfica 3: Índice de masculinidad por edad en población activa 2014.



Fuente: Secretaria Distrital de Planeación Inventario de Información Estadística

4.2.3. Dinámica poblacional

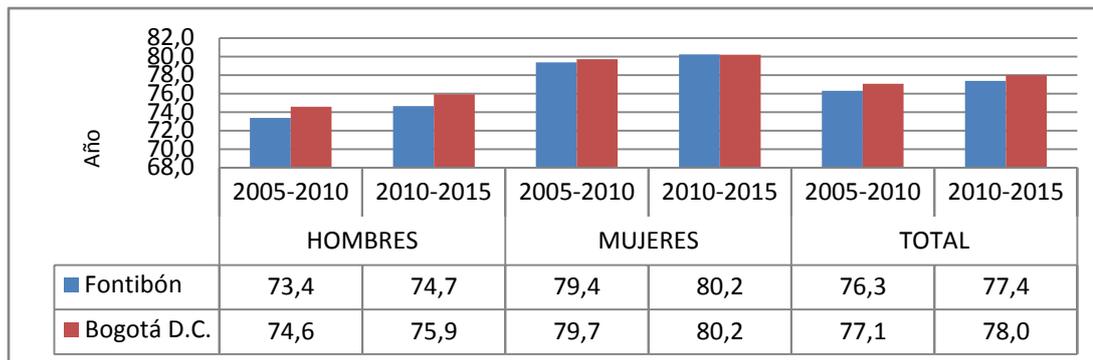
La tasa bruta de natalidad de 2005 y 2014 para la localidad de Fontibón es de 17,6 y 11,8 respectivamente. Por su parte, la tasa bruta de mortalidad se encontraba en 3,6 para el 2005 y en 3,4 para 2013 (último valor disponible) (13) Esto significa que la localidad se encuentra en una etapa avanzada del Primer Proceso de Transición Demográfica³, alcanzando niveles bajos en ambas tasas, lo cual se traduce en un impacto en el tamaño (o cantidad) de las nuevas y viejas generaciones.

Por otra parte, la tasa de crecimiento natural (2010-2015) de la población se encuentra en 3,84% (un valor alto que representa un crecimiento elevado de la población). La tasa global de fecundidad a 2014 es de 1,4 hijos por mujer y la tasa general de fecundidad es de 32,3 hijos por mil mujeres. Así mismo, la edad media de fecundidad, es decir la edad media a la que las madres tienen a sus hijos, es de 27,88 años y el número de hijas que se espera que tendrá una mujer es de 0,88 (Tasa de reproducción).

Bajo la misma línea, la esperanza de vida al nacer de la localidad de Fontibón, para el quinquenio 2010 – 2015, se proyecta para los hombres a 74,7 años y para las mujeres a 80,2 años. Aumentando en 1,3 para los hombres y 0,8 para las mujeres, en comparación al quinquenio anterior, como se observa en la Gráfica 4.

³ Teoría demográfica que busca relacionar los cambios demográficos con los cambios socioeconómicos de tal manera que se describa la transición demográfica como un proceso que parte de una situación inicial con tasas de mortalidad y natalidad altas que responden a la situación socioeconómica de la población a una segunda situación en la cual ambas tasas han disminuido y se ha desarrollado a la vez un cambio a nivel socioeconómico (53)

Gráfica 4: Esperanza de vida al nacer por sexo y quinquenios 2005-2010 y 2010-2015.



Fuente: Secretaria Distrital de Planeación Inventario de Información Estadística

De esta manera, la esperanza de vida, tanto para el Distrito como para la localidad, va en aumento. Esto implica que el grupo poblacional compuesto por personas mayores está en crecimiento, lo que se traduce en un reto tanto para las entidades distritales, como para las locales en la construcción de proyectos y programas dirigidos al adulto mayor.

4.3. Contexto Socioeconómico:

El contexto socioeconómico hace referencia a las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, envejecen y se ven afectadas por la distribución del poder, el dinero y los recursos a nivel mundial, nacional y local. Desde esta perspectiva, es importante realizar un análisis de las dimensiones estructurales que dan cuenta de la situación socioeconómica de Fontibón, pues el gradiente social de salud se ve influenciado por las desigualdades sanitarias que surgen de una distribución desigual de los recursos y los bienes.

Así mismo, la epidemiología social, en su búsqueda por conocer el impacto de los fenómenos sociales en la salud de las personas y comunidades, ha puesto de manifiesto que aspectos como la posición social (clase social e ingresos) y la desigualdad social que esta implica, influyen sobre la salud. Esta teoría se relaciona íntimamente con los determinantes estructurales de las inequidades en salud, pues estos hacen referencia a aspectos socioeconómicos, valores socioculturales y políticas públicas que influyen sobre la calidad de vida, el bienestar y la salud humana (14).

Los estudios de medición de pobreza tradicionales suelen realizarse a partir de información relacionada con los ingresos y los gastos que perciben las personas en comparación a un nivel de bienestar de referencia (canasta básica de bienes y servicios). Así, los individuos y hogares que se encuentren por debajo de dicho nivel son considerados pobres. Dentro de este grupo de

estudios se encuentran indicadores de pobreza de tipo monetario y no monetario, caracterizados como medidas objetivas de pobreza. El fenómeno de la pobreza tiene múltiples causas y dimensiones por lo que se han creado diferentes métodos de medición que serán abordados a medida que avance la contextualización de la localidad en el documento.

De acuerdo con los resultados de la EMB 2014 (15) el porcentaje de población bajo la Línea de Pobreza (LP) (umbral mínimo de acceso a bienes y servicios destinados a satisfacer necesidades básicas) (16), en la localidad de Fontibón equivale al 9,1%, lo que significa un aumento del 0,3% en comparación al 2011. Por otra parte, en relación a la ciudad, la localidad se encuentra casi 6 puntos porcentuales por debajo del promedio.

En cuanto a la Línea de Indigencia (LI), que establece un “umbral mínimo de requerimientos energéticos y proteicos que los hogares deberían cubrir para no ser indigentes”(17) el indicador en la localidad paso de 2,7% en 2011 a 3,4% de la población en 2014, lo que significa un aumento del 0,7%. Sin embargo, sigue siendo una de las localidades con el índice más bajo.

El indicador de pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), que busca caracterizar la pobreza en relación a 5 componentes base, que reúnen algunas de las condiciones de vida básicas para las personas: vivienda inadecuada, vivienda con hacinamiento crítico, vivienda con servicios inadecuados, vivienda con alta dependencia económica y vivienda con niños en edad escolar que no asisten a la escuela. Así, si un hogar presenta una de las condiciones ya mencionadas es catalogado como pobre por NBI y si llega a presentar dos o más se encuentra en condición de miseria por NBI.

En la localidad de Fontibón el porcentaje de pobres por NBI aumento en 0,7% en comparación al 2011 (2,2% en 2011 y 2,9 en 2014) lo cual se relaciona con el aumento en la condición de hacinamiento crítico que paso de 0,7% en 2011 a 1,7% en 2014. Así mismo, la localidad experimentó un aumento en el porcentaje de viviendas inadecuadas (nulo en 2011 y 0,1% en 2014) y la condición de alta dependencia (0,9% en 2011 y 1% en 2014) lo cual repercutió en un aumento en el porcentaje de hogares en miseria por NBI pasando de nulidad en 2011 a 0,1% en 2014. Cabe resaltar que la inasistencia escolar bajó, ubicándose en 2014 en 0,6%. (Tabla 6)

Por otra parte, el Índice de Condiciones de Vida (ICV), que combina variables de capital humano con variables de acceso a bienes físicos, con el fin de identificar mejoras en las condiciones de vida de las personas o grupos poblacionales, valiéndose de cuatro factores principales: acumulación de capital humano (niveles de escolaridad), capital social básico (composición del hogar), acumulación colectiva de bienes (acceso y calidad de servicios públicos) y acumulación individual de bienes materiales (calidad de la vivienda), (15) disminuyó en 0,6 puntos, en comparación con el 2011: el ICV presentó un ponderado de 93,2. Esta disminución pone fin a la tendencia de crecimiento

que la localidad venía experimentando desde 2003 donde, de acuerdo a la Encuesta de Calidad de Vida, obtuvo un puntaje total de 90,3 (18). (Tabla 6)

De acuerdo con el Coeficiente GINI de desigualdad (en donde 0 corresponde a igualdad total y 1 a desigualdad absoluta), a nivel nacional, Bogotá es la segunda ciudad más desigual del país después de Medellín, lo cual deviene de la distribución de la riqueza en la ciudad y por lo tanto en cada localidad. Para la localidad de Fontibón, de acuerdo con el documento de Planeación Distrital *Índices de Ciudad* (19), el coeficiente se encuentra en 0,510 convirtiéndola en una de las seis localidades más desiguales de la ciudad. Cabe mencionar que el ponderado total de calidad de vida (ICV) de la localidad es alto, en comparación al promedio de la ciudad y sin embargo, el nivel de desigualdad se mantiene como uno de los más altos de la capital.

Por último, según el Informe de Desarrollo Humano 2008 (20), Fontibón tiene un Índice de Desarrollo Humano Urbano (IDHU) de 0,82, superior al promedio de las localidades de Bogotá (0,80). Cabe resaltar que este indicador busca medir el bienestar y calidad de vida de una población con base en la esperanza de vida al nacer, la tasa de alfabetización en adultos, la tasa de matriculación primaria secundaria y terciaria y el PIB per Cápita.

Tabla 6: Índice de Condiciones de Vida, NBI y Coeficiente de GINI.

Localidad	Total de Personas		Total ICV 2011		Coeficiente de GINI 2011	Pobres por NBI		Miseria por NBI	
	2011	2014	2011	2014		2011 %	2014 %	2011 %	2014 %
Total Bogotá	7451231	7794463	91,5	92	0,540	5,2	4,2	0,3	0,2
Kennedy	1019949	1060016	91	91,8	0,409	5,1	4,4	,	,
Fontibón	345909	370912	91	93,2	0,510	2,2	2,9	,	0,1
Engativa	843722	873286	93	93,8	0,407	2,8	1,7	,	,
Suba	1068932	1146366	93	93,2	0,524	2,7	2,8	,	,
Barrios Unidos	233781	241032	94,2	95	0,497	3,4	2,5	0,1	,
Teusaquillo	146583	151911	97	97,1	0,415	0,7	0,5	,	,

Fuente: Encuesta Multipropósito de Bogotá 2014: Principales resultados en Bogotá y la Región (15); *Índices de Ciudad*. (19) Secretaria de Planeación Distrital

4.3.1. Cobertura en educación

Según el último documento de diagnóstico publicado por la Secretaria de Educación del Distrito (21), para el año 2013, la Población en Edad Escolar (PEE) que corresponde a niños, niñas y adolescentes entre 5 y 16 años, ascendía a 64.811 personas. Sin embargo, se encontró que la población que hace demanda efectiva del servicio educativo oficial corresponde tan solo al 40.8% de la PEE de la localidad, es decir 26.448 personas.

Del total de la población demandante del servicio educativo, se encontró que 24.905 (99%) estudiantes se matricularon en colegios distritales y 248 (0,9%) en colegios en convenio. Cabe mencionar que en la localidad se encuentran

diez Instituciones Educativas Distritales (IED) con 20 sedes y un solo colegio con convenio con sede única.

En cuanto a los cupos, el 80,3% (21.332) correspondieron a estudiantes antiguos, mientras que el 19,7% (5.216) restante a estudiantes nuevos. Por otra parte, la distribución de los cupos oficiales ofertados por nivel de escolaridad, tuvo como resultados: 6% pre-escolar, 38% primaria, 39,8% secundaria y 16,1% en educación media.

Ahora bien, la tasa de cobertura bruta en educación se define como la relación entre la matrícula y la PEE. Así, en el 2013, este indicador desagregado por nivel educativo se encontró en: 80.2% para pre-escolar, 84,4% para primaria, 86.3% para secundaria, 66.2% para media y 81.5% para el total de niveles. Cabe mencionar que en relación al año 2012, se observó un crecimiento en la tasa de cobertura a nivel de pre-escolar (80,2% en 2013 y 78,8% en 2012) y primaria (84,4% en 2013 y 84,0% en 2012). Sin embargo, en secundaria y educación media los niveles de cobertura disminuyeron (66,2% en 2013 y 69,3% en 2012 - 66,2% en 2013 y 69,3% en 2012 respectivamente)(21).

Por otra parte, la tasa de alfabetismo de la localidad de Fontibón para el 2014 se encuentra en 99,1% (15) , con una tasa de 53,5% en las mujeres y 46,5% en los hombres, manteniéndose sin mayores cambios en comparación al 2011.

4.3.2 Servicios de salud:

Las coberturas en salud se miden en términos de acceso, calculando el número de afiliados para cada régimen de salud. En este sentido, de acuerdo a la EMB 2014 la afiliación de personas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en relación al año 2011 en el Distrito aumentó de 92% a 93,9%. En la localidad, aunque se presentó un aumento en 23.224 personas, en términos porcentuales, se presentó una leve disminución de 0.1% pasando de 95,2% (329.422) en 2011 a 95,1% (352.646) (15).

Por otra parte, según el documento: *Localidades Como Vamos 2013* (22), la cantidad de afiliados al régimen subsidiado en la localidad es de 25.566 correspondiente al 2% del total de la ciudad, en su mayoría distribuidos en el nivel 1 (45%) y 2 (30%). En el mismo documento se señala que la cantidad de afiliados al régimen subsidiado ha venido disminuyendo, pues en 2011 tenía 26.238 afiliados.

4.3.3 Vivienda y servicios públicos:

De acuerdo al documento: Localidades Como Vamos 2013, en la localidad de Fontibón hay 121.134 predios, de los cuales 105.284 son residenciales y 15.850 no residenciales (22). Por otra parte, según la EMB 2014, se señala que el promedio de hogares por vivienda en 2014 para la localidad de Fontibón correspondió a 1.01, mientras que el promedio de personas por hogar fue de 3.11(15).

En comparación al 2011 el porcentaje de hogares con un solo miembro aumentó en un 2.9% (9,9% en 2011 y 12,8 en 2014) (15). Así mismo, la proporción de hogares viviendo en arriendo se incrementó 8,4 puntos, pasando de 36,1 en 2011 a 44,5 en 2014.

Para 2011, en Fontibón, el déficit de vivienda alcanzó el 7,4% de los hogares, por debajo un 4,4% del valor distrital que se encontraba en 11,8%, presentándose un déficit cuantitativo (hogares que necesitan vivienda nueva) del 3,6% de los hogares y un déficit cualitativo (hogares que requieren mejoramiento de unidad habitacional) del 3,9%. (22) Según la EMB 2014, el déficit cuantitativo de vivienda en la localidad disminuyó 0,9% quedando en 2,7 en 2014⁴ (15).

Teniendo en cuenta que el déficit cuantitativo de vivienda disminuyó entre 2011 y 2014, es muy posible que el déficit global también haya disminuido. Esto sugiere que son menos los hogares cuyo hogar constituye un riesgo para su salud, ya sea por problemas estructurales que la convierten en insalubre o porque no se tiene un sitio para vivir.

En cuanto a la cobertura de servicios públicos de la localidad, con base en la EMB 2014, se puede afirmar que los servicios de acueducto, alcantarillado y recolección de basuras tienen una cobertura del 99,9%. Cabe mencionar que en 2011 se encontró que la cobertura de los tres servicios mencionados se encontraba en 100%. Es posible que el crecimiento poblacional de la localidad pueda haber ocasionado esta disminución. Por otra parte, en cuanto a energía eléctrica y gas natural para 2014 la cobertura fue de 99,9% y 89,7% respectivamente.

⁴ El primer boletín de resultados solo reporta el déficit cuantitativo de vivienda por localidad.

4.3.4. Mercado laboral

Futuras publicaciones de los resultados de la EMB 2014, permitirán conocer progresivamente a mayor profundidad la dinámica del mercado laboral en la localidad de Fontibón. Sin embargo, hasta el momento, con el primer Boletín de Resultados, es posible realizar algunas afirmaciones sobre la tasa de ocupación de la localidad.

En la localidad hay un aproximado de 182 mil ocupados, de los cuales el 24,2% trabaja en el sector de servicios, un 14,1% en el sector de actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler y por último un 26% en el sector de comercio. La tasa de empleos de calidad de la localidad fue la segunda mejor de la ciudad con 67,4%.

La tasa de ocupación de la localidad se ubicó en 59,4%, resultado inferior en 0,2 puntos porcentuales en relación al 2011. Desagregando los resultados por género, se encontró que la tasa de ocupación femenina disminuyó en 0,5 puntos porcentuales pasando de 51,7% en 2011 a 51,2% en 2014. En cuanto a la tasa de ocupación masculina, se observó un aumento de 0,3 puntos porcentuales con respecto a 2011 (68,5%) llegando a 68,8% en 2014. Así, tan solo la cantidad de empleados hombres aumentó en la localidad, aunque según el Observatorio de Desarrollo Económico de la Alcaldía Mayor de Bogotá la dinámica de plazas laborales fue positiva tanto para la localidad como para el distrito (23).

Así, en general, del total de empleados, el 60,8% trabaja como empleado de empresa particular mientras que el 6,6% lo constituyen trabajadores ocupados en el gobierno y el 28,2% se desempeña como profesional independiente.

4.4. Priorización de UPZ críticas

A partir de los diferentes ejes de caracterización de la localidad expuestos en este primer capítulo, se desarrolló una priorización de las UPZ que presentan más problemas. De esta manera, se seleccionaron indicadores relacionados con el contexto socioeconómico⁵, problemáticas ambientales y mortalidades (pertenecientes a los indicadores trazadores de salud)⁶.

Debido a que no todas las UPZ tienen las mismas problemáticas, se realizó un primer sondeo de información con el fin de seleccionar la UPZ que presentara mayor cantidad de casos y reportes en cada una de las áreas mencionadas. A partir de allí se encontraron problemáticas comunes, para posteriormente realizar la priorización mediante el método CENDES.

Como resultado de la priorización y análisis desarrollado por el equipo ASIS, las UPZ 75 Fontibón Centro, 76 San Pablo y 77 Zona Franca (en orden de prioridad) fueron categorizadas como críticas debido a las tasas de mortalidad, la cantidad de quejas por problemas ambientales (ruido, REM, aire y olores) y, los casos reportados de intento de suicidio al subsistema SISVECOS y de casos de violencia intrafamiliar al subsistema SIVIM en cada UPZ.

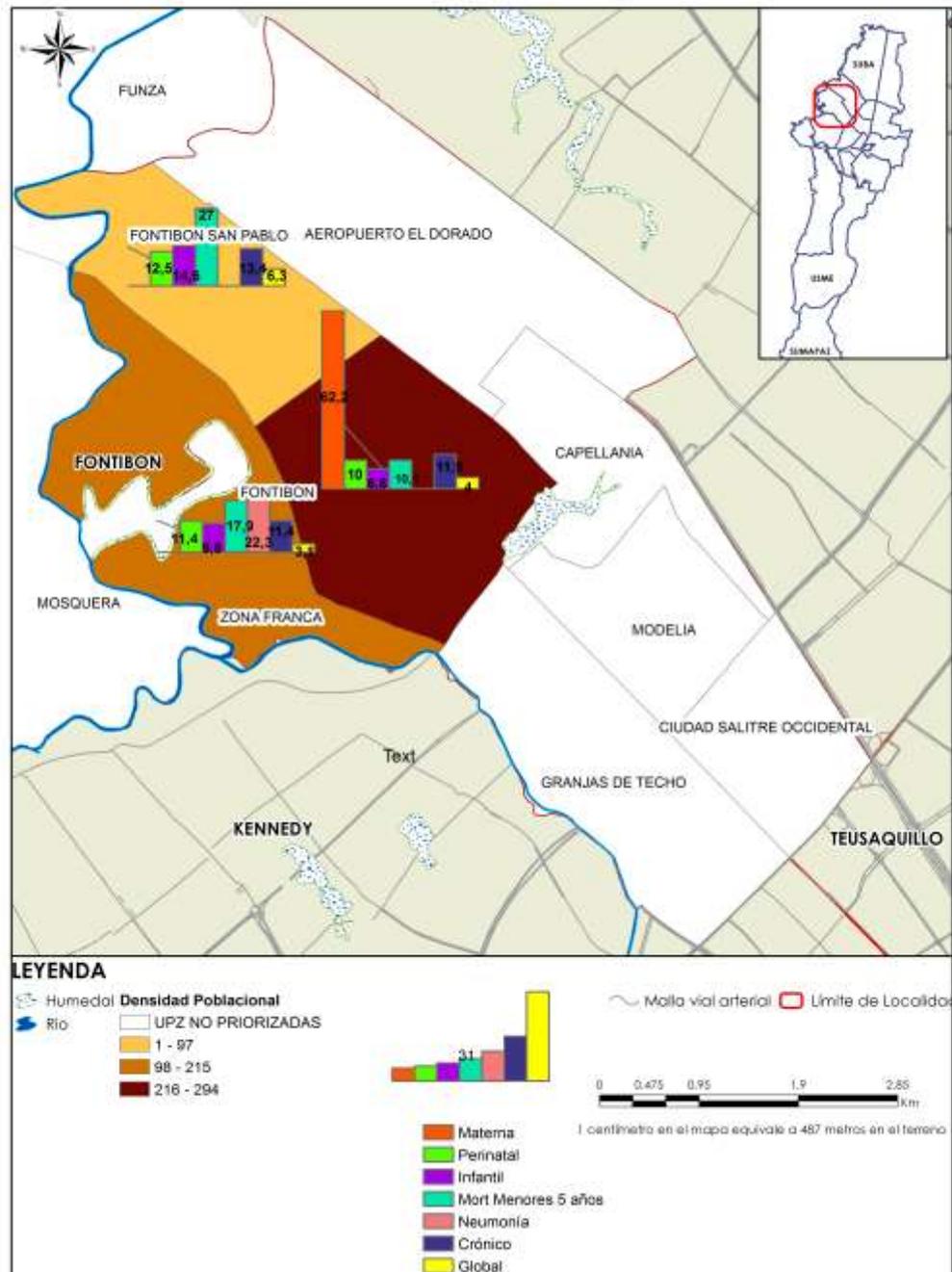
El mapa 4 muestra la ubicación y delimitación de las UPZ críticas dentro de la localidad, así como algunos elementos geográficos estructurales que explican ciertas problemáticas. Así por ejemplo la ronda del río Bogotá denota una zona con riesgo de inundación, fuente de vectores y olores ofensivos, por su parte las avenidas con alto flujo vehicular como la calle 13 remiten a los problemas de contaminación del aire y altos niveles de ruido.

Adicionalmente en cada una de las UPZ se resalta su densidad poblacional, y se evidencia en un histograma circular, el peso relativo de ciertas problemáticas como quejas ambientales, tasas de mortalidad evitable, y otros indicadores trazadores como la desnutrición crónica en menores de cinco años.

⁵ El estrato socioeconómico se convirtió en el único indicador socioeconómico por UPZ debido a que no se dispone de los valores de NBI, ICV y IDHU, en dicha escala territorial.

⁶ La mortalidad general fue sustituida por los indicadores trazadores de salud en mortalidad debido a que la tasa general no se puede sacar pues hace falta el número de casos por UPZ.

Mapa 4: Priorización de UPZ críticas



Fuente: IDECA 2014, Informe de análisis de indicadores trazadores de salud 2014 Equipo ASIS Hospital Fontibón E.S.E., Informe de gestión Vigilancia epidemiológica, ambiental y sanitaria Hospital Fontibón E.S.E. 2014.

La UPZ 75 Fontibón Centro:

“es de clasificación con centralidad urbana, se ubica en la zona centro oriental de la localidad, tiene una extensión de 496 ha. equivalentes al 14,9% del total del suelo urbano local y cuenta con 3 ha. de áreas protegidas. Esta UPZ limita por el norte con la avenida Luis Carlos Galán (diagonal 39), por el oriente con la avenida Longitudinal de Occidente (ALO), por el sur con la avenida Centenario (calle 13) y por el occidente con la avenida Versalles (carrera 116)”(24).

Esta UPZ concentra la mayor cantidad de población de la localidad, (39%), en su área predomina el estrato 3 (552 manzanas residenciales), sin embargo existen manzanas residenciales en estrato 2 (30 manzanas) y en estrato 4 (1 manzana). En su territorio se encuentra ubicada la zona histórica de Fontibón, y la mayor parte de la oferta institucional que ofrece la localidad (Alcaldía Local, Casa de la cultura, CAMI I y CAMI II del Hospital Fontibón, Subdirección Local de Integración Social SLIS, la mayoría de Instituciones educativas públicas entre otros).

En cuanto a las mortalidades evitables la de mayor preocupación fue la mortalidad materna, en 2014 ocurrió un caso lo cual representó una razón de 62,2 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos(25).

Los indicadores relacionados con otras mortalidades evitables se encontraron dentro de niveles inferiores a las metas de reducción trazados en el Plan de Desarrollo Bogotá Humana. 16 perinatales (Tasa 10,0 por mil nacidos vivos), 11 infantiles (Tasa 6,8 por 1.000 nacidos vivos) y 13 de menores de 5 años (Tasa 10,1 por 10.000 menores de cinco años)(25).

Por otra parte, los indicadores de desnutrición global y crónica (que experimentaron altos y bajos durante el año) alcanzaron una tasa total de 4,0 (151 niños menores de 5 años cuyo peso para la edad se encuentra por debajo de -2 desviaciones estándar) y 11,9 (459 niños menores de 5 años cuya talla se encuentra por debajo del percentil 50 o la talla esperada) respectivamente (25). Por último, se registraron 192 notificaciones a SISVECOS(26) y 695 a SIVIM(27).

A lo largo del 2014 se registraron 3 quejas por radiación electromagnética por antenas de telefonía móvil en áreas residenciales; 2 quejas por malos olores correspondientes a un restaurante y una empresa, 2 quejas por ruido proveniente de maquinaria de carpintería (28) y por último, acerca de la constante contaminación del aire debida a la emisión de gases contaminantes provenientes de fuentes móviles (carros, camiones, buses y motos) que según el Plan Ambiental de la localidad se encuentran en todo el territorio (10).

UPZ 76 San Pablo:

“La UPZ Fontibón San Pablo es de clasificación predominantemente industrial y está ubicada en la zona nororiental de Fontibón; tiene una extensión de 360 ha. que corresponden al 10,8% del total del suelo urbano de la localidad y registra 61 ha. de áreas protegidas. Esta UPZ limita por el norte con la avenida Luis Carlos Galán y con el costado sur de la segunda pista del aeropuerto El Dorado; por el oriente con la avenida Versailles (carrera 116); por el sur con la avenida Centenario (calle 13) y por el occidente con el río Bogotá”.(24)

En la UPZ hay un total de 263 manzanas residenciales de las cuales 39 corresponden a estrato 0, 161 a estrato 2 y 63 a estrato 3. Entre sus habitantes se encuentran poblaciones vulnerables, como víctimas del conflicto armado e indígenas provenientes del sur del país. Los menores costos de vida asociados al estrato 2 pueden explicar la concentración de dichas poblaciones en los barrios de esta UPZ

Durante 2014 presentó como elemento crítico la mortalidad en menores de 5 años con una tasa de 27 defunciones por cada 10.000 menores de 5 años, correspondiente a 8 casos. Así mismo hubo 7 registros de mortalidad infantil, lo que representa una tasa de 14,6 defunciones por cada 1000 nacidos vivos. Esta última es la segunda más alta de la localidad(25).

Por otra parte, la prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años también constituye un elemento crítico, pues se presentaron 48 casos de los 761 niños menores de 5 años notificados a SISVAN(25), lo que corresponde a 6.3% (un poco más de 3 puntos porcentuales por encima de la meta distrital). Bajo la misma línea, la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años para el 2014 se mantuvo por encima de la meta distrital con un porcentaje de 13,4% (1,4% por encima).

Fueron registradas 3 quejas de ruido por parqueaderos que funcionan en horas nocturnas y 1 queja por malos olores correspondiente a una empresa que aprovecha el subproducto animal para generar concentrado para animales. Además, se recibieron 80 notificaciones a SISVECOS(26) y 266 a SIVIM(27).

UPZ 77 Zona Franca

“La UPZ Zona Franca es de clasificación predominantemente industrial y está ubicada en la zona suroriental de Fontibón; tiene una extensión de 490 ha. equivalentes al 14,7% del total del suelo de esta localidad y cuenta con 194 ha. de áreas protegidas. Esta UPZ limita por el norte con la avenida Centenario (calle 13); por el oriente con la avenida Centenario (calle 13); por el sur con la futura ALO y el río Fucha y por el occidente con el río Bogotá”(24).

“Esta UPZ presenta particularidades referidas a sus características medio ambientales, las cuales inciden directamente en la calidad de vida de sus habitantes. Dentro de sus límites se ubican el río Bogotá y el Fucha y el humedal Meandro del Say En la ronda del río surgieron una serie de industrias que empezaron a verter sus aguas residuales al ecosistema (...).

El factor predominante de riesgo para la población es el biológico por la cercanía al río contaminado, sin embargo, se suman otras problemáticas como las generadas por la presencia de lotes baldíos utilizados como botadero a cielo abierto de residuos, lo cual favorece la proliferación de vectores y roedores” (29)

Así mismo se han presentados eventos relacionados con encharcamientos e inundaciones. El último de magnitud importante fue reportado en 2011:

“Durante el año 2011 además de los problemas de reflujo de agua y encharcamientos, se presentó un rebosamiento de agua en el sector del recodo-la estancia a causa de la falla de la estación de navarra que llegó a su límite por los altos niveles del Río Bogotá, de allí las aguas residuales empiezan a devolverse por la alcantarillas hasta llegar a una altura de hasta 80cm en algunos puntos afectando viviendas y enseres. Durante los años 2012, 2013 y 2014 no se registraron emergencias de características semejantes en este territorio; pero continúa como una zona de riesgo”(29).

Durante el año 2014 se presentó un incendio de grandes proporciones en un depósito a cielo abierto de llantas. Este afectó principalmente a los barrios Recodo y la Estancia. Los depósitos inadecuados de desechos industriales, las actividades industriales relacionadas con químicos inflamables y la quema no controlada de los pastos en la ronda del río, son fuentes potenciales de nuevas conflagraciones en el área de esta zona.

En términos socioeconómicos la UPZ presenta un panorama heterogéneo. Los barrios ubicados hacia el sur occidente como son Kassandra, y Chircales, son de estrato 2 y presentan severas deficiencias en cuanto a infraestructura vial y de servicios. Allí se encuentran asentadas comunidades víctimas del conflicto armado y tiene su mayor concentración la población de indígenas Misak Misak en la localidad. En una situación diametral opuesta en esta misma UPZ funciona el complejo comercial e industrial a gran escala denominado Zona Franca el cual mantiene constantes flujos de mercancía y capitales, y cuenta con una infraestructura tecnológica para asegurar el aprovechamiento de la normatividad comercial excepcional vigente en sus inmediaciones.

De acuerdo con los datos del informe de seguimiento a indicadores 2014 en la UPZ Zona Franca se presentaron valores críticos para los indicadores trazadores de Mortalidad infantil con 9,8 por mil nacidos vivos, mortalidad en menores de 5 años con 17,9 casos por 10.000 menores de cinco años, entre los cuales se incluyó una mortalidad por neumonía para una tasa de 22.3 por

100.000 menores de cinco años. Finalmente, el indicador de desnutrición global presentó una prevalencia del 3,1%.

5. Capítulo 2. Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud en el Ámbito de las Dimensiones Prioritarias

5.1. Perfil Salud-Enfermedad

5.1.1. Mortalidad

El DANE utiliza la agrupación de tabulación 105 para el análisis de mortalidad; igualmente la localidad utilizó esta herramienta para la tabulación de la mortalidad general (30). Con base a la información disponible se determinaron las 10 primeras causas de mortalidad en la localidad para el año 2012 y se realizó un comparativo del comportamiento de la causa básica con respecto al año inmediatamente anterior (2011). Como se muestra en la tabla 7.

Tabla 7: Diez primeras causas de mortalidad general 105 Fontibón 2011-2012

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL 105								
Orden	CAUSAS 105	2011			2012			
		Total	%	Tasa	Total	%	Tasa	
1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	176	15	50,9	185	15,3	52,3	
2	1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	83	7%	24,0	89	7,4	25,2	
3	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	87	7%	25,2	84	7,0	23,7	
4	1-013 Tumor maligno del estómago	38	3%	11,0	43	3,6	12,2	
5	1-014 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano	21	2%	6,1	35	2,9	9,9	
6	1-050 Enfermedades hipertensivas	45	4%	13,0	33	2,7	9,3	
7	1-059 Neumonía	29	2%	8,4	32	2,6	9,0	
8	1-041 Diabetes mellitus	47	4%	13,6	30	2,5	8,5	
9	1-020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	SD	SD	SD	29	2,4	8,2	
10	1-024 Tumor maligno de la mama de la mujer	SD	SD	SD	28	2,3	7,9	
Resto de causas		661	56%		620	51,3		
Total		1187	100%		1208	100		

Fuente: Dirección de Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud 2015

Para los años 2011 y 2012, se evidencia que la primera causa de mortalidad para ambos años fueron las enfermedades isquémicas del corazón con 15% y 15,3% respectivamente. Las enfermedades crónicas de tipo respiratorio

aumentaron con respecto al año anterior al igual que los tumores. En contraste, las enfermedades hipertensivas, cerebrovasculares y la Diabetes tuvieron un descenso. Con el mismo comportamiento de aumento de la mortalidad por tumores, en el año 2012 los tumores de la tráquea y de la mama se ubican dentro de las 10 primeras causas, causas de muerte que en el año 2011 no se registraron entre las primeras.

La localidad de de Fontibón muestra en su dinámica poblacional la disminución después de los 40 años, lo que es acorde a las patologías encontradas en la tabla anterior.

Tabla 8: Diez primeras causas de mortalidad general 105 en Hombres Fontibón 2011 – 2012

Orden	CAUSAS 105	2011			2012			
		Total	%	Tasa	Total	%	Tasa	
1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	90	15%	54,9581	113	17,8	67,4	
2	1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	33	6%	20,1513	44	6,9	26,3	
3	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	36	6%	21,9833	31	4,9	18,5	
4	1-013 Tumor maligno del estómago	21	4%	12,8236	28	4,4	16,7	
5	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	34	6%	20,762	23	3,6	13,7	
6	1-028 Tumor maligno de la próstata	18	3%	10,9916	19	3,0	11,3	
7	1-059 Neumonía	SD	SD	SD	18	2,8	10,7	
8	1-050 Enfermedades hipertensivas	19	3%	11,6023	17	2,7	10,1	
9	1-014 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano	SD	SD	SD	15	2,4	9,0	
10	1-020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	SD	SD	SD	15	2,4	9,0	
Resto de causas		599	100%		313	49,2		
Total		599	100		636	100,0		

Fuente: Dirección de Salud Pública, Secretaria Distrital de Salud 2015

Al igual que el perfil general de mortalidad, la mortalidad en hombres en el año 2012 presenta disminución de causas por enfermedades hipertensivas, cerebrovasculares y por lesiones de causa externa (agresiones, homicidios y secuelas) pasando estas últimas de 34 muertes en el año 2011 a 23 en el año 2014. Por el contrario, las condiciones crónicas de tipo respiratorio, las enfermedades isquémicas del corazón y los tumores han tendido a aumentar. Teniendo en cuenta este comportamiento de la mortalidad, se podría pensar que está cambiando la edad a la que fallecen los hombres, tornándose cada vez más vieja la población al morir. Adicionalmente, la exposición a

contaminantes ambientales, el sedentarismo y el estrés podrían favorecer este comportamiento.

Tabla 9: Diez primeras causas de mortalidad general 105 en Mujeres Fontibón 2011 – 2012

Orden	CAUSAS 105	2011			2012			
		Total	%	Tasa	Total	%	Tasa	
1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	86	14,6%	47,21	72	12,6	38,6	
2	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	51	8,7%	28,00	53	9,3	28,4	
3	1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	50	8,5%	27,45	45	7,9	24,2	
4	1-024 Tumor maligno de la mama de la mujer	19	3,2%	10,43	28	4,9	15,0	
5	1-014 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano	13	2,2%	7,14	20	3,5	10,7	
6	1-041 Diabetes mellitus	25	4,3%	13,73	17	3,0	9,1	
7	1-050 Enfermedades hipertensivas	26	4,4%	14,27	16	2,8	8,6	
8	1-013 Tumor maligno del estómago	17	2,9%	9,33	15	2,6	8,1	
9	1-020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	SD	SD	SD	14	2,4	7,5	
10	1-059 Neumonía	15	2,6%	8,24	14	2,4	7,5	
Resto de causas		286	48,6%		278	48,6		
Total		588	100%		572	100,0		

Fuente: Dirección de Salud Pública, Secretaria Distrital de Salud 2015

La mortalidad en mujeres en el año 2012 se vio fuertemente influenciada por los cáncer de mama y de colon presentando un aumento ostensible con respecto al año anterior, en contraste las mortalidades a expensas de condiciones crónicas han disminuido, sin embargo las 3 primeras causas de mortalidad siguen siendo por enfermedades crónicas en ambos años.

Las mujeres al tener una expectativa de vida mayor, suelen padecer un porcentaje mayor de enfermedades crónicas; además el sistema de aseguramiento y el tiempo de asistir a los programas de prevención y promoción contra el cáncer debido a sus rol trabajador y en algunas de cabeza de hogar coadyuva al aumento de tumores en este grupo poblacional.

Tabla 10: Diez primeras causas de mortalidad general 105 en menores de 1 año Fontibón 2011 – 2012

Orden	CAUSAS 105	2011			2012		
		Total	%	Tasa	Total	%	Tasa
1	1-082 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	11	20,8	21,1	9	20,0	17,2
2	1-087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	6	11,3	11,6	9	20,0	17,2
3	1-080 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	1	1,9	1,9	5	11,1	9,6
4	1-084 Infecciones específicas del período perinatal	6	11,3	11,6	4	8,9	7,6
5	1-083 Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido	SD	SD	SD	2	4,4	3,8
6	1-004 Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	1	1,9	1,9	1	2,2	1,9
7	1-079 Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	1	1,9	1,9	1	2,2	1,9
8	1-085 Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	2	3,8	3,9	1	2,2	1,9
9	1-090 Accidentes de transporte de motor	SD	SD	SD	1	2,2	1,9
10	1-088 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	6	11,3	1,4	SD	SD	SD
Resto de causas		25	47,2		12	26,7	
Total		53	100%		45	100,0	

Fuente: Dirección de Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud 2015

En el perfil de mortalidad infantil se observa que han disminuido las causas que están relacionadas con la prematuridad de los niños y niñas, empero, han aumentado significativamente aquellas muertes relacionadas con malformaciones congénitas del sistema circulatorio y por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento, es importante reconocer que de las últimas mencionadas la mayoría de la muertes se asocian como evitables (14 en el año 2012 por estas causas).

Tabla 11: Causas De Mortalidad General 105 De 1 A 4 Años Fontibón 2011 – 2012

Orden	CAUSAS 105	2011			2012		
		Total	%	Tasa	Total	%	Tasa
1	1-058 Enfermedades de los vasos sanguíneos y otras enfermedades del sistema circulatorio	0	0	0	1	25,0	4,8
2	1-074 Insuficiencia renal	0	0	0	1	25,0	4,8
3	1-087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	0	0	0	1	25,0	4,8
4	1-088 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	0	0	0	1	25,0	4,8

Resto de causas				0	0,0	0,0
Total				4	100,0	19,3

Fuente: Dirección de Salud Pública, Secretaria Distrital de Salud 2015

Al revisar las causas de mortalidad en niños y niñas de 1 a 4 años de edad se evidencia que por número de frecuencia no se pueden estipular las diez primeras causas, en su defecto, se han enunciado las 4 causas sin que se evidencie un peso relativo mayor de alguna con respecto a las otras. Se resalta que 3 de los 4 casos corresponden a patologías congénitas del menor.

Tabla 12: Causas de mortalidad general 105 de 5 a 14 años Fontibón 2011 - 2012

Orden	CAUSAS 105	2011			2012		
		Total	%	Tasa	Total	%	Tasa
1	1-035 Leucemia	1	7,7%	1,88	2	18,2	3,8
2	1-090 Accidentes de transporte de motor	SD	SD	SD	2	18,2	3,8
3	1-022 Tumor maligno de los huesos y de los cartílagos articulares	SD	SD	SD	1	9,1	1,9
4	1-031 Tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central	SD	SD	SD	1	9,1	1,9
5	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	1	7,7%	1,88	1	9,1	1,9
6	1-059 Neumonía	1	7,7%	1,88	1	9,1	1,9
7	1-071 Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	SD	SD	SD	1	9,1	1,9
	Resto de causas	10	76,9%		2	18,2	
	Total	13	1		11	100,0	

Fuente: Dirección de Salud Pública, Secretaria Distrital de Salud 2015

En la etapa de infancia se presentaron, para el año 2012, once fallecimientos con residencia Fontibón, por lo tanto se determinaron 7 causas de mortalidad en esta etapa de ciclo. Se observa que aumentaron las mortalidades por leucemia con respecto al año 2011 (2 Vs 1), las mortalidades por enfermedades cerebrovasculares y Neumonía se mantuvieron constantes en los dos períodos analizados. El resto de causas son nuevas para el perfil de mortalidad en el año 2012 en este rango de edad.

Tabla 13: Diez primeras causas de mortalidad general 105 de 15 a 44 años Fontibón 2011 – 2012

Orden	CAUSAS 105	2011			2012		
		Total	%	Tasa	Total	%	Tasa
1	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	29	21%	16,7	15	11,6	8,5
2	1-090 Accidentes de transporte de motor	12	9%	6,9	11	8,5	6,2
3	1-009 Enfermedad por VIH (SIDA)	9	6%	5,2	7	5,4	4,0
4	1-100 Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y secuelas	6	4%	3,5	7	5,4	4,0
5	1-013 Tumor maligno del estómago	2	1%	1,2	6	4,7	3,4
6	1-025 Tumor maligno del cuello del útero	SD	SD	SD	5	3,9	2,8
7	1-045 Meningitis y otras enfermedades inflamatoria del sistema nervioso central	SD	SD	SD	3	2,3	1,7
8	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	4	3%	2,3	3	2,3	1,7
9	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	5	4%	2,9	3	2,3	1,7
10	1-072 Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	SD	SD	SD	3	2,3	1,7
Resto de causas		62	44%	35,8	66	51,2	37,4
Total		140	100%	80,7	129	100,0	73,1

Fuente: Dirección de Salud Pública, Secretaria Distrital de Salud 2015

En el rango de edad de 15 a 44 años, donde se contemplan adolescentes, jóvenes y adultos, las primeras 2 causas de mortalidad fueron las lesiones de causa externa: la primera causa homicidios y la segunda accidentes de tránsito, empero, es importante anotar que ambas causas presentan un comportamiento descendente.

Las condiciones crónicas no transmisibles (enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares) en este rango de edad presentan igualmente una disminución en el número de casos. Por el contrario, los eventos que han aumentado son los suicidios y el tumor maligno de estómago, siendo más representativo este último pasando de 2 casos en el 2011 a 6 casos en el 2012.

Respecto al tumor maligno de estómago es importante notar que el número global de casos entre 2011 y 2012 ha aumentado (ver tabla 7) de hecho el aumento pronunciado entre las edades 15 a 44 es un indicio claro de que esta patología se presenta a edades cada vez más tempranas (Ver tablas 13 y 14). En cuanto a su distribución por sexo, se observa casi el doble de casos en hombres que en mujeres.

Tabla 14: Diez primeras causas de mortalidad general 105 de 45 a 59 años Fontibón 2011 – 2012

Orden	CAUSAS 105	2011			2012			
		Total	%	Tasa	Total	%	Tasa	
1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	24	18,6	40,0	30	19,7	48,0	
2	1-013 Tumor maligno del estómago	12	9,3	20,0	11	7,2	17,6	
3	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	8	6,2	13,3	10	6,6	16,0	
4	1-024 Tumor maligno de la mama de la mujer	7	5,4	11,7	9	5,9	14,4	
5	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	6	4,7	10,0	9	5,9	14,4	
6	1-015 Tumor maligno del hígado	SD	SD	SD	5	3,3	8,0	
7	1-068 Enteritis, colitis no infecciosa y otras enfermedades de los intestinos	SD	SD	SD	4	2,6	6,4	
8	1-009 Enfermedad por VIH (SIDA)	5	3,9	8,3	3	2,0	4,8	
9	1-016 Tumor maligno de la vesícula biliar y de las vías biliares	SD	SD	SD	3	2,0	4,8	
10	1-066 Enfermedades del hígado	3	2,3	5,0	3	2,0	4,8	
Resto de causas		64	49,6	10,7	65,0	42,8	104,0	
Total		129	100,0		152,0	100,0		

Fuente: Dirección de Salud Pública, Secretaria Distrital de Salud 2015

En las personas mayores de 45 años y hasta los 59, la primera causa de mortalidad es la enfermedad isquémica del corazón, empero, los tumores representan el 18% del total de las mortalidades.

En general, al realizar el análisis cronológico de las 7 causas que coinciden en ambos años 5 de ellas han empeorado, una se mantiene idéntica y tan solo el VIH SIDA ha presentado una disminución significativa pasando de una tasa de 8,3 casos a 4,8 por cada 100.000 habitantes entre 45 y 59 años .

Como se observó en el apartado anterior, la mortalidad atribuida al tumor maligno de estómago disminuyó en un caso en el rango de edad de 45 a 59 años, a expensas de un aumento de 4 casos en el rango de edad inmediatamente anterior (15 a 44 años), lo cual impide concluir que se presentó una disminución de los casos de defunciones por esta patología, sino más bien que están ocurriendo a edades más tempranas.

Tabla 15: Diez primeras causas de mortalidad general 105 de 60 años y más Fontibón 2011 – 2012

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL 105 DE 60 AÑOS Y MAS				2011			2012		
LOCALIDAD	Orden	CAUSAS 105	Total	%	Tasa	Total	%	Tasa	
FONTIBÓN	1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	148	17,7	44,0	152	17,6	42,5	
	2	1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	81	9,7	24,1	87	10,0	24,3	
	3	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	73	8,8	21,7	70	8,1	19,6	
	4	1-050 Enfermedades hipertensivas	43	5,2	12,8	30	3,5	8,4	
	5	1-014 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano	14	1,7	4,2	28	3,2	7,8	
	6	1-020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	17	2,0	5,1	28	3,2	7,8	
	7	1-059 Neumonía	23	2,8	6,8	28	3,2	7,8	
	8	1-041 Diabetes mellitus	39	4,7	11,6	27	3,1	7,6	
	9	1-013 Tumor maligno del estómago	24	2,9	7,1	26	3,0	7,3	
	10	1-028 Tumor maligno de la próstata	17	2,0	5,1	18	2,1	5,0	
			Resto de causas	355	42,6	105,5	372	43,0	104,0
		Total	834	100,0		866	100,0		

Fuente: Dirección de Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud 2015

Se visibiliza que en las personas mayores las 10 primeras causas fueron las condiciones crónicas, algunas no transmisibles. Las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebro-vasculares, enfermedades hipertensivas y la Diabetes Mellitus han disminuido en el tiempo, empero, los tumores y la neumonía han aumentado considerablemente el número de casos de un año al otro.

5.1.2 Mortalidad Materno Infantil y en la Niñez

Para el análisis de la mortalidad materno infantil y de la niñez se tuvieron en cuenta los indicadores de mortalidad general: materna, perinatal, infantil (menores de 1 año) y en menores de 5 años (niñez), así como las específicas en menores de cinco años por IRA (Infección Respiratoria Aguda), EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) o Desnutrición. Se realizó el cálculo de diferencias relativas que compararon los indicadores de la localidad con respecto a los de Bogotá D.C. y su comportamiento cronológico en el período 2010 – 2014.

Tabla 16: Razón de Tasas de la Mortalidad Materno Infantil y Niñez, Bogotá y Fontibón 2010 - 2014

MORTALIDAD MATERNO INFANTIL Y NIÑEZ								
Causa de muerte	Bogotá	Fontibón	PERIODO					
			2010	2011	2012	2013	2014	
Razón de mortalidad materna	29,03	22,93		↗	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad perinatal	13,8	10,3		↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad infantil	9,58	7,6		↘	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	19,21	15,6		↘	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	5,14	0		-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0,49	0		-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	2,32	0		-	-	-	-	-

Fuente: Dirección de Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud 2015

Realizando el análisis de las mortalidades presentadas, es importante empezar mencionando que en la localidad novena durante el período 2010 – 2014 no se han presentado mortalidades en menores de 5 años por EDA o Desnutrición. Ninguno de los 4 indicadores generales de mortalidad presenta una diferencia estadísticamente significativa con respecto a los indicadores Distritales de acuerdo con el método de cálculo de Greenland establecido por el MSPS.

La mortalidad materna se define como la defunción de cualquier mujer en embarazo ó 42 días después del parto; durante los 3 primeros años analizados (2010 – 2012) el indicador en la localidad presentó un comportamiento fluctuante, es decir, aumentó y disminuyó con respecto al año inmediatamente anterior; los últimos dos años el indicador se encuentra en descenso debido posiblemente a los cuidados prenatales de la madre, en Colombia la normatividad solo permite a la madre dedicar 120 días de atención exclusiva a sus cuidados y los del recién nacido a las madres trabajadoras formales, siendo menor el tiempo en madres con trabajos informales que deben aportar o brindar un sustento a sus hogares.

La mortalidad perinatal (defunciones fetales a partir de las 22 semanas de gestación + neonatales tempranas o todo producto de la gestación con peso de 500 g. o más) a través del período analizado se ha presentado un descenso significativo de casos, iniciando con 135 casos en el 2011 y una Tasa de Mortalidad Perinatal (TMP) de 30,8 por cada 1.000 nacidos vivos residentes en la localidad y terminando el período con 48 casos y una tasa aproximada de 11 (31).

Este indicador demuestra los riesgos de muerte ligados a la reproducción y es muy importante porque permite tener reflejo de la atención prenatal, durante el parto y postparto, actuando como demarcador tanto de la calidad del servicio de salud materno infantil como de la condición nutricional de la madre y del entorno en que ésta vive.

Así las cosas, la mayoría de las muertes ocurridas en esta etapa se correlacionan con la planeación del embarazo, el cuidado del mismo, el estado de salud, nutricional y edad de la madre, así como la detección y tratamiento oportuno de enfermedades que frecuentemente ponen en riesgo la salud y la vida del niño o niña. Las muertes en el período prenatal en la mayoría de causas evitables son secundarias al no tratamiento o adherencia del mismo frente a situaciones de salud identificadas durante la gestación. Las muertes ocurridas durante los primeros 7 días de vida en su mayoría cuando éstas son evitables obedecen a la prematurez del o la bebé y con ésta a la insuficiencia fisiológica de los niños y niñas para enfrentar la vida extrauterina.

De los 48 casos de mortalidad perinatal que se notificaron para la localidad novena, se encontró que el 83,3% (40) de las gestantes estaban afiliadas al régimen contributivo, el 8,3% (4) estaban afiliadas al régimen subsidiado, el 6,2% (3) no se encontraban afiliadas al sistema de salud y finalmente el 2,1% (1) al régimen especial de las fuerzas militares.

En el plano de los determinantes sociales de tipo intermedio se evidencia que la escolaridad es fundamental en el empoderamiento de las gestantes y fundamentalmente en el cuidado y la autopercepción de la salud, que en algunos casos impide que consulten oportunamente a una IPS. Durante el 2014 el 48% (23) de las gestantes que presentaron mortalidades perinatales tenían una escolaridad igual o inferior a la educación media, el 10,4% (5) tenían formación técnica o tecnológica, mientras el 35,4% (17) habían alcanzado nivel académico profesional o especializado y para el restante 6.2% (3) no esta disponible la información.

Ahora bien, resulta de interés explorar el comportamiento de la mortalidad perinatal frente a variables como la edad de las madres, como se muestra en la Tabla 17.

Tabla 17: Distribución mortalidades perinatales y TMP por etapa de ciclo vital de la madre, Fontibón 2014.

Etapa de Ciclo Vital	Frecuencia MP	Nacidos Vivos	TMP
Adolescencia (10 -14)	1	9	111.1
Adolescencia (15 -19)	3	517	5.8
Juventud (20 - 24)	9	992	9.10
Adulthood (25 - 29)	12	1043	11.5
Adulthood (30 - 34)	14	1056	13.25
Adulthood (35 - 39)	9	603	14.9
Adulthood (>40)	0	133	0

Fuente: Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND datos preliminares actualizada 16 -10 2014 y Base Evitables enero – diciembre 2014 preliminares actualizada julio de 2015

Realizando un análisis comparativo sobresale la edad entre los 10 y los 14 años, seguida de la adultez entre los 35 y 39 años de edad; comportamiento que ha sido ampliamente estudiado y por el cual se deben clasificar las gestaciones de estas madres como de alto riesgo. Es decir, la TMP que se presenta por edades quinquenales en la localidad de Fontibón afirma que esos dos rangos de edad son los de mayor riesgo para este tipo de muertes.

En cuanto a la mortalidad infantil o de niños y niñas menores de 1 año edad es necesario precisar que en este dato se incluyen las mortalidades perinatales desde el nacimiento y hasta los 7 primeros días. El comportamiento de la mortalidad infantil en el período analizado ha sido favorable ya que se evidencia un descenso, pasando de una tasa de 10,7 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el año 2011 (47 muertes) a una tasa de 7,6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el año 2014 (33 muertes), ubicando a Fontibón en un rango ajustado a la meta Distrital de 2016 (una tasa menor o igual a 8 por cada 1.000 nacidos vivos del territorio). En la tabla 18 se muestra la frecuencia de la mortalidad infantil según el tiempo de vida menor.

La tasa de mortalidad infantil (TMI), es una medida de la supervivencia infantil, considerada como uno de los indicadores más sólidos del bienestar de un país, ya que refleja las condiciones sociales, económicas y ambientales en las que los niños y niñas (y otros en la sociedad) viven, incluyendo la atención a su salud(32).

Tabla 18: Mortalidades infantiles según edad de defunción, Fontibón 2014.

EDAD	ABSOLUTO	PORCENTAJE
0 – 6 días	16	48.5%
7 – 28 días	7	21.2%
29 – 1 año	10	30.3%

Fuente: SDS RUAF preliminar 2014

Como puede observarse la mitad de las defunciones en niños y niñas menores de un año ocurre en la etapa perinatal temprana que fue analizada en el apartado anterior. Una revisión de las causas de muerte entre el restante 51.5% que ocurrió después del séptimo día tras el nacimiento muestra un gran peso de las malformaciones congénitas y otros trastornos ocurridos en el feto y el recién nacido.

La mortalidad en la niñez o en menores de 5 años se define como las muertes que ocurren en niños o niñas desde el nacimiento hasta los 5 años de edad exactos, es decir, en este indicador se contemplan las mortalidades perinatales después del nacimiento y las infantiles. El comportamiento de estas mortalidades en la localidad ha sido descendente, en el año 2011 se notificaron 55 muertes (tasa de 21,4) y en el 2014 40 (tasa de 15,6).

El descenso en la mortalidad puede ser adjudicado a las acciones promocionales y preventivas entre las que se resalta el control prenatal, el control de crecimiento y desarrollo, la lactancia materna, la vacunación, programas de atención a las enfermedades diarreicas agudas y a las infecciones respiratorias agudas, de los cuales el más visible es la implementación de la estrategia AIEPI.

Alrededor del 82% de las muertes en niños y niñas menores de cinco años ocurren durante el primer año de vida y se atribuyen a malformaciones congénitas, trastornos respiratorios y otras afecciones del periodo perinatal, infecciones respiratorias agudas y sepsis bacteriana. En los niños de 1 a 5 años dentro de las causas de mortalidad más frecuentes están la infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda(32).

De las muertes en menores de cinco años presentadas en la localidad en el año 2014 el 83% (33 casos) han ocurrido en menores de un año y el 18% (7 casos) restante en niños y niñas entre 1 y 5 años de edad. Del total de defunciones un 68% ocurrió en niños y el restante 32% en niñas. Según el régimen de afiliación el 80% corresponde al régimen contributivo, el 3% a

subsidiado, el 8% al régimen de excepción y en el 10% no se obtuvo información (25).⁷

5.1.3 Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP)

El indicador permite evidenciar el tiempo de vida que se pierde al fallecer prematuramente con respecto a la esperanza de vida que se proyecta para la población (77,4 años para la población residente de la localidad Fontibón en el quinquenio 2010 – 2015); se calculó con la diferencia entre la esperanza de vida al nacer y la media de defunción por el número de defunciones. Durante el año 2012, el grupo de edad de 15 a 44 años presentó la mayor AVPP, como se muestra en la tabla 19.

Tabla 19. Años de vida potencialmente perdidos por grupo de edad en la localidad de Fontibón 2012

2012	AVPP	Número de Casos	Promedio de años por grupo de edad	Tasa Cruda de AVPP *1000
5-14 años	719,4	11	12	13,4
15-44 años	5211,6	126	37	28,5
45-59 años	440,8	152	52	57,4

Fuente: Bases de datos DANE y RUAJ - Sistema de Estadísticas Vitales.

La tasa cruda de AVPP indica que durante el año 2012 se pierden 57,4 años en el rango de edad de los 45 a los 59 años por cada 1000 habitantes, siendo esta tasa la más alta de los grupos de edad contemplados.

5.1.4. Morbilidad

Para el análisis de la morbilidad se contó con los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) del hospital Fontibón durante el año 2014; el

⁷ Para un análisis detallado de los caso de mortalidad evitable en la localidad durante el 2014 se recomienda revisar el documento *Informe de seguimiento a indicadores trazadores de salud Fontibón 2014* Elaborado por el equipo ASIS del Hospital Fontibón E.S.E. y se encuentra disponible en: informe_final_indicadores_fontibon_version_preliminar_2014-3.pdf

análisis se realizó en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias determinando en cada uno de los servicios las 10 primeras causas de atención. Como se evidencia en las tablas 20, 21, y 22.

Tabla 20: Primeras 10 causas de atención médica en los servicios de consulta ambulatoria de medicina general en la localidad de Fontibón 2014

No.	CAUSAS	Número de Consultas	Frecuencia Relativa
1	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	70992	10,94%
2	GINGIVITIS CRÓNICA	32505	5,01%
3	CARIES DE LA DENTINA	31416	4,84%
4	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	17412	2,68%
5	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	13059	2,01%
6	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	11298	1,74%
7	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDENTE, EXTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL	10359	1,60%
8	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	10135	1,56%
9	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	9900	1,53%
10	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	9355	1,44%
Otras causas		432275	66,64%
Total causas		648706	100,00%

Fuente: Elaboración propia con base en RIPS Hospital Fontibón 2014. Año 2015

En el servicio de consulta externa general, es decir, la atendida por médicos generales en el hospital, se observa que dentro de las 10 primeras causas de atención las 3 (el 15,4%), obedecen a condiciones crónicas, relacionadas con los estilos de vida de la población, específicamente cuando estos no son adecuados y prevalecen la mayor parte de la vida de las personas.

Al realizar el comparativo con el distrito, las 10 primeras causas de la localidad presentan una prevalencia por encima de la estimada en la ciudad capital. Existen marcadas diferencias en el número de atenciones relacionadas con el síndrome metabólico en la localidad con respecto al Distrito, ya que las prevalencias de Obesidad, Hipotiroidismo y Diabetes alcanzan diferencias por encima de un punto porcentual.

En el Hospital Fontibón las Enfermedades de tipo crónico y en especial la Hipertensión Esencial, se presentan como la primera causa de atención durante los últimos 3 años, comparativamente con el perfil de morbilidad del 2012 se evidencia un mayor número de atenciones pasando de aportar en el 2012 el 5,4% del peso porcentual al 12% en el 2013, situación que también se

relaciona con el tipo de población atendida al ser esta en su mayoría adulta (40,9%).

5.1.5. Morbilidad general en el servicio de hospitalización y urgencias

Tabla 21: Primeras 10 causas de atención en el servicio de hospitalización del Hospital Fontibón E.S.E. 2014

No.	CAUSAS	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	10338	9,10%
2	INFECCION DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	8545	7,50%
3	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA	4671	4,10%
4	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, NO ESPECIFICADA	4527	4,00%
5	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	4000	3,50%
6	NEUMONÍA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	3416	3,00%
7	NEUMONÍA, NO ESPECIFICADA	2899	2,60%
8	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	2408	2,10%
9	BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	2002	1,80%
10	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	1959	1,70%
Otras causas		68905	60,60%
Total causas		113670	100,00%

Fuente: RIPS Hospital Fontibón 2015

Las 10 primeras causas de atención en el servicio de hospitalización del hospital Fontibón son resultado de condiciones crónicas y de enfermedades infecciosas, es así como, la Hipertensión (HTA), la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), la insuficiencia cardíacas y la Diabetes son las enfermedades crónicas que más hospitalizan; entre las enfermedades infecciosas se enumeran las neumonías, Bronquiolitis y las infecciones de vías urinarias.

Tabla 22: Primeras 10 causas de consulta ambulatoria de Urgencias del Hospital Fontibón E.S.E. 2014

No.	CAUSAS	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	7459	7,40%
2	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	7301	7,30%
3	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	4301	4,30%
4	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	2989	3,00%

5	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA	2938	2,90%
6	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	2088	2,10%
7	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	2013	2,00%
8	DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO	1922	1,90%
9	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	1894	1,90%
10	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	1753	1,70%
Otras causas		65946	65,60%
Total causas		100604	100,00%

Fuente: RIPS Hospital Fontibón 2015

La mitad de las causas atendidas en el servicio de urgencias del Hospital Fontibón están dentro de las 10 primeras causas atendidas en el servicio de hospitalización, la mayoría relacionadas con condiciones crónicas como la Hipertensión Arterial (HTA), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la Diabetes Mellitus entre otras. Las demás causas que se atienden en el servicio de urgencias son las relacionadas con dolores inespecíficos y de origen infeccioso no especificado. Lo anterior denota que los estados morbosos que se complican son atendidos y su tratamiento y estabilización comprenden períodos más largos en la institución.

Así, es preciso determinar la ilación de los sucesos en salud que desencadenan la mortalidad de la población residente en la localidad, es así, como se predice que las condiciones crónicas son adquiridas en la mayoría de la población sin distinción entre sexos y que conviven con éstas un tiempo prolongado de sus vidas, y finalmente son las que determinan la causa básica de muerte de la población. Aunque es desalentador el hecho de que se puedan evitar las muertes que actualmente ocurren en la localidad, la información invita a orientar las acciones que en Salud Pública se deben ofrecer de manera recalcitrante.

5.1.6 Eventos de Alto Costo

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) relacionó algunas enfermedades “ruinosas y catastróficas” (33) y los eventos de interés en Salud Pública con el alto costo, específicamente la enfermedad renal crónica en fase cinco, algunos cánceres entre esos las Leucemias Mieloide y Linfoide agudas y la infección por el Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH) entre otros. Las tasas de estos eventos comparativas entre la Localidad y el distrito se evidencian en la tabla 23.

Tabla 23: Eventos De Alto Costo Fontibón - Bogotá 2014

Eventos de alto costo	Valor localidad	Valor UPZ	Valor Distrito
VIH			
Tasa de incidencia de VIH notificada	16,71		23,54
Leucemia			
Tasa de incidencia de Leucemia Mieloide Aguda en menores de 15 años	0	0	0,33
Tasa de incidencia de leucemia Linfoide Aguda en menores de 15 años	0	0	1,81

Fuente: datos básicos y complementarios SIVIGILA SDS 2014

En la localidad novena para el año 2014 no se notificaron casos de Leucemia Mieloide Aguda ni Linfoide Aguda en menores de 15 años, esta tasa en el Distrito Capital es de 0,33 y 1,81 respectivamente. Con respecto a las personas nuevas diagnosticadas con infección por VIH y notificadas al SIVIGILA en la localidad, para el mismo año se presentó una tasa del 16,71, es decir por cada 100000 habitantes de la localidad se presentaron 16,71 personas diagnosticadas con la infección; aunque esta tasa es menor con respecto a la reportada a nivel distrital se deben intensificar las acciones de prevención y detección temprana como medidas prioritaria en Salud Pública.

5.1.7. Eventos precursores

Entre los eventos que predisponen y conllevan al desarrollo de complicaciones en salud se listan la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial como los principales precursores de la enfermedad. Ver tabla 24.

Tabla 24: Eventos precursores Fontibón-Bogotá D.C. 2014

Eventos Precursores						
Evento	Fontibón	Bogotá D.C.	Años			
			2012	2013	2014	2015
Prevalencia de diabetes mellitus	3,75	0,40	↗	↗	↘	↘
Prevalencia de hipertensión arterial	10,94	5,20				↘

Fuente: RIPS Hospital Fontibón – serie de 10 causas de morbilidad Secretaria Distrital de Salud 2014

Los dos eventos analizados presentan prevalencias más altas con respecto a las reportadas en el Distrito, empero, estas diferencias no son estadísticamente significativas de acuerdo con el método de Greenland dispuesto por el Ministerio de Salud en la guía para el análisis ASIS.

El comportamiento cronológico de la Hipertensión Arterial ha venido en descenso en los dos últimos años, sin embargo, sigue siendo de las enfermedades clásicas que causan las condiciones de morbi – mortalidad en la población.

5.1.8 Eventos de Notificación Obligatoria SIVIGILA

Esta sección utiliza como fuente de información la base SIVIGILA Distrital, no se realiza un análisis de todos los eventos por la densidad de la información y se priorizaron los eventos teniendo en cuenta su gravedad, frecuencia, tendencia, valoración social y vulnerabilidad.

Los eventos priorizados fueron Tos ferina, Agresiones por Animal Potencialmente Transmisores de Rabia, Morbilidad Materna Extrema, Sarampión y Rubeola, sífilis gestacional y congénita⁸.

⁸ A pesar que los eventos de Mortalidad evitable fueron priorizados toda su descripción se realiza en otro capítulo y tiene como fuente de información la base RUAF.

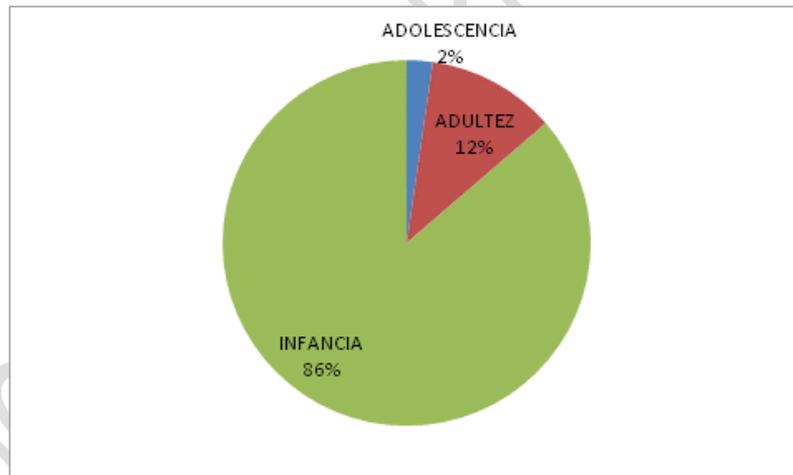
Tosferina

Para el año 2014 se notificaron a nivel distrital 88 casos probables de Tos ferina residentes en la localidad de Fontibón de estos 85 fueron descartados y 3 casos confirmados por laboratorio, no se presentó ninguna mortalidad.

Los tres casos confirmados corresponden a dos niños de 2 meses de edad y un niño de un año de edad, todos residentes en la UPZ 75. Los tres casos están afiliados al régimen en salud contributivo; al revisar la sintomatología registrada todos presentaron tos con intervalos de duración entre los 3 a 15 días, esta fue de tipo paroxístico; igualmente presentaron cianosis, vómito postusivo y solo un caso presentó estridor inspiratorio y complicación que fue atelectasia.

Del total de casos notificados como probables el 86% (n=76) corresponden a la etapa ciclo vital infancia, le sigue adultez con 10 casos y adolescencia con solo dos casos; el resto de ciclos vitales no reportaron casos notificados, tal como se observa en la siguiente figura

Gráfica 5: Distribución por ciclo vital de casos notificados de Tos ferina al SIVIGILA, residentes en la localidad de Fontibón año 2014.



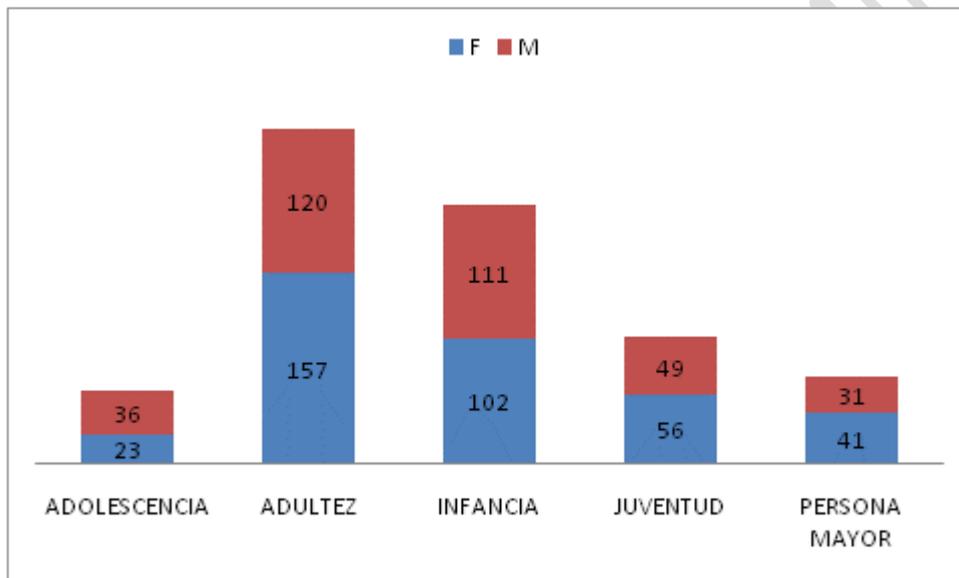
Fuente: Base de datos SIVIGILA Distrital año 2014

En cuanto a la distribución por sexo no hay diferencias significativas con 45 reportes en hombres y 43 en mujeres; teniendo en cuenta la variable tipo de seguridad social el 89,7% (n= 79) son del régimen contributivo, 6,82% (n= 6) subsidiado, 2,27% (n= 2) No afiliados y 1,14% (n= 1) régimen especial. El 57,9% de los casos probables notificados residen en la UPZ 75 y 15,9% en la UPZ 76.

Agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

Para el año 2014 se notificaron 725 agresiones no presentando diferencias significativas entre hombre y mujer; la mayoría corresponden a la etapa ciclo vital adultez quienes son las personas en edad productiva laboralmente y por ende se encuentran más tiempo en las calles de la ciudad siendo más vulnerables a las agresiones por animales como perros y gatos, le sigue la etapa ciclo vital infancia y juventud. (Ver siguiente gráfica)

Gráfica 6: Distribución por ciclo vital y sexo de casos notificados de Agresiones por Animal potencialmente Transmisores de Rabia al SIVIGILA, residentes en la localidad de Fontibón año 2014.



Fuente: Base de datos SIVIGILA Distrital año 2014

El 51,7% fueron no exposiciones donde el animal agresor era observable, el 35,9% (n= 260) fueron exposiciones leves y 12,3% (n= 89) exposiciones graves estos dos últimos tipos con animales agresores perdidos. El 87,6% (n= 634) fueron perros, 11,8% (n= 86) gatos y el porcentaje restante fueron ocasionadas por bovinos con 2 casos y (n= 374) porcino un caso.

Morbilidad Materna Extrema

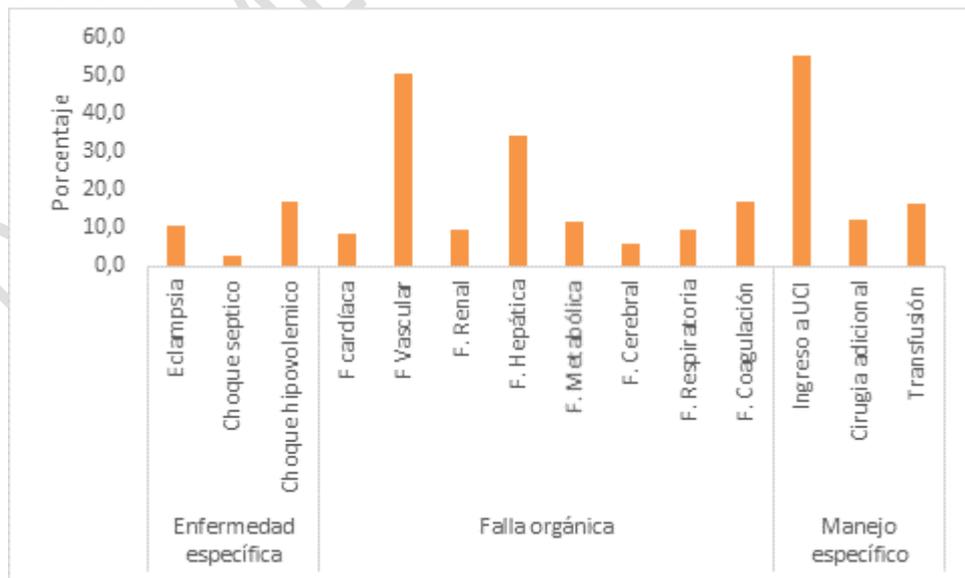
En el año 2014 se reportaron 105 casos, teniendo que el 72,1% (n= 75) son de la etapa ciclo vital adultez, en 22,1% (n= 23) juventud y el 5,7% (n= 6) adolescencia. Respecto al lugar de residencia la mayoría de mujeres con Morbilidad Materna Extrema residen en la UPZ 75, seguido de la UPZ 76 y 114, con menos registros están las otras UPZ.

Para el tipo de seguridad social en salud el 83,8% (n=88) son del régimen contributivo, 11,4% (n=12) subsidiado, 3,8% (n= 4) No afiliadas y 0,95% (n=1) régimen especial.

En cuanto a las características de las gestantes que presentaron este evento el 88,5% (n= 93) tenían entre 1 a 3 gestaciones; el 9,52% (n=10) entre 4 a 6 gestaciones y hubo dos caso uno con 7 gestaciones y otra con 10. El 27,62% (n=29) no tenían CPN.

El 31,4% (n=33) tuvieron un criterio de inclusión para este evento, el 25,7% (n=27) 2 criterios y en porcentajes menores entre 4 a 8 criterios. El criterio de mayor frecuencia estuvo relacionado con el manejo y fue el ingreso a Uci de las pacientes, la falla orgánica vascular y hepática se presentaron en mayor número en las pacientes notificadas y el Choque hipovolémico fue la enfermedad específica con mayor número de casos.

Gráfica 7: Distribución de criterios de inclusión de casos notificados de Morbilidad Materna Extrema al SIVIGILA, residentes en la localidad de Fontibón año 2014.



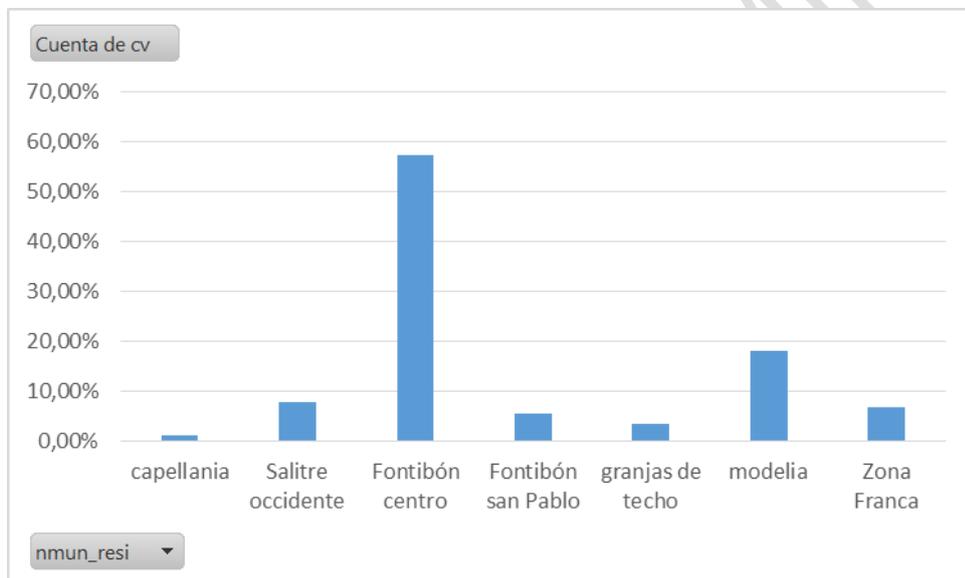
Fuente: Base de datos SIVIGILA Distrital año 2014

Sarampión y Rubeola

Para la vigilancia integrada del Sarampión y Rubeola se notificaron 89 casos sospechosos estando todos descartados, el ciclo vital infancia fue el que más presentó casos con un 92,1% (n= 82) y no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Para la UPZ de residencia al igual que el resto de eventos el 57,3% (n=51) residen en la 75, seguido de 114 con un 17,9% (n=16), como se aprecia en la siguiente figura

Gráfica 8: Distribución de por UPZ de casos notificados de Sarampión y Rubeola al SIVIGILA, residentes en la localidad de Fontibón año 2014.



Fuente: Base de datos SIVIGILA Distrital año 2014

Sífilis gestacional y congénita

En el periodo analizado se notificaron 10 casos de Sífilis gestacional en residentes en la localidad de Fontibón de las cuales el 60% residen en la UPZ 75, 30% Fontibón San Pablo y 10% en Zona Franca. Según afiliación al sistema de seguridad social en salud el 90% son del régimen contributivo y un caso fue en No afiliada.

Todos los casos fueron diagnosticados antes de las 32 semanas de gestación por lo que su tratamiento fue penicilina benzatinica, el 71% recibieron tres

dosis, el 20% dos dosis y un caso recibió una dosis; es de aclarar que esta información se debe corroborar con la historia clínica de las pacientes.

Solo el 40% de los casos sus contactos recibieron tratamiento por lo que es de gran importancia hacer énfasis en la no creación de barreras de aseguramiento que permita tratar no solo a la gestante si no a su pareja.

Para Sífilis congénita en la base SIVIGILA Distrital se tiene un caso producto de la gestación de uno de los casos notificados como Sífilis Gestacional; sin embargo no es clara su notificación ya que la madre recibió tratamiento el cual inicio a las 12 semanas de gestación con tres dosis de penicilina; además su pareja recibió tratamiento

5.1.9. Discapacidad

Durante el año 2014 se registraron un total de 772 personas con discapacidad en la localidad de Fontibón. De esta cifra el 53,2% son mujeres y el 46,8% son hombres.

Teniendo en cuenta la etapa de ciclo vital, el 40,4% pertenece a la etapa adultez, el 34,7% a adulto mayor, el 7,9% juventud, el 5,3% a adolescencia y el 11,7% a infancia.

Tabla 25: Frecuencia por etapa de ciclo vital y sexo de la población con discapacidad; Localidad Fontibón; 2014. N: 772.

Etapa de ciclo vital	Hombre	Mujer	Total	% Etapa ciclo Vital
Infancia	48	42	90	11,7
Adolescencia	23	18	41	5,3
Juventud	37	24	61	7,9
Adulto	156	156	312	40,4
Adulto mayor	97	171	268	34,7
Total	361	411	772	100,0
% sexo	46,8	53,2	100,0	13,0

Fuente: Registro de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud, Hospital Fontibón E.S.E. 2014. Datos preliminares.

En cuanto a la localización se encuentra que el 49,6% reside en el territorio 54 de la localidad (UPZ 75); seguido por el territorio 52 que cuenta con el 19,4%

(UPZ 77); a continuación, el territorio 55 con el 19,2% (UPZ 110, 112, 114, 115 y 117) y finalmente el territorio 53 con 11,8% (UPZ 76).

Tabla 26: Frecuencia por UPZ y sexo de la población con discapacidad; Localidad Fontibón; 2014. N: 772.

UPZ	Hombre	Mujer	Total	% por UPZ
75	170	213	383	49,6
76	42	49	91	11,8
77	69	81	150	19,4
110	11	8	19	2,5
112	47	40	87	11,3
114	8	13	21	2,7
115	14	7	21	2,7
Total	361	411	772	100,0

Fuente: Registro de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud, Hospital Fontibón E.S.E. 2014. Datos preliminares.

Considerando el régimen de afiliación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) se encuentra que el 65,4% de las personas registradas en el periodo están afiliadas al régimen contributivo; el 25,3% pertenecen al régimen subsidiado; el 5,7% al régimen especial; el 2,7% al vinculado; el 0,5% no sabe no sabe a cuál régimen de salud pertenece y el 0,4% no pertenece a ninguno.

Tabla 27: Frecuencia por régimen de afiliación en salud y sexo de la población con discapacidad; Localidad Fontibón; 2014. N: 772.

Régimen de afiliación	Hombre	Mujer	Total	% por régimen
Contributivo	215	290	505	65,4
Subsidiado	100	95	195	25,3
Régimen especial	25	19	44	5,7
Vinculado	18	3	21	2,7
Sin afiliación	1	2	3	0,4
No sabe	2	2	4	0,5

Total	361	411	772	100,0
--------------	-----	-----	-----	-------

Fuente: Registro de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud, Hospital Fontibón E.S.E. 2014. Datos preliminares.

Entre las alteraciones que más afectan a las personas registradas se encuentran del movimiento del cuerpo: manos, brazos y piernas (46,4%) y del sistema nervioso (28,1%). A continuación se amplía esta información.

Tabla 28: Frecuencia por alteración que más afecta y sexo de la población con discapacidad; Localidad Fontibón; 2014. N: 772.

Alteración que más afecta	Hombre	Mujer	Total	%
El sistema nervioso	107	110	217	28,1
Los ojos	24	28	52	6,7
Los oídos	31	28	59	7,6
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto)	5		5	0,6
La voz, el habla	13	8	21	2,7
El sistema cardiorrespiratorio, las defensas	18	29	47	6,1
La digestión, el metabolismo, las hormonas	2	3	5	0,6
El sistema genital, urinario, reproductivo	2	4	6	0,8
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	158	200	358	46,4
La piel, las uñas, el cabello	1	1	2	0,3
Total	361	411	772	100,0

Fuente: Registro de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud, Hospital Fontibón E.S.E. 2014. Datos preliminares.

Así pues, el 54,8% de las personas con discapacidad registradas en el año 2014 requieren de ayuda permanente para sus actividades diarias. Un 6,1% encuentra actitudes negativas en sus relaciones sociales y un 85,6% enfrenta constantemente barreras físicas en su entorno.

A modo de consideración final se puede establecer que del total de personas con discapacidad registradas en el año 2014, el 26,2% (202) recibió atención

en el Hospital Fontibón E.S.E., dato que coincide con la población del régimen de afiliación en salud subsidiado y vinculado (aproximado).

Del total de personas con discapacidad registradas en el año 2014 un 26,2% (202) fueron atendidas en el Hospital Fontibón E.S.E. (RIPS y Dinámica Gerencial), dato concordante con la población del régimen de afiliación en salud subsidiado y vinculado (aproximado). El tipo de atención con mayor frecuencia es el de medicina general (47,5%), seguido por urgencias (24,3%) y odontología (8,9%).

Tabla 29: Frecuencia por tipo de atención de la población con discapacidad en el Hospital Fontibón E.S.E.; Localidad Fontibón; 2014. N: 202

Tipo de atención	Frecuencia	%
Medicina general	96	47,5
Medicina interna	12	5,9
Cardiología	2	1,0
Consulta ortopedia	2	1,0
Consulta otorrinolaringología	2	1,0
Consulta dermatología	1	0,5
Urgencias	49	24,3
Gastroenterología	3	1,5
Cirugía general	1	0,5
Fisiatría	3	1,5
Psiquiatría	5	2,5
Neurología	1	0,5
Promoción y prevención	2	1,0
Odontología general	18	8,9
Rehabilitación oral	2	1,0
Urología	2	1,0
Historias clínicas	1	0,5
Total	202	100,0

Fuente: Registro de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud, Hospital Fontibón E.S.E. 2014. Software Dinámica Gerencial, Hospital Fontibón E.S.E. 2014. Datos preliminares.

Con respecto a la caracterización de usuarios en APS (Atención Primaria en Salud), cabe resaltar que el 31,1% de los usuarios con discapacidad registrados en el año 2014 están caracterizados en APS (corte marzo 2015).

En cuanto a las intervenciones de la Red RBC (Rehabilitación Basada en Comunidad) del Hospital (Terapeutas y Agentes de Cambio), se puede establecer que el 30,4% de las personas con discapacidad registradas en el año 2014 tuvieron intervención de la Red RBC.

5.1.10 Determinantes Sociales de la Salud

Los determinantes de la salud tienen que ver con todo aquello que influye sobre el entorno individual de cada persona o ciudadano, es decir elementos económicos, sociales y estructurales que van más allá del cambio del comportamiento de las personas. Un ejemplo de ello sería la disposición de agua potable que permita a la población con mayor déficit económico disponer del líquido esencial para la vida. Hacer llegar agua potable a toda la población constituye un cambio en el entorno individual y comunitario que influye sobre la salud de las personas.

Así, existen diversos elementos que influyen sobre la salud de las personas que son considerados como determinantes sociales de la salud que parten de las circunstancias en las que viven las personas, es decir, los sistemas socioeconómicos, políticos y culturales que engloban y contextualizan el entorno de cada individuo o comunidad.

A partir de allí surgen dos tipos de determinantes: intermediarios y estructurales que abordaremos en este texto a partir de los elementos mencionados tanto en el capítulo 1 como en el 2.

Determinantes intermediarios y estructurales de la salud

Los determinantes intermediarios de la salud se relacionan de manera directa con la estratificación social de la comunidad y hacen referencia a la exposición y vulnerabilidad diferencial a condiciones perjudiciales para la salud. Es decir, factores que influyen sobre la salud a través de conductas, factores biológicos y psicosociales y circunstancias materiales (34).

Por otra parte, los determinantes estructurales se refieren a asuntos de orden estructural establecidos por la sociedad que influyen en la salud constituyendo las “causas de las causas” de las desigualdades en salud. (34)

En la localidad de Fontibón, una de las principales problemáticas que afecta la salud de la población la constituye la contaminación medioambiental, emisiones

atmosféricas de fuentes móviles e industriales, contaminación de fuentes hídricas y contaminación auditiva y electromagnética, afectan la salud de los habitantes de la localidad de forma constante.

Sin embargo, de acuerdo a la ubicación de la población, la manera como las personas se relacionan con el ambiente, cambia, pues existen zonas que por sus dinámicas socioeconómicas se encuentran expuestas directamente a problemas de contaminación. Algunas personas tienen que vivir en estos espacios debido a que su nivel de ingresos no permite otras opciones.

Los ingresos de una persona hacen parte de los determinantes estructurales de la salud pues influyen en el acceso a recursos materiales de calidad, servicios de salud, educación, entre otros. Mientras que las características físicas del lugar de residencia constituyen una circunstancia material que corresponde a un determinante intermediario de la salud.

Dentro de las UPZ priorizadas, la 75 (Fontibón centro), la 76 (San Pablo), y 77 (Zona Franca) se encuentran mayormente expuestas a la contaminación proveniente de las principales vías de acceso de la localidad. De la misma manera, dentro de dichos territorios se encuentran diversas fábricas, empresas y establecimientos que causan ruido o expiden gases contaminantes y malos olores.

Ahora bien, las UPZ priorizadas tienen como uno de los elementos críticos la mortalidad infantil por lo que es importante mencionar algunas de las desigualdades que afectan dicho indicador trazador de salud.

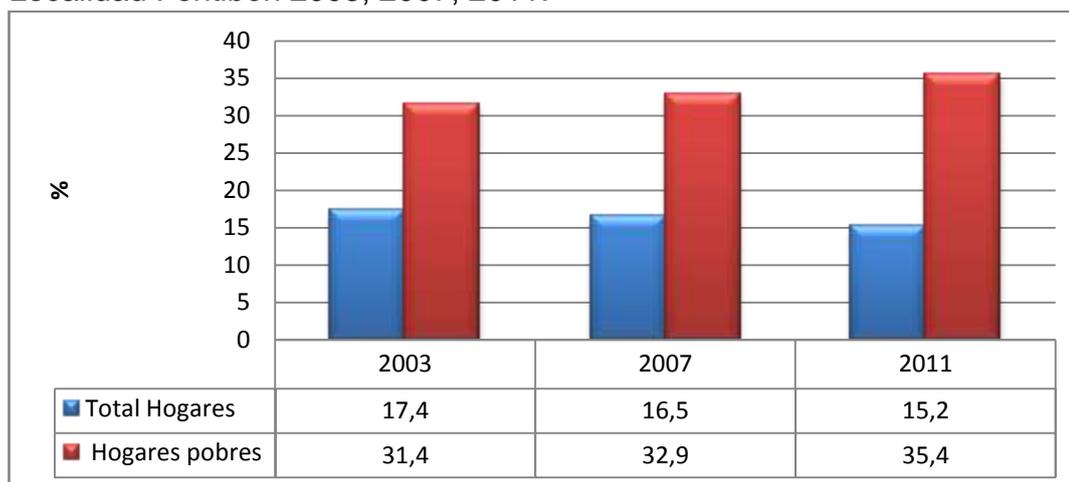
Como prioridad en el plan de desarrollo Bogotá Humana 2012 – 2016, cada una de las localidades de la ciudad deben generar las condiciones para el desarrollo de las capacidades de los niños y las niñas desde la primera infancia (0 a 5 años).

Siendo la primera infancia la “etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano”(35), la atención que reciben los niños y las niñas en esta etapa por parte de sus padres y cuidadores, determina en gran parte su condición de salud, su desempeño intelectual, social y laboral futuros.

En tal sentido, y como parte de la garantía del derecho a la identidad, el primer mes de vida debe tramitarse el registro civil de nacimiento el cual reconoce al niño o niña como ciudadano y lo habilita para acceder a políticas y programas de protección integral; Fontibón, fue en 2011(36) la segunda localidad con una mayor proporción de niños sin registro civil (4,5%).

Por otro parte y según el Índice de Pobreza Multidimensional –IPM⁹ que para la localidad de Fontibón en 2011 fue de 9,3%, estando por debajo del promedio de la ciudad (16,5%), permite identificar las carencias de los niños y las niñas de la primera infancia respecto al acceso simultaneo a servicios de salud, nutrición y educación inicial, observándose para todos los años analizados una mayor proporción de barreras en los hogares pobres. (Gráfica 9).

Gráfica 9: Barreras de acceso a servicios para el cuidado de la primera infancia Localidad Fontibón 2003, 2007, 2011.



Fuente: Secretaría distrital Planeación Bogotá "Demografía Población y Diversidad. Hacia la Inclusión y la Equidad en Bogotá 2014 p. 73 y 74.

Otro índice que da cuenta de como el hecho de tener circunstancias personales que escapan a su control limita las oportunidades de los niños y niñas es el Índice de Oportunidades Humanas - IOH-, el cual para la primera infancia tiene en cuenta seis dimensiones con los siguientes resultados para la localidad de Fontibón en 2011 (Tabla 30).

Tabla 30: Resumen de Oportunidades Humanas Localidad Fontibón 2011

Seguro de Salud 0-5 años	Interacción Padres 0 - 5 años	Control crecimiento y Desarrollo 0-5 años	Control Prenatal 0-4 años	Esquema de Vacunación 0 - 4 años	Parto_ Institucional 0-4 años
95,68	71,86	85,71	94,12	77,22	88,78

Fuente: Secretaría distrital Planeación Bogotá Índices de ciudad. 2014 p. 74 (20)

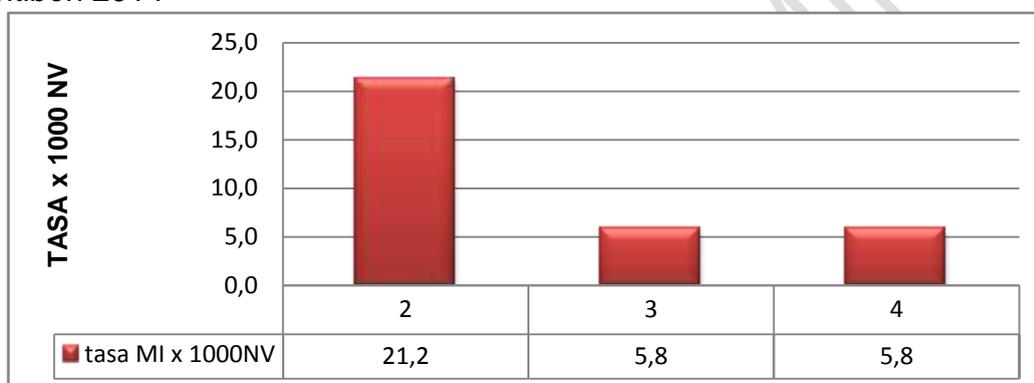
Estos elementos se relacionan directamente con la incidencia de mortalidad

⁹ Índice de Pobreza Multidimensional –IPM- mide las carencias o privaciones que enfrentan simultáneamente personas u hogares de una sociedad, teniendo en cuenta que una sola carencia no necesariamente implica vivir en pobreza.

infantil en la localidad debido a que la falta de seguimiento y atención a la primera infancia afecta la salud y puede generar complicaciones mayores. De la misma manera, la falta de control prenatal y de seguimiento por parte de las gestantes puede agravar la situación de esta etapa de ciclo vital.

Al interior de la localidad de Fontibón coexisten los estratos socioeconómicos 2, (UPZ 77 y 76) 3 (UPZ 75, 112, 115 y 117), y 4 (UPZ 110 y 114), con una clara diferenciación en la tasa de mortalidad infantil, siendo mayor en el estrato socioeconómico 2, el de mayor pobreza en la localidad. (Gráfica 10). Al relacionar esta información con lo mencionado previamente, es posible afirmar que las barreras que se presentan para la población en estado de pobreza de la localidad influyen sobre las tasas de mortalidad infantil.

Gráfica 10: Mortalidad Infantil según estrato socioeconómico Localidad Fontibón 2014



Fuente: Elaboración propia con información de la Matriz de Indicadores Trazadores 2014.

Así, la UPZ 76 (estrato 2) tiene una tasa de 14,6 defunciones de menores de un año por cada 1000 nacidos vivos, la segunda más alta de la localidad. Sin embargo el caso contrario ocurre en la UPZ 110 cuya tasa es de 14,8, es importante mencionar que la cantidad de casos en la UPZ 76 es más alta, 7 casos contra 4 de la UPZ 110. Lo mismo sucede con la mortalidad en menores de 5 años de la cual la tasa más alta la tienen la UPZ 76 con 27 defunciones por cada 1000 nacidos vivos.

5.2. Estado de las Dimensiones Prioritarias

Para la elaboración de este documento se ha realizado un proceso de trabajo continuo con el equipo de Gestión de Políticas y Programas, con el fin de realizar una observación holística de las ocho dimensiones prioritarias y dos transversales del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Para ello se buscó caracterizar cada dimensión a partir de los diferentes indicadores que se manejan a nivel local por los referentes de políticas y programas.

Dimensión salud ambiental

La localidad de Fontibón tiene una cobertura de acueducto y acceso a agua potable del 99,9% aunque en el 2013 se encontraba en el 100%, es posible que el crecimiento poblacional haya influido sobre la cobertura actual. En cuanto a la calidad de aire y contaminación auditiva, la dinámica de la localidad hace de ella un territorio en el que la población está expuesta constantemente a problemas de ruido y aire, este último por material particulado (PM10) especialmente. Por esta razón se ha hecho necesario investigar la relación entre diferentes enfermedades que afectan a la comunidad y las problemáticas ambientales.

De esta manera, a partir de encuestas realizadas a niños y adultos de la localidad, se encontró que la prevalencia de sibilancias en menores de 5 años debido a PM10 es del 17,6%, mientras que la prevalencia de sibilancias en adultos mayores de 60 años debido a PM10 es del 9,8%. Así mismo, la frecuencia de hipoacusia de población expuesta a ruido es del 58,6%.

Debido a la alta demanda de quejas por calidad del aire durante el año 2013, se logró para el 2014, identificar que la mayoría de las solicitudes se presentaban a razón de olores ofensivos relacionados con actividades antrópicas, lo que finalmente condujo a la atención particular de las mismas. Bajo la misma línea durante el 2014 se atendieron 5 quejas por malos olores.

En el mismo sentido, se han venido realizando visitas al sector industrial de la localidad llegando a un total de 1434 de las cuales se dio 1 concepto Desfavorable, 1112 Conceptos Pendientes y 321 Conceptos Favorables. La prevaencia de conceptos sanitarios pendientes obedece a que en el 2014 se hicieron entre dos y tres visitas antes de emitir un concepto sanitario final. También se aprecia que la aceptación y receptividad del proceso es alta considerando que solo hubo un concepto desfavorable durante el año 2014 a las empresas intervenidas. Sin embargo, en el territorio se encuentran múltiples empresas que aún no han podido ser intervenidas

Otro elemento importante que puede llegar a afectar la salud de las personas residentes de la localidad es el desconocimiento de la comunidad en la responsabilidad que debe tener con los caninos y felinos que tiene a su cargo. En el 2014 se realizaron 2 actividades educativas en los barrios Moravia y San Pedro los Robles en los cuales se evidenció tanto el interés de la población por el cuidado de sus mascotas como el descontento por los costos de las vacunas de sus mascotas. Cabe resaltar que en el 2014 se realizó vacunación contra la rabia a 4.342 Caninos y 1.977 Felinos para un total de mascotas vacunadas de 6319. Sin embargo, por las calles de la localidad y en especial en las zonas cercanas a los humedales, recursos hídricos y zonas de amplio comercio, hay abundancia de caninos callejeros que no han sido intervenidos.

Así mismo, las inadecuadas prácticas de arrojos de residuos en vías públicas y fuentes hídricas de la localidad causan estancamientos de aguas y

condiciones que afectan la salud ambiental de la comunidad, por lo que se ha procurado el control de insectos rastreros y voladores (cucarachas, moscas, zancudos) y control de población de roedores en parques, zonas verdes y vías públicas de la localidad.

El trabajo del hospital en búsqueda de la mejoría del estado del medioambiente de la localidad en los últimos años ha permitido que se mejoren los procesos de intervención y se identifiquen diversas problemáticas que afectan la calidad de vida de los residentes de Fontibón. Es por ello que se han realizado diagnósticos locales en temas de salud ambiental que afectan de manera negativa a la comunidad. En este proceso se han logrado llevar a cabo articulaciones interinstitucionales para dar respuesta y solución a las problemáticas identificadas, tanto desde las competencias de otras instituciones como desde la perspectiva de los profesionales del Hospital Fontibón E.S.E. para lo cual se han construido agendas de trabajo con la Comisión Ambiental Local, la Mesa Local de Salud Ambiental y la Mesa Basura Cero.

Dimensión seguridad alimentaria y nutricional.

La desnutrición proteica calórica global es un tipo de déficit nutricional que indica el bajo peso para una edad específica, teniendo en cuenta un patrón de referencia. Se mide por medio de un indicador que relaciona el peso del individuo con la edad (P/E), cuando este indicador se encuentra por debajo de 2 desviaciones estándar.

En 2013 se notificaron al SISVAN 9.974 niños y niñas con desnutrición. Para el 2014 la cantidad disminuyó a 6.474 niños y niñas menores de 5 años lo que corresponde al 24% del total de la localidad para este mismo grupo de edad.

De acuerdo al estado nutricional medido con el indicador de P/E se encontró que del total de niños tamizados en 2014 se clasificó el 69% de los niños y niñas como normales desde el punto de vista nutricional y el 31% con malnutrición. Dentro de este último porcentaje se discrimina el 21% con déficit nutricionales y el 10% restante con excesos.

La prevalencia de desnutrición global para el año 2013 se encontró en 3,8% para el año 2014 este indicador aumentó llegando a 4,3%.

Al comparar el porcentaje de sobrepeso del 2013 con el porcentaje de 2014 se puede observar que disminuyó un punto porcentual sin embargo el bajo para la edad aumentó un punto.

A nivel territorial ninguno de los territorios saludables logra alcanzar la meta distrital de desnutrición global propuesta para 2016 correspondiente al 3%. De esta manera, el Territorio I Say tiene 3,1%, el Territorio II ZIE tiene un 6,3%, el Territorio III Hintyba tiene 4,0% y el Territorio IV DORADO tiene 5,6%. El

territorio II que tiene el porcentaje más alto tiene un total de 48 niñas y niños con desnutrición global.

Desnutrición crónica:

En la localidad novena de Fontibón para el año 2014 la prevalencia de desnutrición crónica se cuantificó en el 14,3% de la población canalizada, un 0,5% más alto que 2013 (13,8%) y 1,1 puntos porcentuales por encima de la tendencia nacional (13,2% para el año 2010).

La comparación entre las prevalencias de desnutrición crónica de los años 2014 y 2013 permite observar como el indicador ha desmejorado en la localidad, es así como se percibe el aumento en la clasificación del riesgo de talla baja de 3 puntos porcentuales en el último año con respecto al año 2013, igualmente el porcentaje de adecuados o eutróficos medido a través de este indicador disminuyó de un año al otro en el mismo valor (57% Vs 54% respectivamente).

Al realizar un análisis de la información discriminada por territorio de salud, en general se observa que la mayoría de territorios tienen una prevalencia menor a la meta propuesta por el distrito al año 2016 (12%), empero la UPZ 75 territorio saludable 3 presenta una prevalencia por encima de la meta propuesta que aunque no es un aumento significativo si marca la ruta de acciones en salud tendientes a la mitigación de esta enfermedad. (Prevalencia por territorio: Territorio I 11,4%, Territorio II 13,4%, Territorio III 11,9% y Territorio IV 8,9%)

Bajo peso al Nacer:

Para el año 2013 y 2014, se presentó una prevalencia acumulada de bajo peso al nacer del 11,2% y del 11,1% respectivamente, cifra que muestra un descenso en este indicador de salud.

Por último, el Hospital Fontibón ESE realiza acciones de Inspección Vigilancia y Control (IVC) a establecimientos donde se almacenan, comercializan, distribuyen y transportan alimentos. Durante el primer semestre del 2014 se realizaron 5689 visitas de IVC, de los cuales se reportan 1380 conceptos favorables (24%), 4132 pendientes (73%), 49 conceptos desfavorables (1%), 128 procesos terminados (2%) y 0 establecimientos no conceptuados

Dimensión vida saludable libre de enfermedades transmisibles

La dimensión de vida saludable tiene como componentes elementos que se relacionan con los modos, condiciones y estilos de vida que tiene la población de la localidad, a partir de esta premisa se seleccionaron como elementos principales la situación de los programas de promoción de hábitos de vida saludables realizados por el hospital en las diferentes etapas de ciclo vital y

una mención a las actividades realizadas en 2014 por los programas relacionados con la población LGBTI.

En Fontibón durante el año 2014 se presentó un caso de mortalidad por neumonía en un menor de 16 meses, de sexo masculino, vivía en la UPZ 77 (régimen afiliación contributivo), la tasa de neumonía para el año 2014 fue de 22,3 en la UPZ 77 y para la localidad de Fontibón de 3,9 casos por cada 100,000 niños menores de 5 años en la localidad.

Al SIVIGILA se reportaron 40 casos de ERA durante el 2014, de los cuales 8 correspondieron a IRAG Inusitada y 2 resultaron en la defunción del enfermo.

Para la notificación de este evento a SIVIGILA se tiene en cuenta la definición operativa de mortalidad por IRA en menores de 5 años como “Toda persona menor de cinco años que fallezca a causa básica, directa o relacionada de infección respiratoria aguda (IRAG)”.

Con relación a las enfermedades causadas por micro bacterias se registraron 38 casos de Tuberculosis de los cuales 28 correspondieron a Tuberculosis Pulmonar, de estos últimos 3 fueron casos de Tuberculosis fármaco resistente y uno de ellos término en la muerte del paciente. Del total de los casos 11 presentaron coinfección TB/ VIH y 14 se clasificaron como asociación desconocida. Se encontró que el 61,5% de los casos registrados se correspondió a personas residentes en la UPZ 75, el 15,4% a la UPZ 76 y el 10,3% a la UPZ 114, siendo estas las zonas con más casos registrados.

Para el año 2013 no se presentaron casos confirmados de Cólera en la localidad ni muertes por esta causa. Así mismo, desde el año 2010 hasta el 2014, no se ha presentado casos de mortalidad por enfermedad diarreica en menores de 5 años.

Durante el periodo (Julio- Agosto 2014) se presentó en la localidad de Fontibón un brote de Enfermedad Diarreica Aguda en el centro Acunar de Villa Andrea, afectando especialmente a los niños y niñas de la comunidad Misak

Adicionalmente, se notificaron 11 casos de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) al Hospital Fontibón ESE. Nueve de ellos provinieron de la localidad, de los casos restantes uno provenía de Mosquera y otro de la localidad de Engativá.

En cuanto a la cobertura de vacunación en la localidad se encontró en 92,8% en la tercera dosis de Polio y 91,29% para la Triple Viral constituyendo estos los biológicos trazadores que de alguna manera representan el estado de la cobertura total de vacunación.

Se registraron 16 casos de hepatitis b, c y coinfección hepatitis b y delta, siendo el ciclo de vida Adulto Joven donde más casos se presentan (9 casos reportados, todos hombres).

Durante el 2014 se reportaron 126 casos de dengue con residencia en la localidad de Fontibón (63.5% Hombres y 36.5% mujeres), 7 casos de leptospirosis (6 en hombres y 1 en mujeres) y 2 de Chagas (un hombre y una mujer). No hubo casos de enfermedades zoonóticas

La política pública de y para la adultez, desde su decreto 544 de 2011, socializó en los diferentes espacios de comunidad y de profesionales sus objetivos, con el fin de visibilizar la etapa de ciclo vital. De esta manera se identificaron (en el registro de acciones colectivas 14926 adultos(as), de los cuales 11579 son mujeres y 3347 son hombres. Por otra parte, mediante la estrategia de Servicios de Salud Colectiva se han trabajado acciones promocionales y preventivas con el objetivo de identificar factores de riesgo y movilizar redes de apoyo institucionales, especialmente relacionadas con la salud de la población adulta. Así, los ámbitos que tienen la mayor intervención desde las acciones promocionales y preventivas son el ámbito comunitario con 6042 intervenciones, la estrategia de Servicios de Salud Colectiva con 6056 intervenciones y el ámbito institucional con 405.

En cuanto al ciclo de vida juventud, bajo el subprograma: Jóvenes para la Salud y la Vida La E.S.E Hospital Fontibón, implementó los Servicios de Salud Amigables desde el cual se atendieron 339 jóvenes de los cuales 356 realizaron consultas relacionadas con derechos sexuales y reproductivos y 243 consultaron por métodos anticonceptivos. Evidencia de la necesidad que tiene la población perteneciente a este ciclo vital de recibir una educación sexual que les permita acceder no solo al conocimiento de los métodos de planificación familiar sino también a información sobre sus derechos. Cabe mencionar que de los jóvenes atendidos solo 162 tenían algún tipo de conocimiento sobre los servicios amigables. Desde el programa de Territorios Saludables, a lo largo del 2014, se intervinieron 4.796 estudiantes y se realizó seguimiento a 32.078 familias.

Desde la parte Intersectorial se evidenció ausencia o falta de respuesta de algunas instituciones relevantes pertenecientes al sector educativo, en cuanto a que no hubo asistencia a la Mesa Local PETI, en la cual se discuten las diferentes problemáticas y necesidades de la población. La participación del sector educativo es de alta importancia pues es uno de los ejes fundamentales para la superación de la pobreza y mejoramiento de la calidad de vida de los núcleos familiares.

Gracias al trabajo del hospital se han hecho visibles algunas necesidades para el ciclo vital juventud, principalmente en programas sociales relacionados con: educación, empleabilidad y productividad, ya que existen dificultades económicas para el acceso a la educación superior, técnica o tecnológica.

Por otro lado, la falta de un proyecto de vida por parte de los jóvenes se ha hecho evidente, pues priorizan el presente y sus necesidades actuales. De la misma manera, se ha hecho evidente la pérdida de credibilidad en las

instituciones sociales y sus programas por el poco impacto o respuesta a sus necesidades.

Finalmente desde el desarrollo de sus habilidades culturales y deportivas se evidencia que las dejan de lado ya que priorizan el ingreso de recursos económicos para la satisfacción de necesidades básicas.

Durante el 2014 se identificaron acciones colectivas que corresponden a jornadas y campañas del ámbito Espacio Público en valoración de condiciones crónicas, mediante acciones individuales y acciones grupales en una población de 14 925 personas mayores. Mediante Servicios de Salud Colectiva, se trabajaron acciones promocionales y preventivas en la identificación de factores de riesgo y la movilización de redes de apoyo institucionales. En cuanto al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se identificaron por contributivo 10819 adultos mayores, en régimen subsidiado 2.920, en el régimen especial 330 y No asegurados 1.517 personas mayores. Los ámbitos que tienen mayor influencia desde las acciones promocionales y preventivas son: familiar con una cobertura 13.397, Servicios de Salud Colectiva con 1.998 y comunitario 30. De esta manera el porcentaje por régimen de aseguramiento en salud es de 2% en el régimen especial, 10% no asegurado, 19% subsidiado y 69% contributivo.

En los Servicios de Salud Comunitaria LGBTI la población reitera que los temas abordados son de gran importancia para su vida cotidiana y para su aplicación en el día a día. Las temáticas buscaron dar respuesta a las necesidades identificadas, dando respuesta a los cuestionamientos que se presentan durante las sesiones con el fin de generar mayor aprendizaje. Durante el 2014 se llevaron a cabo dos (2) sesiones (1) individual y (1) grupal al mes con un total de 96 participantes.

Por otra parte, se llevó a cabo un fortalecimiento en la red con población LGBTI Avanzando en el reconocimiento de su derechos, sentido de pertenecía a nivel local, participación social y fortalecimiento de las redes sociales con el objetivo de mejorar el proceso de integración a la comunidad que en muchos casos los rechaza. Este proceso se llevó a cabo en diez sesiones con una participación de 10 a 15 personas, la baja asistencia se relaciona con las dinámicas de la población LGBTI, pues no muchos miembros de la comunidad quieren hacerse visibles.

Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles

Ya que las enfermedades crónicas se relacionan con hábitos de vida poco saludables resulta pertinente explorar la disponibilidad de zonas verdes para el esparcimiento y el deporte en la localidad. Fontibón cuenta con 149 zonas verdes y parques que suman 2.447.401,3 m², que equivalen a 8,2 m²/habitante; este indicador es el quinto más alto en relación con las demás

localidades, superado por Teusaquillo, Usaquén, Barrios Unidos y Santa Fe; Fontibón se encuentra muy por encima del promedio del Distrito (4,82 m²/hab.).

La UPZ Zona Franca tiene el mejor indicador de parques y zonas verdes, con 26,53 m²/habitante, que se explica gracias a que allí se localiza el Humedal Meandro del Say. Las UPZ Capellanía, Granjas de Techo y Modelia tienen indicadores superiores a 10m²/habitante, las UPZ restantes se encuentran por debajo del promedio de la localidad (8,15 m²/habitante) con valores entre 0,25 m²/habitante y 2,16m²/habitante

De acuerdo a la información disponible del IDRD para 2011, en la localidad se ubican 236 parques que suman 1.373.104,8 m², lo que equivale a 4,0 m² por habitante, teniendo en cuenta la población urbana de este mismo año; el valor de este indicador está por debajo del promedio de la ciudad que registra 4,4 m²/hab.

Ahora bien, las 10 primeras causas de atención en el servicio de hospitalización del hospital Fontibón son resultado de condiciones crónicas y de enfermedades infecciosas, es así como, la Hipertensión (HTA), la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), la insuficiencia cardiaca y la Diabetes son las enfermedades crónicas que más hospitalizan.

De esta manera, la primera causa de atención en el servicio de hospitalización del hospital Fontibón ESE corresponde a hipertensión esencial (primaria) 10338 casos y una frecuencia de 9,10%. De la misma manera la tercera causa corresponde a enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada de esta se registraron 4671 y una frecuencia de 4,10%. Seguida de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada, (frecuencia absoluta de 4527 y frecuencia relativa de 4,0%). Como octava causa se encuentra la diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (frecuencia absoluta de 2408 y relativa de 2,10%).

Dentro de las 10 primeras causas atendidas en el servicio de hospitalización, la mayoría relacionadas con condiciones crónicas como la HTA (frecuencia absoluta 7301 y frecuencia relativa 7,30%), la EPOC (frecuencia absoluta 2938 y frecuencia relativa 2,90%) y la Diabetes Mellitus (frecuencia absoluta 1753 y frecuencia relativa 1,70%). otras.

Con respecto a las personas nuevas diagnosticadas con infección por VIH y notificadas al SIVIGILA en la localidad para el mismo año se presentó una tasa del 16,71, es decir por cada 100000 habitantes de la localidad se presentaron 16,71 personas diagnosticadas con la infección; aunque esta tasa es menor con respecto a la reportada a nivel distrital se deben intensificar las acciones de prevención y detección temprana como medidas prioritaria en Salud Pública.

Por último, desde el 2013 con la estrategia de Valoración de Condiciones Crónicas se ha podido realizar detección de factores de riesgo para

enfermedades crónicas en diferentes espacios públicos permitiendo también la promoción de hábitos saludables a la población mayor de 15 años. A partir del análisis de dicha estrategia y la base de datos resultante se hizo evidente el incremento de riesgo cardiovascular atribuible en buena medida a la obesidad. Así durante el periodo mayo-noviembre de 2014 se han valorado 1519 personas de las cuales el 11% presenta riesgo cardiovascular, el 2% riesgo de diabetes, el 9% consumen alcohol y el 6% fuman. De este mismo grupo se encontró que el 78% consume frutas y verduras y el 50% realiza actividad física.

Dimensión convivencia social y salud mental

En la localidad de Fontibón en el año 2014 se notificaron 471 casos de ellos 273 correspondieron a ideación (106 hombres y 167 mujeres), 17 a amenaza (11 hombres y 6 mujeres), 179 a intento (55 hombres y 124 mujeres) y 2 casos de suicidio consumado (un hombre y una mujer). En comparación al año 2010 se duplicaron los casos notificados (210) pero se mantuvo la constante en relación al género pues la mayor parte de casos registrados correspondieron a mujeres (298).

Al realizar el análisis por ciclo vital y compararlo con la información de 2010 se hace evidente que a medida que pasan los años la edad a la que se presenta conducta suicida disminuye con el tiempo de esta manera en el 2009 el ciclo vital con la mayor cantidad de casos correspondía a Juventud mientras que para el 2014 el ciclo vital representativo fue adolescencia con 144 casos lo que corresponde al 30,5% del total de casos. Las tres UPZ con mayores casos registrados son UPZ 75 con 41 casos, UPZ 77 con 28 casos y UPZ 76 con 26 casos.

En el ciclo vital infancia, la mayor problemática está dada por los trastornos en la conducta alimentaria, asociados a la violencia intrafamiliar y negligencia por parte de padres y familiares. En algunos casos los padres se encuentran ausentes o no existe una figura paterna o materna, generando inestabilidad emocional, afectiva, económica y de salud en los niños.

En cuanto a la juventud, problema identificado se relacionó con el consumo de alcohol que genera inestabilidad en la salud mental de los jóvenes. Esta problemática asociada al consumo de sustancias psicoactivas y de tabaco, genera en los jóvenes inestabilidad y en muchos casos agresividad. De la misma manera, las familias disfuncionales y violencias, en muchas ocasiones, desencadenan conductas suicidas por el descontrol de consumo de sustancias perjudiciales para la salud.

Por otra parte, en los adultos se han identificado riesgos en salud mental, asociados a la conducta suicida, se evidencia que factores como cambios hormonales, cambios laborales, falta de trabajo, abandono de pareja, pérdida

de un ser querido, problemas económicos y problemas de salud, inciden en la inestabilidad emocional, social, laboral y familiar de los adultos de la localidad de Fontibón, causando depresiones y alteraciones en el estado de ánimo.

Algo similar sucede con la salud mental de los adultos mayores, se han identificado diversas problemáticas asociadas a la conducta suicida, teniendo en cuenta que los factores que más inciden en la alteración del estado de ánimo de las personas mayores de la localidad de Fontibón son: cambio de vida, cambios psicobiosociales y falta de actividad laboral, social y mental que sumados a otros factores como violencia intrafamiliar, abandono y negligencia, desencadenan situaciones de falta de aliciente por vivir y descuido físico y de salud.

Por otra parte, para la asistencia y prevención de estas situaciones se han llevado a cabo talleres, capacitaciones, asesorías y asistencias en colegios, ámbitos familiares y espacio público (CAMAD) con la participación de psicólogos que brindan atención psicosocial, una Mesa de SPA, el Comité Técnico de Estupefacientes y la orientación a los padres de familia por parte de psicólogos del programa Territorios Saludables.

Algunos de los temas que se han manejado incluyen:

Violencias: violencia intrafamiliar, violencia sexual y explotación, contra la mujer, contra el mayor de edad: consejo y comité de víctimas, red del buen trato, asistencias técnicas con padres de familia, cuidadores jardines instituciones, creación de rutas, red afecto, asistencias técnicas de la SDS en atención integral en víctimas de violencias,

Conductas suicidas: talleres colegios, orientación a cutting adolescentes, intervención en crisis depresivas y en trastornos de la personalidad, por los psicólogos de territorios.

Trastorno de hiperactividad y déficit de atención -THD: pautas de crianza a los padres y cuidadores de los niños, orientación, sensibilizaciones, intervenciones colectivas y asistencias técnicas, por los psicólogos de territorios

Trastorno nutricional- anorexia y bulimia: pautas de crianza a los padres y cuidadores de los niños, orientación, sensibilizaciones, intervenciones colectivas y asistencias técnicas, por los psicólogos de territorios.

Trastorno de personalidad y del estado de ánimo: va asociado a cambios de vida y hormonales, personas mayores que tienden a deprimirse y jóvenes

Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Esta dimensión plantea como área de observación el acceso a la atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio, así como la prevención del aborto inseguro de esta manera en el año 2014 se presentaron los siguientes eventos de interés para la salud en la localidad de Fontibón:

Según los 11291 nacidos vivos se presentó 1 mortalidad materna, 23 mortalidades perinatales, 2 casos de sífilis congénita y 13 casos de sífilis gestacional.

Del total de 483 gestantes atendidas institucionalmente según base de P y D se observó un total de 365 gestantes institucionales valorados para la clasificación de riesgo. Es importante resaltar que el total de gestantes atendidas recibió asesoría de IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo)

En cuanto a la promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva se buscó garantizar el acceso a la prevención y atención integral de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/Sida a través de estrategias de atención integral, humanizada y de calidad. De esta manera se observó según la base de datos de eventos en salud sexual y reproductiva del sistema de vigilancia SIVIGILA un total de total de 37 casos de VIH/Sida en la localidad de los cuales fueron 19 fueron notificados por instituciones y 18 por otras fuentes. Así mismo, se llevaron a cabo programas de asesoría con un total de 3462 hombres y mujeres de la localidad.

Dimensión salud pública en emergencias y desastres:

La localidad de Fontibón se ubica en una zona caracterizada por ser completamente plana, con inclusión de la llanura aluvial y zonas propensas a ser inundadas por desbordes. En época de invierno entre el 20% y el 30% del territorio puede llegar a inundarse, especialmente el sector que queda en el margen derecho y sigue el sentido suroccidental del río Fucha, hasta la desembocadura en el Río Bogotá, sin embargo esta zona no corresponde a un área con una gran cantidad de pobladores. Por otra parte, los terrenos que se ubican por debajo de la cota del río Bogotá corren el riesgo de inundarse con aguas residuales debido a un fenómeno de reflujos que se presenta cuando hay crecientes en los ríos y la Estación de Bombeo de la Zona Industrial Las Granjas no logra bombear lo suficiente.

Aunque las zonas de la ciudad que corren más peligro en caso de sismo corresponden a La Candelaria, Tunjuelito y Santa Fe, la amenaza de desastre actúa en toda la ciudad. Debido a la dinámica urbanística histórica de una gran parte de los barrios de la localidad, en los cuales se desarrollaron urbanizaciones desorganizadas que combinan la actividad comercial e industrial con la residencial, las repercusiones de un sismo sobre la localidad pueden generar colapso de estructuras que pueden influir sobre riesgos tecnológicos debido a la presencia de industrias, restaurantes entre otro tipo de

empresas. Así mismo, debido a que en la localidad se ubica una gran cantidad de industrias hay un riesgo permanente de emergencia asociada a eventos relacionados con la actividad industrial: fuga de gases, explosiones, intoxicaciones, vectores e incendios principalmente.

Al interior de la localidad se ubican tanto el puerto aéreo como el terrestre lo que implica conglomeraciones de personas en espacios que requieren salidas de emergencia y sistemas de atención a posibles epidemias, el hospital se encarga de hacer la primera atención y detección de ESPIIs en la ciudad.

Dimensión salud y ámbito laboral

En la localidad hay un aproximado de 182 mil ocupados, de los cuales el 24,2% trabaja en el sector de servicios, un 14,1% en el sector de actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler y por último un 26% en el sector de comercio. La tasa de empleos de calidad de la localidad fue la segunda mejor de la ciudad con 67,4%. En cuanto a empleos informales, 35,2% de los trabajadores en Fontibón están en la informalidad, presenta una disminución de 3,3 puntos respecto hace tres años (38,5%).

Desagregando los resultados por género, se encontró que la tasa de ocupación femenina disminuyó en 0,5 puntos porcentuales pasando de 51,7% en 2011 a 51,2% en 2014. En cuanto a la tasa de ocupación masculina, se observó un aumento de 0,3 puntos porcentuales con respecto a 2011 (68,5%) llegando a 68,8% en 2014. Así, tan solo la cantidad de empleados hombres aumentó en la localidad, aunque según el Observatorio de Desarrollo Económico de la Alcaldía Mayor de Bogotá la dinámica de plazas laborales fue positiva tanto para la localidad como para el distrito.

En el 2014 se identificaron e intervinieron 280 casos de trabajo infantil, de ese total el 19,6% asistieron a programas y servicios de salud y el 24,6% fue intervenido por equipos ERI. Por otra parte solo el 1,4% fueron involucrados en programas sociales sin embargo en el 60% del total de casos se logró la desvinculación laboral. (37)

En relación al ciclo vital adolescencia se intervinieron 121 casos, sin embargo 75 de ellos no asistieron a los servicios y programas de salud lo que conllevó a que no se mejoraran las condiciones de empleo o trabajo ni se lograran desvinculaciones laborales. De esta manera, el 11,5% de los casos asistieron a programas y servicios de salud, el 22,3% fue intervenido por equipos ERI, el 1,6% logró ser involucrado a programas sociales, en el 35% de los casos se logró la desvinculación laboral y en el 23% de los casos los empleadores mejoraron las condiciones de trabajo de los jóvenes. (37)

De la misma forma, para el período mencionado se identificaron 769 UTIs de las cuales 729 fueron intervenidas. De estas, el 14% corresponde a UTIs de uso compartido y en 474 (73,4%) se logró incidir de manera positiva sobre las condiciones de trabajo. Por otra parte, se intervinieron 872 trabajadores, todos ellos canalizados a los servicios y programas de salud, 90 de estos asistieron a sus respectivas EPS para recibir la atención necesaria. 71 trabajadores fueron canalizados al sistema SIVISTRA debido a la posibilidad de accidente o enfermedad laboral, por último 4 trabajadores se afiliaron al SGSSS. (37)

En relación a la población en condición de discapacidad, se intervinieron 31 UTIs de ellas el 100% de trabajadores fueron caracterizados y canalizados a los servicios y programas de salud. (37)

De los grupos programados para el primer semestre del 2014 se logró dar cumplimiento de 2, de los cuales, de las 23 personas inscritas inicialmente, se certificaron a 19 que corresponde al 82%. Se identificó participación activa y adherencia al proceso de formación.

Durante el 2014 se encontraron diferentes aspectos y características poblacionales que permitieron identificar algunas características de la población intervenida lo que a la vez permite dar una lectura territorial. Así, se encontró: que de las 2352 personas intervenidas de todas las acciones desarrolladas por el ámbito laboral el 25.5% son mujeres y el 70.5% son hombres, respecto a género se identificó que el 0,4% se identifican como población LGBTI, el 74.4% se identifican como masculinos y el 25.5% se identifican como femeninas. Así mismo, se identificaron un total 12 personas que equivalen al 0.51% de las cuales 4 son indígenas y 8 son afrodescendientes, ambos grupos son personas víctimas del conflicto armado las cuales se desplazaron y se radicaron en Bogotá. Finalmente en la población especial por ocupación (Carreteros, recicladores y pequeños bodegueros) se intervino un total de 93 personas lo que equivale al 4% de la población. (37)

6. Capítulo 3: Identificación de tensiones en salud presentes en la localidad

Teniendo en cuenta la información expresada anteriormente y el análisis de determinantes llevado a cabo en el capítulo dos, se realizó un análisis de la información con base en la Estrategia PASE a la Equidad en Salud. De esta manera, este tercer y último capítulo del Diagnóstico Local tiene como objetivo plantear y analizar el conjunto de presiones provenientes de una o varias dimensiones del desarrollo (Poblacional, Ambiental, Social y Económica) que generan niveles de estrés deteriorando el estado de salud de la población local

(38). Es decir, se identificaron las tensiones en salud que surgieron de las relaciones inarmónicas entre cualquier par de dimensiones del desarrollo.

A partir del trabajo conjunto con diversos miembros del Hospital se llevaron a cabo unidades de análisis que permitieron analizar diferentes indicadores relacionados con cada una de las Dimensiones Prioritarias para la Vida del PDSP 2012-2021, de tal manera que se pudiera evidenciar las problemáticas principales de la localidad con el fin de vincularlas a las tensiones en salud existentes. Así, se procede a describir y analizar las tensiones encontradas.

Por otra parte, al final de este capítulo se darán algunas consideraciones finales sobre todas las tensiones de manera general, teniendo en cuenta los generadores de las tensiones desde el punto de vista de los determinantes sociales de la salud y el promedio encontrado en la valoración de las tensiones.

6.1 Dimensión seguridad alimentaria y nutricional.

6.1.1. Sobrepeso y obesidad: consumo excesivo o disponibilidad inadecuada de alimentos. (Valoración: 4,4)

Dentro de las 10 primeras causas de consulta en el servicio por medicina general del Hospital Fontibón E.S.E. se encuentra, en el segundo lugar, la Obesidad no especificada con 7.658 casos. Este dato que no discrimina por edad ni sexo es alarmante, sin embargo, se debe tener en cuenta que la obesidad inicia desde edades tempranas es por ello que la información a priorizar la compone todo aquello que surge de los colegios centinela con los cuales trabaja el Sistema de Vigilancia Nutricional (SISVAN), dos de estos colegios están ubicados en la UPZ 75 Fontibón centro (INJUV e Instituto Técnico Internacional) mientras que el tercero se encuentra en la UPZ 77 Zona Franca (Colegio Distrital Carlos Federici).

Desde el 2012 se ha venido registrando un aumento constante de la población infantil y adolescente entre los 5 y los 18 años con sobrepeso, lo mismo ha sucedido con la obesidad. Para el mismo año, se encontraron un total de 595 niños y niñas con sobrepeso y 205 con obesidad; en 2013 fueron 1.010 con sobrepeso y 618 con obesidad (No se encontraron datos del Instituto Técnico Internacional para 2012 por lo que la diferencia entre 2012 y 2013 es bastante amplia) y en 2014, 1.173 con sobrepeso y 739 con obesidad. Estos datos generan una alerta epidemiológica debido a que la obesidad promueve la aparición y crecimiento de otras enfermedades como lo son el cáncer de mama, la hipertensión, diabetes, problemas respiratorios, entre otros.

Ahora bien, como se mencionó anteriormente el aumento de los lugares de expendio de alimentos con alta densidad energética, el sedentarismo y la

generación de nuevas tecnologías hacen parte de las causas del sobrepeso y la obesidad, a la vez que el nivel de acceso a alimentos saludables y los imaginarios sobre la alimentación presentes en la comunidad.

En Fontibón, de acuerdo al perfil económico y empresarial de la localidad realizado por la Cámara de Comercio de Bogotá en 2009, hay un total de 4.545 empresas en el sector comercial lo que representa un 36% de las empresas de la localidad, de éstas 3.293 son de comercio al por menor y de estas últimas el 36% corresponde a venta y comercio de alimentos lo que representa un total de 1200 establecimientos comerciales(39).

Las UPZ con mayor concentración de establecimientos empresariales corresponden a la UPZ 75 (Fontibón Centro) y la UPZ 114 (Modelia), sin embargo, la gran mayoría corresponden a micro y pequeñas empresas, cuya ubicación en zonas residenciales, nos permite inferir que muchas de éstas se dedican a la venta de alimentos. Cabe mencionar que en ambas UPZ también se encuentran supermercados o grandes superficies como El Éxito, Fruver y Surtimax además de la presencia de la Plaza de Mercado de Fontibón (esta última se ubica en la UPZ 75).

Si bien es difícil conocer en su totalidad el tipo de alimentos que se expenden en estos establecimientos, a partir de los recorridos territoriales desarrollados por el equipo ASIS en la localidad, se ha podido identificar que la gran mayoría son restaurantes ejecutivos y establecimientos de comidas rápidas. De la misma manera, de acuerdo al Informe Trimestral Territorial 2012 del Hospital Fontibón E.S.E. al realizar la caracterización de las UTIS (Unidades de trabajo Informal) y UTF (Unidades de Trabajo Formal) en la UPZ 75 se encontró que el 39.7% (N=772) de estas correspondió a producción, comercialización y/o procesamiento de alimentos, la mayor parte de estos corresponde a UTIS las cuales se relacionan más con comidas rápidas y en especial la venta callejera de las mismas.

Conocer la disposición de establecimientos de expendio de alimentos en la localidad es importante a la hora de analizar los determinantes sociales relacionados con la seguridad alimentaria y nutricional de la población. De esta manera, podemos conocer la oferta y acceso al grupo de alimentos prioritarios en la localidad. Sin embargo, en este caso, lo relacionamos con la accesibilidad a alimentos de bajo valor nutricional y alta carga energética que contribuyen al aumento del sobrepeso y la obesidad en la población del ciclo vital niñez y adolescencia.

Por otra parte, de acuerdo al octavo Boletín Informativo del Observatorio de Culturas, en Fontibón el índice de actividad física en mayores de 13 años indica que el 56.22% de la población tiene tendencia al sedentarismo (40). Se han encontrado dos grandes causas para que esto suceda. La primera de ellas se relaciona con la utilización de nuevas tecnologías de la información para sociabilizar y entretenerse, consolas de videojuegos, celulares, tabletas y

computadores con los que los niños pueden pasar buena parte de su tiempo libre, jugando, comunicando y aprendiendo, pero que a la vez disminuyen la cantidad de actividad física desarrollada. Algunos de los indicadores que permiten ilustrar esta problemática fueron expuestos en la Encuesta Multipropósitos de Bogotá 2014 (EMB), de esta manera, en la localidad el 67.3% de las personas utiliza computador y el 77% de estos frecuenta usarlo en el hogar. El 71.3% de los habitantes mayores de 10 años afirmó usar internet, de ellos el 75% se conecta todos los días de la semana. Así mismo, de los usuarios de internet el 87.5% accede a la web desde su hogar. Por último, el 91.7% de la población de la localidad tiene celular.

La segunda causa es la disminución de la actividad física debida a la inseguridad en lugares donde se realiza dicha actividad es decir los parques y calles de la localidad. De acuerdo a la EMB 2014 la proporción de viviendas con problemas de inseguridad en la localidad es del 59.2%, es decir que más de la mitad de las viviendas en el territorio tienen problemas de seguridad, lo que afecta las actividades que se desarrollan en los alrededores. Por otra parte, se ha identificado que una gran parte de los parques de la localidad, en especial los de bolsillo, son utilizados por jóvenes y adultos para consumir SPA. Lo que degenera la imagen de los parques y crea aversión y temor sobre los mismos, para utilizarlos en actividades físicas que permitan mejorar la calidad de vida de las personas(41).

Un tercer tema que fortalece el aumento de la obesidad y el sobrepeso en la población lo constituyen los hábitos alimenticios que han sido construidos al interior de las familias, aumentando la carga energética en las tres comidas diarias. Existen en nuestra sociedad imaginarios construidos históricamente sobre la composición de una buena comida, así se acostumbra a los más pequeños a alimentarse con una gran cantidad de carbohidratos (plátano, papa o yuca y arroz) pero no se complementa la alimentación con frutas y verduras. El cambio en estos hábitos es muy difícil pues se desconocen los valores nutricionales de otro tipo de alimentos(42).

Por otra parte, existen imaginarios sobre la imagen del cuerpo en dos momentos de vida de las personas. El primero de ellos se da cuando se es niño, las personas prefieren ver niños poco delgados pues esto representa su buena alimentación. El segundo se da en el inicio de la adolescencia cuando la delgadez comienza a ser una exigencia social lo que genera problemas de salud mental que pueden agravar el problema de sobrepeso.

Otro elemento clave en el aumento de la obesidad en la localidad lo constituye la función de los medios de comunicación y las prácticas de comercialización que allí se desarrollan, las cuales promueven el consumo de alimentos hipercalóricos y poco nutritivos.

De esta manera, podemos observar que existe un desequilibrio entre el desarrollo tecnológico, la seguridad local y el acceso a alimentos saludables

que afecta a la población más joven generando sobrepeso y obesidad lo que a la vez puede degenerar en otro tipo de enfermedades crónicas. Algunos de los factores liberadores de esta tensión los componen los programas de promoción de actividad física del IDR, el programa de territorios saludables que promueve la prevención y promoción en salud capacitando a la población en relación a una alimentación sana y balanceada y la Ley 1355 de 2009 “Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención”(43).

6.2. Dimensión convivencia social y salud mental

6.2.1. Conducta suicida en la población adolescente: la desestimación de un problema. (Valoración: 4,3)

Dentro del Plan de Desarrollo Distrital de la “Bogotá Humana” el suicidio constituye un evento prioritario, por lo que se mantiene una meta distrital de reducir a 3.3 por cada 100.000 habitantes la tasa de suicidio, en coordinación con otros sectores del gobierno distrital al 2016. En la localidad de Fontibón para el 2014 se registraron dos casos de suicidio consumado, sin embargo, esta no es la única conducta suicida que existe, también hay casos de ideación, amenaza e intento de suicidio.

En la localidad de Fontibón para el 2014 se registraron 273 casos de ideación suicida 17 casos de amenaza suicida y 179 casos de intento de suicidio(44). A partir de las investigaciones llevadas a cabo por el Sistema de Vigilancia de la Conducta Suicida (SISVECOS), se ha logrado identificar que en los últimos años la edad en la se presentan las diversas conductas suicidas ha disminuido. Así, en 2009 el ciclo vital con mayor cantidad de casos correspondía a juventud, pero para 2014 la población más representativa fue la perteneciente al ciclo vital adolescencia con el 30.6% (N=144) de un total de 471 casos registrados, seguido del ciclo adultez con el 27.6%.

Los casos de conducta suicida han venido en aumento. En 2013, por ejemplo, se registraron 300 casos mientras que para 2014 se alcanzaron 471 lo que implica un aumento del 57%. En cuanto a la violencia intrafamiliar en 2013 se registraron 993 casos y en 2014, 1.314 lo que significa un aumento del 24.4%. Ambos eventos se encuentran íntimamente relacionados pues el segundo puede desencadenar al primero.

Desde el año 2011 el porcentaje de población en hacinamiento crítico ha aumentado de 0.7% a 1.7%, el porcentaje de personas pobres por NBI se ubicó en 2.9%, lo cual representa un leve incremento con respecto a 2011. Por su parte, la miseria por NBI pasó de 0% en 2011 a 0,1% en 2014. Además de esto, la EMB 2014 muestra que, en Fontibón, 16,9% de los hogares se

considera pobre, cifra que con relación a 2011 presenta un aumento de 2 puntos porcentuales(45).

Al realizar el análisis de la ideación suicida (conducta que más se presenta), por ciclo vital se encuentra que el ciclo vital adolescencia presenta la mayor cantidad de casos superando por un 19.8% al ciclo vital siguiente, adultez. Es preciso indicar que, aunque los suicidios consumados y los intentos de suicidio se den en su mayoría en etapas de vida más adultas, los niños de la localidad están cada vez más cercanos a cometer actos suicidas.

Ahora bien, la población perteneciente los ciclos vitales adolescencia e infancia (ignorando primera infancia 0-5 años) es de 82.721 lo que equivale al 22.3% de la población total de la localidad. Teniendo en cuenta que la población local está en una etapa de envejecimiento plena, el hecho de que los casos de conducta suicida se inicien a temprana edad significa que los problemas pueden agravarse a futuro o que por el contrario si se incide sobre dicha población, los eventos de interés de salud mental pueden disminuir en las etapas de ciclo subsiguientes.

Otro elemento a resaltar es la cantidad de casos de violencia intrafamiliar en los ciclos de infancia y adolescencia que tienen el mayor porcentaje para el 2014, 26% y 20% respectivamente lo que corresponde a 349 y 262 casos.

El suicidio y por ende la conducta suicida, constituyen un problema de salud pública. La pobreza, la pérdida de seres queridos, el desempleo, problemas en el ámbito laboral, rupturas de relaciones, el abuso de alcohol y estupefacientes, maltratos en la infancia, aislamiento social y determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, se encuentran entre las primeras causas y riesgos de este evento de salud.

Para el ciclo vital adolescencia se han identificado determinantes proximales relacionados con la exposición al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. De acuerdo al consolidado de indicadores realizado por la referente de políticas y programas de salud mental del Hospital Fontibón, el cual recopila la información recogida por el programa Territorios Saludables y el Hospital Fontibón E.S.E., el 95% de los adolescentes están expuestos de manera frecuente o permanente al consumo de alcohol, mientras que el 50% consume sustancias psicoactivas.

Por otra parte, en el ciclo vital infancia los trastornos en la conducta alimentaria asociados a negligencia y abandono afectan al 30% de la población intervenida. Así mismo, un 16% de la población perteneciente a este ciclo vital intercedida por los programas del hospital se encuentra bajo riesgo de salud mental con problemas asociados a separaciones familiares y violencia intrafamiliar.

Otro elemento a resaltar lo constituyen las exigencias educativas a las que tienen que responder los adolescentes e infantes, que, sin el apoyo familiar,

reciben resultados académicos poco satisfactorios que generan reprensiones poco pedagógicas de parte de los padres, lo que mantiene a los niños con temor y los incita a la conducta suicida.

Existe además una desestimación general de los problemas de salud mental. En nuestra sociedad, debido a implicaciones socioculturales la enfermedad mental no ha sido aceptada como una patología que puede llegar a causar la muerte de una persona. Esto ha influido sobre el cuidado de pacientes con problemas de salud mental, pues sus familiares y amigos, es decir las redes de apoyo directas, no aceptan que la situación por la que pasa el sujeto es una enfermedad y que esta puede degenerarse en problemas mayores. De la misma manera, la población diferencial, con discapacidades físicas y mentales, orientaciones sexuales no heteronormativas, víctima del conflicto armado y de etnias diferentes, son discriminadas por sus diferencias lo que aumenta los riesgos de salud.

Existe una presión sobre la población de la localidad que se vincula a determinantes estructurales relacionados con los hábitos de consumo que trae consigo la globalización, el sistema de salud que desestima la salud mental y unas condiciones laborales impuestas por el Estado (salarios y condiciones de contratación) que afectan la vida de las personas y de sus familias. Lo que, a la vez, deviene en determinantes intermediarios relacionados con el consumo de spa, la violencia intrafamiliar, el maltrato y desestimación de las personas en situaciones de riesgo de salud mental debido a la desestimación cultural de la misma, que afectan directa e indirectamente a la población más joven de la localidad lo cual genera un aumento en la cantidad de casos de conducta suicida y en especial en la ideación.

Teniendo esto en cuenta los factores liberadores encontrados corresponden a programas y leyes que rigen sobre la atención de los problemas de salud mental. Entre ellos encontramos:

- Proyecto 721: Proyecto de atención integral a personas con discapacidad, familias, cuidadores y cuidadoras - Cerrando Brechas el cual tiene como objetivo brindar atención integral a personas con discapacidad, sus familias y sus cuidadores y cuidadoras mediante centros de protección donde pueden alojarse personas con discapacidades mentales o físicas que han sido abandonadas. Además de esto brindan apoyo psicosocial, un proceso de inclusión social y acompañamiento para fortalecer vínculos familiares.
- Programa de Salud Mental Escolar el cual está orientado a la protección, promoción, prevención de factores que limitan el desarrollo y el bienestar mental y social de los niños, las niñas y los jóvenes de los colegios oficiales del Distrito, mediante dispositivos pedagógicos y comunicativos que buscan brindar alternativas individuales y colectivas para enfrentar situaciones familiares y académicas difíciles.

- Existen universidades que brindan atención psicológica a bajo costo, entre ellas se encuentra: Universidad Santo Tomas,

6.2.2. Salud Mental: fenómeno que ha permeado la salud pública en la localidad y está en aumento. (Valoración: 3,87)

La salud mental no es considerada como un derecho por lo que, dentro del plan de salud, no se incluye un acompañamiento completo a la situación de personas con problemas de salud mental. En la localidad es difícil conseguir un espacio que permita a las personas recibir un tratamiento terapéutico, pues los costos son altos o se requiere de movilizaciones que hacen que las personas pierdan interés en la continuidad del tratamiento. Además, estados de estrés, depresión, violencias, han llegado a convertirse en un problema para la salud pública debido a que los eventos asociados a salud mental no tenían relevancia, pues se consideraban de afectación menor(46).

Entre los determinantes estructurales es importante resaltar la poca inversión en recursos que se ha hecho desde el gobierno para tratar la salud mental como un problema de salud pública, esto conlleva a las entidades de salud, a no tratar debidamente la enfermedad generando serias complicaciones a las personas que pudieron haber sido tratadas bajo psiquiatría y acompañamiento.

La violencia de cualquier tipos es un factor generador de problemas en la salud mental, siendo ésta el resultado de una serie de condiciones desfavorables para la vida, el equilibrio y el bienestar, teniendo como principios la equidad, la participación social, la corresponsabilidad, la territorialidad, la promoción del desarrollo humano y la integralidad.

Es importante entender que, entre la salud mental y la salud pública, los modos de vidas se convierten en agentes integradores, que se dan en función de los paradigmas sociales y económicos. Así, en relación con la salud mental los modos de vida suponen mediaciones psicológicas que se asocian directa o indirectamente con perfiles protectores o destructivos de salud. Se debe preservar la salud mental evitando que ésta se convierta en una enfermedad y se requiere de compromiso del gobierno desde el Ministerio de Protección social para que se fortalezca la política y se dé mayor atención a los problemas que afectan la salud mental de las personas.

El deterioro de la salud mental da respuesta a los problemas sociales que se viven en Bogotá, la inseguridad, la intolerancia, las riñas son consecuencia de la afectación a la salud mental, tema que para los entes encargados de velar por la salud no ha sido de relevancia y genera grandes costos para los ciudadanos. Las personas huyen de la realidad refugiándose en redes sociales, teléfonos inteligentes, sexo o adicciones como al trabajo, que los aísla en

placeres efímeros pero que luego los hunde en la más profunda depresión o los distrae de la misma.

Los estados de estrés crónico, la agresividad, la angustia, la falta de recursos o soportes emocionales terminan en enfermedades mentales sin reversa y de no ser tratados a tiempo, las consecuencias pueden ser fatales afectando no sólo a un núcleo familiar sino a una sociedad que refleja la profunda desigualdad e iniquidad en la que se vive.

Según la Secretaría Distrital de Salud (SDS), en el 2013 se atendieron en su red pública de hospitales solo a 7.729 personas y realizó 32.634 atenciones en una ciudad de 7'800.000 habitantes, datos que evidencian un subregistro que no ayuda a salir de la crisis. Muchos enfermos están ocultos en otros diagnósticos. Hay sociópatas en las calles, hay hombres y mujeres con trastornos sin tratar. Si la salud mental se empieza a considerar como un problema de salud pública habrá un verdadero proceso para identificar todos los casos.

La red solo cuenta con un total de 197 camas para la atención de pacientes con enfermedades mentales. "El déficit sería de 37.41 camas", dicen funcionarios de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Capacidad Instalada y Producción, pero los directores de hospitales y los trabajadores de la salud saben que son muchas más las camas que se necesitan, así como los especialistas en psiquiatría, psicología y salud ocupacional para atender la demanda.

Muchas de las enfermedades mentales no han sido detectadas, no han pedido ayuda o en la primera consulta tienen un diagnóstico errado de médicos que desconocen por completo los síntomas, porque no están especializados en la salud mental, como es el típico caso de la esquizofrenia, que llega a superar otras dolencias de la salud, pero el estigma no permita que se hable de la enfermedad, por tanto, se oculta, se calla y termina por no ser visibilizada.

Las situaciones de riesgo no son atendidas a tiempo, en las mujeres, factores como la codependencia, la violencia intrafamiliar, el divorcio o los problemas económicos pueden terminar en episodios de depresión que desembocan en situaciones lesivas. Así, cada población tiene alertas que de ser controladas minimizarían los casos de enfermedad mental y evitarían que lleguen a la red de salud en su último nivel de gravedad.

Las barreras de acceso continúan en los dos regímenes contributivo y subsidiado. Si la persona no está al borde del suicidio no la atienden, las citas con psicología son difíciles y duran poco tiempo.

Existe el Decreto Distrital 691 de 2011 con el cual la Secretaria Distrital de Salud y otros sectores del Distrito realizan programas, estrategias y acciones en relación a: Promoción, prevención, superación (tratamiento), mitigación y

fortalecimiento institucional en concordancia con la ley 1566 de Ley Atención Integral al consumo de sustancias psicoactivas.

6.3. Dimensión salud ambiental.

6.3.1. Industria, aviones, comercio y transporte urbano: problemas de ruido en la localidad. (Valoración: 3,39)

Permeada por la expansión desorganizada de la ciudad, Fontibón fue absorbida alrededor del año 1954, dejando de ser un municipio. En los siguientes años la localidad comenzaría a desarrollarse de manera desigual, lo que sumado a la influencia del ferrocarril y la expansión industrial promovida por el ex presidente Alfonso López Pumarejo generarían en el territorio una combinación de usos del suelo de tipo industrial, residencial y comercial a la cual en el futuro próximo se le sumarían las terminales de transporte aéreo y terrestre.

A medida que ha pasado el tiempo la localidad ha continuado expandiéndose tanto a nivel industrial como residencial y comercial, además de ello, la localidad se convirtió en una de las más importantes puertas de entrada a la ciudad debido a la presencia de la Zona Franca y la Terminal de Transportes de Bogotá lo cual ha fomentado la construcción de una infraestructura vial de alto flujo (Av. Ciudad de Cali, Av. La Esperanza, Av. Calle 26, Av. Calle 13, Av. Kr 68, entre otras), esto, sumado al Aeropuerto Internacional El Dorado, genera una constante contaminación auditiva que afecta la salud de los pobladores de la localidad.

Todos estos elementos se expresan en la prevalencia de hipoacusia medida desde el programa de vigilancia sanitaria del Hospital Fontibón E.S.E., la cual para 2014 llegó al 58.6% cuando hace 11 años se encontraba en 35.6%, lo que expresa la cronicidad del problema y el aumento en la gravedad del mismo.

La hipoacusia es inducida por una exposición crónica a ruidos de no tan alta intensidad, pero que con el tiempo terminan degenerando la capacidad auditiva. Viene acompañada de sensaciones de mareo o pérdida del equilibrio, ruidos o zumbidos y sensaciones de presión en el oído. Además de esto, la dificultad para escuchar genera problemas a nivel social y de salud mental debido a que la comunicación interpersonal se dificulta, lo que genera aislamiento para evitar situaciones o encuentros sociales y este a su vez genera estados depresivos.

De acuerdo al *“Boletín informativo del sistema de vigilancia epidemiológica, ambiental y sanitaria del impacto del ruido en la salud de los bogotanos: Fontibón Escucha”*(47) en la Encuesta de Discapacidad realizada por el DANE en 2007 la principal causa de discapacidad de la población de la localidad era

la discapacidad auditiva afectando principalmente al ciclo vital adulto mayor y adultez. Esto constituye una evidencia de que no sólo la edad deteriora el oído de las personas, pues en el ciclo vital adultez también se han identificado casos lo que significa que la constante exposición a ruido proveniente de las fuentes mencionadas anteriormente, influye sobre la degeneración de la capacidad auditiva desde edades más tempranas.

La ubicación de las residencias de las personas también constituye un determinante de la salud, en este caso intermediario, pues tiene que ver con la influencia de la capacidad adquisitiva de la población sobre la selección del lugar de residencia. Lo cual significa que una persona con un mayor poder adquisitivo puede elegir si reside en una zona con grandes problemas de contaminación auditiva o si por el contrario elije alejarse de ellos.

De acuerdo al Sistema de vigilancia ambiental y sanitaria del Hospital Fontibón E.S.E., en las UPZ 75 Fontibón centro y 115 Capellanía las emisiones de ruido se encuentran entre 66,6 y 80,8 dB (decibeles), superando el límite reglamentario para zona residencial de 65dB. Son muy pocas las zonas de la localidad que logran tener niveles de ruido que se encuentren dentro de lo reglamentado, esto se debe al alto flujo vehicular por vías principales y secundarias. Sin embargo, al comparar los niveles de ruido en el día y en la noche se puede afirmar que las zonas residenciales que se ubican en las cercanías a zonas no construidas, parques y humedales obtienen un descenso de entre 10 y 5 dB. Este es el caso de la Ciudadela La Felicidad y de ciertas partes de Ciudad Salitre en donde el flujo vehicular disminuye considerablemente ambos sectores de estrato medio alto.

Los problemas de ruido en la localidad no solo generan complicaciones auditivas, también afectan el sueño y la falta de atención de la población, lo cual afecta la productividad. En 2014 se encontró que la prevalencia de alteración del sueño de los pobladores de la localidad alcanzo el 61.1% siendo la más alta de la ciudad, de la misma manera, la prevalencia de somnolencia diurna, que indica un inadecuado descanso nocturno, se encuentra en 17,5% (la tercera más alta de la ciudad), ambos indicadores permiten observar como los problemas de ruido son una constante tanto diurna como nocturna sobre la salud de la población.

De esta manera se puede identificar que en la localidad existe una tensión en salud generada por el ambiente construido (vías, aeropuerto, industria y comercio) y las disposiciones políticas y administrativas que han permitido que se combinen diversos usos del suelo en un mismo territorio. Lo que afecta la salud de la población y genera problemas de salud mental y productividad. El principal ciclo vital afectado es el de vejez y las UPZ donde la problemática es más crítica son la UPZ 75 y la UPZ 115.

Ahora bien, existen programas y circunstancias que se han convertido en liberadores de la tensión es decir aquellas situaciones presentes en el territorio

que contribuyen a restablecer los equilibrios o mitigar los efectos de la situación.

El primero de ellos lo constituye el Programa de Vigilancia Ambiental del Hospital Fontibón E.S.E. el cual permite conseguir la información necesaria para la toma de decisiones en torno a la problemática además de realizar visitas a establecimientos que han sido denunciados por sus emisiones de ruido, buscando hacer respetar las normas que rigen sobre la emisión de ruido.

Otro de los elementos liberadores lo constituye precisamente la reglamentación del aeropuerto, el tránsito aéreo y los programas para insonorizar las viviendas cercanas al aeropuerto, además de la construcción de barreras que disminuyen la emisión de ruido desde las pistas de salida y aterrizaje de aviones. Además de esto también existen normas que rigen sobre el tránsito automovilístico y protección y conservación de la audición de la salud y el bienestar de las personas. Entre ellas encontramos:

- Resolución 8321 de 1983 “Por la cual se dictan normas sobre protección y conservación de la audición de la salud y el bienestar de las personas, por causa de la producción y emisión de ruidos”. Esta resolución constituye la reglamentación básica sobre las emisiones de ruido estableciendo las definiciones generales, los métodos de medición, las distancias entre construcciones residenciales y aeropuertos, la exigencia de permisos para la emisión de ruido de manera especial (parlantes, amplificadores de sonido, sirenas, etc.).
- Resolución 0832 de 2000 “Por medio de la cual se adopta el sistema de clasificación empresarial, por el impacto sonoro sobre el componente atmosférico denominado unidades de contaminación por ruido, UCR para la jurisdicción del DAMA” Esta resolución permite que el DAMA (Departamento Técnico administrativo del Medio Ambiente) adopte medidas eficaces para impedir la degradación del ambiente aun en ausencia de certeza científica sobre las dimensiones del daño.

Por otra parte, existen factores reforzadores es decir, aquellos factores que contribuyen a agravar la situación entre los cuales se encuentra la presencia del aeropuerto, el tránsito de tráfico pesado debido a que la localidad es una puerta de entrada y salida de la ciudad, el desconocimiento de la población frente a los sistemas de denuncia de emisiones de ruido y el desconocimiento de la población en relación a la disminución de la capacidad auditiva por elementos como audífonos, manejar con la ventana abierta y residir en zonas con alta contaminación auditiva.

6.4. Dimensión salud y ámbito laboral

6.4.1. Accidentalidad laboral: Fontibón localidad de industria y comercio. (Valoración: 3,2)

La localidad de Fontibón registró una tasa de ocupación de 59.4%, es decir, aproximadamente 182 mil ocupados a 2014 de los cuales el 26% realiza actividades de comercio, seguido de 24.2% que labora en el sector servicio y 14.1% ejercen actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler. En cuanto a la forma de inserción al mercado laboral predomina el empleado de empresa particular siendo el 60.8%, el 28.2% trabaja como independiente o por cuenta propia y el 6.6% labora en el sector del gobierno(45).

Respecto al trabajo informal, 35.2% de los ocupados se encuentran en la informalidad, así, durante el 2014 se identificaron 769 UTIs de las cuales el 14% corresponde a uso compartido. Para el mismo periodo se investigaron 159 accidentes de trabajo, dentro de estos las ocupaciones más relevantes fueron: cocineros y afines con 48 unidades sensibilizadas, seguida de vendedores fijos con 42 unidades y peluqueros con 23 unidades.

Por ofrecer una oferta laboral amplia debido a sus dinámicas productivas, la localidad se encuentra frente al riesgo de la accidentalidad laboral, que se hace aún más presente cuando la persona es un trabajador informal que no cuenta con afiliación a Riesgos Profesionales Laborales y en algunos de los casos, a una EPS.

Los riesgos más asociados a los accidentes investigados fueron de seguridad en un 73.5% (117) y físicos en un 25.1% (40). Estos eventos responden a las dinámicas económicas y urbanísticas de la localidad, las cuales permiten la conjunción de diversas actividades económicas en un mismo territorio. Por otra parte, en la gran mayoría de UPZ muchos de los hogares han convertido parte de sus casas en puestos de trabajo semi-improvisados (en tanto que la construcción no está destinada para el comercio o un puesto de expendio de comidas, pero se transforma para tal uso), generando plazas de trabajo informal, fenómeno que está en aumento debido a la llegada de nuevas empresas e industrias en especial en la UPZ 114 (Modelia), 112 (Granjas de Techo) y 75 (Fontibón Centro), cuyas áreas industriales y de comercio están en crecimiento, en esta informalidad no se suele pagar seguridad social, ya que quien lo asume es el mismo trabajador independiente y estas labores informales no generan un ingreso que permita cubrir estos gastos.

En la adultez el trabajo se presenta desde la informalidad entendida ésta como el desarrollo de actividades por su cuenta o en forma asalariada, pero se encuentran fuera del marco legal y jurídico del país. Las desventajas que tienen los trabajadores en esta situación es que tienen un menor sueldo a lo establecido por la normativa vigente, no obtienen beneficios sociales como

cobertura de salud para ellos y sus familias, seguros ante accidentes de trabajo, aportes jubilatorios o de retiros, entre otros(48).

La informalidad existe básicamente por la incapacidad del sector formal de generar suficientes empleos. La mayor parte de las personas que pertenecen al sector informal poseen un grado de escolaridad bastante bajo, el cual no supera la educación básica secundaria, lo que se convierte en una desventaja para ellos, ya que disminuyen las probabilidades de emplearse en el sector formal. La gran mayoría de los trabajadores en situación irregular son personas con escasos recursos, niveles de estudio bajos, por tanto, no tienen la posibilidad de obtener otro tipo de empleo. Cuando hay altos niveles de desocupación, las personas se ven presionadas a trabajar bajo condiciones precarias, inseguras y con bajo salario.

La accidentalidad laboral se ve reforzada por la informalidad, no sólo afectando la salud de la población, sino su calidad de vida, debido a que sus recursos económicos se reducen y su seguridad social también. Esta informalidad aumenta por la escasez laboral, la falta de interés por capacitarse o desarrollar habilidades específicas para laborar, falta de infraestructura educativa en la localidad. Sin embargo, es importante resaltar que la localidad es una plaza amplia de mercado laboral y que algunas empresas dentro de su responsabilidad social, procuran generar empleo a la localidad, de tal forma que se contribuya al desarrollo económico del territorio, así mismo el gobierno con programas como “primer empleo” permiten la inserción de jóvenes al mundo laboral.

En la localidad de Fontibón durante el año 2014 se abordaron 109 trabajadores notificados por posible enfermedad laboral, de los cuales 76 que corresponde al 69.7% fueron clasificados por el subsistema como probables, posterior a la valoración física y a la correlación con las condiciones de trabajo(49).

Al igual que en la mayoría de localidades las mujeres fue el sexo que predominó con un 75% (57), en comparación con los hombres quienes presentaron un 25% (19) de percepción de morbilidad calificada por el equipo SIVISTRA como probable (asociada con el trabajo).

Las ocupaciones que mayor frecuencia presentan durante el 2014 son peluqueros con 31.5% (24) y comercio en puesto fijo 22% (17), se reconoce el sesgo que existe en el abordaje de los trabajadores, tanto por búsqueda activa como los reportados por el equipo de laboral, sin embargo, se destaca que tanto el comercio como los salones de belleza son economías importantes dentro de la localidad que son receptoras a las actividades de salud pública del distrito.

La patología más frecuente en la localidad fue la tenosinovitis de quervain con un 21% (16), distribuido para mujeres en un 20% (12) y para hombres en un 21% (4), se asocia a la realización de movimientos repetitivos con prensas y pinzas finas como estilistas (manicure), artesanos, vendedores de alimentos

(desgranar); las lesiones de hombro con un 17% (13) y los lumbagos con un 8% (6) fueron patologías importantes en la caracterización de las condiciones de salud de los trabajadores de la localidad.

Estos dos últimos diagnósticos se asocian al levantamiento de cargas sin una técnica adecuada (comercio) y a la aplicación de fuerza con herramientas pesadas en ocasiones acompañada con repetitividad (peluqueros / cepillar el cabello / uso de secador) que generan lesiones a nivel de tejidos blandos que sin una intervención adecuada pueden a futuro complicar el cuadro comprometiendo las estructuras óseas y nerviosas(49).

Los resultados que se obtienen para la localidad de Fontibón, señalan que las ocupaciones que manifestaron presentar algún tipo de daño auditivo son las de Oficiales y operarios de la construcción y operarios de la metalurgia y afines 4% (1 trabajador), cocineros y afines y artesanos con el 18% (4 trabajadores) cada uno; las actividades clasificadas en otras representan el 9%, y aquellos que se ocupan como vendedores ambulantes, vendedores de puestos fijos, vendedores de puestos de mercado son el 36%, con 8 trabajadores(49).

En lo relacionado con el déficit auditivo dado por exposición a ruido se encuentra que el 50% (11), se registran con diagnóstico confirmado en donde las ocupaciones que prevalecen son Oficiales y operarios de la construcción, operarios de la metalurgia y afines. Sin embargo, dados los resultados, se encuentra que actividades como Cocineros y afines, panaderos, pasteleros, confiteros y vendedores, reportan casos de trabajadores con Hipoacusia Inducida por ruido, resultados que no se relacionan con la actividad económica actual del trabajador o por que fue adquirida en otra actividad de tipo recreativa (tejo). El género en el que se ve mayor afectación es el de Hombre, dado a que son ellos quienes se ocupan de las actividades anteriormente descritas de construcción o metalurgia(49).

La informalidad se convierte entonces en un factor fundamental para la accidentalidad laboral y la salud pública de la localidad, que no sólo afecta a la población a nivel de salud, sino que tiene implicaciones económicas ya que sus ingresos limitan sus accesos, por tanto, su calidad de vida y socialmente la persona se ve afectada por no tener acceso a un trabajo digno que le permita desarrollarse integralmente.

6.5. Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles

6.5.1 Condiciones crónicas: estilos de vida y corresponsabilidad. (Valoración: 3)

Se llama enfermedad crónica a toda alteración de larga duración, de progresión lenta, al decir crónica se refiere al tiempo de evolución, pero no a su gravedad,

son enfermedades de alta prevalencia, representan la causa de defunción más alta en el mundo, pues acaparan un 63% del número total de muertes anuales, estas son generalmente la consecuencia de varios factores ambientales que interactúan con un perfil genético vulnerable. Son enfermedades de alto costo, las cuales cada vez representan un mayor porcentaje en las economías no solo de países desarrollados sino también de países con bajos ingresos.

La mayoría de las enfermedades crónicas se relacionan con determinantes proximales como lo son los estilos de vida y con el envejecimiento de la población, por lo anterior, es necesario que la sociedad y las organizaciones políticas promuevan iniciativas en pro de una vida saludable, orientadas a restringir las dietas no adecuadas, la poca actividad física, el consumo del tabaco, consumo nocivo del alcohol y proporcionar una cobertura sanitaria universal.

Para la localidad de Fontibón el comportamiento en cuanto a la morbilidad de estas enfermedades crónicas durante el año 2012 fue en su orden: Hipertensión esencial, Obesidad e Hiperlipidemia mixta con prevalencias del 7,8%, 4,3% y 3,3% respectivamente. Así las cosas, las condiciones crónicas prevalentes en el mismo año ocuparon las 3 primeras causas de mortalidad, estas fueron en su orden: enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades crónicas de las vías respiratorias y enfermedades cerebrovasculares, con tasas de 52,3, 25,2 y 23,7 muertes por cada 100.000 habitantes respectivamente.

Este tipo de condiciones afectan a ambos sexos por igual, es decir realizando el análisis de la mortalidad por sexo para ambos estas causas se encuentran dentro de las 3 primeras; en cuanto a la afectación por edad se evidencia que a partir de los 45 años y hasta los 59 la enfermedad isquémica del corazón es la primera causa de muerte con una tasa de 48 por cada 100.000 habitantes, las enfermedades cerebrovasculares ocupan el 3 lugar de mortalidad (16 defunciones por cada 100.000 habitantes); en este rango de edad aparece el tumor maligno de estómago en la segunda causa de mortalidad (tasa de 17.6 por cada 100.000 habitantes) el cual se suma al colectivo de las enfermedades denominadas crónicas no transmisibles. A partir de los 60 años el comportamiento de las 3 primeras causas de mortalidad es idéntica al perfil de mortalidad general indicado anteriormente.

Dentro de la estructura de causas de morbimortalidad en la población de Fontibón 2014, las enfermedades cardiovasculares incluidas la hipertensión, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, ocupan los primeros lugares, De un total de 177.059 atenciones en el año 2014 en el hospital Fontibón, las enfermedades de tipo crónico y en especial la Hipertensión Esencial se presentan como las primeras causas de atención afectando al 15,4% de la población atendida, situación que también se relaciona con el tipo de población atendida al ser esta en su mayoría adulta (40,9%).

Con la implementación de la estrategia de Valoración de Condiciones Crónicas desde el 2013, se ha podido realizar detección de factores de riesgo para enfermedades crónicas en los diferentes espacios públicos además de realizar promoción de hábitos saludables la población mayor de 15 años.

Durante el periodo mayo – Diciembre se valoraron 1.680 personas de las cuales el 8% presenta riesgo cardiovascular, el 29% tiene riesgo de diabetes, el 9% consumen alcohol y el 9% fuman. Por otro lado, se han encontrado hábitos saludables como que el 72% Consumen frutas y verduras y el 47% realizan actividad física. En el 2014 se realizó un total de 103 jornadas.

Mediante la continuidad de esta estrategia se busca contribuir a disminuir la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas en menores de 70 años en la localidad, la cual a julio de 2014 está en 9,7 por 100.000 menores de 70 años, conservando la tendencia de los últimos años, según DANE-RUAF-ND.

6.6. Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles.

6.6.1. Enfermedad Respiratoria Aguda: mal que aqueja a los habitantes de Fontibón debido a condiciones ambientales, viales y de infraestructura del territorio. (Valoración: 2,8)

La enfermedad respiratoria aguda (ERA) es un conjunto de morbilidades que afectan el sistema respiratorio, siendo causa muy frecuente de morbilidad y mortalidad en los niños y niñas menores de 5 años, en especial por infección respiratoria aguda (IRA).

Las condiciones ambientales de la localidad se ven afectadas por la infraestructura industrial y vial del territorio, estos elementos sumados al alto flujo de personas en las zonas comerciales de la localidad (en especial la UPZ 75) propician la trasmisión de enfermedades por vía aérea. De esta manera, en 2014 dentro de las primeras 10 causas de atención en el servicio de hospitalización del Hospital Fontibón E.S.E se encuentra en el sexto y séptimo lugar Neumonía bacteriana (3.%) y Neumonía no especificada (2.6%) y en el noveno lugar Bronquiolitis aguda (1.8%). Cabe resaltar que en las urgencias pediátricas la Bronquiolitis aguda constituye la primera causa de consulta siendo el 12%. Por otra parte, la prevalencia de sibilancias en menores de 5 años debido a PM10 es del 17.6% y la prevalencia en adultos mayores de 60 años es de 9.8%.

En Fontibón durante el año 2014 se presentó un caso de mortalidad por neumonía en un menor de 16 meses, de sexo masculino, vivía en la UPZ 77 (régimen afiliación contributivo), la tasa de neumonía para el año 2014 fue de 22.3 en la UPZ 77 y para la localidad de Fontibón de 3.9 casos por cada 100,000 niños menores de 5 años en la localidad.

Al SIVIGILA se reportaron 40 casos de ERA durante el 2014, de los cuales 8 correspondieron a IRAG Inusitada y 2 resultaron en la defunción del enfermo.

Para la notificación de este evento a SIVIGILA se tiene en cuenta la definición operativa de mortalidad por IRA en menores de 5 años como “Toda persona menor de cinco años que fallezca a causa básica, directa o relacionada de infección respiratoria aguda (IRAG)”.

Con relación a las enfermedades causadas por micro bacterias se registraron 38 casos de Tuberculosis de los cuales 28 correspondieron a Tuberculosis Pulmonar, de estos últimos 3 fueron casos de Tuberculosis fármaco resistente y uno de ellos término en la muerte del paciente. Por el contrario, no se registraron casos de lepra en la localidad. Del total de los casos 11 presentaron coinfección TB/ VIH y 14 se clasificaron como asociación desconocida.

Se encontró que el 61.5% de los casos registrados se correspondió a personas residentes en la UPZ 75, el 15.4% a la UPZ 76 y el 10.3% a la UPZ 114, siendo estas las zonas con más casos registrados.

Para el mes de diciembre de 2014 se realizaron 77.325 consultas externas por todas las causas y consultas por IRA, que corresponde un 12.2% de las consultas por todas las causas, lo que evidencia que es un evento de baja incidencia en la localidad frente a las consultas, pero con gran impacto debido a la gravedad y morbimortalidad que se puede presentar.

Dentro de las causas básicas de atención en las salas ERA de la localidad acumuladas al mes de diciembre, se han atendido 100 casos de bronquiolitis y episodios bronco obstructivo el cual presenta mayor prevalencia en la atención en sala ERA, seguido del resfriado común con 46 casos. Lo que se evidencia que se debe mejorar la educación e identificación de signos de alerta, para disminuir las complicaciones e inadecuado manejo del resfriado común y mejorar la complejidad de atención en las misma, pero sin restar la importancia de todas las patologías y sintomatologías tratadas en las salas ERA y la complejidad de las mismas.

Por lo anterior, para el año 2014 se atendieron 200 menores, el 79% que de los menores que se atendieron en las salas ERA, presentó resolución en la misma, evidenciando la importancia de estas salas en este tipo de población y en el manejo básico de las ERA, para los eventos respiratorios y la estabilidad del estado de salud de los menores en la localidad.

En general es importante reforzar la educación y prevención en todos los grupos poblacionales para prevenir y minimizar el impacto de las infecciones respiratorias agudas, además se debe incrementar las medidas básicas como lavado de manos, aseo y desinfección, vacunación, identificación de signos de alerta, manejos básicos en casa (lavados nasales, adecuada alimentación), para evitar este tipo de evento y minimizar complicaciones, además de un manejo básico en las salas ERA para que se resuelva de manera oportuna las

complicaciones en los menores de 5 años con el fin de evitar también complicaciones en este grupo a riesgo, porque no presentan esquemas de vacunación completos.

6.7. Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles

6.7.1. Salud oral: Malos hábitos de higiene afectan considerablemente la salud pública en la localidad de Fontibón (Valoración: 2,7)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) habla de la salud bucal como un elemento esencial de la salud general y del bienestar, que impacta significativamente en la calidad de vida.

Las enfermedades que afectan la salud oral en Colombia son variadas y numerosas, pero sobresalen las siguientes, no solo por su frecuencia sino por su impacto en la salud general: la caries dental, y la gingivitis son enfermedades que tanto en Colombia como en el mundo siguen siendo las de mayor presencia en toda la población, desde las edades más tempranas hasta las edades adultas. Producen la pérdida de dientes, afectan funciones como la masticación, los procesos digestivos, el habla y la interacción social.

La fluorosis dental (dientes moteados) también afecta los tejidos de los dientes presentándose en gran número de jóvenes este evento se ha venido incrementado.

Las Anomalías congénitas (como labio y/o paladar fisurados), lesiones infecciones (candidiasis, herpes labial, etc), hiperplasias por prótesis, cáncer en boca y lesiones pre malignas (leucoplasia, eritroplasia, queratosis actínica, lesiones palatinas de los fumadores invertidos) entre otras muchas lesiones, también se presentan en otros tejidos como labios, lengua, paladar, parte interna de las mejillas, piso de boca, aunque en mucha menor frecuencia.

Dentro de los factores de riesgo los cuales se ven afectados por determinantes sociales de salud se encuentra:

Riesgos específicos como cambios en el pH de la saliva por acumulación inadecuada de placa bacteriana, inadecuados hábitos de higiene, uso de elementos y sustancias nocivas, consumo de tabaco, consumo excesivo de alcohol. También hay relación con fluctuaciones hormonales, uso de otras sustancias e incluso uso de medicamentos, vulnerabilidad individual por presencia de enfermedades generales, como enfermedades congénitas, enfermedades crónicas (diabetes, cáncer, cardíacas), diversos síndromes (Trisomía XXI, Sjögren, y otros), VIH/Sida,

Determinantes sociales como la educación, la vinculación laboral, la pobreza, la distribución, capacidad y disponibilidad de servicios socio-sanitarios, el curso de vida, las condiciones y costumbres afectan las condiciones, modos y estilos de vida para que las personas puedan contar con el conocimiento y la

disponibilidad de medios para realizar sus prácticas de consumo de alimentos, de elementos de higiene, y acceso a servicios de salud entre otros, para el cuidado de su salud bucal en todos sus espacios de vida.

Durante los años 2013 y 2014 La caries de dentina y la gingivitis aguda y crónica fueron las causas de atención en salud oral de mayor frecuencia en el hospital Fontibón. En el análisis en 2013 de los tres grupos de patologías de mayor frecuencia, se encontró el 71,7%, la que se presenta en mayor proporción (55,1%) es la caries de dentina. Para el 2014 al análisis el 42,7% corresponde a los tres grupos de patologías de mayor frecuencia caries de la dentina (19,5%), Gingivitis crónica (14,4), depósitos (acreciones) en los dientes (8,8%).

Estas patologías para los dos años se podrían asociar con una mala higiene oral, y la excesiva ingesta de alimentos ricos en azúcar y carbohidratos; el evento que se presenta en mayor proporción es la caries de dentina, lo cual indica una progresión de las lesiones cariosas desde los primeros años de vida. Estos hallazgos son una evidencia importante para soportar estrategias de demanda inducida a las acciones de detección temprana y protección específica que permitan disminuir las proporciones de caries dentina. Lo anterior sugiere la necesidad de implementar un modelo de atención en la práctica odontológica que permita el abordaje del paciente a partir de edades tempranas, involucrando los diferentes actores que intervienen en la salud oral de población infantil y adolescentes la cual repercutirá de forma directa en un futuro en la salud oral de la población adulta.

La mayoría de las patologías se presentan durante las etapas de adulto e infancia respectivamente, con mayor frecuencia en la adultez (etapa productiva de ser humano).

Durante el 2013 los eventos de salud bucal se presentaron en mayor proporción en el sexo femenino (62,7%), y del masculino (37,3 %), Para todos los grupos de eventos en salud bucal es mayor la atención en mujeres que en hombres. Dentro de las posibles causas se encuentra el miedo y la ansiedad en el sexo masculino los cuales son señalados por muchos pacientes como un motivo para no acudir de forma regular al odontólogo, esta circunstancia dificulta la atención odontológica de un gran número de pacientes, e incluso puede llegar a impedir el tratamiento dental de algunos individuos. En el sexo femenino una posible causa de mayor atención es la vanidad y autocuidado.

6.8. Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.

6.8.1 Embarazo en adolescentes: ¿Comunicación, prevención, descuido, o decisión? (Valoración: 2,7)

En la localidad para el año 2014 el indicador de embarazos en adolescentes de 10 a 14 años presentó 9 casos y la base local para el 2013 reportó 16 embarazos. Para el indicador de embarazos de 15 a 19 años se presentaron en el 2014 515 embarazos siendo la línea base local para 2013, 535 embarazos. Esto indica que hubo un aumento significativo entre el 2013 y 2014, sin embargo, los embarazos en adolescentes de 10 a 14 años está en el marco de la cero tolerancia y se espera reducir los embarazos en adolescentes de 15 a 19 años en un 30% .

Al indagar por las causas de los embarazos a temprana edad se evidencia que un 32% de las jóvenes que han ido a Profamilia no utilizan ningún método anticonceptivo, solo un 26% utiliza condón. Métodos tradicionales como el ritmo y el coito interrumpido siguen teniendo mucha acogida entre los muchachos, que dependen más de la suerte que de la verdadera eficacia de estos métodos. Alrededor de los anticonceptivos hormonales siguen existiendo falsas creencias y mitos que impiden un uso regular de la píldora(50).

El embarazo en una adolescente tiene varias implicaciones a nivel de salud, afrontan más riesgos que aquellas mujeres que tienen hijos después de los veinte. Hemorragias, anemia, hipertensión, aborto y nacimiento prematuro son algunos de los riesgos a los que están expuestas las madres adolescentes. Para los bebés el panorama no es mejor. Los hijos de madres muy jóvenes tienen más riesgos de ser prematuros, y el riesgo de muerte antes de los cinco años aumenta en un 28% frente a los hijos de mujeres entre los 20 y los 29 años, pueden sufrir malformaciones congénitas, bajo peso al nacer, falta de orientación en la crianza y en algunos casos cuando no se desean, pueden tener trastornos emocionales, al igual que la madre(50).

A nivel social surgen preocupaciones frente a una maternidad temprana debido a que son diversas las causas por las que las adolescentes, deciden llevar su vida sexual y reproductiva, sin condición. En este punto se ve reflejada la cultura que desde la infancia las prepara para ser madre, caso de la comunidad indígena y afro, en este caso no sólo estamos frente al hecho de una maternidad temprana sino al tratamiento que se da, ya que se practica la medicina propia impidiendo hacer los controles prenatales y aumentando el riesgo de cualquier complicación tanto para la madre como para el bebé.

Por otro lado, el proyecto de vida que muchas adolescentes tienen, es ser madres, esto se da en respuesta a situaciones familiares que reprimen a las adolescentes, generando en ellas un deseo de libertad y responsabilidad, al que creen dar respuesta siendo madres, pero del cual están desorientadas.

Otro determinante que da respuesta a los embarazos en adolescentes es la falta de comunicación de las familias, debido a que la sexualidad para los padres sigue siendo un tabú y aún lo miran como un tema aislado, pero los y las adolescentes tienen mucha información, que debe ser procesada de la mejor manera, puesto que deben poner en práctica una sexualidad responsable y libre, los padres en este caso, deben ser orientadores y no jueces. Acompañar a los y las adolescentes en el inicio de la sexualidad puede ser incómodo para las partes, pero se logra el equilibrio cuando se da un ambiente de confianza, respeto y comprensión desde que son pequeños/as, valores que hoy en día por las familias desestructuradas y las múltiples ocupaciones de los padres, se han perdido. La influencia familiar es fundamental en la determinación del comportamiento sexual de sus miembros y sobre todo de los más jóvenes. A través de la comunicación familiar se transmiten valores, concepciones, acciones y comportamientos sobre sexualidad

La educación sexual no debe remitirse a la enseñanza de los órganos del aparato reproductor, sino que debe ser más una cátedra de vida y de diálogo entre generaciones, visiones y opciones, es una tarea que corresponde tanto a los adultos como a los jóvenes mismos, y por qué no, a los niños que encarnan las futuras generaciones(50).

Desde el punto de vista físico una mujer desde los 9 años puede quedar embarazada pero físicamente y mentalmente no está preparada, generalmente en este rango de edad el compañero es mínimo dos años mayor que ellas y ejerce presión para el inicio de la vida sexual.

Entre los determinantes que afectan la problemática prevalece la presión de los amigos y la curiosidad de lo que puede pasar, la influencia de los medios de comunicación donde los niños, niñas y adolescentes no saben cómo o no pueden distinguir entre lo que es bueno en los medios y lo que es dañino, tomando muchas veces la información inadecuada, también refiere la falta de comunicación entre padres e hijos, la inestabilidad del hogar, el huir de muchas situaciones que viven dentro del hogar, inestabilidad emocional y económica, ser víctimas de violencia, situaciones que hacen que esta población muchas veces terminen en la búsqueda de un embarazo como una salida a esta realidad.

Es necesario que se refuerce en las instituciones educativas la educación sexual y reproductiva no sólo a los y las adolescentes, sino a los padres quienes son las personas que desde pequeños orientan a sus hijos generando un ambiente de amor, confianza, respeto y comprensión, sólo así pueden garantizar que en la adolescencia haya una comunicación asertiva, que conlleve a un embarazo planeado y a tiempo.

También hay que llegar a los y las adolescentes desescolarizados pues son ellos quien tiene mayor riesgo de asumir un embarazo a temprana edad, es

importante que desde la Secretaria de Integración Social se planteen programas que lleguen a esta población, que, por ser desescolarizada, tiene un panorama en el que se aprende por experiencia, error y sin orientación.

6.9. Dimensión salud pública en emergencias y desastres.

6.9.1. Desastres: el riesgo permanente de la localidad. (Valoración: 2,2)

Las UPZ cuya clasificación es predominantemente industrial son (UPZ 76, 77, 115 y 112, cuatro de las ocho UPZ de la localidad. Por otra parte, las UPZ 114, y 110 corresponden a residencial cualificado, mientras que la 75 es centralidad urbana y la 117 es dotacional.

De acuerdo a la base de visitas realizadas por miembros del Hospital Fontibón E.S.E. de la línea de Seguridad Química, a establecimientos que almacenan, usan, expenden y distribuyen sustancias químicas, en la localidad hay 612 establecimientos cuya actividad productiva incluye la utilización de una cantidad representativa de sustancias químicas y que, por lo tanto, influye sobre la generación de residuos contaminantes. De la misma manera en 2014 se conceptuaron 40 bodegas cuya actividad económica es la recuperación de materiales, una de ellas es un depósito de llantas y neumáticos usados.

Por otra parte, al interior de la localidad se ubican la principal terminal terrestre y la única terminal aérea de la ciudad, lo que implica en primer lugar un gran flujo vehicular que se agrava debido a la cantidad de empresas ubicadas en la localidad y la situación de la misma como puerta de entrada al Distrito Capital. En segundo lugar, la constante alerta por accidentes aéreos, el tener puertos aéreos y terrestres implica que el peligro de trasmisión de enfermedades emergentes y reemergentes constituye también una constante.

De esta manera, la disposición territorial, ambiental e infraestructural de la localidad trae consigo la presencia de riesgos ambientales, biológicos y de origen industrial de manera constante. Aunque desde 2010 las mortalidades causadas por emergencias y desastres han disminuido hasta desaparecer, el peligro sigue estando presente.

En época de invierno, por ejemplo, entre el 20% y el 30% del territorio puede llegar a inundarse. De la misma manera los terrenos que se ubican por debajo de la cota del río Bogotá corren el mismo riesgo con aguas residuales debido a un fenómeno de reflujos, relacionado con la creciente de los ríos que circundan la localidad. Sumado a esto, la expansión de la ciudad y de la localidad en las zonas fronterizas ha terminado por ubicar residencias en zonas de riesgo ambiental como lo son los linderos de los ríos.

En 2014 se atendieron 104 emergencias de las cuales 90 correspondieron a brotes y los 14 restantes corresponden a diversos eventos entre los que se

destacan un caso relacionado con efectos en salud a causa de incendio, una intoxicación por monóxido de carbono y otras dos intoxicaciones por sustancias químicas.

Por otra parte, en 2014 se incendió una bodega de llantas poniendo en alerta naranja por calidad del aire a la localidad, lo que constituye un ejemplo de lo que puede causar la inclusión de industrias, terminales de transporte aéreas y terrestres y bodegas de diversos materiales. En el 2008 se incendió una fábrica de pinturas y en 2007 una sucursal de Almacenes Éxito.

Aunque debido al peligro permanente, la localidad de Fontibón es una de las más preparadas para la atención a desastres y emergencias, la capacidad de la localidad para mitigar y disminuir la prevalencia de desastres y emergencias es limitada. Por ello es que la localización y dinámica urbanística de la localidad la mantiene en alerta ante la posibilidad de desastres. Todos estos elementos hacen parte de los determinantes estructurales que afectan a la localidad, por supuesto, las desigualdades en los poderes adquisitivos de las personas hacen que la relación con los problemas ambientales y las alertas de desastre o emergencia sea diferente.

Existen factores liberadores para toda esta situación que en su mayoría se vinculan al Hospital Fontibón E.S.E. pues constituye el primer respondiente ante muchos de los desastres y emergencias mencionadas anteriormente:

- Vigilancia intensificada en puntos de entrada.
- Protección de humedales en planes de gobierno distrital y departamental.
- Política Distrital de Salud Ambiental 2011-2023 y los planes de acción que llevara y ha llevado a cabo desde su implementación, como, por ejemplo, la Red local de salud ambiental la cual busca fortalecer y empoderar a la comunidad local para que se dé una movilización social que permita combatir los problemas ambientales de la localidad
- Vigilancia sanitaria: línea de seguridad química, línea de calidad del agua y saneamiento básico, línea aire ruido y radiación electromagnética.

6.10. Consideraciones finales

El valor promedio de las tensiones encontradas en el proceso de construcción del Diagnóstico Local 2014 fue de 3.28, esto significa que, aunque en las unidades de análisis se mencionaba la gravedad de muchas de las situaciones que se vincularon a las tensiones, la localidad no experimenta niveles de desequilibrio en su desarrollo extremadamente graves para quienes calificaron y valoraron las diferentes variables mencionadas al inicio de este capítulo.

Por otra parte, es importante mencionar que las tensiones que alcanzaron valores por encima de 4 puntos fueron: en primer lugar, aquella relacionada con el aumento de la obesidad en la población y en segundo lugar el aumento de conducta suicida en la población más joven (infancia y adolescencia). La primera de ellas, se encontró a partir del trabajo realizado por SISVAN en los colegios centinelas y permitió evidenciar un aumento en la población malnutrida por exceso. Debe realizarse un seguimiento e intervención de dicha población, pues a futuro los problemas de salud relacionados con este tipo de enfermedad no trasmisible pueden agravar las condiciones de vida de la población local.

Cabe resaltar que los principales determinantes relacionados con esta tensión se vincularon a la disposición de alimentos con alta densidad energética en las zonas más pobladas de la localidad. Es decir, el aumento de establecimientos que venden comida a bajos precios, pero con un bajo nivel nutritivo. Por otra parte, se logró evidenciar que el sedentarismo se está volviendo cada vez más común debido al uso de nuevas tecnologías de comunicación y entretenimiento y la percepción de inseguridad en áreas de recreación y deporte. Siendo ambos determinantes intermediarios de la salud.

En cuanto a la conducta suicida, se identificaron problemas vinculados al maltrato intrafamiliar, desestimación de las enfermedades vinculadas a la salud mental, la descomposición familiar y la disminución del tiempo compartido entre padres e hijos como las principales causas de la aparición de conductas suicidas en la población más joven de la localidad.

Así, la mayoría de estas problemáticas se relacionan con la vida laboral de los padres quienes, debido al trabajo pasan menos tiempo con sus hijos. En otros casos la mala remuneración laboral y las nuevas necesidades insatisfechas que trae consigo la globalización, causan en los adultos inestabilidad mental la cual puede incidir en sus comportamientos y acciones, llegando a realizar actos violentos contra sus hijos u otros miembros de la familia, lo que termina por afectar la salud mental de adolescentes, niños y niñas de la localidad.

Ahora bien, al realizar una revisión de los principales generadores de las tensiones mencionadas se evidencia como determinante estructural de la salud de la población, el desarrollo desorganizado de la localidad y la combinación de diversos usos del suelo con áreas residenciales pues estos han causado en la localidad problemas de salud respiratorios y de disminución de la capacidad auditiva. Adicionalmente, la infraestructura urbana y el ambiente construido generan una alerta constante ante desastres o enfermedades contagiosas. Estas situaciones se ven experimentadas de manera diferencial por la población local pues en los estratos más altos las personas se ven menos afectadas por problemas ambientales y de origen industrial.

En la localidad existen determinantes intermediarios de origen cultural vinculados a la desestimación de parte de la población de eventos de interés en salud mental, sexual, oral y de origen alimenticio. De igual forma, los

inadecuados estilos de vida de la población adulta son aprendidos y reproducidos por jóvenes, adolescentes y niños y niñas de la localidad, lo que genera enfermedades crónicas en edades tempranas.

Por otra parte, el sistema laboral y educativo del país ha influido sobre el aumento del trabajo informal por lo que puede entenderse como un determinante estructural de la salud. Esto se debe a que genera problemas a futuro, vinculados a cargas de enfermedad laboral, que no pueden ser atendidas debido a la falta de vinculación, de los trabajadores informales, al sistema de salud y pensión. Cabe mencionar que gran parte de los trabajadores informales (si no todos), pertenecen a estratos socioeconómicos bajos por lo que en muchas de estas familias el tipo de vinculación laboral se reproduce, afectando a la población más joven.

7. Bibliografía

1. **Laurell, Asa Cristina.** la salud-enfermedad como proceso social. *la salud-enfermedad como proceso social*. s.l. : Revista Latinoamericana de Salud, 1981.
2. **Laurell, A.C.** Proceso de trabajo y salud. s.l. : Cuadernos Políticos. Núm. 17 .
3. **Organización Mundial de la Salud (OMS).** Determinantes sociales de la salud. [En línea] 2015. [Citado el: 28 de Agosto de 2015.] http://www.who.int/social_determinants/es/.
4. **D.C., Secretaría de salud pública de Bogotá.** Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. *PROGRAMA TERRITORIOS SALUDABLES*. [En línea] Marzo de 2015. [Citado el: 29 de Agosto de 2015.] http://saludpublicabogota.org/wiki/images/6/6e/Lineamiento_General_ASIS_2015_new_version_abril.pdf.
5. **Salud, Secretaria Distrital de.** *Lineamiento General 2015 Análisis de Situación de salud y Gestión del Conocimiento*. Bogotá : s.n., 2015.
6. *Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de Riesgo.* **Álvarez, Luz Stella.** s.l. : Revista Gerenc. Polit. Salud, 2009, 2009.
7. **Salud, Secretaria Distrital de.** *La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, una vía hacia la Equidad y el Derecho a la Salud. Conociendo y apropiando la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud*. Bogotá : s.n., 2009.
8. «*El enfoque poblacional: las personas como centro de las políticas.*». **García, et al.** 12, s.l. : Revista de investigaciones en seguridad social y salud, nº 12 (2010)., 2010.
9. **Social, Ministerio de Salud y Protección.** *Guía Conceptual PASE MSPS. Guía Conceptual PASE MSPS*. Bogotá : s.n., 2014.
10. **Alcaldía Local de Fontibón- Alcaldía Mayor de Bogotá.** Plan Ambiental Local de Fontibón. *Secretaría del Medio Ambiente-Bogotá*. [En línea] 2013. [Citado el: 10 de agosto de 2015.] <http://goo.gl/Uuo7tn>.
11. **Secretaria Distrital de Planeación- Alcaldía Mayor de Bogotá.** Reloj de población. *Aspectos Demograficos*. [En línea] 2010. [Citado el: 10 de agosto de 2015.] <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/ProyeccionPoblacion>.

12. **Hospital Fontibón.** ASIS Diferencial. [En línea] Junio de 2015. [Citado el: 10 de Agosto de 2015.] <http://bit.ly/1WDqrZH>.
13. **Secretaria Distrital de Salud-Bogotá D.C.** Dirección de Salud Pública-Área de Vigilancia en Salud Pública. *Indicadores Demograficos 2004-2014*. Bogotá : s.n., 2015.
14. **Aponte, Antonio.** Redalyc.org-Cuadernos Geograficos-. *El contexto socioeconómico y el impacto de las desigualdades en la salud*. [En línea] 2005. [Citado el: 07 de 08 de 2015.] <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17103738>.
15. **Secretaria de Planeacion Distrital- Alcaldia Mayor de Bogotá.** Boletín de Resultados Encuesta Multipropósito 2014. [En línea] Julio de 2015. [Citado el: 8 de Julio de 2015.] <http://bit.ly/1P25FND>.
16. **Fundación Una Galicia Moderna.** Una Galicia Moderna. *Midiendo la pobreza a partir de la percepción de los propios individuos: Un cálculo para Colombia de la línea de pobreza subjetiva*. [En línea] 16 de octubre de 2007. [Citado el: 7 de agosto de 2015.] http://www.unagaliciamoderna.com/eawp/coldata/upload/Pob_Subj_Col_Javeriana.pdf.
17. **Rodriguez, Pablo y Rodriguez, Pablo Gustavo.** SlideShare. *Determinación de líneas de pobreza e indigencia*. [En línea] 15 de Diciembre de 2012. [Citado el: 8 de Agosto de 2015.] <http://es.slideshare.net/pancocheli/lneas-de-pobreza-e-indigencia>.
18. **Secretaria Distrital de Planeación & DANE.** Encuesta Calidad de Vida de Bogotá 2007 Resultados Preliminares . [En línea] 2008. [Citado el: 10 de agosto de 2015.] http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/ecvb/ECVB_07.pdf.
19. **Secretaria de Planeación Distrital.** *Indices de Ciudad*. Bogotá : Alcaldía de Bogota, 2014.
20. **Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Colombia.** Bogotá, una apuesta por Colombia. *Informe de Desarrollo Humano para Bogotá*. [En línea] 2008. [Citado el: 10 de agosto de 2015.] http://hdr.undp.org/sites/default/files/idh_2008_bogota.pdf.
21. **Secretaria de Educación del Distrito- Alcaldia Mayor de Bogotá.** Caracterización Sector Educativo 2013- Fontibón. [En línea] 2014. [Citado el: 10 de agosto de 2015.] <http://bit.ly/1hue4Px>.
22. **Bogotá Como Vamos-Alcaldía Mayor de Bogotá.** Localidades Como Vamos Tomo III. [En línea] 13 de Marzo de 2014. [Citado el: 10 de agosto de 2015.]

2015.] <http://www.bogotacomovamos.org/documentos/localidades-como-vamos-2013-tomo-3/>.

23. **Observatorio de Desarrollo Económico- Alcaldía Mayor de Bogotá.** Boletín Localidades N°9. [En línea] julio de 2015. [Citado el: 10 de Agosto de 2015.] <http://bit.ly/1IJy7jB>.

24. **Alcaldía Local de Fontibón .** Mi Localidad. [En línea] [Citado el: 29 de 03 de 2016.] <http://www.fontibon.gov.co/index.php/mi-localidad/conociendo-mi-localidad>.

25. **Hospital Fontibón VSP Equipo ASIS.** Informe de indicadores trazadores en salud 2014. Bogotá : Hospital Fontibón E.S.E., 2015.

26. **Hospital Fontibón E.S.E. VSP SISVECOS.** Base de notificaciones SISVECOS 2014. Bogotá : s.n., 2015.

27. **Hospital fontibón E.S.E. VSP SIVIM.** Base de notificación SIVIM 2014. Bogotá : s.n., 2015.

28. **Sistema de vigilancia epidemiológica, ambiental y sanitaria- Hospital Fontibón E.S.E.** Boletín Informativo del sistema de vigilancia epidemiológica, ambiental y sanitaria del impacto del ruido en la salud de los bogotanos: *Fontibón Escucha*. Bogotá : Hospital Fontibón ESE, 2014.

29. **Hospital fontibón E.S.E. VSPC.** Diagnóstico Territorial Territorio 1 UPZ Zona Franca . 2015.

30. **DANE. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).** Lista 105 de mortalidad para Colombia. 2015. [En línea] [Citado el: 31 de agosto de 2015.] <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones>.

31. **Secretaría Distrital de Salud.** Serie Mortalidad Evitable. *Serie Mortalidad Evitable*. Bogotá : s.n., 2015.

32. **Departamento Nacional de Planeación.** Documento Compes Social 140. [En línea] Marzo de 2011. [Citado el: 29 de noviembre de 2015.] <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/Nutricion/PNSAN/CONPES140de2011.pdf>.

33. **MSPS. ASIS Colombia.** ASIS Colombia. [En línea] 2013. [Citado el: 31 de agosto de 2015.] https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS_24022014.pdf.

34. **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.** *Guía metodológica para integrar la equidad en las estrategias y actividades de salud.* Madrid : s.n., 2012.
35. **Senado de la República.** *Ley 1098 de 2006 Código de Infancia y Adolescencia.*
36. **Profamilia SDP SDIS.** *Encuesta Distrital de demografía y salud. último dato disponible.*
37. **Mendez, Diana & Tavera, Rosa.** *Informe de gestión política de salud y calidad de vida de los trabajadores y ámbito laboral.* Bogotá : Hospital Fontibón ESE, 2014.
38. **Ministerio de Salud y Protección Social.** *Guía Conceptual PASE MSPS.* Bogotá : s.n., 2014.
39. **Ayala, Ricardo.** Perfil económico y empresarial de la localidad de Fontibón. [En línea] 04 de 2009. [Citado el: 13 de 11 de 2015.] <http://bit.ly/1IHKNmh..>
40. **Culturas, Observatorio de.** Actividad física y sedentarismo en Bogotá. [En línea] [Citado el: 15 de 11 de 2015.] <http://bit.ly/1Snw4Ya>.
41. **Secretaría de Gobierno.** Observatorio Social Fontibón 2010. [En línea] 05 de 2010. [Citado el: 15 de 11 de 2015.] http://www.gestionycalidad.org/observatorio/?bloque=contenido&id=67&id_item=66&name=3.%20Aspectos%20Geogr%20E1ficos%20de%20la%20Localidad%2009.
42. **Patricia, Aguiar.** *Informe estado nutricional y Seguridad Alimentaria en la localidad de Fontibón 2014.* Bogotá : s.n., 2014.
43. **CONGRESO DE LA REPÚBLICA.** LEY 1355 DE 2009. [En línea] 14 de 10 de 2009. [Citado el: 15 de 11 de 2015.] http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1355_2009.htm..
44. **SISVECOS, Hospital Fontibón E.S.E.** *Informe conducta suicida en la localidad de Fontibón.* Bogotá : s.n., 2014.
45. **Planeación, Departamento Administrativo Nacional de Estadística y Secretaría Distrital de.** *Encuesta Multipropósitos 2014 Bogotá.* Bogotá : s.n., 2014.
46. **Roses Periago, Mirta.** La salud Mental: una prioridad de Salud Pública en las Américas. *Revista Panamericana de Salud* . [En línea] 2005. [Citado el: 15 de 11 de 2015.] <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28083.pdf>.

47. **Sistema de vigilancia epidemiológica ambiental y sanitaria.** *Boletín Informativo del sistema de vigilancia epidemiológica, ambiental y sanitaria del impacto del ruido en la salud de los bogotanos: Fontibón Escucha.* . Bogotá : Hospital Fontibón E.S.E., 2014.
48. **Proyecto Pobreza Mundial.** El trabajo informal y la pobreza. [En línea] 24 de 08 de 2009. [Citado el: 15 de 11 de 2015.] <http://www.pobrezamundial.com/el-trabajo-informal-y-la-pobreza/>.
49. **Políticas y Programas, Salud Pública.** *Boletín Ámbito Laboral.* Bogotá : Hospital Fontibón E.S.E., 2014.
50. **Ayala, Patricia.** *Madres adolescentes en Bogotá.* Bogotá : Profamilia, 2010.
51. **Secretaría de Planeación Distrital-Alcaldía Mayor de Bogotá.** *Demografía, Población y Diversidad.* Bogotá : Alcaldía Mayor de Bogotá, 2014.
52. —. *Poblaciones, Demografía y Diversidad: Hacia la Inclusión y la Equidad en Bogotá.* Bogotá : Alcaldía Mayor de Bogotá, 2014.
53. **CEPAL.** La Transición Demográfica en América Latina. [En línea] 2000. [Citado el: 10 de agosto de 2015.] http://www.cepal.org/celade/sitdem/de_sitdemtransdemdoc00e.html.
54. **Línea Aire Ruido Radiaciones electromagnéticas Hospital Fontibón ESE.** *MAtriz indicadores 2013.* Bogotá : Hospital Fontibón ESE, Junio 2014.
55. **Melo, Jorge Orlando.** Las reformas liberales de 1936 y 1968. *Banrepcultural.* [En línea] Enero de 1991. [Citado el: 10 de Agosto de 2015.] <http://www.banrepcultural.org/node/81508>.
56. **SDS.** *Dirección de Salud Pública, área de Vigilancia en Salud pública, Indicadores Demograficos.* Bogotá : s.n., 2004 - 2012.
57. **Gestión Local- Hospital Fontibón ESE.** . *Esquemas para la elaboración de núcleos problemáticos para Diagnóstico Local 2012.* . s.l. : Hospital Fontibón , 2013.
58. **Secretaria Distrital de Salud.** *Base APS en línea.* Bogotá : s.n., 31 -03-2014.
59. **Grupo de Investigación: Procesos Urbanos en Habitat, Vivienda e Informalidad y Tovar, [Comp.] Carlos Torres.** *Ciudad informal colombiana.* Bogotá : Universidad Nacional de Colombia, 2009.
60. **Ayala, Ricardo.** Perfil económico y empresarial de la localidad de Fontibón. [En línea] abril de 2009. [Citado el: 13 de 11 de 2015.] <http://bit.ly/1IHKNmh>.

61. **CONGRESO DE LA REPÚBLICA. LEY 1355 DE 2009.** [En línea] 14 de octubre de 2009. [Citado el: 15 de noviembre de 2015.] http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1355_2009.htm.
62. **Organizacion Mundial de la Salud.** El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. [En línea] 8 de septiembre de 2004. [Citado el: 11 de Noviembre de 2015.] <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>.
63. **De la fuente, Juan R.** Impactos de la globalización en la salud mental. [En línea] 2012. [Citado el: 15 de noviembre de 2015.] <http://bit.ly/1P9abxX>.
64. **Secretaria Distrital de Planeacion .** 21 Monografias de las localidades #9 Fontibón. [En línea] 2011. [Citado el: 15 de 11 de 2015.] <http://goo.gl/Ha6HnQ>.
65. <http://www.pobrezamundial.com/el-trabajo-informal-y-la-pobreza/.6>. [En línea] [Citado el: 23 de 11 de 2015.]
66. *Boletín ámbito laboral.* Bogotá : s.n., 2014.
67. **Ayala, Patricia.** *Madres adolescentes en Bogotá.* Bogotá : s.n.
68. **Mc Douall Lombana, Jorge.** DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA. Instituto Departamental de Salud del Departamento de Nariño. *Diseño, implementación, seguimiento y evaluación de un modelo de atención en salud mental para el Departamento de Nariño.* 2006.
69. **Ortiz1, Jorge Oswaldo González.** *Hacia una nueva Salud Pública: La salud pública mental.* Bogotá : s.n., 2009.
70. Observatorio de Culturas: Actividad física y sedentarismo en Bogotá. [En línea] 2010. [Citado el: 15 de 11 de 2015.] <http://bit.ly/1Snw4Ya>.