2016

ATLAS DE SALUD PÚBLICA LOCALIDAD DE KENNEDY

Análisis de situación de salud y gestión del conocimiento

Unidad de atención del Sur

2-6-2016

ATLAS DE SALUD PÚBLICA

KENNEDY 2015

UNIDAD DE ATENCIÓN DEL SUR

VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

ANÁLISIS EN SITUACIÓN DE SALUD Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

(ASIS)

2016

Contenido

CREDITOS 5
ABREVIATURAS 6
INTRODUCCIÓN 0
MARCO CONCEPTUAL 1
METODOLOGIA 3
1. CONTEXTO LOCAL Y GENERALIDADES 5
1.1. Indicadores socio-económicos. 10
2. ANÁLISIS ESPACIAL DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. 16
2.1. Mortalidades evitables 16
2.1.1. Mortalidad materna 16
2.1.2. Mortalidad perinatal 17
2.1.3. Mortalidad infantil 17
2.1.4. Mortalidad en menores de 5 años 17
2.1.5. Mortalidad por neumonía 18
2.1.6. Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) 19
2.2. Transmisibles 25
2.2.1. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) 25
2.2.2. Eventos prevenibles por vacunas (varicela, Tos Ferina y Hepatitis A) 26
2.2.3. Enfermedad Respiratoria Aguda. 27
2.2.4. Enfermedades transmitidas por vectores 28
2.2.5. Tuberculosis 28
2.3. No transmisibles 34
1.1.1. Violencia – Maltrato 34
1.1.2. Violencia sexual 35
2.3.3. Intento de suicidio 35
2.4. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 40
2.4.1. Nacidos vivos en mujeres adolescentes de 10 a 14 años 41
2.4.2. Nacidos vivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años 41
2.5. VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA COMUNITARIA 45
2.5.1. Unidades informadoras 45
2.5.2. Percepción del riesgo por situaciones socioculturales a nivel colectivo 45
CONCLUSIONES. 48
Referencias 49

CONTENIDO DE MAPAS

Mapa 1. Localización de Kennedy en el Bogotá D.C. 6
Mapa 2. División de Unidades de Planeación Zonal (UPZ)..... 9
Mapa 3. Densidad poblacional por UPZ vs. *Estrato* socio-económico años 2005 - 2015 .. 11
Mapa 4. Densidad poblacional vs. espacio público localidad de Kennedy 2015 13
Mapa 5. Población con SISBEN 1 a 3 vs. Estrato socio-económico 15
Mapa 6. Casos de mortalidad evitable en materna. Localidad de Kennedy, año 2015 20
Mapa 7. Densidad de mortalidad perinatal, casos/km^2, Localidad de Kennedy, año 2015 21
Mapa 8. Densidad de mortalidad infantil, caso/Km^2. Localidad de Kennedy, año 2015 22
Mapa 9. Densidad de mortalidad en menores de 5 años, caso/Km^2. Localidad de Kennedy, año 2015 23
Mapa 10. Casos de mortalidad evitable por neumonía y factores de riesgo Localidad de Kennedy, año 2015 24
Mapa 11. Rango de casos notificados a SIVIGILA local de infecciones de transmisión sexual. Localidad de Kennedy, año 2015 29
Mapa 12. Densidad de casos notificados a SIVIGILA local de eventos prevenibles por vacunas, casos/Km^2. Localidad de Kennedy, año 2015 30
Mapa 13.Densidad de casos notificados a SIVIGILA local de enfermedades respiratorias agudas, casos/Km2. Localidad de Kennedy, año 2015 31
Mapa 14. Casos notificados a SIVIGILA local de enfermedades transmitidas por vectores. Localidad de Kennedy, año 2015 32
Mapa 15. Casos de mortalidad por tuberculosis notificados a SIVIGILA local. Localidad de Kennedy, año 2015 33
Mapa 16. Comparativo de maltrato según etapa de ciclo vital, eventos notificados por UPGD a SIVIM. Localidad de Kennedy, año 2015 37
Mapa 17. Comparativo de violencia sexual según sexo, eventos notificados por UPGD a SIVIM. Localidad de Kennedy, año 2015 38
Mapa 18. Comparativo de intento de suicidio con confirmación y valoración por SISVECOS. Localidad de Kennedy, año 2015 39
Mapa 19. Rango de nacidos vivos en niñas menores de 14 años y localización de instituciones educativas. Localidad de Kennedy, año 2015 43
Mapa 20. Rango de nacidos vivos en adolescente de 15 a 19 años y localización de instituciones educativas. Localidad de Kennedy, año 2015 44
Mapa 21. Localización de unidades informadoras de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria. Localidad de Kennedy, Año 2015 46
Mapa 22. Mapa acumulativo de percepción del riesgo pro situaciones socio-culturales a nivel colectivo. Localidad de Kennedy, año 2015 47

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1. Localidades de Bogotá D.C. 5
Tabla 2. Unidades de Planeación Zonal características urbanísticas 8
Tabla 3. Dinámica Poblacional año 2005 y 2015 10

CONTENIDO DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años. Kennedy y Bogotá. 2008- 19

CREDITOS

ALEXANDRA RODRÍGUEZ GÓMEZ
Subred integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E

NICOLÁS EDUARDO ESCOBAR
Subgerente Unidad de Atención del Sur

SMITH EDITH LOZANO GUEVARA
Profesional Especializado Área de la Salud
Coordinadora Salud Pública Hospital del Sur E.S.E.

DIANA MARTINEZ YATE
Profesional Especializado
Coordinadora Vigilancia en Salud Pública Hospital del Sur E.S.E.

IDERLEY MEDINA MEDINA
Geógrafo
Vigilancia en Salud Pública Hospital del Sur E.S.E.
Análisis de situación de Salud y Gestión del Conocimiento

SAMIR GUIO
Sociólogo
Vigilancia en Salud Pública Hospital del Sur E.S.E.
Análisis de situación de Salud y Gestión del Conocimiento

IVETTE KATHERINE SOSA PORTELO
Epidemióloga
Vigilancia en Salud Pública Hospital del Sur E.S.E.
Análisis de situación de Salud y Gestión del Conocimiento

CESAR DANIEL CORTES VELAZQUEZ
Técnico en sistemas Hospital del Sur E.S.E.
ASIS Hospital del Sur

MARITZA CASTIBLANCO CELIS
Geógrafa Esp. en sistemas de información geográfica
Secretaria Distrital de Salud Bogotá D.C

ABREVIATURAS

APS: Atención Primaria en Salud

APTR: Animales Potencialmente Transmisores de la Rabia

ASIS: Análisis de Situación en Salud y Gestión del Conocimiento

CAMI: Centro de Atención Médica Inmediata

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas

ECV: Etapa de Ciclo Vital

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda

ERI: Equipos de Respuesta Inmediata

E.S.E: Empresa Social del Estado

I.E.D.: Institución de Educativa Distrital

IDECA: Infraestructura de datos espaciales para el Distrito Capital

IRA: Infección Respiratoria Aguda

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

NNA: Niños, niñas y adolescentes

PIC: Plan de Intervenciones Colectivas

POS: Plan Obligatorio de Salud

POT: Plan de Ordenamiento Territorial

RLCPD: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad

SDS: Secretaría Distrital de Salud

SED: Secretaría de Educación del Distrito

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISBEN: Sistema de identificación de potenciales Beneficiarios de programas sociales

SISVECOS:

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia de Eventos de Interés en Salud Pública

SIVIM: Sistema de Vigilancia epidemiológica de la violencia Intrafamiliar, el Maltrato infantil y la violencia sexual

SLIS: Subdirección Local de Integración Social

UBA: Unidad Básica de Atención

UEL: Unidad Ejecutiva Local

UPA: Unidad Primaria de Atención

UPZ: Unidad de Planeación Zonal

UTI: Unidad de Trabajo Informal

VSP: Vigilancia en Salud Pública

VSPC: Vigilancia en Salud Publica Comunitaria

INTRODUCCIÓN

El siguiente Atlas de salud pública busca mostrar los elementos y dinámicas espaciales referentes a todo lo relacionado con la Salud Pública y el contexto de la Localidad de Kennedy, mediante la representación cartográfica de los fenómenos sociales, en este caso concernientes a las dinámicas poblacionales, económicas y políticas ligadas y determinadas por la salud pública a nivel local y enmarcadas dentro de las diferentes políticas tanto a nivel local como nacional, tendencias, relaciones, información analizada que será insumo para la toma de decisiones en salud,.

En la localidad de Kennedy se concentra el 13.6% del total de la población del Distrito Capital, este territorio es el escenario de múltiples y diversos fenómenos que involucran a sus habitantes, formas de ser, vivir, hacer y proyectarse, generando dinámicas sociales y poblacionales heterogéneas, consecuencia del cruce, interacción y movimiento de flujos, orígenes, características de toda índole. Es así como dentro de los límites de la localidad se encuentran grupos étnicos como indígenas, afrodescendientes, gitanos o grupos poblacionales como las comunidades LGBTI, Grupos de Personas con Discapacidad, población carretera y recicladora, personas en ejercicio de prostitución, víctimas del conflicto armado; poblaciones que se destacan por sus forma particular de ver, sentir y actuar en sus particulares territorios, sus problemáticas y su posicionamiento político en busca de la equidad justicia y la autonomía.

La representación espacial mostrada en este atlas sobre estas características y dinámicas es una puerta para entrar a discutir a nivel local la implementación de herramientas para todos y la accesibilidad universal, como condiciones imperativas para la garantía de derechos de esta población.

Es por ello que este documento presenta mediante mapas un análisis geoespacial de la situación de la salud pública de la población residente en la localidad de Kennedy para el año 2015 y cómo el contexto del territorio afecta su cotidianidad, esto enmarcado en la necesidad de conocer las problemáticas presentadas en el territorio local con el fin que se convierta, este documento en una herramienta para la toma de decisiones.

MARCO CONCEPTUAL

Para lograr identificar la importancia del atlas de salud pública de la localidad de Kennedy, es necesario comprender en primer lugar a que se refiere con un atlas de salud pública, y los componentes que para el caso del actual documento se tienen en cuenta.

En primer lugar, hay que definir el concepto de atlas, desde el punto de vista de la geografía estos son documentos que contienen una colección de mapas temáticos referidos a contenidos específicos, como por ejemplo religión, política, situaciones socioculturales o para el caso que atañe aquí a la salud pública de un territorio especifico. Además, se debe recordar que los mapas que hacen parte de un atlas deben conllevar una parte temporal que puede ser la tendencia de un evento en un lapso de tiempo, o el comportamiento en un año especifico de varios eventos que componen una problemática. Por la especificidad de estos documentos los atlas se pueden convertir en una herramienta para dar soluciones a problemáticas identificadas dentro de un territorio

Este atlas en específico busca mostrar las principales características de la localidad de Kennedy, como está conformada en su división política y administrativa y las distintas problemáticas correspondientes a la salud pública, con base en esto, dar respuesta a las preguntas ¿Qué está pasando? ¿Dónde está pasando?, ¿Por qué está pasando? Con esto se busca que las autoridades encargadas de la toma de decisiones tengan un soporte por medio de este atlas, además que la población que haga uso de él conozca las características de las problemáticas en salud.

Otro concepto principal que se debe tener en cuenta es el de salud pública, que según lo estipulado por la Universidad de Chile menciona que “La definición más conocida de salud pública, señala que es ésta una rama de la medicina cuyo interés fundamental es la preocupación por los fenómenos de salud en una perspectiva colectiva, vale decir, de aquellas situaciones que, por diferentes circunstancias, pueden adoptar patrones masivos en su desarrollo” (1), sin embargo, esta es un área que se ha tornado multidisciplinar y el componente espacial se ha convertido en un elemento importante en el momento de tomar decisiones.

Para realizar una mejora en la salud pública se han conformado a nivel distrital equipos de vigilancia en salud pública (VSP), que son “la función esencial de la salud pública asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud individual y colectiva consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, organización, análisis, interpretación, actualización y divulgación de datos específicos relacionados con la salud y sus determinantes, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica de la salud pública” (2), esta vigilancia tiene a cargo la identificación de algunos eventos priorizados y otros referentes a problemáticas ambientales que generen problemas en las salud colectiva e individual, dentro de los eventos vigilados se encuentran la violencia intrafamiliar, del estado nutricional, morbi-mortalidad materna y neonatal extrema, interrupción voluntaria del embarazo (IVE), embarazo en adolescentes, enfermedades transmisibles como VIH/SIDA, tuberculosis, además se cuenta con una vigilancia en salud publica comunitaria (3)

Para la realización de esta vigilancia se cuenta con un sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA) que funciona a nivel nacional, que busca realizar la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población Colombiana, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública, además de tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud, optimizando el seguimiento y evaluación de las intervenciones, al

igual que racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva (4).

METODOLOGIA

Para la construcción del atlas de salud pública 2015 de la localidad de Kennedy se trabaja de la mano con la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C. quienes dan las pautas técnicas de su elaboración, además de los subsistemas que hacen parte del equipo de Vigilancia en Salud Pública, Vigilancia en Salud Pública Comunitaria (VSPC), sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual (SIVIM), Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS), Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA).

En la realización de cada uno de los mapas se toman los datos de las bases oficiales y dadas por el ente central (SDS) o en su defecto por Unidad de Atención del Sur (anteriormente Hospital del Sur E.S.E.), las bases en línea como son el Registro Único de Afiliación (RUAF), el aplicativo de Atención Primaria en Salud - APS en línea, se debe considerar que estos datos son preliminares en su mayoría. Para las capas que se utilizan como base de estos mapas es tomada de internet de la página del IDECA de las divisiones espaciales Localidades, UPZ, entre otras.

El primer capítulo del atlas denominado “contexto espacial y generalidades” se muestra como está compuesta la localidad tanto en la localización con características espaciales como con respecto a las características poblacionales, sociales y económicas, por ejemplo, a nivel de afiliación en el SISBEN y la densidad poblacional, es decir se muestra como está conformado este ente territorial. En la mayoría de los mapas se realiza una superposición de capas para lograr identificar los fenómenos espaciales en los ámbitos anteriormente mencionados, sin embargo, para el caso de los mapas que conllevan localización poblacional es necesario realizar un proceso de georeferenciación de la información para identificar a que Unidad de Planeación Zonal (UPZ) corresponden. Para ello, en primer lugar se realizó el proceso de depuración de las bases de datos y se realiza el proceso de geo-codificación para obtener las coordenadas geográficas, posteriormente se genera un proceso de georreferenciación para ubicar en un plano los eventos, para construir los mapas según los lineamientos de la Secretaría Distrital de Salud. Obtenidas estas bases se procede a hacer un cruce y moldeo de la información con el fin que esta sea representativa en el momento de ser captada por los usuarios de este atlas.

El segundo capítulo que hace parte de este atlas, se realiza una actualización de los mapas que se llevaron a cabo sobre mortalidades evitables en la localidad tales como las mortalidad infantil, en menores de 5 años, perinatales y las mortalidades maternas, posteriormente, se generan mapas de enfermedades transmisibles, de eventos no transmisibles, salud sexual y reproductiva, y dos mapas del provenientes del proceso de VSPC, estos datos son entregados por cada uno de los subsistemas al geógrafo de la Unidad de Atención del Sur Sub Red integrada de Salud de Sur Occidente ESE, posterior a una reunión donde se explica la necesidad de plasmar esta información dentro de un atlas y exponer qué tipo de información es necesaria mostrar.

Para el primer caso, relacionado con enfermedades transmisibles se realiza un mapa de Infecciones de transmisión sexual (ITS) donde se tiene en cuenta el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), la sífilis gestacional y congénita además de la Hepatitis B; aquellos eventos prevenibles por vacunas como la varicela, Tos Ferina y Hepatitis A; una enfermedad generada

por micobacterias como es la lepra; Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA) teniendo en cuenta las Infecciones Respiratorias Agudas Grave y la inusitada; las mortalidades por tuberculosis y aquellas enfermedades transmitidas por vectores.

En lo relacionado con los eventos no transmisibles se trabaja con datos provenientes del subsistemas SIVIM y SISVECOS, a partir del primero se generan dos mapas un mapa comparativo de maltrato[1] donde se relacionan los rangos de casos ocurridos en la localidad en las UPZ asociado con un diagrama por etapa de ciclo vital y el otro es un mapa comparativo con la temática de violencia sexual mostrando el rango de casos por UPZ relacionándolo con un diagrama por sexo. Para el caso de SISVECOS se genera un mapa comparativo de intento de suicidio donde se muestra el rango de casos por UPZ, aunado a un diagrama por edad, este diagrama debido a la cantidad de casos, se representa a partir de etapas de ciclo vital. Cabe anotar que el tipo de mapas por coropletas se utilizan con la necesidad de guardar la confidencialidad de los datos.

En lo referente a la Salud Sexual y Reproductiva se generan dos mapas de nacidos vivos para el año 2015 divididos por rangos de edad, el primero de adolescentes que están entre los 10 a 14 años y el segundo de adolescentes de 15 a 19 años, en ambos se relaciona también la oferta educativa existente en la localidad para la población en esos rangos de edad; la base de nacidos vivos es tomada del Registro Único de Afiliación (RUAF), que es la base legal para este tipo de información.

Para el caso de VSPC se realizan dos mapas, uno donde se relacionan las unidades informadoras de las situaciones o eventos que suceden en su territorio y que afectan la salud y la calidad de vida y que es de tipo de localización de puntos, esto debido que es necesario determinar el nivel de cobertura de estas unidades en el territorio local; otro mapa donde se muestra la percepción del riesgo por situaciones socio culturales a nivel colectivo y que es un mapa semaforizado según lo estipulado por SDS.

Se aclara que la gestión de la información de la Unidad de Atención del Sur Sub Red integrada de Salud de Sur Occidente ESE y otros sectores se adelanta siguiendo los conductos regulares y guardando los principios éticos y de confidencialidad pertinentes.

[1] Según reunión con el referente de SIVIM, debido a lo amplio del término maltrato, se acordó tomar como maltrato todo tipo de violencia exceptuando la violencia sexual.

1. CONTEXTO LOCAL Y GENERALIDADES

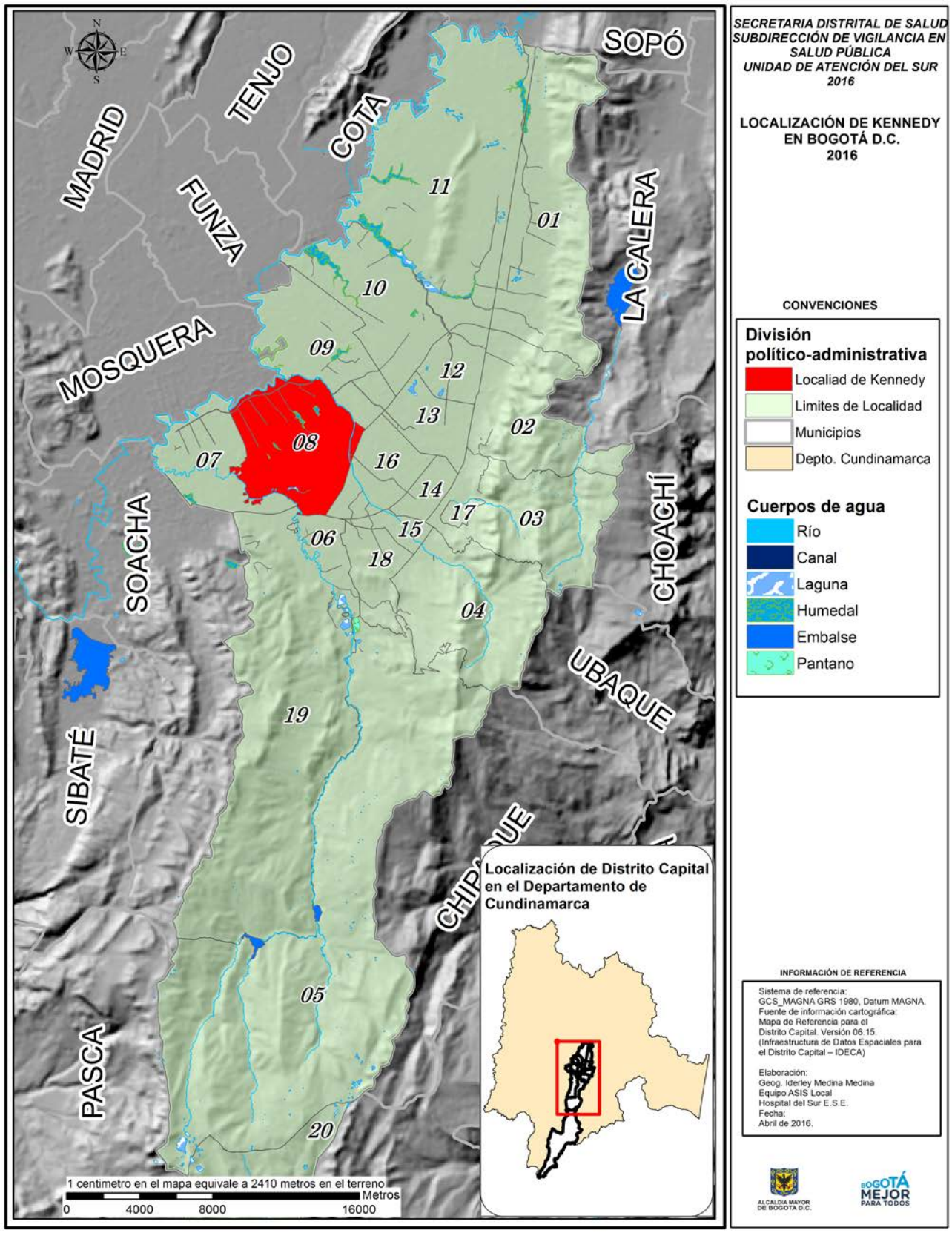
La localidad de Kennedy es la número 8 de las 20 del Distrito capital, se encuentra localizada al occidente de Bogotá D.C. limita al norte con la localidad 9 Fontibón separándolos el rio Fucha, al occidente limita con el municipio de Mosquera y la Localidad 7 Bosa separándose por el Rio Bogotá, al sur limita con las localidades 7 Bosa, 19 Ciudad Bolívar y 6 Tunjuelito, las dos primeras bordean el limite el rio Tunjuelo y como último punto cardinal, al oriente limita con la Localidad 16 Puente Aranda. Su posición geográfica la define como localidad periférica, que permite la conexión entre Bogotá y el sur occidente de Cundinamarca. Representa el 2,35% del área total del Distrito, es la octava localidad en extensión total territorial con 3.858.9 hectáreas aprox.; y la segunda en extensión de área urbana y cantidad poblacional precedida por la localidad 11 Suba; su densidad poblacional llega para este año a 277,14 Hab. /Ha, al igual que muchas de las localidades del Distrito no posee suelo rural.

Tabla 1. Localidades de Bogotá D.C.

Núm. localidad	Localidad	Población 2015	Área Ha.	Densidad poblacional
1	Usaquén	494066	6531.57217	75.64273764
2	Chapinero	137870	3815.58572	36.13337771
3	Santafé	110053	4517.06459	24.36383138
4	San Cristóbal	406025	4909.85485	82.69592736
5	Usme	432724	21506.6687	20.12045687
6	Tunjuelito	200048	991.093974	201.8456425
7	Bosa	646833	2393.31961	270.2660344
8	Kennedy	1069469	3858.97338	277.1382165
9	Fontibón	380453	3328.10025	114.3153666
10	Engativá	874755	3588.09674	243.793594
11	Suba	1174736	10056.0478	116.818856
12	Barrios Unidos	240960	1190.34482	202.4287383
13	Teusaquillo	151092	1419.31681	106.454034
14	Los Mártires	98758	651.404626	151.6077658
15	Antonio Nariño	108941	487.954339	223.2606441
16	Puente Aranda	258414	1731.11499	149.2760455
17	La candelaria	24096	206.024292	116.9570819
18	Rafael Uribe	375107	1383.40848	271.1469573
19	Ciudad Bolívar	687923	13000.2593	52.91609837
20	Sumapaz	6460	78096.8758	0.082717778

Fuente: DANE-Secretaría Distrital de Planeación SDP: Convenio específico de cooperación técnica No 096-2007

Mapa 1. Localización de Kennedy en el Bogotá D.C.



La localidad de Kennedy tiene una historia ligada a los originarios pobladores del territorio: los Muiscas; los nombres de los actuales barrios nos recuerdan las antiguas haciendas que fueron

vendidas y/o cedidas a diferentes familias y comunidades religiosas desde la colonia. A partir de la segunda mitad del siglo XX estuvo articulada con los importantes procesos de desarrollo urbano de la ciudad. Durante los años 50´s la tendencia fue el crecimiento de la población y el proceso de industrialización, surge la Zona Industrial de la localidad, la actual UPZ 45 Carvajal y se traslada la cervecería Bavaria; durante este proceso a lo largo de siglo XX se destaca la fundación de Bomberos, la Estación de Policía, el Parque Timiza, la Cruz Roja y el colegio INEM. Finalizando la década del sesenta se inician obras dirigidas a la clase media y surgen barrios como Ciudad Timiza, Nuevo Kennedy, Banderas, entre otros, paralelamente se da la urbanización ilegal y se crean barrios como Class y Britalia. El sector se empieza a consolidar al estilo de una ciudadela desarrollándose una zona comercial, actualmente Ciudad Kennedy.

La gran central de Corabastos en el occidente de la localidad se inaugura en 1972 y se constituye en la fuente principal de abastecimiento de alimentos para Bogotá y buena parte del país. Surgen barrios de invasión cercanos a la central en condiciones de insalubridad, sin servicios públicos y en zona de riesgo de inundación del Río Bogotá, especialmente en el sector de Patio Bonito, razón por la cual la población se desplaza y empieza la urbanización sobre el humedal de la Chucua de la Vaca; en un lapso de diez años se crean más de 14 barrios.

Continúa el desarrollo urbanístico en la localidad especialmente hacia el occidente, en las UPZ Tintal Norte, Calandaima, Patio Bonito y Las Margaritas. En Calandaima y Tintal Norte se construyen conjuntos residenciales de alta densidad y en Patio Bonito se crean barrios de invasión con la llegada masiva de población en situación de desplazamiento. Las condiciones de vida en la localidad son disímiles pero en general toda la población se enfrenta a las brechas e inequidades de una época marcada por una profunda crisis económica, social y marcada por el conflicto armado (5).

En la localidad de Kennedy se presentan dificultades por la construcción en zonas de humedales y cercanas a los ríos, la contaminación de las fuentes de agua y del aire por la presencia de amplias áreas industriales, con concentración de altos niveles de material particulado lo que genera mayores riesgos de adquirir enfermedades respiratorias.

Las condiciones geomorfológicas e hidrológicas del terreno donde está la localidad de Kennedy se caracterizan por ser zona de humedales parte del valle aluvial del Río Bogotá, zonas con un alto nivel freático y por tanto con riesgos por inundación en épocas de invierno, constituyéndose este en el principal riesgo contemplado en el plan local de emergencias y desastres (5). Durante diciembre del 2011, las intensas lluvias causaron una gran inundación en los barrios Tierra Buena y Bellavista de la localidad de Kennedy. La emergencia hizo que unas 22.000 personas tuvieran que abandonar sus hogares por causa del desbordamiento del río Bogotá.

Dentro de las posibles explicaciones para la emergencia está: el vertimiento de aguas del Rio Fucha en el Canal Cundinamarca, rebosó la capacidad del Canal y causando la inundación del sector; los canales de la localidad se encontraban sedimentados, modificando el flujo del agua y reduciendo la eficiencia del sistema; finalmente, las licencias de construcción de la urbanización Tierra Buena no cumplían con los requerimientos estipulados.

Según el Departamento Administrativo de Catastro Distrital, la localidad de Kennedy tiene el 10.10% de la totalidad de los predios de la capital, el primer lugar lo ocupa la localidad de Suba con el 16,25% y el último la localidad de Sumapaz con el 0.09%. En la distribución de los predios de acuerdo a la destinación económica el 89% es de uso residencial, el sector

comercial desarrollado en corredor comercial, en centro comercial y en comercio puntual (ubicado en zonas residenciales) es del 7.17% y el 0.43% corresponde al sector con destinación eminentemente industrial, sin embargo este pequeño porcentaje está ocasionando serios perjuicios a la salud de los habitantes ubicados en el 100% de la localidad en mayor medida en los sectores cercanos al complejo industrial.

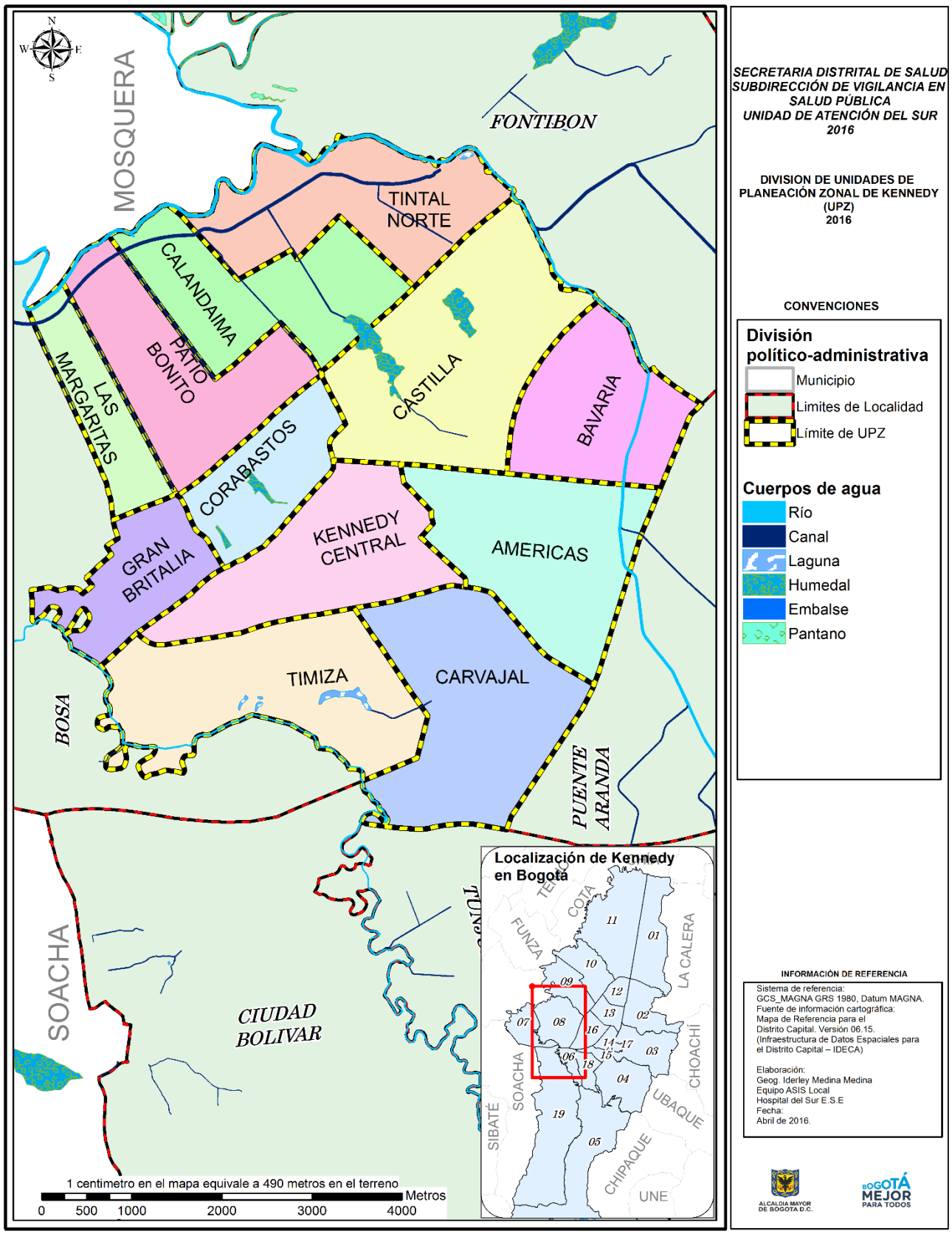
En cuanto a la división territorial de la localidad de Kennedy se configura a partir del Decreto 619 de 2000 del Plan de Ordenamiento Territorial (POT), donde a partir de él se crean las Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ) estableciendo en cada localidad zonas con características homogéneas y que “son instrumentos que orientan la planeación de la inversión y la gestión local en ámbitos espaciales a escala intermedia" (6). Desde este aspecto para la localidad de Kennedy se establecieron 12 UPZ de las que componen el Distrito Capital dividas en 426 barrios, con una extensión de suelo urbano que abarca las 3.859 Ha. Aprox. de las cuales 388 son protegidas:

Tabla 2. Unidades de Planeación Zonal características urbanísticas

Cód. UPZ	**UPZ**	**CARACTERÍSTICA URBANISTICA**	**ÀREA Ha.**	**%**
44	AMÉRICAS	CON CENTRALIDAD URBANA	381,0	9,9
45	CARVAJAL	RESIDENCIAL CONSOLIDADO	438,6	11,4
46	CASTILLA	RESIDENCIAL CONSOLIDADO	503,2	13,0
47	KENNEDY CENTRAL	RESIDENCIAL CONSOLIDADO	337,2	8,7
48	TIMIZA	RESIDENCIAL CONSOLIDADO	430,4	11,2
78	TINTAL NORTE	DESARROLLO	343,4	8,9
79	CALANDAIMA	DESARROLLO	318,9	8,3
80	CORABASTOS	RESIDENCIAL DE URBANIZACIÓN INCOMPLETA	184,5	4,8
81	GRAN BRITALIA	RESIDENCIAL DE URBANIZACIÓN INCOMPLETA	179,9	4,7
82	PATIO BONITO	RESIDENCIAL DE URBANIZACIÓN INCOMPLETA	317,3	8,2
83	LAS MARGARITAS	PREDOMINANTEMENTE DOTACIONAL	147,2	3,8
113	BAVARIA	PREDOMINANTEMENTE INDUSTRIAL	277,2	7,2
		TOTAL:	**3.858,9**	**100**

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

Mapa 2. División de Unidades de Planeación Zonal (UPZ)



1.1. Indicadores socio-económicos.

En cuanto a las características poblacionales, sociales y económicas, según proyección del DANE la localidad ostenta una población en el año de 2015 de 1’069.469 Hab. Siendo la UPZ Patio Bonito la que tiene el mayor porcentaje seguido de la UPZ Timiza y posteriormente Castilla, según la proyección sacada por DANE y SDP 2005-2015 se presentan algunos variaciones poblacionales negativas por UPZ como es el caso de Kennedy Central, Carvajal, Gran Britalia, Américas y Bavaria. Según lo estipulan el Banco Mundial se produce un mayor aumento de la población en aquel grupo poblacional que tiene un ingreso mediano a bajo (7), es decir desde el punto de vista de estrato socioeconómico a nivel de UPZ. Este fenómeno es coincidente, sin embargo se presentan inconsistencias como es el caso de Gran Britalia que presenta una variación población negativa cuando las características de la población a nivel de edad no refiere esa tendencia además es una de las UPZ que ha presentado siempre una de las mayores densidades poblacionales y tiene un estrato socio-económico 2, este tipo de fenómenos poblacionales es necesario ser revisados en un próximo censo realizado en el distrito.

Considerando el factor de aumento poblacional en esa década las UPZ que presentaron un mayor variación positiva son la UPZ Tintal Norte esto está relacionado con la generación de nuevas urbanizaciones fenómeno que también toco a la UPZ Calandaima, otro fenómeno que coadyuvo al crecimiento poblacional son las denominadas zonas de invasión se encuentran Castilla, Patio Bonito, Corabastos, se debe discurrir, además que la UPZ Las Margaritas por medio de la proyección no representa la real variación poblacional presentada, puesto que después del 2005 se presentó un creciente fenómeno de urbanización en ese territorio y actualmente no se tiene estadísticas de ella.

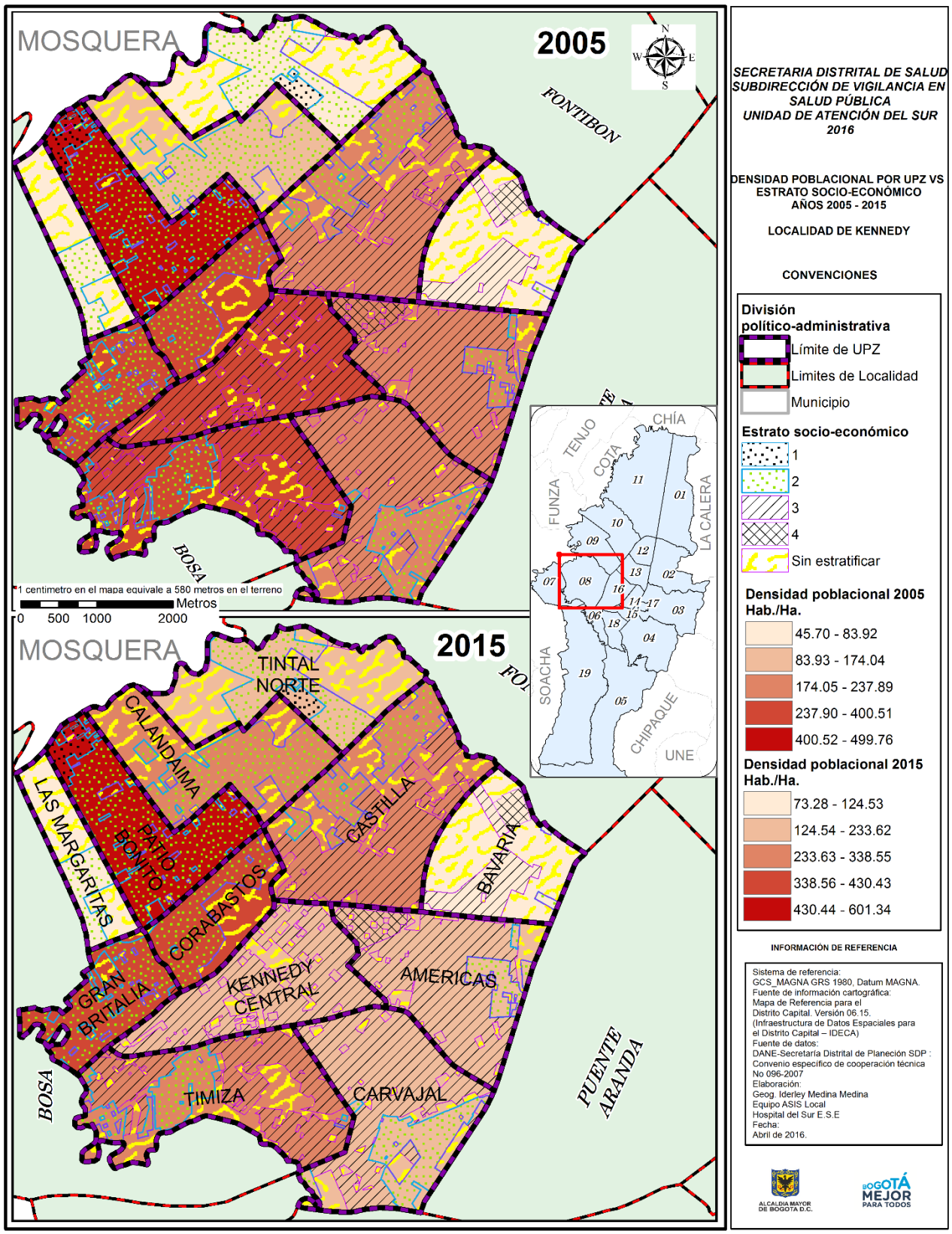
Además, desde el punto de vista de densidad poblacional, la UPZ que conlleva una mayor densidad es Patio Bonito, Seguido de Corabastos, Gran Britalia y posteriormente Timiza.

Tabla 3. Dinámica Poblacional año 2005 y 2015

UPZ	pob_2005	porcentaje	pob_2015	porcentaje	variación	DEN_2005	DEN_2015	variación
44	83492	8.83721767	82404	7.70513217	-1088	219.156709	216.300837	-2.85587241
45	104339	11.0437701	81755	7.64444785	-22584	237.894808	186.40288	-51.4919287
46	109469	11.5867554	146835	13.7297107	37366	217.54719	291.804453	74.2572629
47	107125	11.3386545	78781	7.36636593	-28344	317.677174	233.623575	-84.0535993
48	143930	15.2342828	145725	13.6259209	1795	334.38008	338.550248	4.17016775
78	15752	1.66727175	70827	6.62263235	55075	45.7030488	205.498339	159.79529
79	55531	5.87768331	88239	8.25073004	32708	174.043501	276.555879	102.512378
80	61293	6.48756267	79426	7.42667623	18133	332.165509	430.433781	98.2682717
81	72052	7.62634992	66006	6.1718479	-6046	400.506698	366.899532	-33.6071656
82	158584	16.7853366	190819	17.8424059	32235	499.75788	601.342499	101.584619
83	12356	1.30782185	18336	1.7144957	5980	83.9165304	124.530066	40.6135361
113	20854	2.20729336	20316	1.8996343	-538	75.2233091	73.2826674	-1.94064162

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

Mapa 3. Densidad poblacional por UPZ vs. *Estrato* socio-económico años 2005 - 2015



En cuanto al concepto de espacio público y la densidad poblacional ambos son medidos en habitantes por una unidad de medida espacial, aunque las unidades de medida referidos en este atlas para los dos son diferentes debido a la escala, para densidad poblacional está en

hectáreas y espacio público está en metros cuadrados, sin embargo el mapa nos da una aproximación a lo que está pasando a nivel de este bien público, el espacio se divide en tres tipos que tienen niveles jerárquicos diferentes, el primero es el espacio público total que se refiere a aquel suelo que está destinado para espacio público (8), en este caso para el área urbana de la localidad de Kennedy, este espacio está compuesto por indicador de espacio público efectivo y el indicador de espacio público no efectivo, este último contiene el espacio público vial y áreas libres de los equipamientos, mientras que el primero contiene el área de parques, zonas verdes plazas y plazoletas (8).

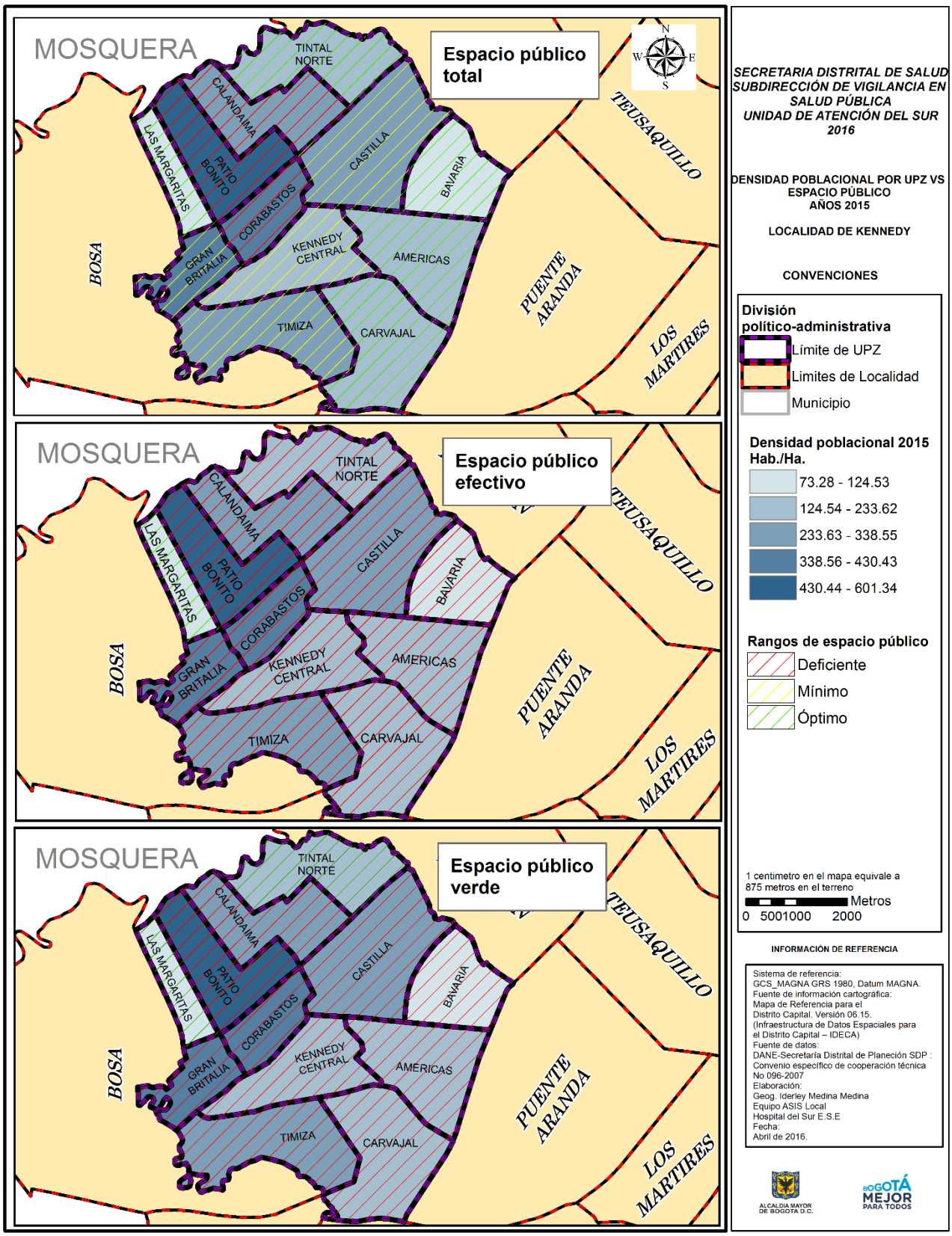
El segundo tipo de espacio público que hace parte de este atlas como indicador social es el espacio público efectivo de carácter permanente que contiene, como se mencionó anteriormente zonas verdes, parques y plazas y plazoletas. Como tercer tipo de espacio público que se tiene en este atlas está el espacio público verde. Para esto dos tipos se determinan medidas mínimas para el primero se menciona 15m^2 por habitante según lo citado en el decreto nacional 1504 de 1998 y para el segundo se estipula 10m^2 por habitante, desde esta perspectiva se sacaron los valores óptimos, mínimos y deficientes para cada una de las UPZ, para el primer tipo de espacio público, el total se estandarizo a partir de estas medidas para poder calificarlo.

De este modo se obtuvo que las UPZ Bavaria, Américas, Carvajal, Tintal Norte y Las Margaritas están dentro de un nivel óptimo de espacio público total, aunque Las margaritas aparece con una baja cantidad poblacional el factor que sube el indicador es una zona verde llamada El Porvenir-Gibraltar que ostenta 666 m^2 de los millón y medio que tiene de la UPZ; debido a la alta cantidad poblacional Patio Bonito y Corabastos tienen deficiencia en espacio público total, Tintal Norte al igual que los anteriores tiene deficiencias en espacio público, esto se debe a la falta de espacio público efectivo y/o zonas verdes más que a la alta cantidad poblacional.

En relación con el espacio público efectivo se encuentra que 11 de las 12 UPZ que hace parte de la localidad de Kennedy se encuentran en un rango deficiente, tomando como medida mínima de 10 a 14.9 m^2 /hab. y deficiente menor de 10 m^2 /hab., la única UPZ que posee una medida óptima, es decir igual o superior a 15m^2/hab. de espacio público efectivo es Las Margaritas, como se mencionó anteriormente esto está relacionado con el espacio verde de El Porvenir-Gibraltar que sube el los indicadores que hacen parte de este tipo de espacio público.

Para el caso de espacio público verde y como menciona Terraza (9) “son esenciales para el desarrollo urbano sustentable. Los parques, las plazas junto con los arboles urbanos no solo definen en gran medida la identidad y el atractivo de las ciudades: estos espacios abiertos contribuyen además a la calidad de vida de sus habitantes” y aunque no se estipula en ningún documento o ley un mínimo de m2/hab. (9) para este trabajo se convino utilizar entre 9-10 m^2/hab. menor a 9 m^2 /hab. como deficiente y superior a 10 m^2 /hab. como optimo, a partir de ello se obtuvo que solo dos UPZ se encuentran dentro de una medida óptima, el resto está dentro de una medida deficiente.

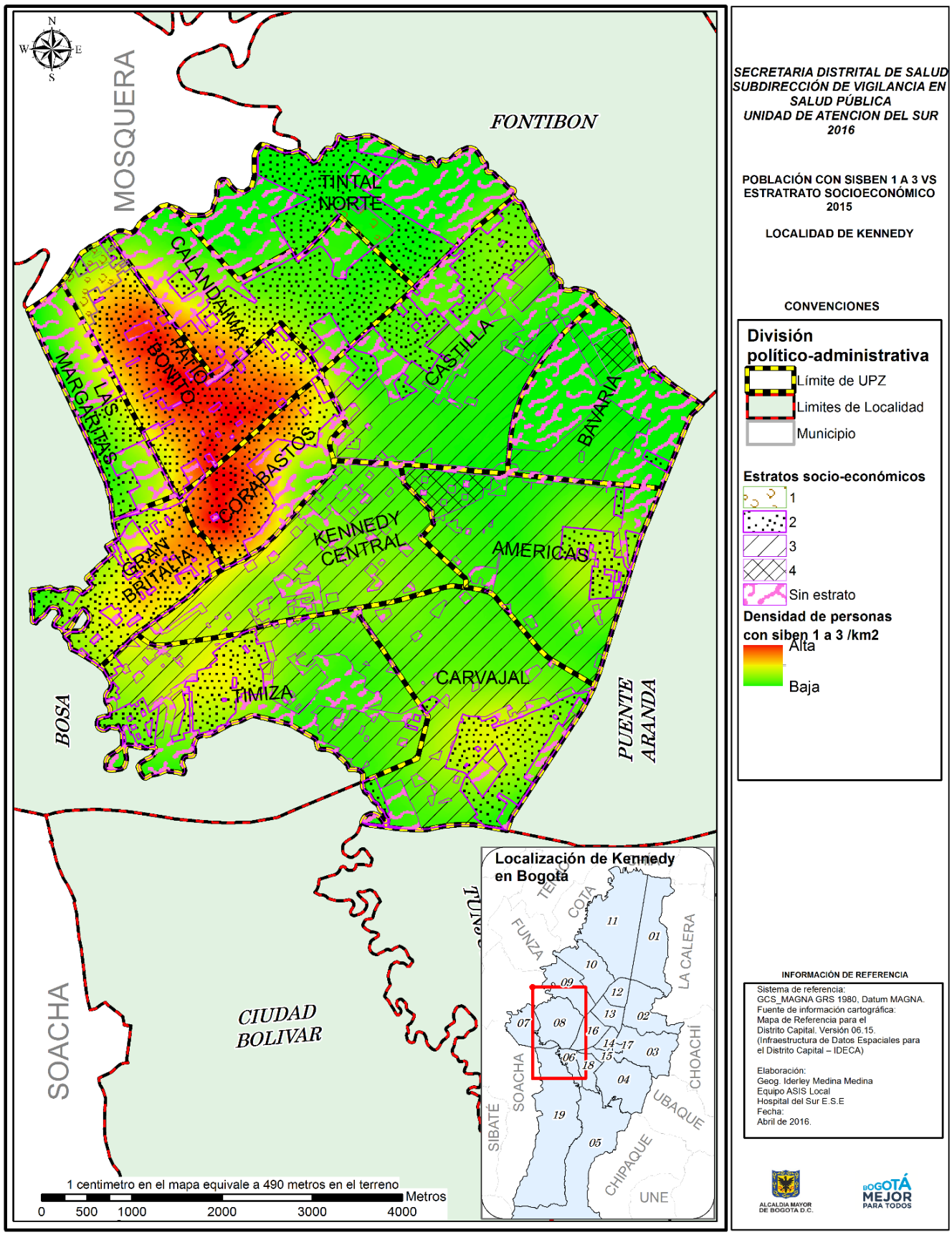
Mapa 4. Densidad poblacional vs. espacio público localidad de Kennedy 2015



Para determinar una relación estrato socio-económico con SISBEN se tomó una base de datos de la oficina de planeación de la Unidad de Atención del Sur con usuario que tienen una

calificación de 1 a 3 en este sistema de identificación, obteniendo un total de 341.703 con un ID único (documento de identidad), de los cuales solo se logró un proceso de georeferenciación eficiente de 261.421 registros, sin embargo de ese total solo pertenecen a la Localidad de Kennedy 169.902, con esta base de individuos localizados en este territorio, se generó un mapa de densidad de puntos con la superposición de los estratos socioeconómicos, dando como resultado que en aquellas áreas donde prevalece una estratificación 2 se presenta una mayor concentración de individuos encuestados con una calificación de SISBEN 1 a 3. Es lógico pensar que este fenómeno corresponda o sea relativamente proporcional de las personas calificadas por el SISBEN estén localizados en un estratos socio-económico bajo a bajo-bajo, sin embargo, se encuentran excepciones como la UPZ Tintal Norte que está catalogada en un estrato 2 pero no se genera una relación con una alta densidad de personas encuestadas y calificadas por el SISBEN sucediendo lo mismo en la UPZ Calandaima en las zonas más próximas a Tintal Norte.

Mapa 5. Población con SISBEN 1 a 3 vs. Estrato socio-económico



2. ANÁLISIS ESPACIAL DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA.

Según lo estipula la secretaria de salud de Pereira los eventos de interés en salud pública son "Aquellos eventos considerados como importantes o trascendentes para la salud colectiva por parte del Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo-efectividad de las intervenciones, e interés público; que además, requieren ser enfrentados con medidas de salud pública" (10). Dentro de este ítem se encuentran las mortalidades maternas, los eventos o enfermedades que pueden se transmitidas de un ser humano a otro, dentro de los no transmisibles está el maltrato, la violencia sexual y el intento de suicidio; la salud sexual y reproductiva referida a los nacidos vivos de adolescentes entre los rangos de edad de 10 a 14 años y de los 15 a 19 años, además para este atlas se tiene en cuenta los relacionado con la Vigilancia en Salud Pública comunitaria.

2.1. Mortalidades evitables

Estos eventos se han convertido "un indicador que permite medir la calidad y efectividad de los servicios sanitarios, así como su evaluación y monitorización" (11) Dentro de las mortalidades evitables están las muertes por la neumonía, por infecciones respiratorias agudas, por enfermedades diarreicas, las mortalidades maternas, perinatales, infantiles, en menores de 5 años, por desnutrición, además de la mortalidad por tos ferina. A pesar que existen todos estos dentro del indicador de mortalidad evitable, para este atlas solo se muestran aquellas que se presentaron dentro de la localidad de Kennedy. Las fuentes para la identificación de estos eventos en la localidad, así como para el resto del distrito, son la base SDS-RUAF. Sin embargo, se encuentran problemáticas al interior de estas bases que conllevan a que se presenten errores en la localización, puesto que el dato espacial primario es ingresado por las UPGD de forma incorrecta o a veces no se ingresa.

2.1.1. Mortalidad materna

El alto número de muertes maternas en algunos países muestra la problemática de inequidad en el acceso a los servicios de salud y marca las diferencias entre ricos y pobres teniendo en cuenta que el 99% de dichas muertes se producen en países en desarrollo (12). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada día mueren aproximadamente 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y parto, de esas el 99% viven en países en desarrollo. Así mismo refiere que se ha reducido en casi la mitad la mortalidad materna entre 1990 y 2013 (13).

Este evento se ha convertido en un grave problema de salud pública a nivel mundial que afecta a la mayoría de países pobres del mundo y tiene un gran impacto familiar, social y económico. Debido a que una gran proporción de mujeres en edad fértil pertenece a la población trabajadora y económicamente activa, las muertes maternas generan una pérdida de la productividad económica y una disminución en los ingresos familiares. La muerte de éstas genera en sus hijos no sólo una carencia de los recursos básicos para la supervivencia sino también carencias afectivas y de protección (14). La mejora a este indicador se presenta como uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Con respecto al ODM5, los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015, hasta el año pasado este indicador ha disminuido en un 47% (15). Desde el aspecto local, Kennedy ocupa el primer lugar de las

localidades con menor razón de mortalidad materna con un 13.4, donde se presentaron dos casos (ver mapa 6) seguido de San Cristóbal (16,7), Engativá (21,4) y Bosa (28,8).

2.1.2. Mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal es un indicador sensible del bienestar de una población, de las condiciones de salud materna, del entorno en que vive la madre y de la calidad de la atención preconcepcional, prenatal, intraparto y del neonato. Estas muertes reflejan el grado de desarrollo de un país, muestran las condiciones de inequidad social y constituyen un problema básico de salud por su elevada frecuencia (16). Desde esta perspectiva se presenta que casi el 66% de las muertes infantiles ocurren el primer mes y de estas 60% en la primera semana de vida, particularmente en la etapa intraparto y en las primeras 24 horas de vida, dado que es el periodo más crítico para la sobrevivencia infantil, estas se denominan muertes perinatales y en su mayoría son el resultado de una conducción deficiente del parto y el alumbramiento (17). A partir de esta problemática el distrito ha tomado como meta a nivel el reducir la mortalidad perinatal a 15 por 1.000 nacidos vivos, en el 2014 se reporta una tasa de 14,2 en la localidad de Kennedy mientras que para el 2015 es de 13,9 por 1.000 nacidos vivos, lo que evidencia una disminución en comparación con el año anterior atribuido posiblemente a las estrategias implementadas desde territorios ambientalmente saludables en articulación con el plan obligatorio de salud POS. La distribución de las mortalidades evitables para el año 2015 están representadas a partir de densidad de punto en el mapa 7.

2.1.3. Mortalidad infantil

La mortalidad infantil, al igual que el indicador anterior de mortalidad perinatal, es un indicador importante que refleja el desarrollo de los países y sus prioridades. Se trata de un indicador relacionado directamente con los niveles de pobreza y de calidad de la salud (a mayor pobreza o menor calidad sanitaria, mayor índice de mortalidad infantil) y constituye el objeto de uno de los 8 Objetivos del Milenio. Este indicador se relaciona de una forma estrecha con variables como el acceso de la comunidad a agua potable y saneamiento básico, las condiciones de nutrición de la mujer y los niños, las prácticas de higiene y alimentación, el nivel educativo de las madres y el acceso a los servicios sociales básicos, incluyendo servicios de salud y vacunación (18). Para el caso nacional y distrital en los últimos años se ha observado un descenso sostenido de la mortalidad infantil, en Bogotá se pasa de una tasa de 13,3 en 2008 a 8,7 en el 2015, similar comportamiento se observa en la localidad de Kennedy de 11,7 casos en el 2008 a 8,8 casos por 1.000 nacidos vivos en el 2015., presentándose focos o concentración de eventos en zonas de estratos bajos o con problemas de saneamiento ambiental como es el caso de las UPZ Patio Bonito, Gran Britalia, Timiza, Américas, Carvajal y Corabastos (mapa 8)

2.1.4. Mortalidad en menores de 5 años

La mortalidad en menores de cinco años se encuentra directamente relacionado con el indicador de mortalidad infantil que se plantea como uno de los objetivos del milenio; debido a su asociación con características socioeconómicas y demográficas tales como nivel de ingreso, tamaño y estructura familiar, educación de la madre, situación nutricional, entre otros se considera un buen indicador de desarrollo socioeconómico general. Se ha encontrado que el 83% de la estas mortalidades ocurre en el primer año de vida y tienen que ver con enfermedades asociadas al nacimiento del niño, como malformaciones congénitas, trastornos respiratorios y otras afecciones del periodo perinatal, infecciones respiratorias agudas y sepsis bacteriana (infección diseminada por bacterias). En los niños de un año y hasta antes de cumplir los cinco años, las principales causas se deben a enfermedades prevenibles, como la infección respiratoria aguda,

las enfermedades infecciosas intestinales y las causas externas como el ahogamiento, accidentes en el hogar y accidentes de tránsito. A lo anterior, se puede agregar causas como bajo nivel socioeconómico e inequidad social (19).

En lo concerniente a la localidad de Kennedy para el año 2015, esta se posicionó en el primer lugar con mayor porcentaje en la presencia de este evento con un 17.5 por cada 10.000 menores de 5 años. El 86,3% se reportan en menores de un año y el 13,7% se encuentra entre 1 y 4 años, por lo que este indicador se encuentra estrechamente ligado a la mortalidad infantil, por este motivo la distribución espacial de ambas en la localidad es muy similar (Mapa 9)..

2.1.5. Mortalidad por neumonía

La neumonía es la principal causa individual de mortalidad infantil en todo el mundo. Se calcula que mata cada año a 1,2 millones de niños menores de cinco años, lo que supone el 18% de todas las defunciones en este grupo, en todo el mundo (20). Por esta razón, las enfermedades respiratorias en general y la neumonía en particular, continúan siendo un problema de salud pública de importante prioridad para el mejoramiento de la salud de la infancia y para minimizar la tasa de mortalidad infantil y en niños menores de cinco años. Existen varios factores de riesgo para la presencia y posterior mortalidad por neumonía; uno de ellos como lo menciona la OMS (21) es la problemática en el sistema inmunológico que coadyuvan a que los niños no puedan superar los problemas de neumonía por si solos, estos problemas inmunológicos están ligados inicialmente a la ineficiente lactancia materna, la malnutrición o desnutrición, asociadas a una pobreza (o pobreza oculta) además de una mala alimentación puesto que los padres por sus labores muchas veces no se encuentran en el hogar y se les brindan alimentación que no cumple con los estándares necesarios para una nutrición balanceada o necesaria en calorías y nutrientes para un óptimo crecimiento y peso; el hacinamiento que se enmarca, en algunos casos, dentro de la pobreza también interviene en la adquisición de neumonía en los niños

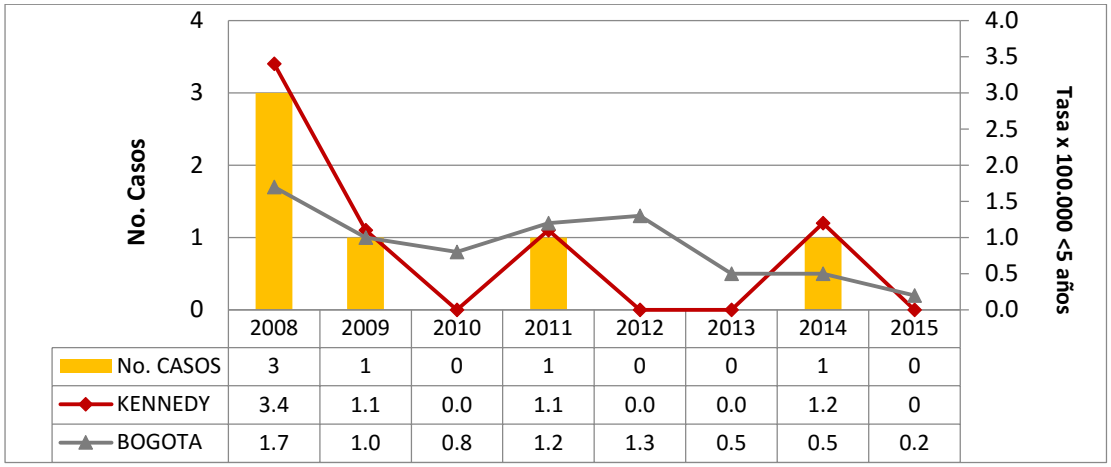
Otro factor importante tiene que ver con la ubicación de la localidad de Kennedy que la hace propicia para una concentración de contaminantes en el aire esto debido a la dirección y el flujo del viento que convergen en ella, como es el caso del material particulado menor a 10 micras (PM10) que ostenta valores que van de 129.32 a 152 ppm para dicha localidad, estos factores ambientales aunados a las características socio-culturares que se enmarcan dentro de este territorio marcan una problemática grande en la morbi-mortalidad por enfermedades e infecciones respiratorias. Todos esto factores aunados a una problemática social de pobreza, pobreza oculta y alta vulnerabilidad aumentan aún más las causa de las mortalidades encontradas en la localidad, que se puede percibir dentro de algunas UPZ, como es el caso de Américas y Timiza que fue donde ocurrieron las mortalidades por neumonía dentro de Kennedy, donde se evidencia mayor cantidad de familias con bajo poder adquisitivo, problemas de manejos inadecuados de residuos, focos de contaminación alta presencia de Unidades de trabajo informal, una amplia presencia de fábricas, industrias y talleres, alto flujo vehicular, especialmente de transporte público, que a su vez contribuyen a la contaminación de la localidad, manifestándose en el desmejoramiento de la calidad de vida y una mayor probabilidad de presencia de mortalidades.

En total se presentaron 4 casos para el 2015 representando una tasa de 4,6, sin embargo de la totalidad de los eventos solo 3 fueron posibles georreferenciarlos, esto debido a inconsistencia en la dirección

2.1.6. Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

La enfermedad diarreica aguda es una de las principales causas de enfermedad y muerte en los niños menores de 5 años, la mayor morbimortalidad la sufren los niños menores de dos años y se estima que aproximadamente de 80% a 90% de las muertes por diarrea, ocurre en ese grupo de edad (22). En el caso del distrito se tiene como meta llegar a 1 por cada 100.000 menores de 5 años, desde lo concerniente a Kennedy se ha presentado una tasa tendencias variables en los últimos 8 años, sin embargo, para el año 2015 no se presentaron eventos obteniendo una tasa de 0 por cada 100.000 menores de 5 años estando por debajo de la meta distrital

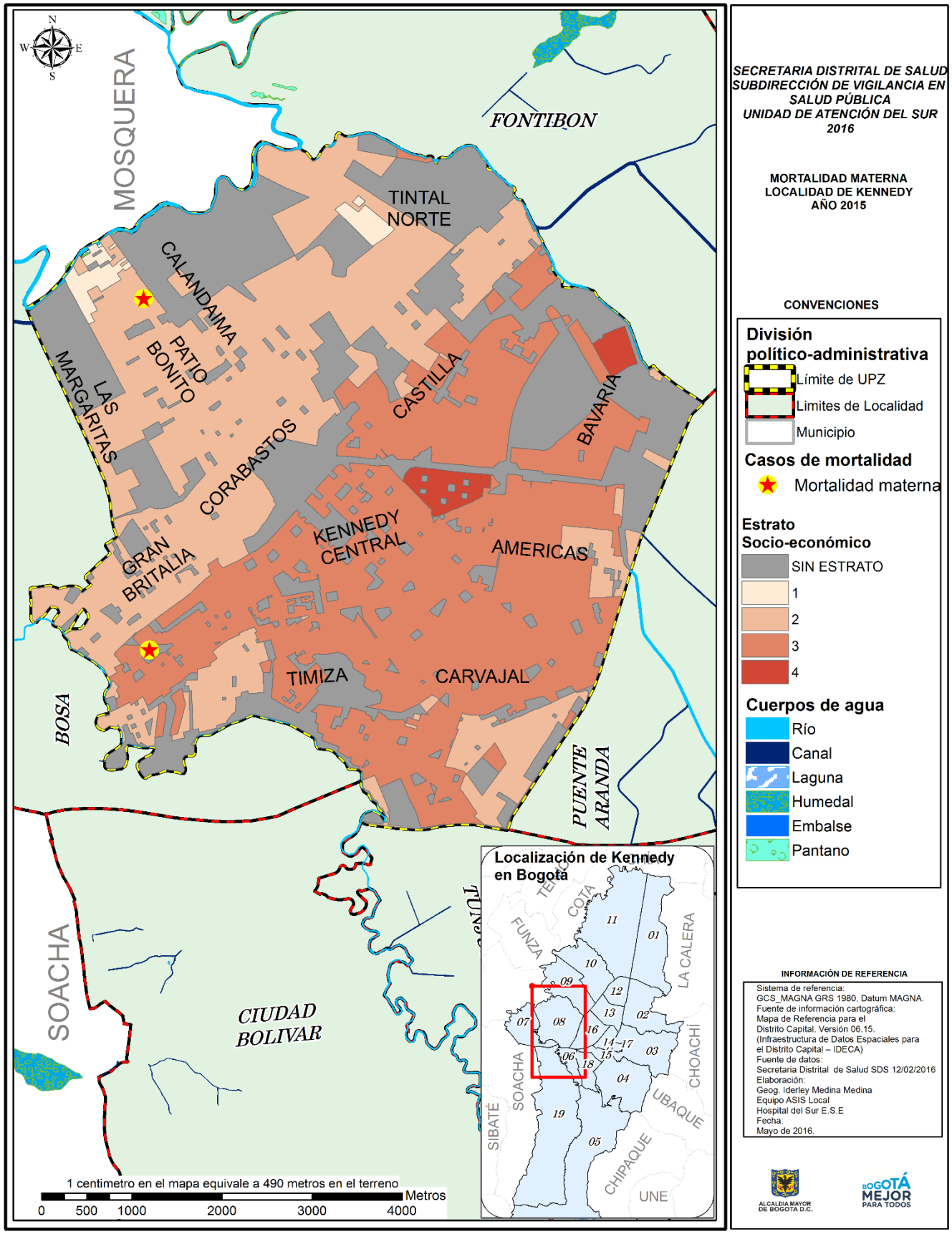
Gráfica 1. Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años. Kennedy y Bogotá. 2008-2015



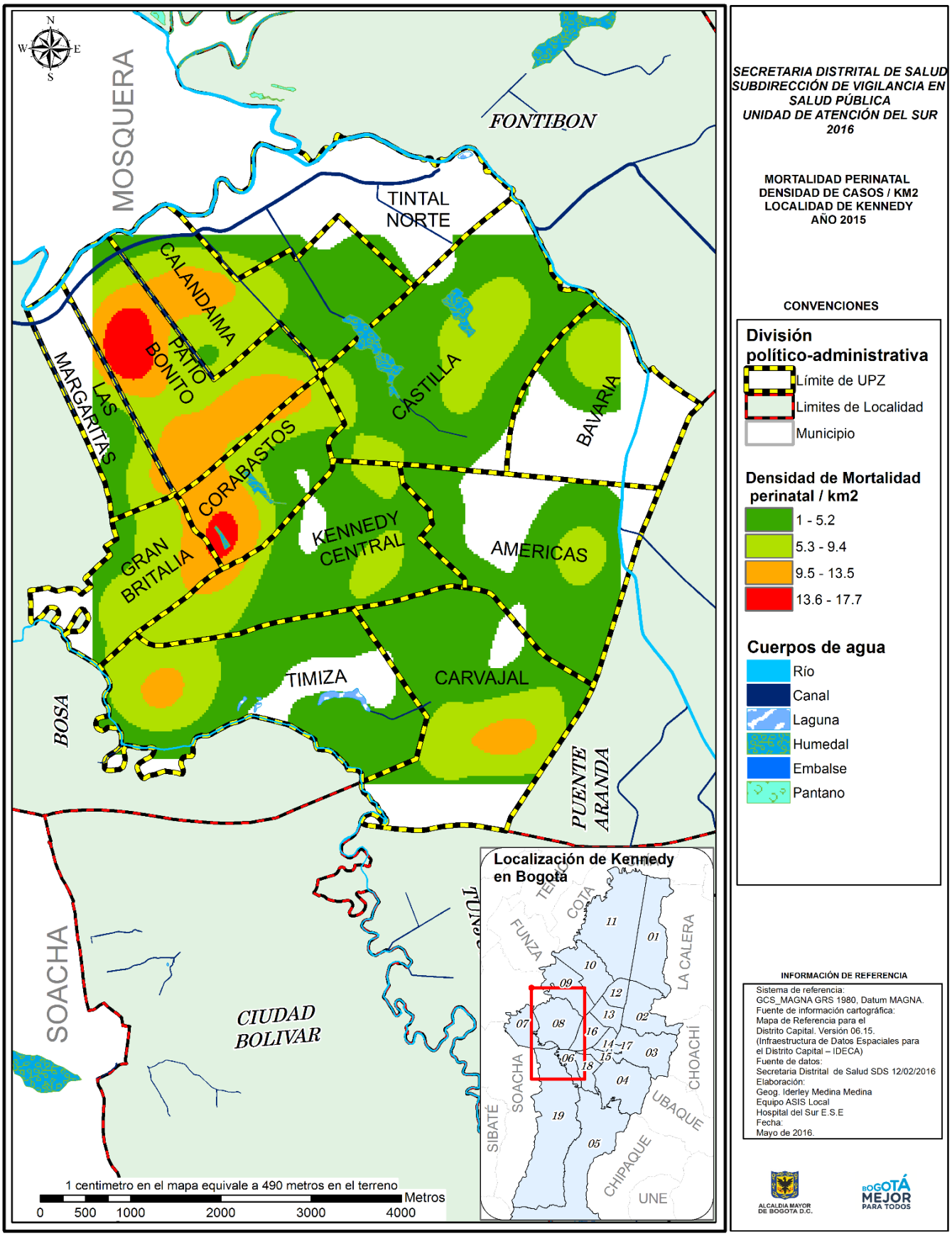
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
No. CASOS	3	1	0	1	0	0	1	0
KENNEDY	3.4	1.1	0.0	1.1	0.0	0.0	1.2	0
BOGOTA	1.7	1.0	0.8	1.2	1.3	0.5	0.5	0.2

Fuente: Proyecciones Censo de población 2005-2015. DANE-SDP. Certificado de Nacido Vivo - Bases de datos SDS-DANE y RUAF-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. 2008-2014. Fecha Actualización: 16-01-15. Datos Preliminares 2014.

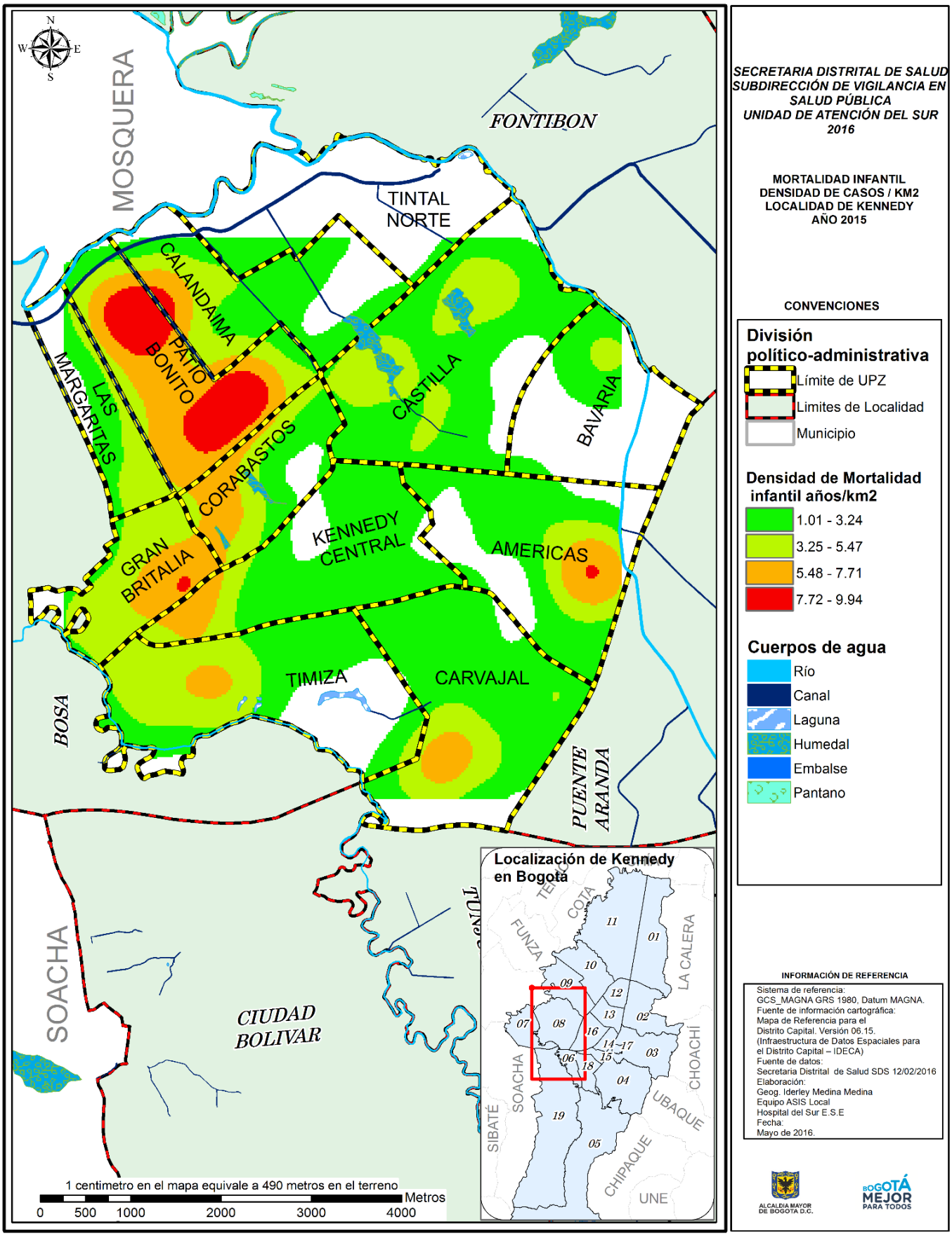
Mapa 6. Casos de mortalidad evitable en materna. Localidad de Kennedy, año 2015



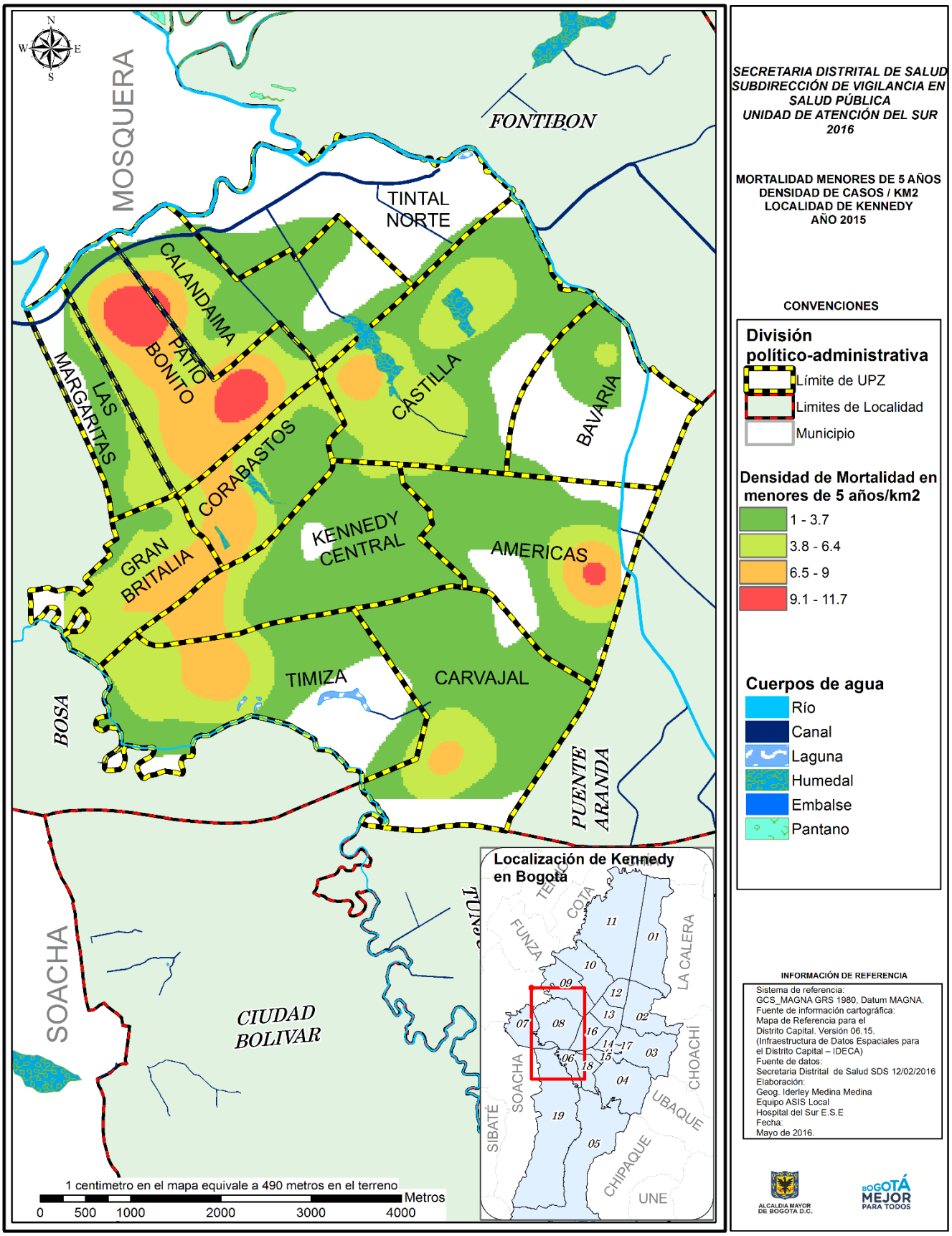
Mapa 7. Densidad de mortalidad perinatal, casos/km^2, Localidad de Kennedy, año 2015



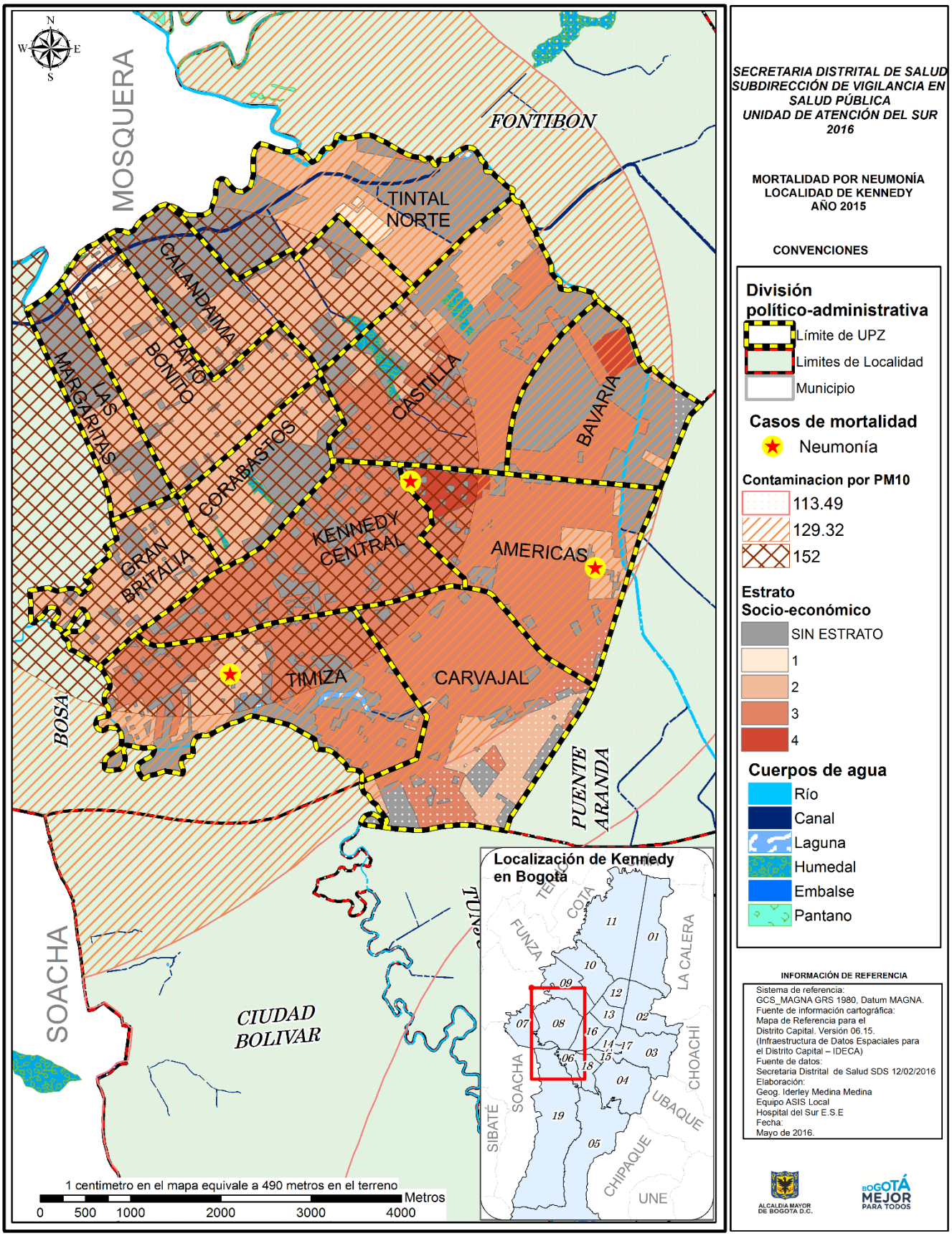
Mapa 8. Densidad de mortalidad infantil, caso/Km^2. Localidad de Kennedy, año 2015



Mapa 9. Densidad de mortalidad en menores de 5 años, caso/Km^2. Localidad de Kennedy, año 2015



Mapa 10. Casos de mortalidad evitable por neumonía y factores de riesgo Localidad de Kennedy, año 2015



2.2. Transmisibles

2.2.1. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

La importancia de reconocer, controlar y evaluar las posibilidades del desmejoramiento de la Salud en un colectivo de personas, hace necesario el control sobre las enfermedades transmisibles, en primer orden la conceptualización respeto a las enfermedades transmisibles desde el Instituto Nacional de Salud se conceptualiza como “son aquellas enfermedades causadas por agentes infecciosos específicos o por sus productos tóxicos en un huésped susceptible, conocidas comúnmente como enfermedades contagiosas o infecciosas” (23), esta perspectiva se complementa con uno de los conceptos del Organización Panamericana de la Salud (OPS) “los causantes de las enfermedades transmisibles son agentes biológicos que varían desde virus intracelulares microscópicos, hasta organismos grandes y complejos como los parásitos” (24)

Dentro de estas enfermedades transmisibles se ubican las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). En el contexto mundial según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “las ITS se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral. También se pueden propagar por medios no sexuales, por ejemplo, las transfusiones de sangre o productos sanguíneos” (23). Según cifras de esta misma entidad, se estima que, anualmente, unos 357 millones de personas a nivel mundial contraen alguna de las cuatro infecciones de transmisión sexual (ITS) siguientes: clamidiasis, gonorrea, sífilis o tricomoniasis.

Las implicaciones de las ITS, tienen una mayor relevancia cuando se habla de sífilis en las gestantes, en la siguiente descripción la Universidad de Antioquia refiere esta enfermedad como “La sífilis es una enfermedad infecciosa de transmisión sexual descrita desde hace varios siglos, causa compromiso sistémico y ha sido llamada “la gran simuladora” por las múltiples presentaciones clínicas que puede tener” (25), esta situación se hace presente por múltiples determinantes de la salud en sus diferentes escalas. La presencia de esta ITS se hace constante en países con menores ingresos per cápita, además de las anomalías congénitas en las familias, factores genéticos, infecciones, estado nutricional de la madre, factores ambientales acceso limitado o tardío a los servicios de control prenatal; falta de acceso a la prueba de tamización para sífilis durante la gestación o al tratamiento adecuado y oportuno.

En Colombia los principales determinantes en salud para la presencia de sífilis gestacional se derivan de:

- Ineficacia del programa de control prenatal para captación temprana de gestantes o para inducir la demanda.
- Desconocimiento del personal de salud de los protocolos de atención de sífilis gestacional y congénita en cuanto al diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- Fallas en la captación de los compañeros sexuales y/o el tratamiento de estos.
- Falta de actividades de promoción y prevención de ITS.
- Deficiencias en el funcionamiento de los programas de ITS (25).

Finalmente, dentro del grupo de ITS que se presentan en este Atlas de Salud Pública la Hepatitis B es referenciada desde la OMS como “una infección hepática potencialmente mortal causada por el virus de la hepatitis B (VHB). Constituye un importante problema de salud a

nivel mundial. Puede causar hepatopatía crónica y conlleva un alto riesgo de muerte por cirrosis y cáncer hepático" (26). Es importante resaltar que la transmisión de la Hepatitis B se da por tener relaciones sexuales sin preservativo con una persona infectada, durante la gestación y al compartir material de uso personal (máquina de afeitar y depilar, cepillo de dientes y cortador de uñas), material para inyección (agujas y jeringas) o instrumentos para hacer tatuajes o colocación de piercings.

Para el caso de la localidad de Kennedy, se evidencia un alto rango entre 9 y 19 casos de ITS para las UPZ, Patio Bonito y Corabastos, seguidas de las UPZ Calandaima, Gran Britalia, Timiza y Kennedy Central con un rango de 5 a 8 casos para el año 2015. (Ver mapa No.11)

2.2.2. Eventos prevenibles por vacunas (varicela, Tos Ferina y Hepatitis A)

Este tipo de eventos nacen de acciones conjuntas, de las naciones del mundo y de organismos internacionales interesados en apoyar funciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y con un fuerte compromiso de erradicar, eliminar y controlar las mismas (27).

La importancia de los procesos de vacunación y el control de enfermedades como varicela, Tos Ferina y Hepatitis A, desde la OMS ve la prevalencia de agilizar el control de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, tomando la erradicación de la poliomielitis como primer paso, e intensificar los esfuerzos dirigidos a eliminar la rubéola, el sarampión, el tétanos materno y neonatal, y otras enfermedades; fortalecer los programas nacionales de inmunización sistemática para cumplir las metas en materia de cobertura vacunal; introducir vacunas nuevas y mejoradas, y potenciar la investigación y el desarrollo de la próxima generación de vacunas y tecnologías.

La varicela como enfermedad contagiosa, principalmente en niños y niñas caracterizada por producir un sarpullido con ampollas, picazón, cansancio y fiebre. Esto lo puede hacer sentirse enfermo y muy incómodo y causarle la pérdida de 5 a 7 días de escuela o trabajo. La mayoría de los niños que contraen varicela se recuperan completamente en una semana. Pero puede ser grave para los bebés, adolescentes, adultos, mujeres embarazadas y personas con sistemas inmunitarios debilitados (28). Muy similar a la varicela se encuentra la Tos Ferina, enfermedad que se presenta también en menores de 5 años principalmente. Según el INS la duración aproximada de la tos ferina es de ocho semanas y se presenta en tres fases: catarral, paroxística y convalecencia.

El evento final que se pueden prevenir por vacunas es la Hepatitis A, teniendo en cuenta la designación de la OMS "principalmente cuando una persona no infectada (y no vacunada) come o bebe algo contaminado por heces de una persona infectada por ese virus. La enfermedad está estrechamente asociada a la falta de agua salubre, un saneamiento deficiente y una mala higiene personal"

En la localidad de Kennedy se presentaron casos de varicela y tos ferina en el año 2015, la ubicación de estos eventos por kilómetro cuadrado, se presentó mayoritariamente en las UPZ Calandaima de 64.65 a 80.73 M2, Patio Bonito, Corabastos y Timiza de 48.47 a 64.64 M2 por evento, (ver mapa No. 12)

2.2.3. Enfermedad Respiratoria Aguda.

La Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA), agrupa a un número de enfermedades similares como lo son Enfermedad Similar a Influenza (ESI), Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), IRAG inusitado, Neumonía y las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).

Con respecto a estas últimas IRA, "la infección respiratoria aguda (IRA), incluye un conjunto de enfermedades que afectan el sistema respiratorio, pueden ser causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con una evolución menor a 15 días; representan una de las primeras causas de atención médica en todo el mundo" (29).

La prevalencia en el tiempo de estas enfermedades, las condiciones ambientales son determinantes para estas. La ubicación de la localidad de Kennedy la hace propicia para una concentración de contaminantes en el aire esto debido a la dirección del flujo del viento que convergen en ella, como es el caso del material particulado menor a 10 micras (PM10) que ostenta valores que van de 129.32 a 152 ppm para dicha localidad, estos factores ambientales aunados a las características socio-culturares que se enmarcan dentro de este territorio muestran una problemática grande en la morbi-mortalidad por enfermedades e infecciones respiratorias.

Existen varios factores de riesgo para la presencia y posterior mortalidad por neumonía; uno de ellos como lo menciona la OMS, es la problemática en el sistema inmunológico que coadyuvan a que los niños no puedan superar los problemas de neumonía por si solos, estos problemas inmunológicos están ligados muchas veces a malnutrición o desnutrición, asociadas a una pobreza (o pobreza oculta) además de una mala alimentación puesto que los padres por sus labores muchas veces no se encuentran en el hogar y se les brindan alimentación que no cumple con los estándares necesarios para una nutrición balanceada o necesaria en calorías y nutrientes para un óptimo crecimiento y peso; el hacinamiento que se enmarca, en algunos casos, dentro de la pobreza también interviene en la adquisición de neumonía en los niños (27)

Todos esto factores aunados a una problemática social de pobreza, pobreza oculta y alta vulnerabilidad aumentan aún más las causa de las mortalidades encontradas en la localidad, que se puede percibir dentro de algunas UPZ (27).

En el mapa No. 13 se evidencian tres mortalidades por neumonía en el año 2015, dos en la UPZ Américas y una en Timiza. Para las dos mortalidades en la UPZ Américas se observa que una ocurre en estrato 1 y otra en estrato 4; un factor ambiental como lo es el PM10 se hace visible, puesto para esta UPZ se registra valores de 129.32 a 152[2]. Para la UPZ Timiza el caso se presenta en una zona de estrato 1, la cual tiene una concentración de PM10 de 152.

[2] La Resolución 601 del 4 de Abril de 2006 (modificada por la Resolución 610 de 2010), estableció los niveles máximos permisibles para PST y PM10. Estos son de 100 µg/m3 concentración anual y de 300 µg/m3 para el período de 24 horas en el caso de PST. A partir de 2011 el periodo de 24 horas para PM10 se empezó a controlar con 100 µg/m3 y el anual con 50 µg/m3. Para el caso de PM2.5 se toma como referencia los valores de 25 µg/m3 como concentración anual y de 50 µg/m3 para 24 horas. Tomado del informe anual calidad del aire Bogotá 2012. Red de monitoreo de calidad del aíre de Bogotá.

2.2.4. Enfermedades transmitidas por vectores

Según el concepto de la OMS, este tipo de enfermedades se dan debido a:

“Los vectores son organismos vivos que pueden transmitir enfermedades infecciosas entre personas, o de animales a personas. Muchos de esos vectores son insectos hematófagos que ingieren los microorganismos patógenos junto con la sangre de un portador infectado (persona o animal), y posteriormente los inoculan a un nuevo portador al ingerir su sangre” (30).

Los mosquitos son los vectores de enfermedades mejor conocidos. Garrapatas, moscas, flebótomos, pulgas, triatominos y algunos caracoles de agua dulce también son vectores de enfermedades. (30)

En la localidad de Kennedy para el año 2015 se evidencia la presencia de casos de enfermedades transmitidas por vectores en más del 90 % de la localidad; los casos notificados a SIVIGILA por chikungunya fueron 22, Chagas 8 y Dengue 9 casos. (Ver mapa No. 14)

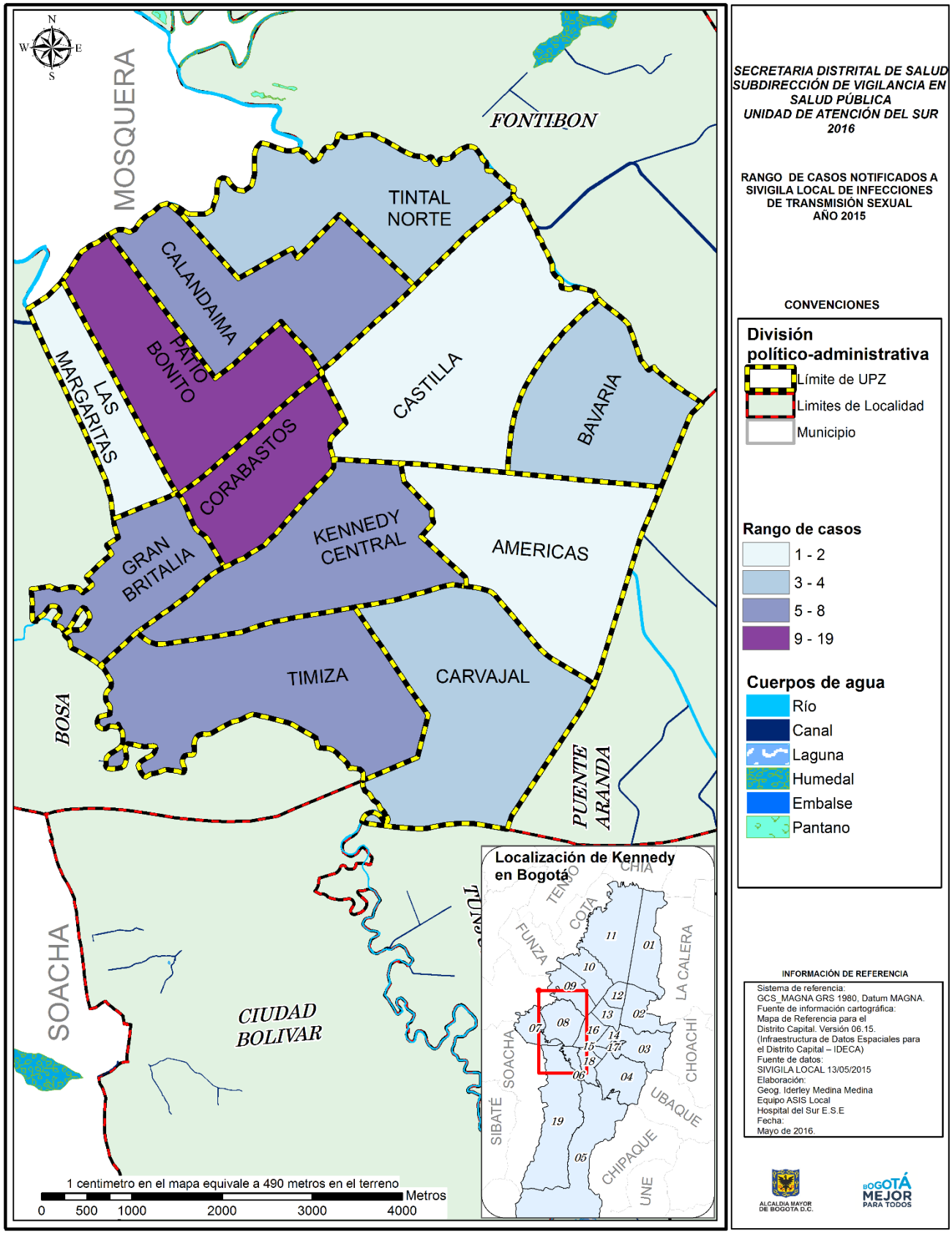
2.2.5. Tuberculosis

De acuerdo a la definición de la OMS sobre la Tuberculosis, se afirma que ésta es “… una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (Mycobacterium tuberculosis). Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio pacientes con enfermedad pulmonar activa.

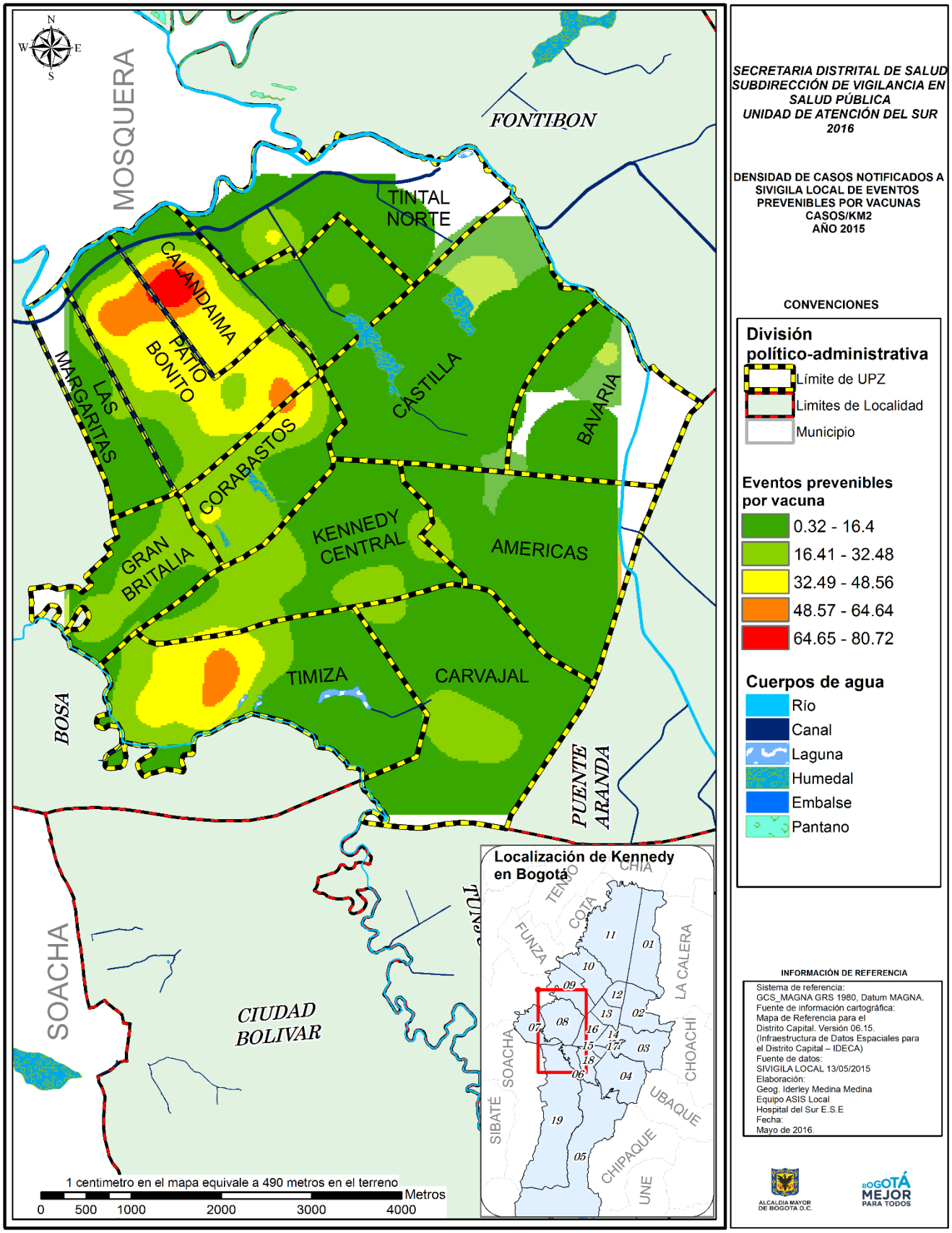
La infección por M. tuberculosis suele ser asintomática en personas sanas, dado que su sistema inmunitario actúa formando una barrera alrededor de la bacteria. Los síntomas de la tuberculosis pulmonar activa son tos, a veces con esputo que puede ser sanguinolento, dolor torácico, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna. La tuberculosis se puede tratar mediante la administración de antibióticos durante seis meses.” (31)

En la localidad de Kennedy, para el año 2015, se notificaron 5 casos de morbilidad por Tuberculosis, distribuidas en las UPZ Corabastos, Timiza, Carvajal, Américas y Kennedy Central. (Ver mapa No. 15)

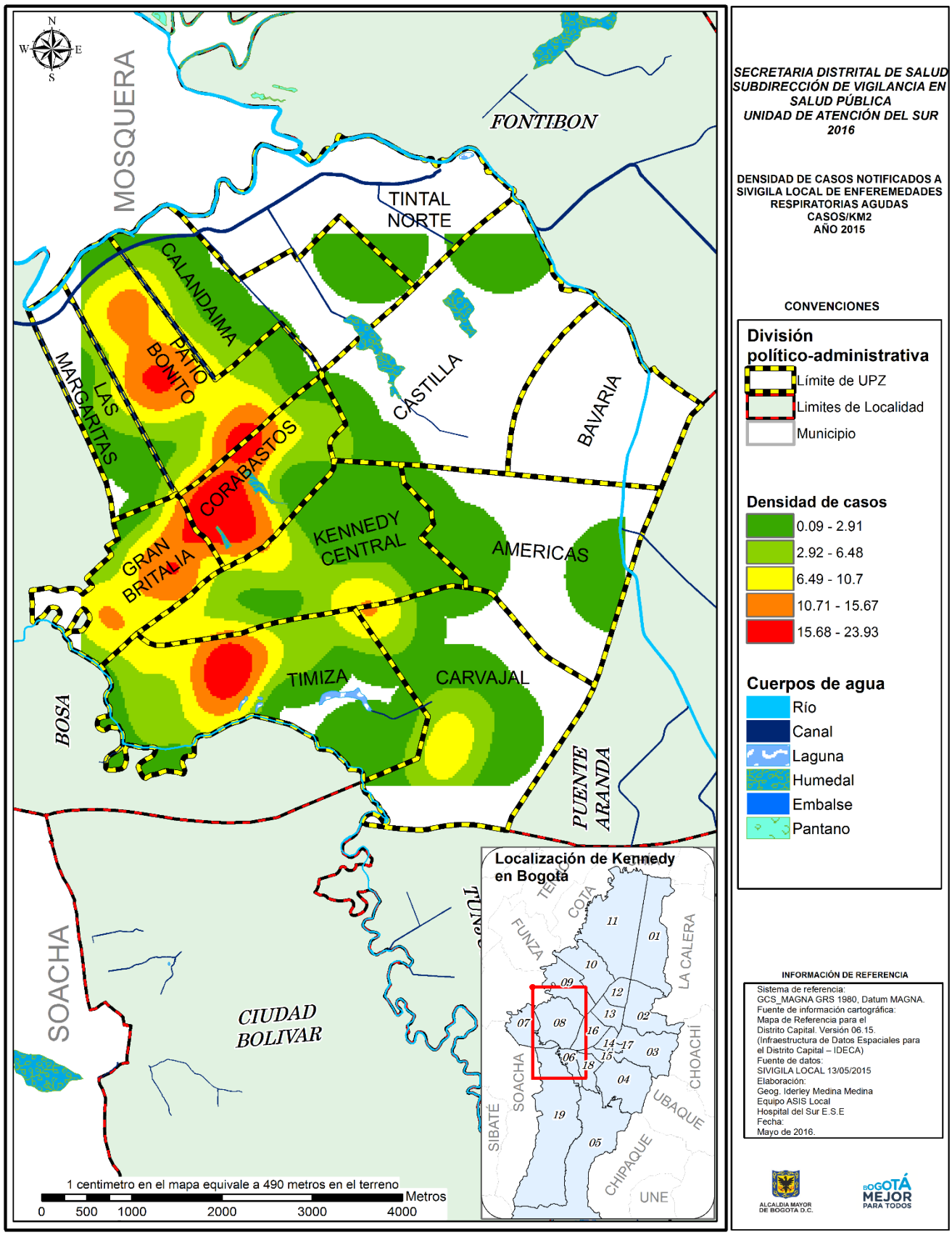
Mapa 11. Rango de casos notificados a SIVIGILA local de infecciones de transmisión sexual. Localidad de Kennedy, año 2015



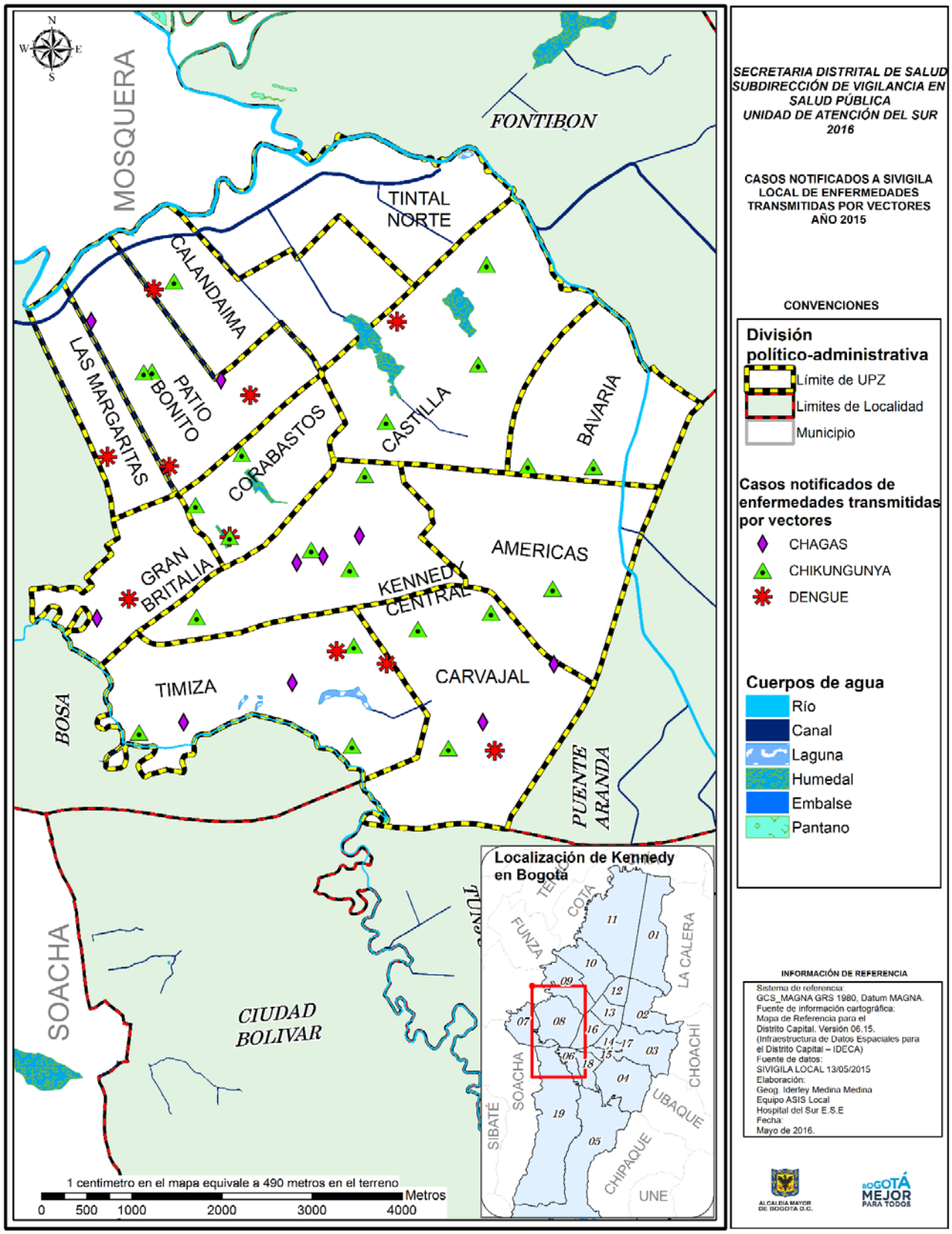
Mapa 12. Densidad de casos notificados a SIVIGILA local de eventos prevenibles por vacunas, casos/Km^2. Localidad de Kennedy, año 2015



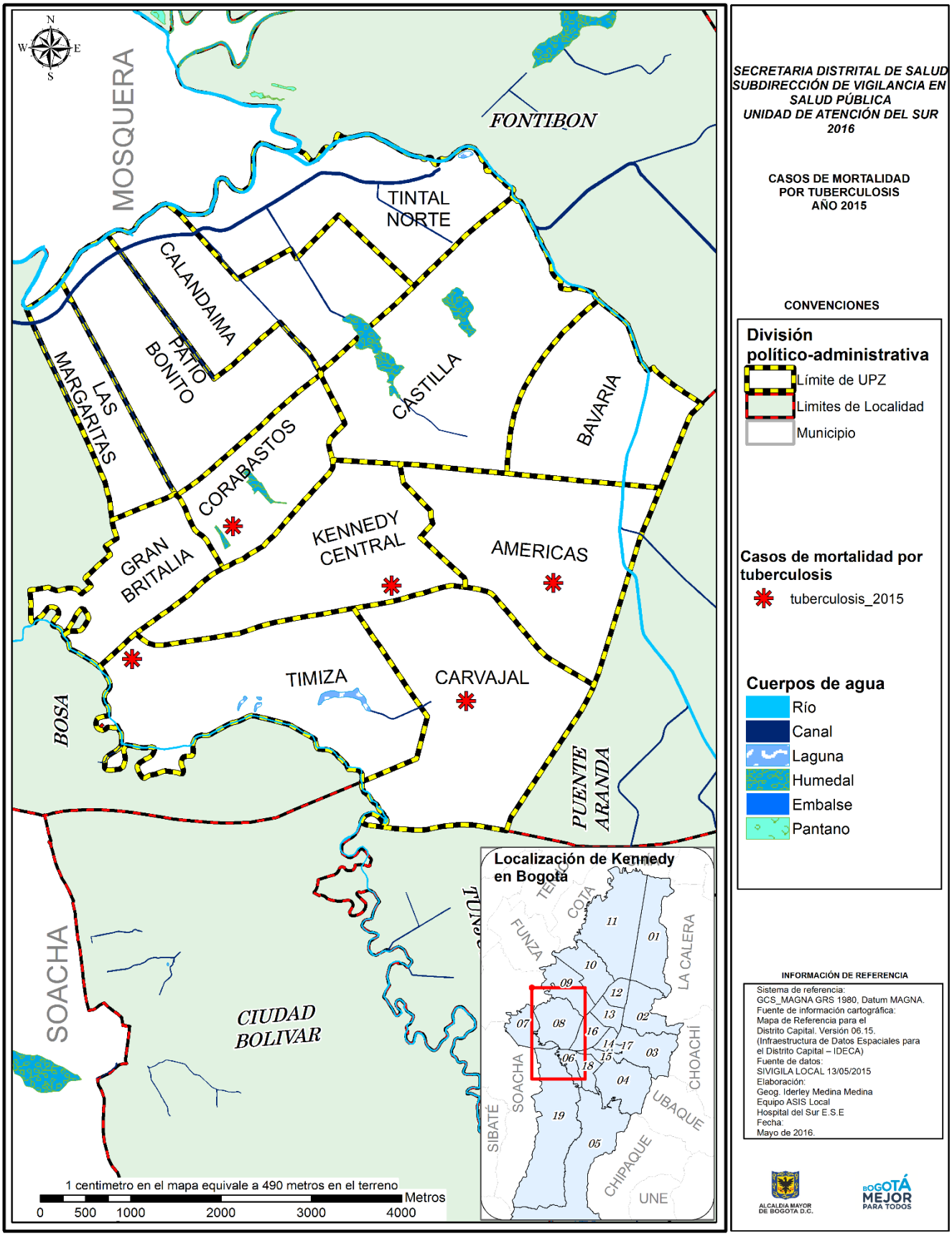
Mapa 13.Densidad de casos notificados a SIVIGILA local de enfermedades respiratorias agudas, casos/Km2. Localidad de Kennedy, año 2015



Mapa 14. Casos notificados a SIVIGILA local de enfermedades transmitidas por vectores. Localidad de Kennedy, año 2015



Mapa 15. Casos de mortalidad por tuberculosis notificados a SIVIGILA local. Localidad de Kennedy, año 2015



2.3. No transmisibles

Si bien para la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades no transmisibles o crónicas hacen referencia a las enfermedades que no se transmiten de persona en persona, son de larga duración y evolucionan lentamente (32), el Instituto Nacional de Salud, presenta una definición enfocada en las consecuencias no sólo fisiológicas sino sociales y económicas, indicando que éstas enfermedades "… constituyen unos de los principales obstáculos para el desarrollo en el siglo XXI, ya que socavan el desarrollo social y económico en todo el mundo y ponen en peligro la consecución de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente; adicional a esto, se reconoce la importancia fundamental de reducir el grado de exposición de las personas y poblaciones a los factores de riesgo comunes modificables de las enfermedades no transmisibles, como el consumo de tabaco, una dieta malsana, la inactividad física y el abuso del alcohol; y al mismo tiempo, fortalecer la capacidad de las personas y las poblaciones para optar por alternativas más sanas y adoptar modos de vida que propicien la buena salud. (33)

2.3.1. Violencia – Maltrato

La violencia es un concepto que ha sido estudiado por distintos autores y desde diversas disciplinas de estudio. En el texto Psicología de la Violencia. Causas, Prevención y Afrontamiento (34), se presenta una síntesis sobre la violencia, donde varios autores coinciden en que ésta se manifiesta con agresiones físicas y/o psicológicas que se infligen por medio del lenguaje verbal y no verbal, además del acto físico sobre otro ser humano; también se puede ejercer violencia sobre animales y objetos. Otra característica común en las distintas definiciones tiene que ver con la coerción sobre la voluntad de decisión del otro y la transgresión de los valores éticos y morales de los individuos (34).

Para delimitar la intervención del Sistema de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y el Abuso Sexual (SIVIM), la Secretaría de Salud de Bogotá (SDS) conceptualiza la situación de violencia como "Todo acto u omisión que atente contra la integridad física, psíquica o sexual de una persona, contra su libertad o que amenace gravemente el desarrollo de su personalidad, tanto en el ámbito público como el privado." (35) Además, clasifica la violencia en seis tipos: física, emocional-psicológica, sexual, económica, negligencia-descuido y abandono. La primera hace referencia a toda acción que se caracteriza por el uso de la fuerza intencional, causando daño leve o grave, excluyendo hurtos, robos y atracos. Ejemplo de violencia física son los empujones, golpes, bofetadas, zarandeo, quemaduras, entre otras.

En cuanto a la Violencia Emocional-psicológica se define como toda acción u omisión que provoque daño psíquico o emocional, afectando la autoestima de la persona o que la límite para contar con el apoyo de los demás. Son violencia emocional o psicológica los insultos, gritos, amenazas, acusaciones, intimidaciones, desvalorización, burla, críticas destructivas, indiferencia, entre otras.

La Violencia Económica se refiere a las acciones en las cuales se utiliza o explota a terceras personas para la consecución de recursos materiales o económicos para beneficio de otros. Otra forma de violencia económica es la utilización de medios económicos para limitar el desarrollo personal, se incluyen en este tipo de violencia la mendicidad, el trabajo infantil, trabajos peligrosos o de alto riesgo y la restricción inadecuada de recursos económicos.

La Negligencia o descuido se refiere a todo comportamiento que priva a las personas de satisfacer sus necesidades básicas, tales como alimentación, educación, salud, vivienda, cuidado, vestido, entre otras, existiendo la posibilidad de brindarla. Se incluyen los casos de malnutrición, accidentes, retraso escolar, enfermedades recurrentes, entre otros.

El Abandono se refiere a la situación en que se familiares o cuidadores dejan sola a una persona de forma permanente, reconociendo la necesidad de atención y asistencia de la misma, ya sea por razones de edad, enfermedad o discapacidad. Se incluyen casos de personas no asistidas por sus familiares o incluso obligadas a salir de sus casas, entre otras.

Otra forma específica de violencia considerada es el maltrato infantil, teniendo en cuenta que predomina en niños y niñas menores de 14 años. Para la OMS “El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.” (36)

En lo concerniente en este atlas y según lo estipulado por el referente de SIVIM todo tipo de violencia que conlleve una agresión física o verbal es considerado como maltrato, desde esta perspectiva se ha representado en el mapa 16, mostrando que las UPZ con mayor número de eventos de maltrato notificados en la localidad de Kennedy, es Patio Bonito, seguida de Corabastos. A la vez, en estas mismas UPZ presentan mayores reportes de maltrato en niños y niñas, seguidos por jóvenes. Finalmente, se evidencia que en las UPZ Castilla, Gran Britalia, Timiza y Carvajal la frecuencia de casos notificados es considerablemente alta.

2.3.2. Violencia sexual

Cuando se habla de Violencia Sexual se hace referencia a toda acción en la que la persona es obligada o presionada a realizar prácticas sexuales no deseadas de acuerdo a su proceso de desarrollo sexual, social y afectivo. Las prácticas sexuales pueden ser con o sin penetración.

De igual forma, en el Mapa 17, se indica la prevalencia de violencia sexual en la UPZ Patio Bonito, seguida de Corabastos y Timiza. En todas las UPZ predomina la notificación de éste evento en mujeres; sin embargo, también se presentan casos de violencia sexual en hombre, siendo reducido el porcentaje de notificación. En la UPZ Bavaria y Tintal Norte, únicamente se reportaron casos de violencia sexual en mujeres.

2.3.3. Intento de suicidio

Otro evento no transmisible al que se le realiza la respectiva Vigilancia Epidemiológica es la conducta suicida. Según el anexo operativo del Subsistema de Vigilancia de la Conducta Suicida (SISVECOS) “La conducta suicida en general y el suicidio en particular se constituye en un fenómeno de elevada complejidad en consideración a la multiplicidad de factores imbricados en su ocurrencia. (...) El comportamiento suicida viene determinado por un gran número de causas complejas, tales como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, una discusión, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales. Los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso de alcohol y estupefacientes, y los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales, como la

depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios. Las enfermedades orgánicas y el dolor incapacitante también pueden incrementar el riesgo de suicidio.” (37)

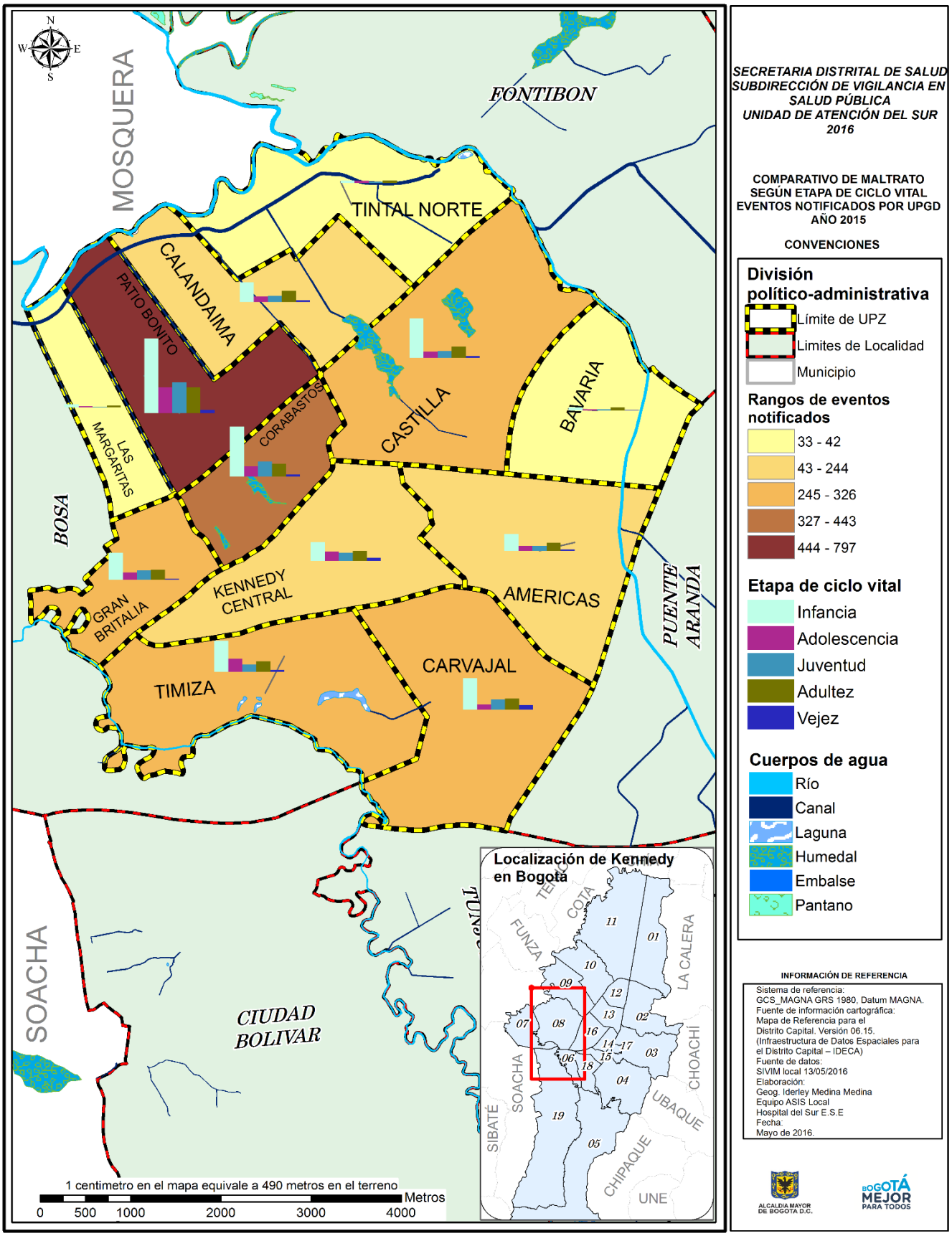
De acuerdo al anexo operativo mencionado, la identificación y notificación de casos de la conducta suicida se define de acuerdo a la manifestación, que puede ser, ideación, amenaza, intento y suicidio consumado y de acuerdo al riesgo, leve, moderado o severo.

En cuanto al intento de suicidio, que es el evento analizado, se cita a Stengel 1961, indicando que éste se divide en tentativa de suicidio y suicidio fallido. La tentativa de suicidio se refiere a la “conducta parasuicida o comúnmente llamado gesto autolítico, donde no existe la voluntad de morir sino que más bien es una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario (Riesgo Moderado). Suicidio fallido: hay intención autolítica, pero por impericia o fallas en el método no se ha logrado, o no se logra el suicidio consumado pero las intenciones de muerte son evidentes (Riesgo Severo)” (37)

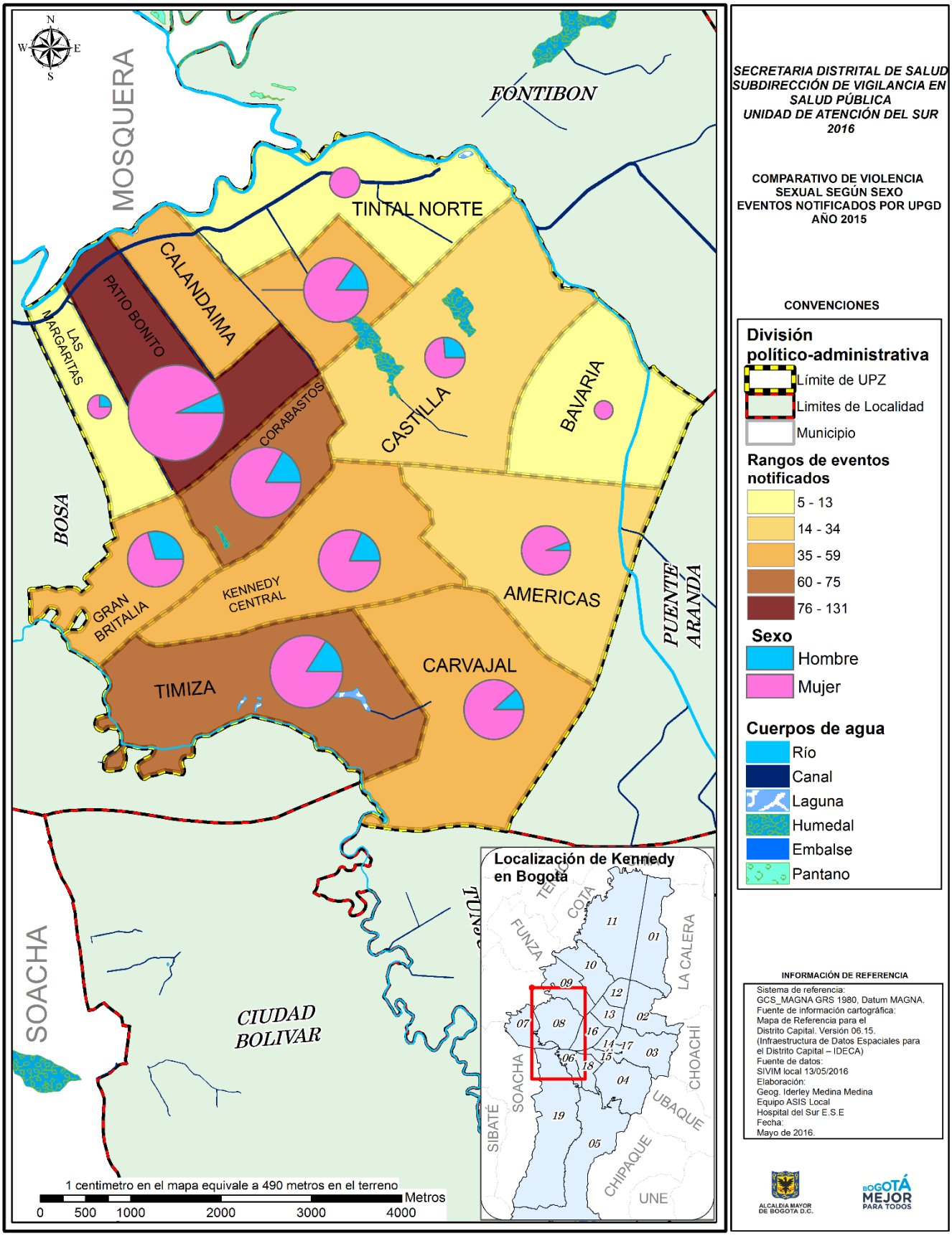
A continuación, en el Mapa 18, se presenta la comparación entre el rango de intentos de suicidio notificados y el rango de casos intervenidos por UPZ. Como se puede observar, en la UPZ Patio Bonito se presenta el mayor número de notificaciones de intento suicida seguida de la UPZ Kennedy Central y Timiza y a la vez el mayor número de eventos fallidos en la localidad se presenta Patio Bonito, Calandaima y Timiza. Los eventos fallidos hacen referencia a la no valoración del caso por parte del equipo de SISVECOS por dificultades relacionadas con errores en la dirección del individuo o por su negativa frente a la intervención requerida.

En cuanto a las edades de las personas que presentaron intento suicida, se evidencia que en la UPZ Patio Bonito corresponde a los ciclos vitales adolescencia y juventud mayoritariamente. De igual manera estos dos grupos poblacionales tienen mayor incidencia en la UPZ Kennedy Central como intentos de suicidio.

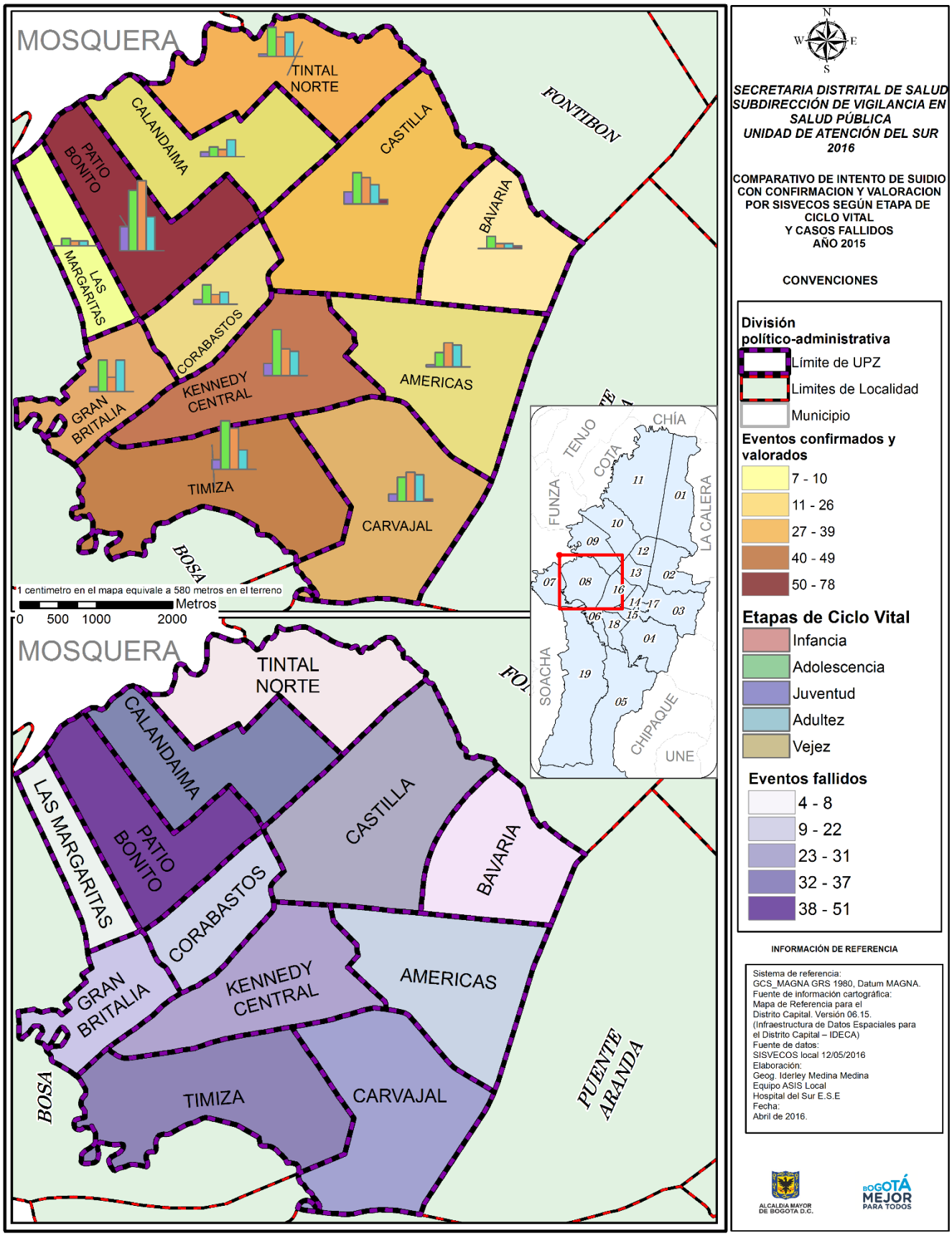
Mapa 16. Comparativo de maltrato según etapa de ciclo vital, eventos notificados por UPGD a SIVIM. Localidad de Kennedy, año 2015



Mapa 17. Comparativo de violencia sexual según sexo, eventos notificados por UPGD a SIVIM. Localidad de Kennedy, año 2015



Mapa 18. Comparativo de intento de suicidio con confirmación y valoración por SISVECOS. Localidad de Kennedy, año 2015



2.4. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

“La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR)”. (38)

Se debe tener en cuenta, en primer lugar, que el tema de Salud Sexual y reproductivo se ha tomado como un factor prioritario en cuanto a salud pública se refiere desde la década de los setenta del siglo pasado (39) además de la problemática de los embarazos en adolescentes; esto se debe a que el fenómeno de embarazo en adolescentes está ligado a ciertas problemáticas cada vez más prevalentes como son los vinculados al desarrollo social y económico de la población, encadenado al abandono o deserción estudiantil que se ve aunado a la precarización de la oportunidad laboral, la inestabilidad en las relaciones interpersonales de las parejas adolescentes, que redunda en la descomposición familiar y aumento de madres cabezas de hogar empleadas en unidades de trabajo informal, que como lo menciona Sandoval “la materialización del embarazo en la adolescencia supone un conjunto de consecuencias que en algunas ocasiones, comprometen la posibilidad de los adolescentes y jóvenes de materializar el proyecto de vida deseado” (40).

Esta temática ha sido bastante abordada y existe un sinnúmero de normas que promueven la SSR y los DSR a nivel Nacional empezando con la estrategia de Información, educación y comunicación (IEC) en el aspecto educativo se estipula en el año 1993 la Resolución 3353 donde se da obligatoriedad a la Educación sexual en las instituciones educativas, posteriormente con la ley 115 ley general de educación se ratifica esta obligatoriedad a partir del Artículo 14 literal e), donde se menciona que debe de ser "impartida en cada caso de acuerdo con las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos según su edad".

Debido a las necesidades de mejorar la SSR y promover los DSR El gobierno nacional promulga la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en el año 2013, donde se abre un aparte específicamente para la población adolescente del país, promocionando ésta a partir de la estrategia de IEC.

Posteriormente, en el año 2006 se genera la ley 1098 que expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, donde se hace referencia especialmente a los derechos sexuales y reproductivos en esta población adolescente; dentro de otras normativas a nivel nacional también se encuentra el CONPES 147 de 2012 “Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. Desde aristas médicas y de la salud el Ministerio de Salud que expidió el 25 de febrero de 2000 la Resolución 412 que busca entre otras cosas la “Detección temprana de las alteraciones del embarazo”.

2.4.1. Nacidos vivos en mujeres adolescentes de 10 a 14 años

El embarazo en adolescentes menores de 15 años y el abuso y la violencia sexual como potencial causa de estos embarazos son problemas de salud pública y de derechos humanos que generan graves consecuencias biológicas, psíquicas y sociales (41).

Por lo anterior, en el plan de gobierno distrital se busca identificar y medir situaciones de embarazo en menores de 15 años, generando la denuncia y las acciones para el inmediato restablecimiento de sus derechos, buscando mejorar las condiciones de equidad así como las complicaciones en salud que puede acarrear esta situación para las madres y sus hijos.

La fecundidad en la adolescencia es un fenómeno de grandes implicaciones a nivel personal y social, más aún cuando ocurre a edades tempranas. Desde el punto de vista individual, las consecuencias del embarazo durante la adolescencia son amplias, siendo en su mayoría de carácter negativo, tanto para el niño como para la madre, y mucho más cuando este ocurre en las edades tempranas de la adolescencia (42)

Los nacimientos en este grupo de edad es un asunto de gran importancia y genera una alerta en salud pública teniendo en cuenta que los casos en menores de 14 años siempre deben ser manejados como “presunto abuso sexual”, además de los riesgos que representa para la salud de las madres y sus hijos. Se estima que la probabilidad de morir de una adolescente menor de 15 años se quintuplica respecto a la de una mujer en edad óptima para gestar y parir (43).

Durante el 2015, se reporta un total de 55 nacimientos en menores de 15 años con una disminución de 1,7% frente al año anterior, sin embargo solo se lograron georreferenciar 70.91% de los casos mostrando a partir de ellos a las UPZ Patio Bonito (25.64%) y Timiza (11,7%), con la mayor cantidad de casos seguido de Kennedy Central y Corabastos (12.82% cada una) (ver mapa 19).

La UPZ Patio Bonito sigue caracterizándose por su alta densidad poblacional, problemáticas socio-económicas y mayor número de Nacidos Vivos con respecto a otras UPZ de la Localidad. Debido a estas características del Territorio, se evidencia que el mayor número de estos nacidos vivos se dan en condiciones y en población vulnerable. Así mismo en UPZ como Las Margaritas, Bavaria y Tintal Norte no se han presentado casos porque son zonas de poca densidad poblacional, de nivel socio-económico medio y con población adulta en su mayoría. La problemática de embarazos en adolescentes está ligado también a la educación con la que cuentan las adolescentes y por ende a una cobertura educativa presente en el territorio, empero esto también se relaciona directamente con la calidad educativa impartida en estas instituciones

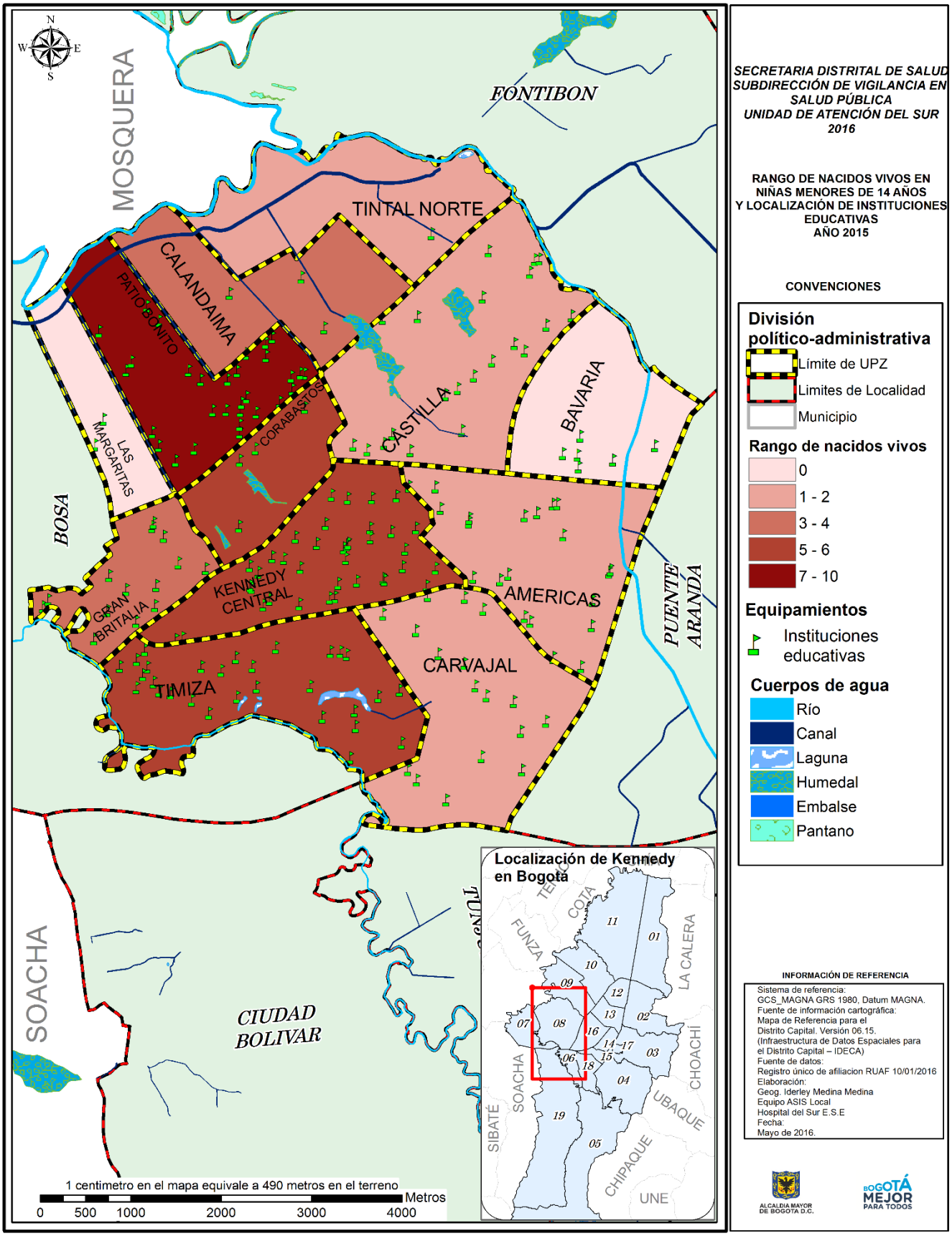
2.4.2. Nacidos vivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años

Los embarazos en adolescentes representan un tema de interés en las políticas públicas, ydebido a la unión que tiene con el desarrollo social y económico de una población relacionada con las implicaciones que se generan. Por un lado, el embarazo adolescente, se encuentra conexo con el abandono de los estudios, lo que reduce las oportunidades laborales, además, las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, generando una descomposición familiar y aumento de familias con madres cabeza de hogar, quienes tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, permaneciendo el círculo de la pobreza (44).

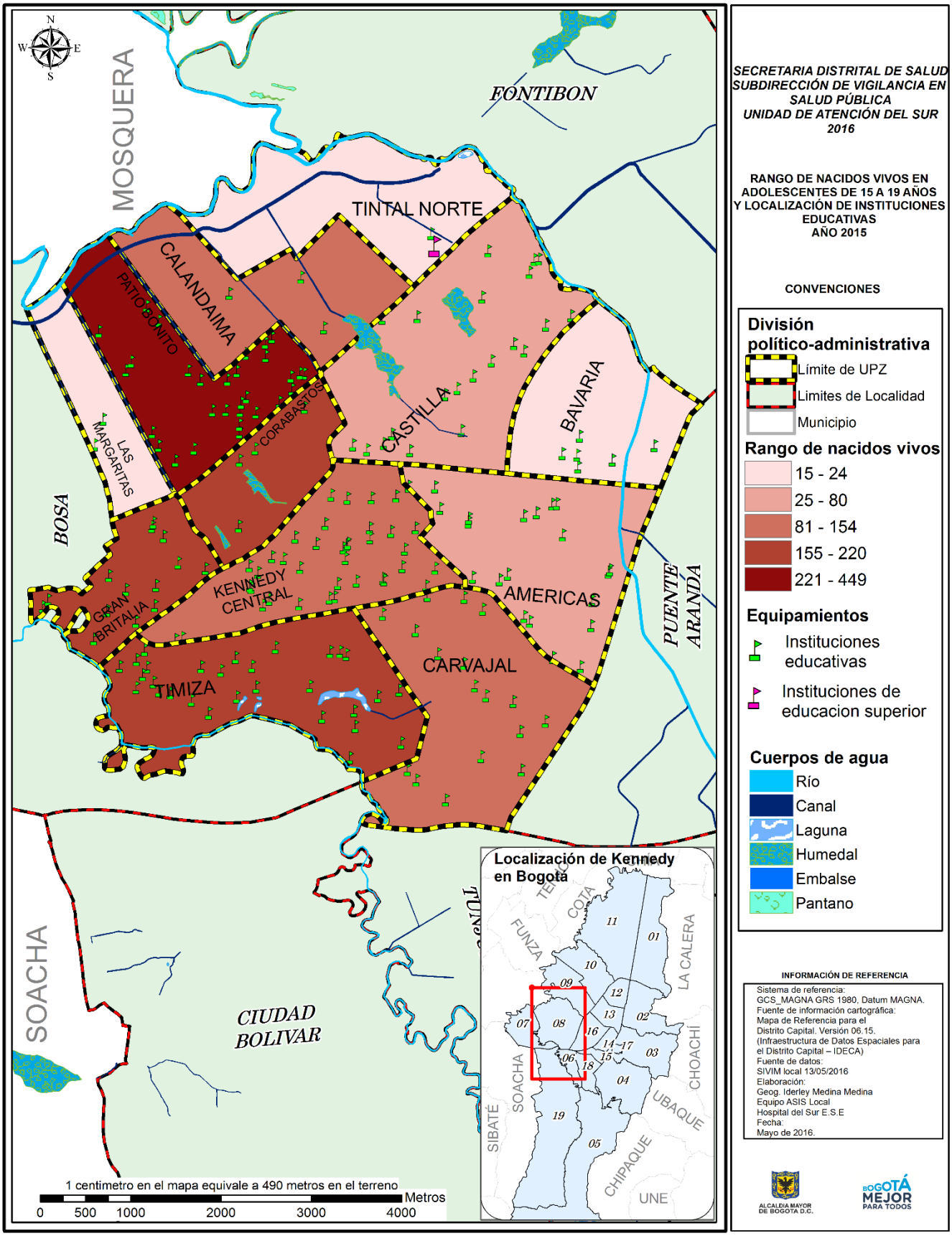
Aunque la cifra de nacimientos en este grupo de edad es elevada, durante los últimos años, se ha visto una reducción en el porcentaje de nacimientos en este grupo de edad en la localidad, pasando de 17,5% en 2012 a 14% en 2015. Comportamiento que se da similar en el distrito, evidenciando una disminución desde el 2012 con un porcentaje de 18,2% llegando a 15% en 2015. En el año 2015, en la localidad se presenta un total de 2128 nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años, observando una reducción del 8,3% respecto al año anterior, cifra muy baja teniendo en cuenta la meta distrital.

De la totalidad de los casos de nacidos vivos en mujeres adolescentes de 15-19 años el proceso de georreferenciación presento un margen de error de 19.08%, lográndose georeferenciar solo 1718 datos dentro de la localidad de Kennedy. Al igual que en los embarazos en adolescentes de 10 a 14 años, se evidencia que hay una relación con las condiciones sociales del lugar de residencia y la falta de equipamientos y redes de apoyo a los jóvenes. la falta de oportunidad educativa y laboral que se observa en UPZ como Patio Bonito, la pobreza y la Pobreza oculta existente en la UPZ Timiza, además de las densas problemáticas sociales existentes en Corabastos han llevado a que se sigan presentando casos de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años.

Mapa 19. Rango de nacidos vivos en niñas menores de 14 años y localización de instituciones educativas. Localidad de Kennedy, año 2015



Mapa 20. Rango de nacidos vivos en adolescente de 15 a 19 años y localización de instituciones educativas. Localidad de Kennedy, año 2015



2.5. VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA COMUNITARIA

Este sistema de vigilancia es un proceso de acuerdos y de construcción conjunta entre, participación social, ámbitos y componentes del PIC; que procura la movilización hacia la gestión de planes y respuestas integrales entre la comunidad, el sector salud y demás sectores intervinientes que permita el acompañamiento a las realidades de la comunidad, lo que busca este proceso es promover que la comunidad se convierta en un ente participante de aquellos eventos que afectan su calidad de vida fomentándolo además a ser promotores de cambio social y político, para ello se trabaja a partir del reconocimiento y monitoreo de la determinación de salud (45), se promueve además, que los individuos y/o grupos sociales aprendan a identificar y notificar aquellos eventos que afectan su salud y calidad de vida Eventos como: condiciones higiénicas ambientales, posible consumo de sustancias, violencia intrafamiliar, personas en situación de desplazamiento o discapacidad, entre otras, estas notificaciones se pueden generar a partir de casos individuales o colectivos. Estos equipo generan productos como los Comités de Vigilancia Epidemiologia Comunitarias, diagnósticos rápidos, entre otros

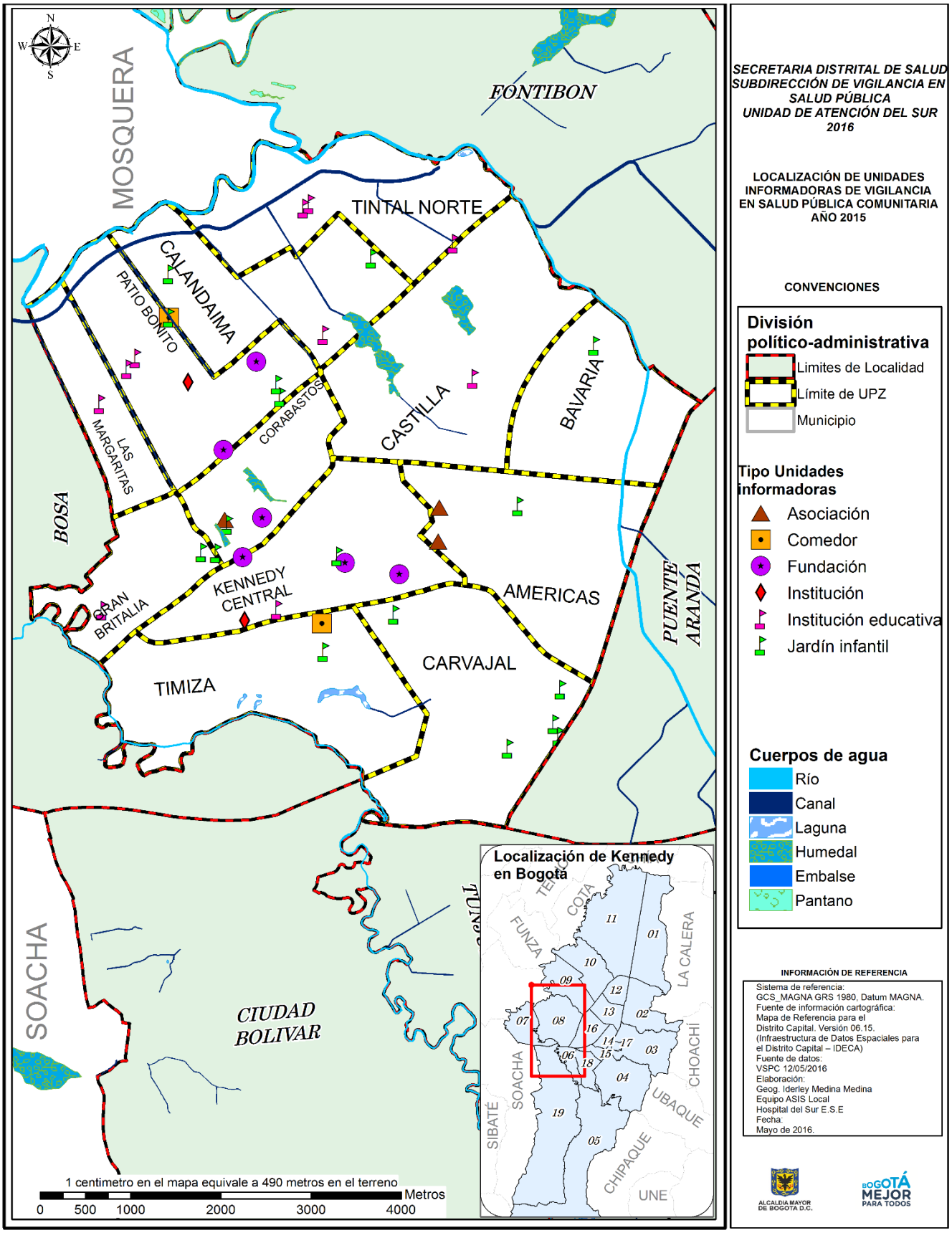
2.5.1. Unidades informadoras

A estos grupos sociales e individuos que hacen parte de la comunidad que han sido capacitados para este proceso se les ha denominado Unidades Informadoras (UI), que pueden ser madres comunitarias, comités de participación social - COPACOS, consejos zonales, comedores comunitarios, grupos de persona mayor, red materno infantil, jardines infantiles, colegios, casas vecinales, organizaciones no gubernamentales - ONG, unidades de trabajo informal, entre otras. Para el caso de la Localidad de Kennedy en el año 2015 se contaba con 41 UI en el territorio (ver mapa 21)

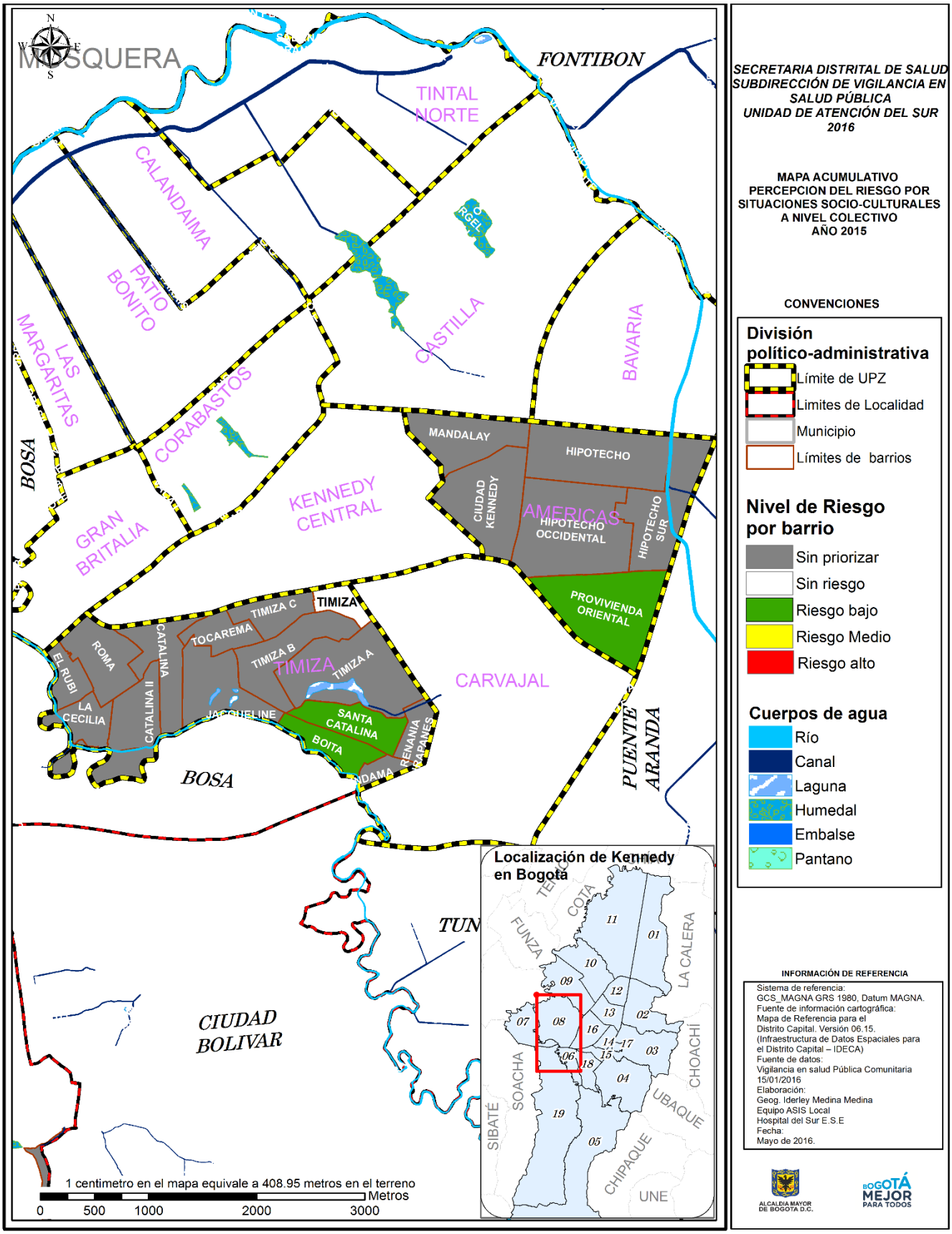
2.5.2. Percepción del riesgo por situaciones socioculturales a nivel colectivo

Para el año 2015 el equipo de VSPC realizó un diagnóstico rápido que buscaba exponer algunas de las situaciones, condiciones y/o problemáticas de carácter individual y colectivo que afectan a la comunidad de algunos barrios priorizados dentro Kennedy, esta priorización se vio establecida a partir de aquellos barrios que no hacían parte de los microterritorios de salud de la localidad, bajo la primicia que estas situaciones, condiciones y/o problemáticas no habían sido totalmente estudiadas por el Hospital del Sur. La metodología de este diagnóstico está dirigida a un reconocimiento de riesgos por manejo de basuras, de zoonosis y tenencia inadecuada de mascotas, servicios públicos y sociales, personas en condición de discapacidad, emergencias y desastres y violencia o agresión en los barrios priorizados de forma individual y al final del producto se realiza una base de datos con la finalidad de calcular el riesgo total para cada uno de los barrios, esta identificación se genera a partir de recorridos rápidos con cartografía social por parte del equipo teniendo en cuenta observación y el dialogo de saberes con la comunidad, soportados con unos instrumentos de recolección de información diseñados por la Secretaria Distrital de Salud. Como resultado final se obtuvo un informe y la cartografía presentada en el mapa 22 de este atlas

Mapa 21. Localización de unidades informadoras de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria. Localidad de Kennedy, Año 2015



Mapa 22. Mapa acumulativo de percepción del riesgo pro situaciones socio-culturales a nivel colectivo. Localidad de Kennedy, año 2015



CONCLUSIONES.

El equipo de vigilancia en salud pública local es una fuente bastante fuerte asociada a eventos que están relacionados con la salud individual y colectiva que permite un proceso sistemático y constante de recolección de información local referente a la salud enfermedad, todo esto ligado a procesos de organización, análisis, interpretación, actualización y divulgación de estos datos, además que son ligados con los determinantes sociales. Sin embargo, es importante recalcar la necesidad capacitar constantemente a las personas encargadas de la toma de datos tanto a nivel espacial como de las características de los atributos de los mismos, además de la mejora en las herramientas con las que se ingresa y georreferencian los datos para que sean más eficientes y eficaces, puesto que en las bases utilizadas para la generación de los mapas aquí representados se encuentran perdidas altas, que oscilan entre el 19 y 29%, esto ligado a una codificación incorrecta de la información, tanto a nivel de atributos de la salud-enfermedad como del aspecto espacial. .

La heterogeneidad de los resultados presentados en cada uno de los eventos de interés en salud pública, indica que las UPZ que hacen parte de la localidad tienen esa misma característica, por ende los tratamientos, acciones o políticas públicas que sean necesarios llevarse a cabo deben estar fundados en las problemática de cada una de las UPZ.

Debido a las características de uso del suelo residencial de las UPZ Ciudad Montes, San Rafael y Muzú se presentan la mayor cantidad de problemáticas sociales, empero, esto no niega que en las UPZ caracterizadas por un uso industrial sean ajenas a mostrar ciertas problemáticas como lo que sucede en el evento de embarazos de niñas de 10 a 14 años por ejemplo.

Dentro de este documento se presentan eventos que son recepcionados por el Hospital a partir de la notificación en el área de VSP que se ha visto fortalecido en los últimos años, desde esta perspectiva se genera una alta cantidad de eventos que tienen seguimiento por parte de los sub-equipos de VSP, sin embargo, la calidad en las fichas de notificación generan que los seguimientos a estos al igual que su espacialización y caracterización sean difícil, generando una gran cantidad de casos fallidos, como es el caso del equipo de SISVECOS, que para el año 2015 presentó como total de sus notificaciones 935 eventos de intento de suicidio, de los cuales solo el 48.2% tuvieron confirmación y valoración.

Debido que algunos eventos tienen un nivel de confidencialidad es necesario su representación espacial pueda dar idea de la problemática sin poner al descubierta esta población, puesto que conllevaría a unas consecuencias negativas como es caso de los eventos de transmisibles que tiene que ver con la ITS, las conductas suicidas como el intento, las violencias sexuales y los casos de maltrato (que contiene todos los tipos de violencia exceptuando la sexual).

Desde el punto de vista de la problemática de salud que se generan a nivel colectivo el fortalecimiento del equipo de VSPC ha generado que se visualicen situaciones dentro de la localidad que antes no eran tenidas en cuenta o simplemente pasaban por alto, para el año 2015 se logró dilucidar factores sociales que tenían influencia en las problemáticas de la salud pública

Referencias bibliográfica

1. Universidad de Catolica de Chile. Salud pública ¿Qué es y qué hace?a. [Online].; 2007. Available from: http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/PDF/INTRODUCTORIOS1.pdf.

2. Alcaldia mayor de bogotá. Vigilancia en salud pública y gestion del conocimiento. [Online].; 2016 [cited 2016 abril 27. Available from: http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/paginas/default.aspx.

3. Ministerio de Salud de Colombia. Plan decenal de salud pública 2012-2021. La salud en colombia la construyes tú. [Online].; 2012 [cited 2016 abril 27. Available from: https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Documento-completo-PDSP.pdf.

4. Insituto Nacional de Salud. ins.gov.co. [Online].; 2016 [cited 2016 abril 27. Available from: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Paginas/sivigila.aspx.

5. Hospital del Sur E.S.E. Diagnóstico local con participación social2011. Localidad de Kennedy. [Online].; 2013 [cited 2015 02 20. Available from: http://www.hospitalsur.gov.co/2012/configu.nsf/0/C6C73DFF670DB4F905257B55004AF423/$file/DIAGN%C3%93STICO%20LOCAL%20CON%20PARTICIPACI%C3%93N%20SOCIAL%202011%20KENNEDY%20abril.pdf.

6. Alcaldia Mayor de Bogotá D.C. DECRETO 364 DE 2013. 2013..

7. Banco Mundial. Tasa de Crecimiento de la Población. [Online].; wordbank.or [cited 2016 abril 27. Available from: http://www.worldbank.org/depweb/spanish/modules/social/pgr/print.html.

8. Departamento administrativo de planeación de Medellín. Indicador cuantitativo de espacio público efectivo. [Online].; 2010 [cited 2016 abril 27. Available from: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Plan%20de%20Desarrollo/Secciones/Informaci%C3%B3n%20General/Documentos/Infraestructura/Publicaciones/Criterios_Indicador_EspacioPublico_6_Julio_2010.pdf.

9. Terraza H. La ciudades latinoamericanas poseen suficiente espacio verde público? Qué es suficiente, existe un mínimo? [Online].; 2012 [cited 2016 abril 28. Available from: http://blogs.iadb.org/ciudadessostenibles/2012/06/28/la-ciudades-latinoamericanas-poseen-suficiente-espacio-verde-publico-que-es-suficiente-existe-un-minimo/.

10. Secretaria de Salud y seguridad social de Pereira. Glosario de términos. [Online].; 2011 [cited 2016 05 24. Available from: http://www.dlspereira.gov.co/intranet/web/es/glosario.

11. medea. Mortalidad evitable. [Online].; 2009 [cited 2016 mayo 24. Available from: http://www.proyectomedea.org/mortalidad-evitable.html.

12. Tobón JJ, Londoño G, Jaramillo DC. Análisis individual de la muerte perinatal. In Salud AdMSd. Modelos para el análisis de la mortalidad materna y perinatal. Medellín: Secretaría de Salud; 2005. p. 139.

13. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2014 [cited 2015 Agosto 20. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/.

14. Gallego L, Vélez G, Agudelo B. Panorama de la Mortalidad Materna. In Salud AdMSd. Modelos para el análisis de la mortalidad materna y perinatal. Medellín: Secretaría de Salud; 2005. p. 139.

15. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2012 [cited 2013 Febrero. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/index.html.

16. Tobón JJ, Londoño G, Jaramillo DC. Análisis individual de la muerte perinatal. In Salud AdMSd. Modelos para el análisis de la mortalidad materna y perinatal. Medellín: Secretaría de Salud; 2005. p. 139.

17. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia Mortalidad Perinatal. 2007..

18. Unicef. Estado Mundial de la Infancia 2008: Supervivencia Infantil. [Online].; 2008 [cited 2013 Enero. Available from: http://www.unicef.com.co/situacion-de-la-infancia/salud-y-supervivencia-en-los-ninos-y-ninas-menores-de-5-anos/.

19. Secretaría Distrital de Salud. Salud Capital. [Online].; 2012 [cited 2013 Enero. Available from: http://www.saludcapital.gov.co/DOCUMENTOS%20PLAN%20DE%20DESARROLLO%20SDS/Documento%20Plan%20Territorial%20de%20Salud%2020032012.pdf.

20. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa OMS. [Online].; 2012 [cited 2013. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/es/index.html.

21. Organizacion Mundial de la Salud. OMS. [Online].; 2013 [cited 2014 enero 27. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/es/.

22. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de cinco años. 2007..

23. Salud INd. Enfermedades Transmisibles. [Online]. [cited 2016 mayo 31. Available from: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Paginas/transmisibles.aspx#.V02afZHhDIU.

24. Hartigan P. Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud. Organización Panamericana de la Salud; 2001.

25. Vélez LIG. Reconocimiento de la sifilis en gestantes. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia., Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

26. Salud OMdl. Hepatitis B. [Online].; 2016 [cited 2016 junio 01.

27. E.S.E HdS. Indicadores trazadores en Salud 2015 localidad de Kennedy. Bogotá, D.C.: Hospital del Sur E.S.E; 2015.

28. enfermedades Cpecylpd. La varicela puede ser grave: Proteja a su hijo. [Online].; 2016. Available from: http://www.cdc.gov/spanish/especialescdc/varicela/.

29. Salud INd. Infección Respiratoria Aguda. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2016.

30. Salud OMdl. Enfermedades transmitidas por vectores. [Online].; 2016 [cited 2016 junio 01. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs387/es/.

31. Salud. OMdl. Tuberculosis. [Online].; 2016 [cited 2016 junio 01. Available from: www.who.int/topics/tuberculosis/es/.

32. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online]. [cited 2016 mayo 31. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/.

33. INS. Instituto Nacional de Salud. [Online]. [cited 2016 mayo 31. Available from: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Paginas/no-transmisibles.aspx#.V03u3vl95dg.

34. Marco Eduardo Muruetas MOG. Psicología de la violencia. Casusas, prevención y afrontamiento. moderno Em, editor. México D.F.: El Manual Moderno; 2015.

35. Secretaría Distrital de Salud, Alcaldia Mayor de Bogota. Instructivo Ficha notificación de SIVIM. 2015. Versión 02.

36. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online]. [cited 2016 Mayo 31. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/.

37. Secretaría Distrital de Salud. Anexo Operativo del Subsistema de Vigilancia de la Conducta Suicida SISVECOS. Enero, 2016..

38. Ministerio de la protección social. Politica Nacional de salud sexual y reproductiva. 2013..

39. Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES Social 147. Lineamiento de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jovenes en edades entre 6 y 19 años. 2012..

40. UNICEF y Alta concejería para la equidad de la mujer. Estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jovenes en edades entre 6 y 19 años. 2014..

41. Gómez P, Molina R, Zamberlin N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años. 2011..

42. FLÓREZ CARMEN ELISA VEHJGCSVKD. FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN COLOMBIA: INCIDENCIA,TENDENCIAS Y DETERMINANTES. UN ENFOQUE DE HISTORIA DE VIDA. DOCUMENTO CEDE 2004-31; ISSN 1657-7191 (Edición Electrónica). 2004.

43. Pascual LV, Toirac Lamarque A. Patrón de riesgo en lal adolescente primípara: Un problema latente. MEDISAN. 2011 diciembre; 15(12).

44. Issler J. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VI Medicina. 2001;: p. 11-23.

45. Alcaldia mayor de Bogotá. Vigilancia en Salud Publica Comunitaria. [Online].; 2016 [cited 2016 mayo 24. Available from: http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Paginas/VSPCD.aspx.