

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

## TABLA DE CONTENIDO

<b>objetivos</b> .....	<b>5</b>
Objetivo General.....	5
Objetivos Específicos.....	5
<b>PROPÓSITOS</b> .....	<b>5</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>6</b>
<b>ALCANCE</b> .....	<b>7</b>
<b>MARCO CONCEPTUAL</b> .....	<b>7</b>
<b>MARCO METODOLOGICO</b> .....	<b>8</b>
Definición del Tipo de Estudio .....	8
Población de estudio.....	8
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos .....	8
<b>Mapa de Actores</b> .....	<b>10</b>
<b>CAPITULO UNO <i>Problematización y análisis de la situación de salud y calidad de vida en la localidad desde la perspectiva de los determinantes de la salud</i></b> .....	<b>11</b>
<b>1.1 Contextualización general de la localidad</b> .....	<b>11</b>
1.1.1 Reseña histórica .....	11
1.1.2 Características geográficas y ambientales .....	12
1.1.3 Divisiones políticas, administrativas y sociales de los territorios .....	14
1.1.4 Equipamientos .....	15
<b>1.2 Contextualización sociodemográfica de la localidad</b> .....	<b>17</b>
1.2.1 Estructura de la población .....	17
1.2.2 Distribución de la población por etapa de ciclo vital .....	18
1.2.3 Índice de Dependencia y envejecimiento .....	19
1.2.4 Densidad Poblacional distribución poblacional por UPZ .....	20
1.2.5 Indicadores demográficos .....	21
1.2.6 Esperanza de vida al nacer .....	23
1.2.7 Características sociodemográficas .....	24
<b>1.3 Contextualización socioeconómica de la localidad</b> .....	<b>28</b>
1.3.1 TRABAJO Y PERFIL ECONOMICO .....	32
<b>1.4 Contextualización Epidemiológica de la localidad (perfil de morbi-mortalidad)</b> .....	<b>35</b>
1.4.1 Morbilidad y deterioro de la salud por ciclo vital .....	39
<b>MORTALIDAD GENERAL CICLO INFANCIA</b> .....	<b>47</b>
<b>Mortalidad Infantil En Menores De 5 Años</b> .....	<b>47</b>
<b>Mortalidad Por Neumonía En Menores De 5 Años</b> .....	<b>49</b>
<b>Mortalidad Perinatal</b> .....	<b>50</b>
<b>Morbilidad general Ciclo Adolescencia</b> .....	<b>52</b>
<b>Mortalidad general ciclo adolescencia</b> .....	<b>54</b>

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

Morbilidad general ciclo juventud .....	56
Mortalidad general ciclo Juventud.....	58
1. Morbilidad general Ciclo Adultez.....	61
Mortalidad general Ciclo Adultez.....	62
Morbilidad general Ciclo Vejez .....	64
MORBILIDAD Y MORTALIDAD ASOCIADA A LA GESTACIÓN.....	65
Salud oral .....	68
<b>ANEXO I</b> .....	<b>70</b>
<b>ANEXO II</b> .....	<b>71</b>
✓ Derechos humanos y derecho a la salud .....	73

## LISTA DE TABLAS

TABLA 1.RELACIÓN DE LAS FUENTES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS. LOCALIDAD DE SUBA AÑO 2013.....	9
TABLA 2.UNIDADES DE PLANEACIÓN ZONAL. LOCALIDAD DE SUBA. AÑO 2011.....	14
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR ETAPA DE CICLO VITAL, LOCALIDAD DE SUBA. AÑO 2012. ....	19
TABLA 4.DENSIDAD POBLACIONAL POR UPZ Y POR ÁREA URBANA Y RURAL. LOCALIDAD DE SUBA, AÑO 2012. ....	20
TABLA 5.TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD. LOCALIDAD DE SUBA, AÑOS 2006 A 2012.....	22
TABLA 6.PROYECCIÓN ESPERANZA DE VIDA AL NACER SEGÚN SEXO, LOCALIDAD DE SUBA, AÑOS 2010 - 2015.....	24
TABLA 7 INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA, LOCALIDAD DE SUBA, 2013. ....	25
TABLA 8.DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO SEGÚN PROYECCIÓN POBLACIONAL DANE PARA EL AÑO 2012.....	30
TABLA 9EMPRESAS MATRICULADAS Y RENOVADAS EN LA LOCALIDAD DE SUBA, AÑO 2013.....	33
TABLA 10INDICADORES DE FUERZA LABORAL, LOCALIDAD DE SUBA AÑO, 2013.....	34
TABLA 11.DISTRIBUCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AÑO 2012 MORBILIDAD AÑO 2010 MORTALIDAD CICLO INFANCIA, LOCALIDAD DE SUBA.....	39
TABLA 12. DISTRIBUCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AÑO 2012 MORBILIDAD AÑO 2010 MORTALIDAD CICLO ADOLESCENCIA, LOCALIDAD DE SUBA.....	52
TABLA 13.DISTRIBUCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AÑO 2012 MORBILIDAD AÑO 2010 MORTALIDAD, CICLO JUVENTUD. LOCALIDAD DE SUBA.....	55
TABLA 14. DISTRIBUCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AÑO 2012 MORBILIDAD AÑO 2010 MORTALIDAD CICLO ADULTEZ, LOCALIDAD DE SUBA .....	59
TABLA 15. DISTRIBUCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD AÑO 2012 MORBILIDAD AÑO 2010 MORTALIDAD CICLO VEJEZ, LOCALIDAD DE SUBA 63	

## LISTA DE GRAFICAS

GRÁFICA 1. MAPA CONCEPTUAL DIAGNÓSTICO EN SALUD LOCALIDAD DE SUBA 2012 .....	7
GRÁFICA 2.PIRÁMIDE POBLACIONAL, LOCALIDAD DE SUBA, AÑO 2012 .....	18
GRÁFICA 3.DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRANDES GRUPOS DE EDAD E ÍNDICES DE DEPENDENCIA. LOCALIDAD DE SUBA, AÑOS 2005, 2011, 2012 Y 2015.....	20
GRÁFICA 4.TASAS DE FECUNDIDAD. LOCALIDAD DE SUBA – BOGOTÁ. AÑOS 2005 A 2012.....	21

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

GRÁFICA 5. TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS. LOCALIDAD DE SUBA – BOGOTÁ. AÑOS 2006 A 2012. ....	23
GRÁFICA 6. ESTADO CONYUGAL DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 10 AÑOS, LOCALIDAD DE SUBA, AÑO 2011. ....	25
GRÁFICA 7. PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES DE 5 AÑOS QUE ESTUDIAN, LOCALIDAD DE SUBA, AÑO 2011 .....	26

### Objetivo General

Analizar el contexto actual de la localidad de Suba a partir del reconocimiento de los factores que determinan los procesos de salud-enfermedad y calidad de vida en las diferentes escalas del territorio, mediante los procesos de triangulación de la información analítica –reflexiva, apoyado en el modelo de determinantes sociales que contribuya a la toma de decisiones para el mejoramiento de la situación en salud al igual que el bienestar social en la población de la localidad suba.

### Objetivos Específicos

- Analizar las características de la situación de salud y la calidad de vida de la población de la localidad de suba en términos cuantitativos, cualitativos y territoriales a partir de la comprensión de los determinantes sociales en salud, así como describir las condiciones de salud a partir del análisis demográfico, epidemiológico en las diferentes escalas del territorio
- Triangular la información obtenida en relación a las características, comportamientos, condiciones y potencialidades que determinan los procesos de salud – enfermedad en la Localidad de Suba, con el fin de explicar la situación en salud mediante un dialogo de saberes, de combinar diferentes disciplinas que enriquezcan el Diagnostico Local.
- Identificar las respuestas de diferentes actores a nivel sectorial, transectorial, institucional y comunitario para la mitigación de las problemáticas locales evidenciadas en las diferentes escalas del territorio.

## PROPÓSITOS

Fortalecer los procesos de toma de decisiones en la Localidad de Suba a partir de la construcción de conocimientos multidisciplinarios sobre la situación de salud y la calidad de vida de la población en las diferentes escalas del territorio (Upz, Territorios de Salud, y Microterritorios). Para tal efecto, se construye este documento que incluye análisis de la situación en salud, así como explicaciones y recomendaciones provenientes de actores institucionales y de las agendas sociales de los diversos actores que interactúan en las diferentes escalas del territorio.

Un diagnóstico en salud es un proceso que permite identificar de una manera integral la situación de salud y calidad de vida a partir de la contextualización sociocultural, política y económica de la localidad y su correlación en las poblaciones desde la perspectiva de los determinantes sociales y de derechos en las escalas territoriales, diferenciales y poblacionales<sup>1</sup> convirtiéndose en la línea base para la planeación de acciones individuales y colectivas en salud de los diferentes entes territoriales y en los diferentes planes de gobierno a gerencial, distrital, gubernamental, nacional.

La práctica de la descripción de la situación de salud-enfermedad en la localidad de Suba inicia con los perfiles locales de años atrás, donde se realizaba un análisis descriptivo e individual de morbilidad, limitado por los sistemas de información y lo generado por el hospital del Estado Local sin lograr un análisis de los factores que desencadenan ese estado de morbilidad y/o mortalidad, después integran información estadística intersectorial los cuales se convertiría en un insumo individual para la construcción de un diagnóstico local.

A partir del 2006 los diagnósticos locales se fortalecen con la inclusión de la participación ciudadana y se inicia un proceso de identificación de factores de riesgo asociados a la salud y a la enfermedad congruente con la realidad social, sin embargo, perpetua el análisis estadístico descriptivo con el valor agregado de las respuestas sociales de los sectores. De esta manera y producto a la estrategia de la gestión social integral y la inclusión de teorías como enfoques poblacional, diferencial, análisis de determinantes sociales en salud se gesta la construcción de diagnósticos locales con triangulación de la información de tipo cualitativo y cuantitativo, sin negar que el fuerte sigue siendo la parte descriptiva, aunque se continua promoviendo la participación activa de la comunidad y de los sectores institucionales para comprender los determinantes sociales a través de la identificación de problemática con búsqueda en las respuestas por las diferentes instituciones para la construcción de ciudadanía.

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente diagnóstico incorpora nuevos enfoques al igual que involucra diferentes saberes desde las instituciones hasta actores sociales, a fin de convocar un conocimiento sucinto de la situación actual de salud en las diferentes escalas del territorio y un análisis integrado de los procesos salud enfermedad y su interrelación con el entorno.

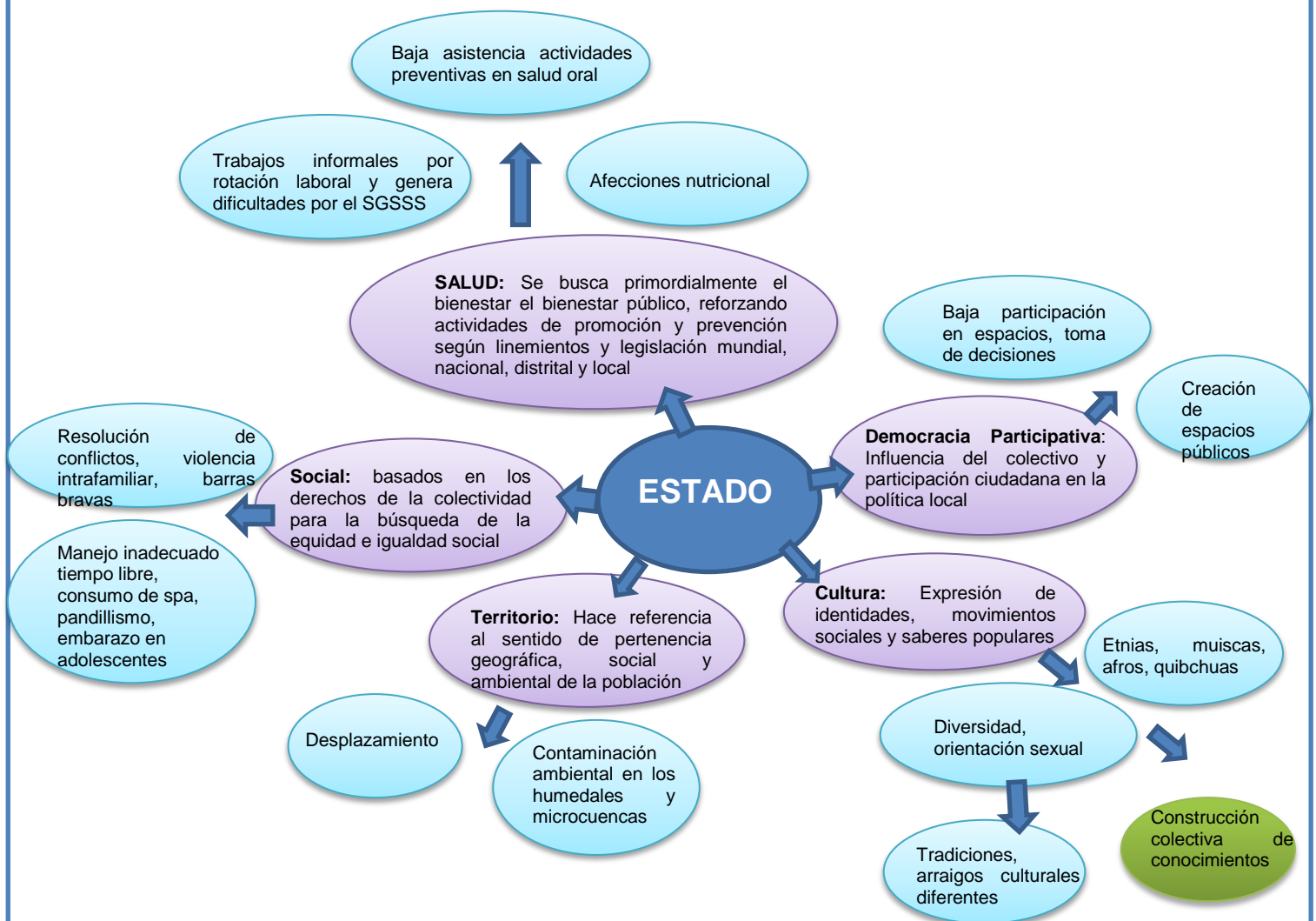
Es así que el diagnóstico local en salud 2012 pretende plasmar potencialidades de diferentes actores de acuerdo a su contexto social, lo cual favorece el desarrollo endógeno y promueve acciones más acordes a la realidad social de la población de Suba a fin de orientar la toma de decisiones en todas las escalas de territorios.

<sup>1</sup> Anexo 4, diagnóstico local con participación social 2012 – primera fase, plan de intervenciones colectivas vigencia agosto 2012 a febrero 2013, grupo de análisis de situación en salud, área de salud pública, Secretaria Distrital de Salud

Realizar un diagnóstico local en salud desde el análisis de determinantes sociales que visualice el panorama político ambiental económico que inciden en la calidad de vida y salud de la población residente en la Localidad de Suba como insumo de consulta para generar acciones y decisiones acordes a la necesidad, realidad y territorialidad social.

## MARCO CONCEPTUAL

Gráfica 1. Mapa Conceptual Diagnóstico En Salud Localidad De Suba 2012



Fuente: sesiones de estudio grupo ASIS Local. Localidad de Suba. Fecha de corte: 30 de noviembre 2012

### Definición del Tipo de Estudio

Se fundamenta en un estudio de investigación observacional descriptivo de tipo longitudinal mixto (cualitativo/cuantitativo), que según Hernández Sampieri el propósito es observar, describir y analizar fenómenos frente a situaciones y eventos, donde se especifique las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.

### Población de estudio

La población objeto son los participantes de la intersectorialidad, institucionalidad y comunidad en los espacios de análisis dispuestos en el mapeo de actores así como funcionarios de los diversos componentes de la salud pública en el ejercicio de las acciones por territorios de salud desde el plan de intervenciones colectivas como grupos de vigilancia en salud pública de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGDs), además de los sistemas de información que se manejan a nivel Nacional, Distrital y local..

### Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

#### Recolección De Información

Se basa en el reconocimiento epidemiológico así como los sustentos teóricos y argumentativos de las dinámicas geográficas, políticas, sociales económicas, culturales, ambientales de la localidad de Suba que inciden en los procesos de salud enfermedad, se hace una búsqueda de documentos artículos, estudios de caso relacionados con territorio, derechos humanos, salud, Estado, globalización, organizaciones políticas, identidad, etnias, saberes populares, movimientos sociales, espacio social, participación ciudadana, entre otros, que se relacionan íntimamente con la calidad de vida y su injerencia en salud.

Además se propone un trabajo comunitario y sectorial bajo la estrategia de acción participación<sup>2</sup> la cual se orienta hacia la identificación y priorización de puntos problemáticos en la relación entorno morbilidad y calidad de vida, a fin de realizar triangulación de información cualitativa y cuantitativa.

#### Fuentes de recolección de información

**Fuentes Primarias:** Para la recolección de información actualizada en diagnóstico 2012 incluye fuentes de tipo cualitativo y cuantitativo que en resumen hacen referencia a bases de datos de

<sup>2</sup>Acción participación: es una metodología que apunta a la producción de un conocimiento propositivo y transformador, mediante un proceso de debate, reflexión y construcción colectiva de saberes entre los diferentes actores de un territorio con el fin de lograr la transformación social. Esta metodología combina dos procesos, el de conocer y el de actuar, implicando en ambos a la población cuya realidad se aborda. Es un proceso que combina la teoría y la praxis, y que posibilita el aprendizaje la toma de conciencia crítica de la población sobre su realidad, su empoderamiento, el refuerzo y ampliación de sus redes sociales, su movilización colectiva y su acción transformadora. Tomado de <http://forolatinoamerica.desarrollosocial.gov.ar/galardon/docs/Investigaci%C3%B3n%20Acci%C3%B3n%20Participativa.pdf>



los diferentes subsistemas de vigilancia en salud pública, informes del comportamiento situacional según ámbitos y respuestas integrales.

En lo referente a fuentes cualitativas se opta por espacios de análisis desarrollados por el ASIS, unidades de análisis temáticas, comité de vigilancia epidemiológico comunitario COVECOM y COVE local, lo cual facilita el abordaje de temáticas en salud que afectan el bienestar social, tomando como base la caja de herramientas cualitativas emitidas desde el nivel, se usa además, metodologías cualitativas como conversatorio, grupo focal, metaplan, sociodrama, cartografía social participativa, talleres y encuestas. (Ver tabla 1)

**Fuentes secundarias:** Hace referencia a información obtenida desde el diagnóstico 2011, además de Informes de gestión de los 9 territorios de salud, hallazgos encontrados en las lecturas de necesidades, documentos de narrativas por territorios, boletines informativos del DANE, encuesta multipropósito 2011, boletines medicina legal, boletines cámara de comercio, documentos de priorización de problemáticas por gestión local y el GSI (Ver tabla 1)

**Tabla 1. Relación de las fuentes primarias y secundarias. Localidad de Suba año 2013**

NOMBRE DE LA FUENTE	PRIMARIA	SECUNDARIA
BASE DE DATOS SISVECOS	1	
BROTOS Y EMERGENCIAS	1	
cabildos	1	
caja de herramientas Cualitativas		1
Cartilla de trabajo comunitarios incluye historias de vida	1	
Censo General 2005		1
Comité de vigilancia Epidemiológico comunitario Covecom.	1	
COVE LOCAL	1	
Encuesta de Calidad de Vida ECV		1
Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS		1
Encuesta Nacional de Salud ENS		1
Encuesta Nacional de Situación Nutricional ENSIN		1
Estrategia salud a su casa por territorios	1	
Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003		1
Gran Encuesta Integrada de Hogares GEIH		1
INFORMACION		1
Informes de políticas en Gestión local	1	
Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS	1	
Registro único de afiliados RUAF (ESTADISTICAS VITALES)	1	
Relatorías mesas territoriales	1	
Sala Situacional	1	
Subsistemas de vigilancia en salud pública	9	
UNIDADES DE ANALISIS EN COMUNIDAD	1	
Unidades de análisis institucionales y sectoriales	1	

Fuente: matriz de fuentes primarias y secundarias ASIS Localidad de Suba fecha de corte. 20 de Noviembre 2012 primera entrega Diagnóstico local 2012.

## Procesamiento y análisis de datos cualitativos y cuantitativos

Se realiza por intermedio de la consolidación de la información recolectada en bases de datos en forma de salidas epidemiológicas así como de unidades de análisis locales y territoriales a través de relatorías, transcripción de matrices y cartografía de problemática ambiental.

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

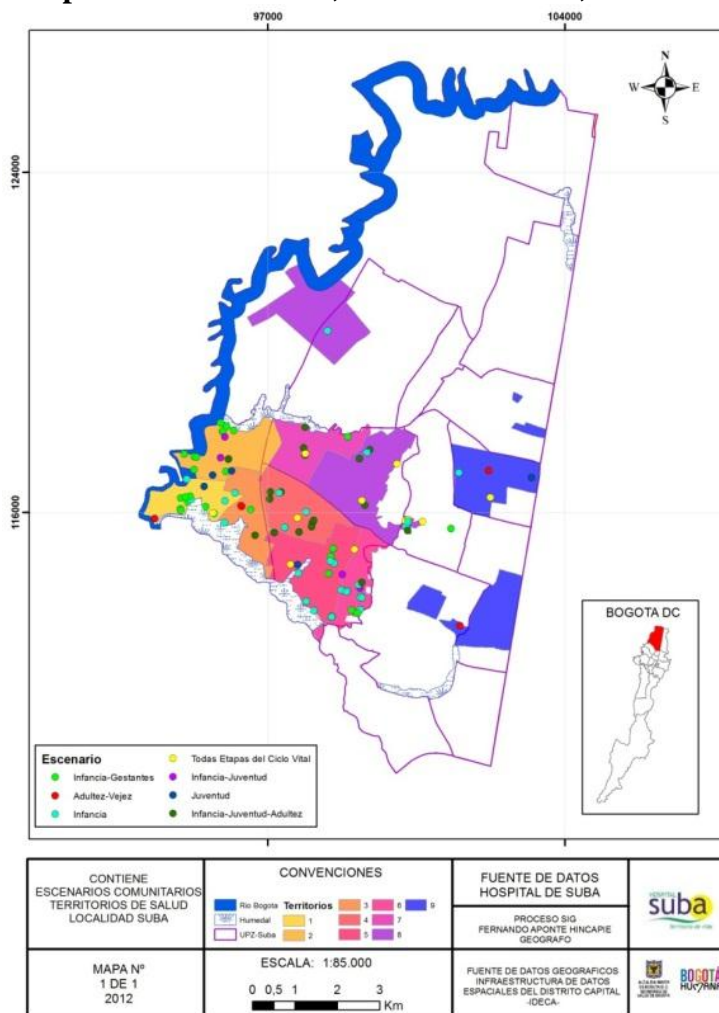
## 1.1.1 Descripción De Los Resultados

Mediante la aplicación de categorías de análisis según la temática a analizar producto de la consolidación y fuentes de información se logra analizar el comportamiento epidemiológico de las poblaciones relacionadas con salud y calidad de vida a través de los determinantes sociales en salud, el análisis cuantitativo se basa en análisis multivariados y de correlación.

### MAPA DE ACTORES

En la localidad de suba existe interés por incidir de forma positiva en la toma de decisiones de orden público, es en este sentido, se ha elaborado un mapeo de actores institucionales y comunitarios para el diagnóstico local 2012, dicho mapeo aporta información que contribuye a la orientación de respuesta para mejorar la situación de salud y calidad de vida de la población de suba en todas las escalas del territorio, por tal motivo, a continuación se señala la georeferenciación de los actores descritos con antelación.

**Mapa 1. Actores locales, Localidad de suba, Año 2013**



# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

## CAPITULO UNO PROBLEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN LA LOCALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

### 1.1 Contextualización general de la localidad

#### 1.1.1 Reseña histórica

El nombre de Suba proviene de dos vocablos indígenas: Sua, sol y Sia, agua. El vocablo Suba significa quinua (planta quenopodiacea), principal alimento de los chibchas, y fue un territorio de gran extensión, centro de ritos ancestrales en la Laguna de Tibabuyes y lugar de encuentro indígena.

El origen de la población de Suba se remonta a la época prehispánica, cuando servía como sede de gobierno a la gran familia Muisca, que se caracterizaba por una economía eminentemente agrícola y ganadera basada en el trueque y propiciado básicamente por un rico entorno natural, con riqueza forestal (bosques del Cerro de Suba y la Conejera) y riqueza hídrica (abundantes cursos de agua y humedales).habitantes.

Esta estructura política y económica de los Muisca se disuelve con la llegada de los españoles. Se dio paso al sometimiento de los indígenas con posesión y saqueo de tierra. Los grupos indígenas quedan confinados en lo que posteriormente sería la vereda el Rincón, esta expropiación da paso al proceso de sucesión entre descendientes españoles y posterior entrega de estas tierras a la comunidad Jesuita donde se promueve las subastas públicas de tierras ya expropiadas, la población se concentra en las zonas de el Rincón, Tibabuyes y Tuna Alta y convierte a Suba en un pequeño centro urbano colonial, comunicado por estrechos caminos de herradura con Bogotá y los municipios de Cota,

(Ordenanza 7 del 15 de diciembre), Suba se constituyó en municipio anexo a la capital de la República, y a través del Decreto-Ley 3640, el cual dicta el precepto constitucional de organizar a Bogotá como Distrito Especial, el municipio de Suba (Acuerdo 11) Funda la alcaldía menor al igual que cinco municipios anexas a Bogotá (Bosa, Engativá, Fontibón, Suba, Usaquén y Usme).

Suba fue declarada municipio (decreto 108) donde se inician nuevos procesos de inmigración de familias habitantes de Bogotá hacia Suba, atraídas por el carácter rural de la misma. Cambia la dinámica territorial y económica por la misma expansión urbana y la demanda de tierras para dedicarlas a la construcción de vivienda sin planificación y la agroindustria principalmente con el cultivo de flores, en la actualidad existen cerca de 35 empresas.

fenómeno grande de migración de familias enteras procedentes de otros municipios de Cundinamarca, Boyacá, Santander y Tolima con fuertes cambios sociales políticos, económicos y culturales lo cual propicia la aparición de urbanizaciones piratas, procesos de construcción y autoconstrucción con entes privados y públicos que contaban con mínimas normas de desarrollo urbano trayendo como consecuencia un crecimiento urbano carente de

EPOCA PREHISPANICA 1537

1550

1954

1960

1999

## 1.1.2 Características geográficas y ambientales<sup>3</sup>

La localidad de Suba limita al norte con el municipio de Chía y el río Bogotá; al sur, con la calle 100 y el río Juan Amarillo que la separan de las localidades de Barrios Unidos y Engativá respectivamente; al occidente, con el río Bogotá en límites de los municipios de Cota y Chía; y al oriente, con la Autopista Norte separándola de la localidad de Usaquén; el área rural está ubicada al costado noroccidental de la localidad, la cual limita al sur con el humedal La Conejera y las UPZ Tibabuyes, Suba y Casablanca, y al oriente con las UPZ Guaymaral, La Academia y San José de Bavaria.

**Relieve:** Suba presenta en su parte oriental y occidental zonas planas o suavemente inclinadas con suelos susceptibles a las inundaciones, en aquellos terrenos pertenecientes a las rondas de los ríos y humedales. En la parte más llana existen desarrollos urbanísticos, y hacia el centro de la localidad existe una zona montañosa aislada o separada (cerros de La Conejera y de Suba), en la que se presentan cortes de canteras o urbanizaciones situadas en áreas montañosas.

**Hidrografía:** la localidad está ubicada en las cuencas de los ríos Bogotá, Juan Amarillo (río Salitre o denominado por la comunidad muisca desde sus orígenes como el río Neuque) y Torca, el sistema hidrográfico lo componen además humedales, quebrada la salitrosa y un complejo de vallados en la zona rural y en las zonas aun no desarrolladas. Suba tiene una extensión total de 10.056 hectáreas, de las cuales 6.271 ha. Se clasifican como suelo urbano y 3.785 ha. Corresponden al suelo rural; dentro de estos dos suelos se localizan 1.469 ha. De suelo protegido. Suba es la localidad con mayor área urbana del Distrito, por cuanto representa el 15,2% de la superficie urbana total del distrito.

### 1.1.2.1 Aspectos ambientales<sup>4</sup>

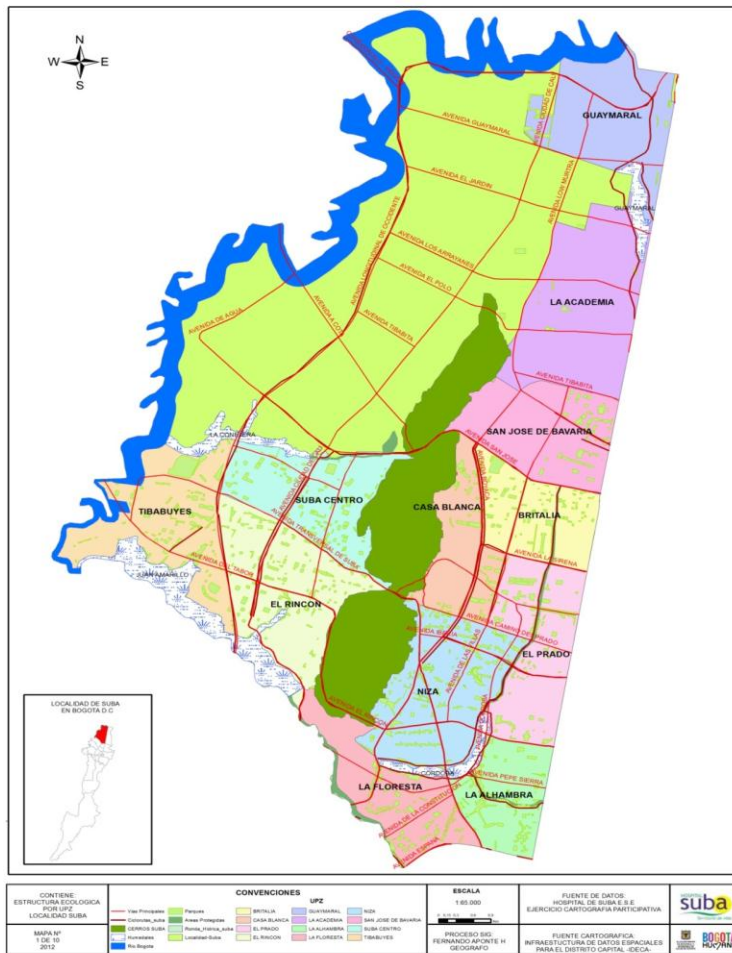
La localidad Suba se caracteriza por su diversidad geográfica, orográfica con zonas planas, montañosas con suelos susceptibles a las inundaciones, además de la heterogeneidad poblacional producto del asentamiento de población víctima del desplazamiento, multiculturalidad y pueblos indígenas, han generado dinámicas sociales que afectan el medio ambiente como el inadecuado manejo de las basuras, tenencia inadecuada de animales, hecho que ha despertado el interés de las diferentes instituciones presentes en la localidad, por la afectación sobre la morbilidad y mortalidad de población en sus diferentes etapas de ciclo (infancia, juventud, adultez, adulto mayor).

<sup>3</sup> Agenda Ambiental Localidad 11 suba. Alcaldía mayor de Bogotá. Secretaría de Ambiente. 2009

<sup>4</sup> Contenido tomado de: Informe Final Sala Situacional Ambiente localidad de Suba Agosto – Febrero 2013.

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

Mapa 2. Características ecológicas localidad de Suba año 2013.



## Referentes Naturales

La localidad de Suba presenta un territorio mayormente plano con dos zonas montañosas, que son los cerros de La Conejera y Suba; en su territorio se localizan algunos de los ecosistemas más importantes de la ciudad, como son los humedales, estos actúan como una esponja que retiene el agua sobrante en épocas de lluvias, reservándolas para las temporadas secas, regulando los efectos perjudiciales de las crecientes de los ríos y de las inundaciones<sup>5</sup>.

Pertenece a la localidad los siguientes humedales, los cuales limitan con la localidad de Engativá, la sabana de Bogotá (parte rural) e Usaquén, estos son: Humedal Juan Amarillo o Tibabuyes; Humedal Córdoba; Humedal Guaymaral y Humedal la Conejera. Además de los humedales, en la localidad existen otras áreas de preservación ecológica, como son los cerros de la Conejera y de Suba, además de los ríos Bogotá; Río Juan Amarillo, Salitre o Neuque; Canal Córdoba y Canal quebrada la Salitrosa.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Conociendo la localidad de Suba. Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos. Secretaría distrital de planeación. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 2009

<sup>6</sup> Alcaldía Mayor de Bogotá. Decreto 047 de marzo 3 de 2003. Por el cual se adopta el Plan Maestro del Parque Canal La Salitrosa. 2003.

## 1.1.3 Divisiones políticas, administrativas y sociales de los territorios

Según el Plan de Ordenamiento Territorial – POT la localidad de Suba está dividida en 12 Zonas de Planeación Zonal (UPZ) y una Unidad de Planeación Rural (UPR), esta última conformada por la zona de reserva ambiental y agrícola donde se encuentra: los cerros de la Conejera, el bosque maleza de Suba, el río Bogotá, los humedales Juan Amarillo, Córdoba, la Conejera. Salitre, Guaymaral y Torca. La localidad aporta 259 de los 2.344 barrios de Bogotá, y 12 Unidades de Planeamiento Zonal - UPZ de las 112 en que se divide la ciudad. (Ver tabla 2).

**Tabla 2. Unidades de planeación zonal. Localidad de Suba. Año 2011<sup>7</sup>**

UPZ	Clase	Nº barrios	Estrato	Estado
La Academia	Desarrollo	1	3, 4, 5	Sin reglamentar
Guaymaral	Desarrollo	2	0 y 6	Sin reglamentar
San José de Bavaria	Residencial Cualificado	12	3, 4, 5	Reglamentada (decreto 380 del 23 de noviembre de 2004)
Britalia	Residencial Consolidado	17	2, 3, 4	Reglamentada (decreto 167 del 31 de mayo de 2004)
El Prado	Residencial Consolidado	24	3, 4, 5	Reglamentada (decreto 299 del 10 de julio del 2002)
La Alhambra	Residencial Cualificado	9	5	Reglamentada (decreto 397 del 15 de diciembre de 2004)
Casablanca	Desarrollo	10	2, 3, 4	Reglamentada (decreto 259 del 19 de julio de 2006)
Niza	Residencial Cualificado	20	3, 4, 5, 6	Reglamentada (decreto 175 del 31 de mayo de 2006)
La Floresta	Residencial Cualificado	13	3, 4, 5	Reglamentada ( decretos:125 del 9 de abril de 2002/ 198 del 23 /05/ 2002)
Suba	Residencial de Urbanización Incompleta	25	2, 3, 4	Reglamentada (decreto 615 del 29 de diciembre de 2006)
El Rincón	Residencial de Urbanización Incompleta	82	1, 2, 3	Reglamentada (decreto 399 del 15 de diciembre de 2004)
Tibabuyes	Residencial de Urbanización Incompleta	31	2 y 3	Reglamentada (decreto 430 del 28 de diciembre de 2004)

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Fecha de consulta Marzo de 2011

### • División en Salud<sup>8</sup>

Suba cuenta con 70 microterritorios cada uno conformado por 1200 familias, para un total de 84.000 familias y 242.988 individuos, lo que representa un promedio de 3 personas adultas y 2 menores de 5 años por familia, la composición por sexo muestra un predominio de las mujeres con respecto a los hombres, 54% (130.363) son del sexo femenino y el 46% (112.625) del sexo masculino, comportamiento similar al de Bogotá, reflejando una razón de masculinidad de 0.86, indicando que por cada 100 mujeres caracterizadas hay 86 hombres.

Para el año 2012 y con el nuevo plan de gobierno Distrital los 70 microterritorios se agrupan en territorios prioritarios de Salud, por la extensión en microterritorios, Suba es la única localidad del Distrito que conformó nueve (9) territorios y 108 microterritorios, esto debido a la priorización en salud que tuvo como referencia los estratos socioeconómicos (0, 1,2,3) los cuales dio como resultado 800 familias caracterizadas en promedio por cada microterritorio, cada uno de ellos

<sup>7</sup> Tipo 1: Residencial de Urbanización Incompleta: Sectores periféricos no consolidados, con uso residencial predominantemente, de estratos uno y dos que presentan deficiencias en infraestructura, accesibilidad, equipamientos y espacio público.

Tipo 2: Residencial Cualificado: Sectores consolidados, de estratos medios, con uso residencial predominantemente, en los cuales su dinámica actual presenta una densificación no planificada y cambios de usos.

Tipo 3: Residencial Consolidado: Sectores consolidados con uso residencial predominante, de estratos medios y altos, que cuentan con infraestructura, espacio público, equipamientos comunales y condiciones ambientales y de habitabilidad adecuados.

Tipo 4: Desarrollo: Sectores periféricos no desarrollados con grandes predios libres.

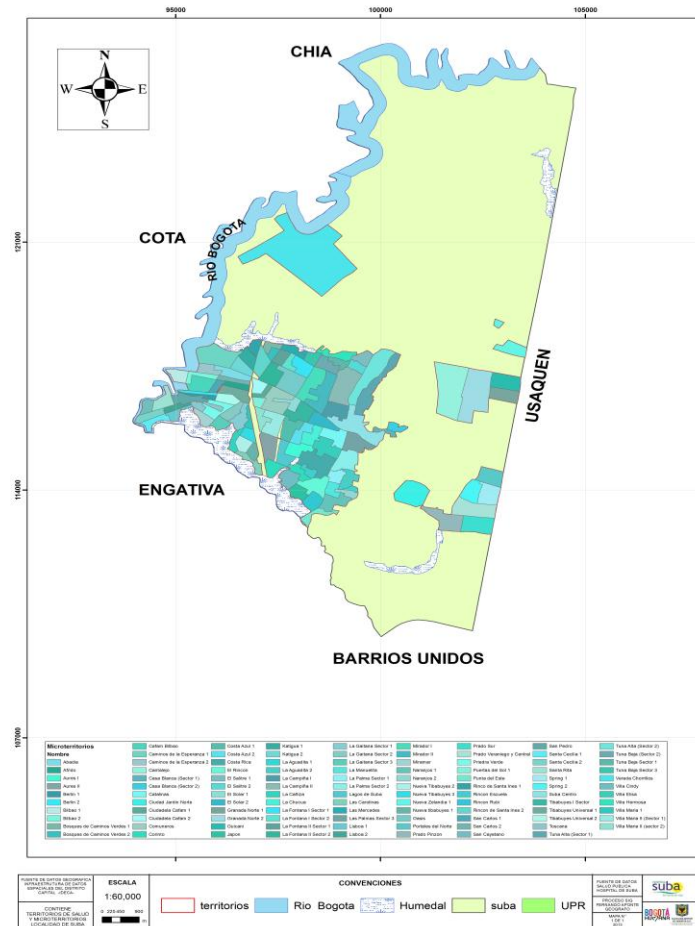
Tipo 8: Predominantemente Dotacional: son grandes áreas destinadas para la construcción de equipamientos de nivel urbano y metropolitano que por su extensión e importancia dentro de la estructura urbana requieren un manejo especial.

<sup>8</sup> Perfil Territorial. Equipo de Análisis en Situación de Salud (ASIS) Localidad de Suba. Octubre del 2012

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

cuentan con un equipo competente entre auxiliares técnicos profesionales y especialistas en salud conforme a las actividades a desarrollar y a las necesidades en salud propias y diferenciales de cada territorio.

**Mapa 3 División en salud Territorios y microterritorios. Localidad de Suba año 2013**



## 1.1.4 Equipamientos

La Secretaria de Hacienda, define los sistemas de equipamientos como el conjunto de espacios y edificios destinados a proveer a los ciudadanos del Distrito Capital de los servicios sociales de cultura, seguridad y justicia, comunales, educación, salud, culto, deportivos, recreativos y de bienestar social, para mejorar los índices de seguridad humana a las distintas escalas de atención. Los equipamientos se clasifican, según la naturaleza de sus funciones, en tres grupos: equipamiento colectivo, equipamiento deportivo y recreativo y servicios urbanos básicos.

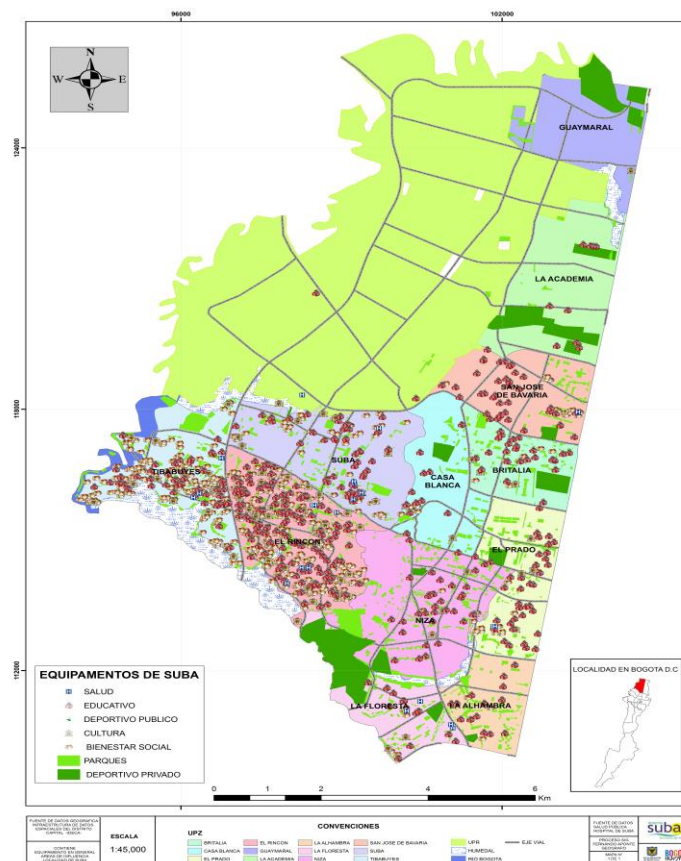
En contraparte a los aspectos positivos que generan la existencia de estos equipamientos en la localidad, se encuentran algunos factores evidenciados que impiden el aprovechamiento total de los equipamientos destinados a la recreación y deporte especialmente en la infancia y adolescencia las cuales han sido reemplazados por aparatos electrónicos como el computador y la televisión, lo que genera largas jornadas de inactividad física, lo cual unido a una inadecuada alimentación conlleva a sobrepeso y obesidad temprana en esta población.

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

A pesar de la existencia de parques en la localidad, la comunidad refiere que estos no son suficientes y carecen de una adecuada dotación para el entretenimiento de todos los residentes, además de observarse contaminación con excrementos de las mascotas, mal estado de las canchas y juegos infantiles<sup>9</sup>. Lo expuesto anteriormente evidencia una inconformidad en la comunidad debido a que estas situaciones limitan la recreación, la actividad física, el esparcimiento y el uso del tiempo libre en la población de niños, jóvenes y personas mayores.

Dentro de la localidad de suba podemos observar gran cantidad de equipamiento, los cuales la mayor cantidad de estos son los de Educación, seguidos por los equipamientos en cultura además encontramos buena cantidad de parque, que no presentan las mejores condiciones para la recreación por parte de la comunidad de la localidad, en la zona norte-oriental de la localidad de encuentran la mayor equipamientos deportivos de índole privado, algo que también se puede observar son los equipamientos en salud que se encuentran distribuidos por todo el territorio de la localidad, aunque la mayor densidad de estos entidades se localizan dentro de la UPZ suba centro, las entidades prestadoras de salud se encuentran en las UPZ Niza, Floresta y prado, cabe anotar que estos son UPZ de estratos socio económicos altos. Ver mapa 4

**Mapa 4 distribución de los equipamientos. Localidad de Suba año 2013**



<sup>9</sup> Documento Sala Situacional: Necesidades en salud como aporte al plan de desarrollo local Marzo – Julio 2012. Equipo ASIS local



## 1.2 Contextualización sociodemográfica de la localidad

### 1.2.1 Estructura de la población

Suba presenta características especiales para el crecimiento urbano de la ciudad, ubicándose entre las localidades con población expansiva, representada en el comportamiento de variables demográficas tales como son los nacimientos y las tasas de fecundidad, aportando a la ciudad el 14.5% del total de habitantes proyectados para el 2012 que equivalen a **7.571.345**, de igual forma estas características de expansión están relacionadas con los cambios en el plan de ordenamiento territorial el cual designa nuevos límites de construcción hacia la parte rural sustentado en el amplio porcentaje de esta área rural que equivale a más del 30%, reflejado en el incremento en los procesos de construcción hacia la parte de Guaymaral y Chorrillos, se resalta en este punto el impacto sobre el ambiente que ejercen el crecimiento urbanístico en la localidad, puntualmente en estas zonas como humedades, flora fauna tema a tratar en el capítulo de núcleos problematizadores.

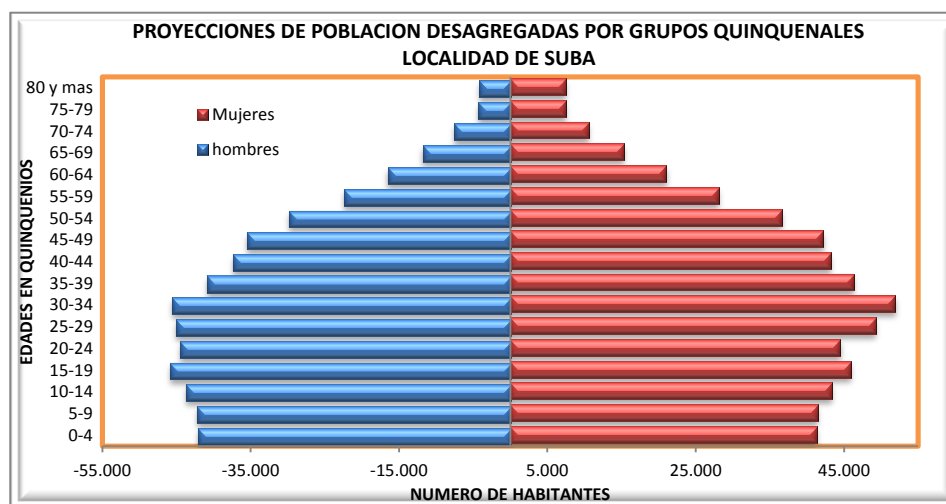
Estos procesos de crecimiento habitacional y urbanístico sugieren aumentos en la migración de personas y con ello la generación de nuevos nacidos vivos para la localidad, de ahí que el crecimiento proyectado para suba según el DANE es del 2.36%, lo que quiere decir que la población de la localidad de suba aumenta a un promedio anual de cerca de 2 habitantes por cada 100 personas que correspondería a cerca de 25,374 nuevos habitantes anualmente, incluyendo el porcentaje de habitantes que ingresan producto de la migración, que para los años 2010 a 2015 se proyecta una tasa de 11.21 por 1000 habitantes, las razones de migración local están dadas por conflicto armado, búsqueda de redes de apoyo, mayor oferta de subsidios y apoyos del estado, nuevas construcciones hacia la parte rural, nuevas oportunidades laborales relacionadas principalmente con el de tipo informal, oferta de viviendas con subsidio, finalmente se resalta las migraciones relacionadas con características geográficas donde se aprecia diversidad ambiental, comercial, calidad de vida, oferta educativa privada y pública, entre otras propias de una dinámica rural convirtiendo a la localidad de suba en un espacio atractivo para vivir y trabajar.

En esta línea el crecimiento natural, muestra un valor positivo, es decir que es mayor el número de personas que nacen en comparación con las que fallecen, con una relación de 13,45 personas por cada 1000 de los años 2005-2010, ya para el quinquenio 2010-2015 esta relación baja a 12,89 personas por cada 1000 personas, es interesante entonces observar los determinantes que intervienen en la reducción de esta relación que básicamente se aluden a control de la natalidad, proyectos de vida que se basan en una estabilidad económica mas no la conformación de núcleos familiares, situaciones de violencia intrafamiliar, laboral y social las cuales son de impacto local principalmente en las UPZ de Rincón, Tibabuyes y Suba Centro, situación de salud en términos de seguridad social y calidad en los servicios que propician la generación de cambios positivos en las estructuras sociales de la localidad de suba, generación de empleo, superara barreras en acceso a salud, educación, estilos de vida como el consumo de sustancia psicoactivas, viviendas seguras y con condiciones sanitarias, ya que las desigualdad social marca situaciones de deterioro para la morbilidad y mortalidad y proyecta que este tipo de relaciones en el crecimiento se pueden invertir a un valor negativo.

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

Retomando la demografía en relación a la cantidad de individuos que habitan la localidad, el año 2012 el DANE (censo 2005) proyecta para **1.094.488** habitantes, con una diferencia porcentual del 5% entre hombres y mujeres representando este último el 52,6% (575,528). Es así que se obtiene un índice de masculinidad de 0,90, es decir que por cada 100 mujeres hay 90 hombres en la localidad. El índice de masculinidad para Bogotá se encuentra en 1.07 para el mismo año<sup>10</sup>. (Ver gráfica 2).

**Gráfica 2. Pirámide poblacional, localidad de Suba, año 2012**



Fuente: DANE – SDP. Proyecciones de población localidad de Suba, año 2012

La pirámide poblacional muestra un comportamiento estacionario, con predominio de población joven y adulta, la base es un poco más angosta resultado de la disminución en la natalidad en los últimos años pasando de 15,7 x 1000 habitantes en el año 2008 a 13,13 x 1000 en el 2012. La esperanza de vida al nacer se encuentra en cerca de 76 años para los hombres y 81 años para las mujeres, los presentes datos aluden que para la localidad se acentuarán las tres tendencias proporcionales de población: disminución en las edades jóvenes, aumento significativo en las edades productivas, y pequeños aumentos en la población envejecida.

## 1.2.2 Distribución de la población por etapa de ciclo vital

Gran parte de la localidad está habitada por población adulta, seguida de los Infantes y la juventud, según esta distribución se denota que la población con menor presencia local corresponde a los adolescentes y las personas mayores con un 9,8% este último obtiene un índice de envejecimiento<sup>11</sup> del 6.3%. (Ver tabla 3).

<sup>10</sup> Secretaria Distrital de Planeación. Proyecciones de Población por localidades 2000 – 2015.

<sup>11</sup> INDICE DE VEJEZ: Proporción de mayores de 60 años respecto al total de población

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

**Tabla 3. Distribución de la población por etapa de ciclo vital, localidad de Suba. Año 2012.**

ETAPA DE CICLO VITAL	SUBGRUPOS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
		No	%	No	%	No	%
INFANCIA	PRIMERA INFANCIA: (Menores de un año)	8366	1.61%	8193	1.42%	16559	1.51%
	De 1-5 años.	42032	8.10%	41387	7.19%	83419	7.62%
	INFANCIA: (6 años a 13 años)	68,538	13.21%	67,631	11.75%	136169	12.44%
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>118936</b>	<b>22.92%</b>	<b>117211</b>	<b>20.37%</b>	<b>236147</b>	<b>21.58%</b>
ADOLESCENCIA	14 a 17 años 11 meses y 29 días	36,113	6.96%	36,191	6.29%	72304	6.61%
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>36,113</b>	<b>6.96%</b>	<b>36,191</b>	<b>6.29%</b>	<b>72304</b>	<b>6.61%</b>
JUVENTUD	18 a 26 años 11 meses y 29 días	80,590	15.53%	81,544	14.17%	162134	14.81%
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>80,590</b>	<b>15.53%</b>	<b>81,544</b>	<b>14.17%</b>	<b>162134</b>	<b>14.81%</b>
ADULTEZ	Adulto joven: 27 a 44 años	151307	29.16%	172138	29.91%	323445	29.55%
	Adulto maduro: 45 a 59 años	87,718	16.90%	106,752	18.55%	194470	17.77%
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>239025</b>	<b>46.06%</b>	<b>278890</b>	<b>48.46%</b>	<b>517915</b>	<b>47.32%</b>
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>239025</b>	<b>46.06%</b>	<b>278890</b>	<b>48.46%</b>	<b>517915</b>	<b>47.32%</b>
VEJEZ	Mayores jóvenes: 60 a 69 años	28280	5.45%	36287	6.30%	64567	5.90%
	Mayores adultos: 70 a 79 años	11860	2.29%	17950	3.12%	29810	2.72%
	Mayores muy mayores: 80 a 99 años						1.06%
	Centenarios: 100 a 105 años	4156	0.8%	7455	1.30%	11611	0.00%
	Supracentenarios: mayores de 105 años						0.00%
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>44296</b>	<b>0.80%</b>	<b>61692</b>	<b>10.72%</b>	<b>105988</b>	<b>9.68%</b>
<b>TOTAL LOCALIDAD</b>		<b>518,960</b>	<b>47.42%</b>	<b>575,528</b>	<b>52.58%</b>	<b>1,094,488</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: DANE – SDP. Proyecciones de Población localidad de Suba 2012.

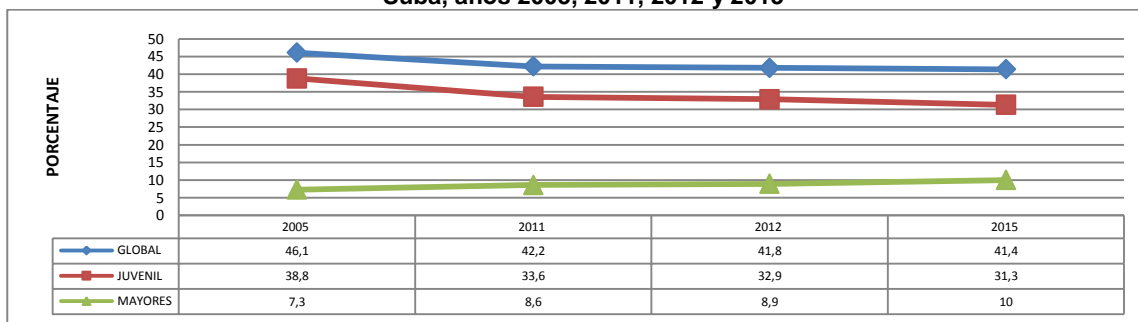
## 1.2.3 Índice de Dependencia y envejecimiento

Para el año 2012 el índice de dependencia<sup>12</sup> global es del 41,8%, es decir, que la localidad tiene cerca de 42 personas demográficamente dependientes por cada 100 personas en edades económicamente activas, siendo inferior al proyectado para el año 2011 y menor para Bogotá. Sin embargo al observar en índice de dependencia para juventud y de 65 años muestra tendencias invertidas, al comparar estos resultados con los obtenidos para el Distrito, se observa que la dependencia juvenil local se encuentra por debajo de la distrital (35,2%) y el índice de dependencia local por vejez que se encuentra en el 8,6% y para el distrito corresponde a 9,4%, es interesante describir que este último índice de dependencia está relacionado con el índice de vejez el cual muestra que para Suba hay 6 adultos mayores de 65 años y más por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años, interpretado este como los factores asociados a la pérdida de capacidades fisiológicas, mentales y psicológicas fundamentales para la reproducción del hombre en materia familia y entorno social es decir que a medida que se envejece el rol se negativiza hacia la dependencia y se positiviza hacia el conocimiento visto como una reproducción cultural del grupo o pueblo donde los Viejos “atesoran la sabiduría y la memoria colectiva que debe ser transmitida a los jóvenes”. (Ver gráfica 3).

<sup>12</sup> Este índice de Dependencia muestra la carga demográfica de las personas jóvenes (0 a 14 años) y las personas adultas (mayores de 65 años) con respecto a las personas en edades económicamente activas (15 a 64 años).

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

**Gráfica 3. Distribución de la población por grandes grupos de edad e índices de dependencia. Localidad de Suba, años 2005, 2011, 2012 y 2015**



Fuente: DANE – SDP. Proyecciones de Población localidad de Suba 2012. Cálculos Equipo ASIS

## 1.2.4 Densidad Poblacional distribución poblacional por UPZ

Tal como se menciona con anterioridad, la localidad de Suba se caracteriza por su capacidad expansiva dado el modelo de desarrollo urbano y la extensión territorial, de ahí que es interesante observar que la densidad poblacional<sup>13</sup> es de 108.8 habitantes por hectárea de suelo urbano siendo esta menos densa que el promedio de la ciudad, pues el “valor es inferior al del Distrito Capital, que es de 180,19 habitantes por hectárea”<sup>14</sup>. (Ver tabla 4)

**Tabla 4. Densidad poblacional por UPZ y por área urbana y rural. Localidad de Suba, año 2012.**

ÁREA	UPZ	No. de Habitantes	Extensión (has)	Densidad poblacional por UPZ
URBANA	UPZ 28. Rincón	328239	710	462.3
	UPZ 71. Tibabuyes	248082	726	341.5
	UPZ 27. Suba centro	151309	653	231.7
	UPZ 23. Casablanca	40713	420	96.8
	UPZ 19. Prado	89862	433	207.3
	UPZ 18. Britalia	63523	329	193.3
	UPZ 17. San José de Bavaria	49,175	438	112.2
	UPZ 20. Alhambra	34849	285	122.4
	UPZ 25. La floresta	24040	393	61.1
	UPZ 24. Niza	63314	757	83.7
	UPZ 2. La Academia	1,015	672	1.5
	UPZ 3. Guaymaral	182	454	0.4
<b>TOTAL ÁREA URBANA</b>		<b>1094303</b>	<b>6270.7</b>	<b>174.5</b>
ÁREA RURAL	Chorrillos	185	3785.0	0.0
<b>TOTAL LOCALIDAD SUBA</b>		<b>1094488</b>	<b>10,056</b>	<b>108.8</b>

Fuente: DANE – SDP. Proyecciones de Población localidad de Suba 2011. Archivo: Bogota\_en\_Cifras\_junio\_13\_V17

Al desagregar la densidad poblacional de la localidad según las Unidades de planeación zonal (UPZ) se observan marcadas diferencias en lo que respecta a la población versus el área por hectárea, como por ejemplo: las UPZ Rincón, Tibabuyes, reportan densidades que triplican la densidad Distrital (462.3 hab/Ha. y 341.5 hab/Ha), de igual forma Suba centro, Britalia y Prado alcanzan densidades mayores (231.7 hab/Ha y 193.3 hab/Ha y 207,03 hab/Ha respectivamente),

<sup>13</sup> Densidad urbana: se define como la cantidad de personas que habitan en un territorio específico de la ciudad; en este caso, se refiere al número de habitantes por hectárea urbana de la localidad de Suba

<sup>14</sup> DIAGNOSTICO LOCALIDAD DE SUBA SECTOR HÁBITAT, pág. 3 [https://www.google.com/#hl=es&client=psy-ab&q=densidad+poblacional+SUBA&oq=densidad+poblacional+SUBA&gs\\_l=hp.3..0i30.111.5700.0.5929.10.9.0.0.0.962.3058.0i61j6-2.9.0.cappsweb..0.0...1.1.9.psy-ab.rqgDI0tXhmM&pbx=1&bav=on.2.or.r\\_qf.&bvm=bv.45512109.d.eWU&fp=c5260fcb2d691777&biw=1366&bih=624](https://www.google.com/#hl=es&client=psy-ab&q=densidad+poblacional+SUBA&oq=densidad+poblacional+SUBA&gs_l=hp.3..0i30.111.5700.0.5929.10.9.0.0.0.962.3058.0i61j6-2.9.0.cappsweb..0.0...1.1.9.psy-ab.rqgDI0tXhmM&pbx=1&bav=on.2.or.r_qf.&bvm=bv.45512109.d.eWU&fp=c5260fcb2d691777&biw=1366&bih=624)

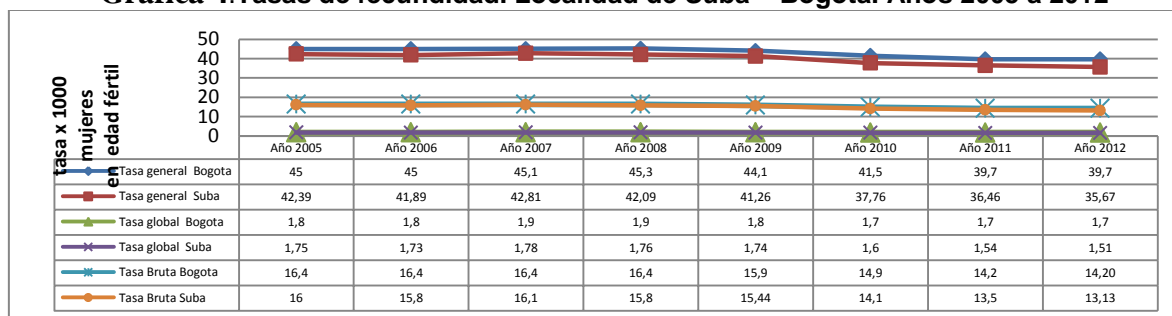
de esto se justifica principalmente en los Territorios de Tibabuyes y Rincón caracterizados como vulnerables con similitudes en cuanto a población e infraestructura ya que son lugares urbanos de tipo mixto: residenciales y comercio fluido, donde se encuentran las vías principales y más transitadas de la localidad, generalmente entre estrados 1-2 y 3 según el sector, de igual forma es el centro de residencia de población que migra producto de conflicto armado, nuevas oportunidades de acceso laboral principalmente al sector informal, concentración de instituciones y fundaciones que fortalecen las redes de apoyo de tipo social y alimentario.

## 1.2.5 Indicadores demográficos

### 1.2.5.1 Tasa de fecundidad

Las tasas de fecundidad mide las mujeres susceptibles de tener hijos (tasa general de fecundidad) y proyecta el número probable de hijos por cada mujer en una cohorte hipotética de mujeres (tasa global de fecundidad), el cálculo de la tasa general de fecundidad para la localidad de Suba según datos preliminares del año 2012, refieren que nacieron cerca de 36 niños por 1000 mujeres en edad fértil<sup>15</sup>, y se espera un promedio de hijos de 1.5 por cada mujer siendo muy similar para Bogotá, aunque la tasa general es mayor. (Ver gráfica 4).

**Gráfica 4. Tasas de fecundidad. Localidad de Suba – Bogotá. Años 2005 a 2012**



Fuente: DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades 2010 – 2015. Dirección De Salud pública, sistema de estadísticas vitales SDS (datos preliminares). Fecha de corte: 22/04/2013

### 1.2.5.2 Tasas específicas de fecundidad

La Tasa Específica de Fecundidad se define con el número de hijos nacidos en un año de cada 1.000 mujeres en un rango de edad en esta ocasión por quinquenios de la población en edad fértil<sup>16</sup>. La localidad de Suba presenta las mayores tasas de nacimientos en mujeres con edades comprendidas entre los 20 a 29 años, situación similar a la observada para Bogotá. Se evidencia de la misma forma, que al comparar las tasas específicas locales con las Distritales, Suba presenta menores tasas de nacimientos en mujeres con edades entre los 10 a los 29 años mientras que a partir de los 30 años estas son superiores a las de Bogotá. (Ver tabla 5).

<sup>15</sup> Proyección de población DANE 2012 de mujeres en edad fértil de 402.988 con un total de 14,375 nacidos vivos en la localidad de Suba.

<sup>16</sup> DANE. Glosario. [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Ficha\\_Proyecciones\\_poblacion.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Ficha_Proyecciones_poblacion.pdf)

**Tabla 5. Tasas específicas de fecundidad. Localidad de Suba, años 2006 a 2012**

AÑO/GRUPO DE EDAD	TASAS * 1000 mujeres en cada grupo de edad									
	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años	50 a 54 años	
2006	BOGOTA	1.7	65.6	97.9	85.1	66.7	39.2	11.1	0.8	0.1
	SUBA	1.3	48.9	88.3	84.0	71.9	40.6	11.0	0.7	0.2
2007	BOGOTA	1.7	69.0	100.3	86.9	66.5	40.3	10.6	0.9	0.0
	SUBA	1.2	55.0	88.2	85.7	70.8	43.7	10.9	70.8	0.0
2008	BOGOTA	1.9	67.4	103.0	86.1	65.2	39.3	10.6	0.7	0.2
	SUBA	1.0	52.2	89.9	84.2	69.1	43.5	10.9	1.0	0.3
2009	BOGOTA	1.8	65.2	101.0	84.6	64.4	38.4	10.4	0.7	0.1
	SUBA	1.1	50.2	91.0	80.2	71.2	41.6	10.8	0.9	0.2
2010	BOGOTA	1.7	60.3	96.2	79.2	62.6	35.9	10.1	0.8	0.2
	SUBA	1.2	44.1	83.9	75.3	63.8	39.3	10.4	1.0	0.1
2011	BOGOTA	1.5	58.9	91.9	74.9	60.5	35.0	9.4	0.8	0.2
	SUBA	1.2	42.9	76.0	70.3	67.4	40.3	9.8	0.6	0.1
2012	BOGOTA	1.6	59.0	89.8	74.2	58.7	32.9	9.1	0.7	0.2
	SUBA	0.8	45.7	77.8	69.6	63.0	35.5	9.4	0.6	0.2

Fuente: DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades 2010 – 2015. Dirección De Salud Pública, sistema de estadísticas vitales SDS (datos preliminares). Fecha de corte: 22/04/2013

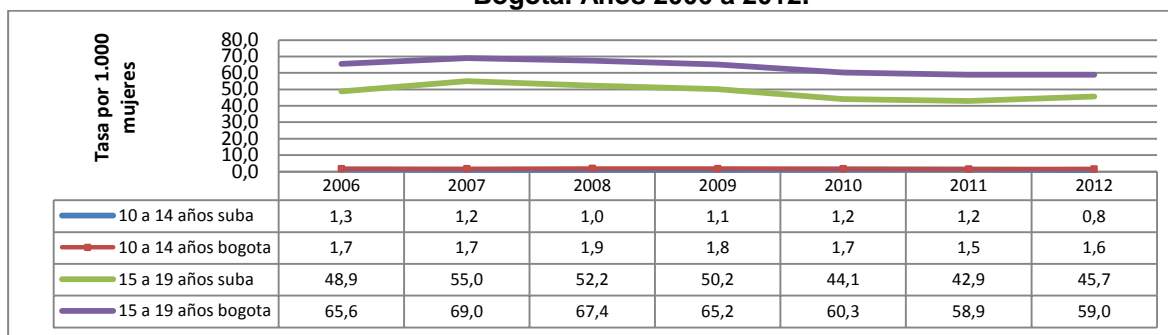
## Nacimientos en adolescentes

Actualmente los contextos sociales, incluyendo la familia, la escuela, la religión y la forma en que están organizadas las acciones en salud, representan una serie de símbolos y mensajes que influyen y determinan en gran medida la construcción de identidades en las adolescentes, transformando imaginarios y re-significando conductas con las cuales los adolescentes buscan identificarse y diferenciarse del mundo adulto o de modelos establecidos socialmente. La heterogeneidad de las y los adolescentes genera una serie de discursos que ponen en conflicto y dificultan la toma de decisiones responsables en este grupo poblacional, sumado a lo establecido socialmente por instituciones como la familia, escuela y religión<sup>17</sup>.

De esta forma, el Distrito Capital mantiene la meta de reducir los embarazos en adolescentes, de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, buscando modificar estos determinantes identificados claramente en unidades de análisis territoriales y que trascienden del territorio a la localidad, sin embargo, a pesar de que la localidad de Suba ha obtenido históricamente tasas inferiores en comparación con Bogotá, no ha sido posible el logro de la misma. Para el año 2012, en el caso de las adolescentes de 10 a 14 años se presentaron 36 nacimientos en un total de 43339 mujeres y en el grupo de 15 a 19 años con 45919 mujeres y 2097 nacidos vivos siendo ese el más alto en los dos últimos años aunque no supera lo evidenciado para el distrito. (Ver gráfica 5).

<sup>17</sup> Ibid

**Gráfica 5. Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 10 a 14 años. Localidad de Suba – Bogotá. Años 2006 a 2012.**



Fuente: DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades 2010 – 2015. Dirección De Salud pública, sistema de estadísticas vitales SDS (datos preliminares). Fecha de corte: 22/04/2013

La reflexión que se destaca frente a las tasas específicas de fecundidad en el caso de embarazos de 10 a 14 años y 15 a 19 años supone alta influencia de los determinantes sociales, donde es válido enunciar que las adolescentes se desarrollan en una serie de dinámicas determinadas por el contexto en el que desarrollan sus capacidades ciudadanas, inmersos en una serie de mensajes relacionados con la vivencia de la sexualidad en esta etapa del ciclo vital, dados por medios de comunicación, sociedad, instituciones, familia, religión y cultura<sup>18</sup>

A lo anterior se suma la falta de información sobre planificación familiar y salud sexual y reproductiva, refieren en las unidades de análisis que los colegios deben enseñar desde la etapa de preescolar para crear una cultura sobre la prevención no solo del embarazo sino también de las enfermedades de transmisión sexual. Así mismo, se observan imaginarios incorrectos acerca de estos métodos, tabú y falta de confianza con los padres de familia para abordar el tema, los cuales son claramente factores de riesgo que fácilmente pueden desencadenar en un embarazo no deseado, por lo cual es indispensable generar estrategias de impacto no solo frente a la población vulnerable, sino con los padres o cuidadores con el fin de sensibilizar y concientizar a la comunidad acerca de llevar una sexualidad responsable<sup>19</sup>.

## 1.2.6 Esperanza de vida al nacer

Las muertes constituyen un factor trascendental en el contexto social, no solo por el dolor que causan, sino por el impacto que pueden tener en el desarrollo de un país. La longevidad se convierte así en un aspecto determinante que permite diagnosticar las condiciones de bienestar en que vive la población y el atraso de la nación entera. Se concluye que la esperanza de vida es una medida hipotética y un indicador de las condiciones de salud actuales. Aunque este indicador es diferencial por sexo, edades y razas, las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, el DANE, emite que para Suba las mujeres tienen una esperanza de vida mayor en cinco años con relación a los hombres situación similar a lo evidenciado para Bogotá. (Ver tabla 6).

<sup>18</sup> Op cit, página de conclusiones

<sup>19</sup> Documento analítico unidad de análisis territorial 5 de Junio de 2012, Lugar de realización: Colegio Nueva Colombia de Suba, Territorio de salud: Cinco - Rincón

**Tabla 6. Proyección esperanza de vida al nacer según sexo, localidad de Suba, años 2010 - 2015**

DETALLE	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
SUBA	75,6	80,7	78,07
BOGOTÁ	75,9	80,2	78,01

Fuente: DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades 2006 – 2015 (Información tomada de: archivo Aspectos Demográficos Secretaria Distrital de Planeación cuadro 15)

## 1.2.7 Características sociodemográficas

### 1.2.7.1 Necesidades básicas insatisfechas (NBI)<sup>20</sup>

Para suba el índice de necesidades insatisfechas es del 2.1% sin evidencia de hogares en condiciones de miseria y el 2.7% en condición de pobreza, así mismo se evidencia una línea de pobreza según los ingresos de 11.6% y de indigencia de 3.1%, consecuencia de lo siguientes factores determinantes como: 0,3% son viviendas en condiciones inadecuadas, 0,2% servicios públicos inadecuados, 1,3% viven en condiciones de hacinamiento crítico, 0,4% de inasistencia escolar y en 0,8% tienen alta dependencia económica. Con relación a los **hogares en términos del método integrado de pobreza** el 1.1% de los hogares presentan pobreza inicial, 9.8% pobreza reciente, 0.8% pobreza crónica, 10.6% pobreza por ingresos y el 1.9% de hogares en pobreza por NBI.

### 1.2.7.2 Índice de calidad de vida (ICV)

Este indicador mide el estándar de vida mediante el capital humano, acceso potencial a bienes físicos y composición del hogar Suba registra un ICV de 93 y se encuentra por encima de Bogotá (ICV de 91,5), los factores con mayor ponderación son Acceso y calidad de los servicios 27.3% donde se mide la eliminación de excretas, el abastecimiento de agua, el combustible para cocinar y la recolección de basuras. y Educación y capital humano 35.1% recoge información sobre los niveles de escolaridad del grupo familiar.

### 1.2.7.3 Servicios públicos

La cobertura de localidad se da en el 99.6% para los servicios de acueducto, alcantarillado y recolección de basura en zona urbana, aunque se hace necesario evidenciar la problemática de segregación de basuras en las UPZ 18, 19, 20, 28 y 71 donde los habitantes del sector y los

<sup>20</sup> Es principal medidor de pobreza y población más vulnerable en términos de falta de oportunidades y condiciones óptimas para tener una vida digna; Percepción del poder adquisitivo de los ingresos, dotación del lugar de vivienda, condiciones económicas en hogares, acceso y calidad de la educación, salud y otros servicios



# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

recicladores arrojan basuras y escombros en los canales de Córdoba, Molinos, la ronda del río Juan Amarillo y Bogotá y los lotes baldíos, así como puntos de contaminación en las calles porque los recicladores dejan abiertas las bolsas después de sacar el material reutilizable.

**Tabla 7 Indicadores de calidad de vida, localidad de suba, 2013<sup>21</sup>.**

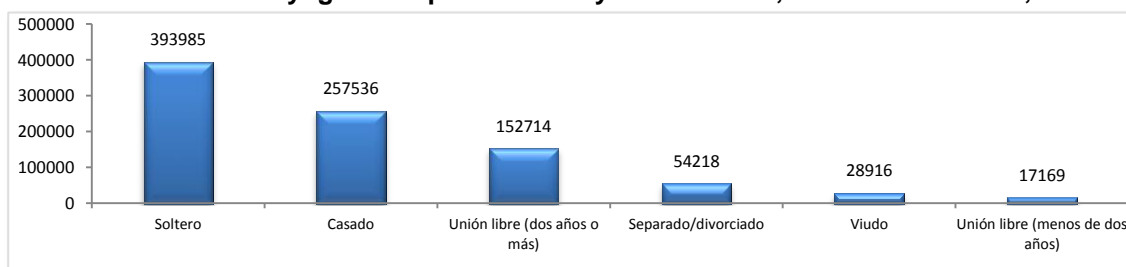
Categoría	Descripción
<b>Cobertura Servicios públicos</b>	- Acueducto: 100%      Energía eléctrica : 100% - Recolección de basura: 100%      Alcantarillado: 99.2%      Gas natural: 78.3%
<b>Índice de condiciones de vida</b>	El índice de condiciones de vida de Suba es de 93, mayor que el de Bogotá (91.5) - Acceso y calidad de los servicios 27.4      Educación y capital humano 35.1 - Tamaño y composición del hogar 17.9      Calidad de la vivienda 12.6
<b>Déficit de vivienda desde el concepto de vivienda adecuada</b>	Total Hogares sin déficit 61,5% - Déficit Cuantitativo: 4,3      Déficit Cualitativo: 5,0 - Déficit Convencional : 9,3      Déficit - Vivienda adecuada: 29,1 - Déficit Total- Propuesta alternativa : 38,5
<b>Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI</b>	El porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas, población en pobreza y miseria por NBI - Necesidades Básicas Insatisfechas: 2.1% - Pobreza por NBI: 2.7% (mientras que el de Bogotá es de 2.5%) - Miseria por NBI: 0.0%, al compararlo con el año 2007 el índice disminuyó 0.2 puntos, a diferencia de Bogotá que obtuvo un NBI de 0.3% y en el 2007 0.9%.
<b>GINI</b>	Índice de GINI para suba: 0,524, similar al de Bogotá 0,542, lo que indica que los recursos están concentrados en el 52% de la población de suba.
<b>Línea de pobreza e indigencia</b>	Línea de pobreza según los ingresos : 11.6% Línea de indigencia según ingresos : 3.1%
<b>IDH</b>	Para Colombia: 0,719 por desigualdad 0,519
<b>Ingreso Per-cápita</b>	Para Colombia 219. 000 Para Bogotá su ingreso es el más alto del país con 455.000 pesos, donde el 40% de sus ingresos quedan en el 7% de la población. El de Suba es de 639. 456 es decir es el ingreso por personal mensual a diferencia de la localidad de Ciudad Bolívar con 182.713, ocupando Suba el tercer puesto con mayor ingreso en el Distrito.

Fuente: DANE –SDP Encuesta multipropósito de Bogotá 2011 - SDHT-CENAC. Convenio de Asociación 082/ 2011. EMB – DANE, 2011

## 1.2.7.4 Estado conyugal

Es medido como la relación del total de la población mayor de 10 años y el número de personas en cada estado conyugal o civil, para la localidad de Suba se observa que el 44% de este grupo poblacional son solteros y los que se encuentran en unión libre independiente del tiempo referido en la gráfica llegan al 19%, el segundo de mayor prevalencia es el estado civil casados con un 28%. (Ver gráfica 6).

**Gráfica 6. Estado conyugal de la población mayor de 10 años, localidad de Suba, año 2011.**



Fuente: DANE, EMB para Bogotá, año 2011, localidad de Suba

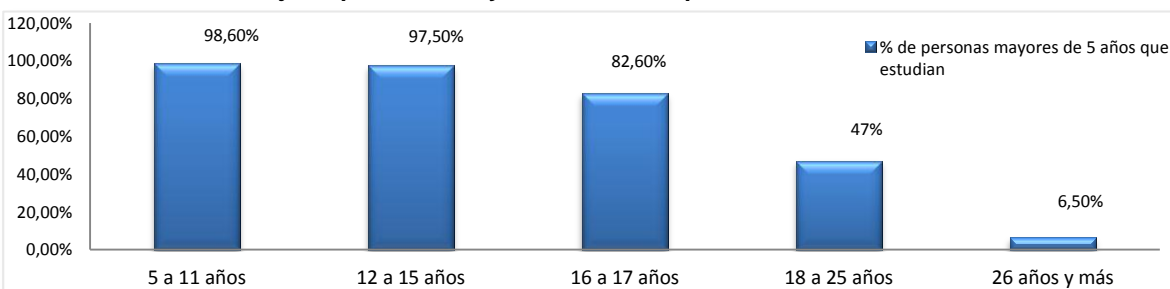
<sup>21</sup> En el momento no se cuenta con información correspondiente al año 2012 razón por la cual se construye la tabla con la última información disponible desde secretaria de Gobierno y planeación Distrital.

Lo anterior obedece a dinámicas sociales, culturales y poblacionales cambiantes en el tiempo, prueba de ello es la noción sobre el matrimonio, que antaño era un requisito para legalizar una vida de pareja, incluso en edades tempranas, con aprobación familiar, situación diferente en la actualidad, donde se ha promovido otras opciones como unión libre, y madres solteras como proyecto de vida. De igual forma, la situación del estado conyugal en hombres y en mujeres obedece probablemente también a los procesos de productividad y proyectos de vida que se contraponen a la conformación de una familia o familias numerosas.

## 1.2.7.5 Nivel educativo

Según la primera Encuesta Multipropósito para Bogotá del año 2011, la localidad de Suba tiene un porcentaje de alfabetismo del 98,8% en la población masculina y del 99,1% en la femenina, de lo que se deduce que el 1,2% (n=4554) hombres y el 0,9% (n=3935) mujeres mayores de 15 años de la localidad de Suba son analfabetas. La mayoría de la población de la localidad de Suba accede a estudios correspondientes a primaria y secundaria, sin embargo, podemos ver que a partir de los 16 años estos porcentajes disminuyen haciendo evidente el escaso acceso a la educación superior en esta población. Así mismo el censo del año 2005 revelan que el 0,1% de la población de suba se encontraban cursando el nivel de preescolar, el 5,4% la primaria, el 25,6% básica secundaria, 28% media académica, 7,7% media técnica, 0,1% normalista, 30,6% niveles superiores y postgrado y el porcentaje restante se encontraban entre los que no estaban cursando ningún grado y los que no informaron este dato. (Ver gráfica 7).

**Gráfica 7. Porcentaje de personas mayores de 5 años que estudian, localidad de Suba, año 2011**



Fuente: DANE – SDP, primera encuesta multipropósito para Bogotá – EMB 2011

Contextualizando los datos estadísticos de educación para Suba y Bogotá la encuesta multipropósito revela las personas entre 5 y 19 años el promedio de educación para Bogotá es de 5,7 años, siendo superior para suba con un promedio de 6,1 años, ya en el rango de 20 a 34 años, el promedio de educación Bogotá es de 12 años siendo similar para Suba; En el grupo de 35 años y más, el promedio de educación es de 9,9 años en Bogotá y en Suba el promedio es de 11,3 años.

## 1.2.7.6 Transporte y movilidad

La Avenida Suba es la principal vía que conecta al sector tradicional de Suba (occidente de los cerros de Suba y La Conejera) con el resto de la ciudad. Otras vías incluyen la Avenida Ciudad de Cali al occidente y la Autopista Norte al oriente, la Avenida Boyacá, La avenida San José o avenida Calle 170, la avenida Ciudad de Cali, la avenida del Congreso Eucarístico o avenida 68, la avenida Calle 127 y la vía que conduce al vecino municipio de Cota. Por último existe una carretera de conexión intermunicipal entre la localidad de Suba y el municipio de Cota, la cual está en el sector de La Conejera y colinda con la Calle 170 y la Transversal 91.

Para Suba la movilización y transporte no es un tema menor por el contrario reviste interés por ser un factor estructural que incide en el bienestar de la población, en tanto, la ciudad y el modelo de desarrollo urbano enfrenta el desafío de solventar las necesidades de la población, en temas de movilidad, creando un sistema de transporte masivo, realizando inversiones en mega obras, derogando políticas para descongestionar la ciudad y facilitar la circulación de personas a sus destino de trabajo, escuelas, colegios, universidades, centros de atención en salud y otras actividades en el marco de su cotidianidad

La localidad de Suba concentra gran parte de la población de Bogotá, lo cual indica unas dinámicas sociales como traslados de ciudadanos a otras localidades para desempeñarse laboralmente; existe población que requiere una movilización permanente, para ello, se dispone del sistema Transmilenio, el cual cuenta con dos vías que pertenecen a la red: autopista Norte y Troncal de Suba, con carriles de uso exclusivo, lo cual facilita el tiempo en la movilización de los mismos.

Por otro lado, cuenta con el Portal de Suba y dispone de rutas de buses alimentadores que acercan a la población de los barrios a las estaciones de trasbordo más próximas que no cuentan con este servicio alimentador y obliga a la población residente a utilizar el servicio de taxis para llegar a Transmilenio "El diseño, la eficiencia del funcionamiento y la calidad de vida de la ciudad se reflejan de forma visible y directa en las condiciones de la red vial y del servicio de transporte público que dan soporte a los desplazamientos cotidianos de la población"<sup>22</sup>

Ahora, se debe seguir fortaleciendo el transporte público, de manera organizada que garantice la tranquilidad de usuarios, comodidad, facilite la inclusión de población en condición de discapacidad facultad por ahora de Transmilenio que su sistema incorpora espacio y señalización para este grupo poblacional, "El transporte público colectivo y Transmilenio son más importantes e los estratos 1 a 4. En todos los casos la caminata representa como mínimo el 20% de los viajes"<sup>23</sup>. Además, existe problemas en la mallas vial, existe barrios donde las calles están sin pavimentar, siendo evidentes las barreras arquitectónicas y geográficas que dificultan el ingreso del transporte público.

Igualmente, por dinámicas comerciales y laborales se cuenta cotidianamente con un flujo de vehículos particulares, lo que ocasiona "trancones" en horas pico, dificultando la entrada y salida

<sup>22</sup> [http://www.movilidadbogota.gov.co/hiwebx\\_archivos/ideofolio/08-TransportePublico\\_15\\_9\\_24.pdf](http://www.movilidadbogota.gov.co/hiwebx_archivos/ideofolio/08-TransportePublico_15_9_24.pdf)

<sup>23</sup> [http://www.movilidadbogota.gov.co/hiwebx\\_archivos/audio\\_y\\_video/Encuesta%20de%20Movilidad.pdf](http://www.movilidadbogota.gov.co/hiwebx_archivos/audio_y_video/Encuesta%20de%20Movilidad.pdf)

de la localidad. Por otro lado, desde el 2012 se han tomado políticas para mejorar las tarifas en los tiquetes de transmilenio con pretensión de subsidiar a población con discapacidad mediante el decreto 356 de 2012, hecho significativo para población de la localidad con bajos recursos económicos.

## 1.2.7.7 Recreación y cultura

Según los postulados constitucionales (artículo 52) el deporte se establece como un derecho, su promoción requiere de unas condiciones, de un apoyo, de escenarios deportivos, especialmente que se genera como necesidad que los parques y centros deportivos de la localidad pues son zonas abandonadas, sin mantenimiento e inseguras supeditada por la presencia de pandillas, y delincuencia, razón por la cual estos espacios adquieren otras funciones como el expendio y consumo de drogas, para el entrenamiento de perros de razas agresivas, además de convertirse en depósitos de basuras y tenencia inadecuada de mascotas. Razón por la cual; se planteó en la rendición de cuentas del año 2012, la necesidad de invertir recursos económicos en espacios públicos por ende se estipuló como prioritario “Dotar 20 parques de la localidad, con juegos y con mobiliario urbano”<sup>24</sup>

En este sentido es insistente la posición de la comunidad frente a la protección y reivindicación social de los derechos, en relación a esto se requiere de espacios de inclusión social en ambientes e infraestructura que garanticen la movilidad de todos los actores y así disfrutar del derecho a la recreación y deporte, además, de prevenir situaciones producto del mal aprovechamiento del tiempo libre

Según se describe en el informe de rendición de cuentas en busca de promover y facilitar las condiciones para fomentar el deporte en población infantil y generando hábitos saludables desde el programa Bogotá humana se emprendió una campaña de sensibilización y entrega de ayudas para población de las UPZ, Rincón, Tibabuyes y Prado Niños-as Jóvenes De 5 A 26 Años haciendo entrega de implementando deportivos y realizando actividades lúdicas

## 1.3 Contextualización socioeconómica de la localidad

En los territorios de Suba las inequidades son visibles por barreras de acceso al sector salud y educación, en tanto, las demandas sociales superan la oferta institucional, de otro lado, la población de territorios vulnerables afronta situaciones como el desempleo, convivencia con barreras geográficas para la movilidad, inseguridad, violencia intrafamiliar, embarazo en adolescentes, desnutrición, consumo de sustancias psicoactivas; siendo, necesario la aplicación de políticas, programas sociales que verdaderamente favorezcan las necesidades de la población “Las desigualdades sociales se manifiestan en distintos rasgos de la sociedad que

<sup>24</sup> [http://www.veeduriadistrital.gov.co/veeduria/media/file/RendicionCuentas/102\\_11%20SUBA%20RC%202012.pdf](http://www.veeduriadistrital.gov.co/veeduria/media/file/RendicionCuentas/102_11%20SUBA%20RC%202012.pdf) p. 8.

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

convergen, tales como la clase social, la educación, el género, el origen étnico, la discapacidad y la situación geográfica”<sup>25</sup>

En el país por ejemplo las políticas de corte neoliberal han quebrantando el tejido social, han diezmado la función y responsabilidad estatal como ente garante de derechos; acentuando las brechas sociales producto del desarrollo desigual, con mercantilización de derechos “educación y salud” que se han convertido en servicios dependientes del poder adquisitivo de los ciudadanos, generando problemas para aquellas personas sin un trabajo estable, o recursos económicos suficientes para insertarse en esta lógica.

La introducción de políticas laborales producto de la apertura económica, el neoliberalismo, han impulsado elementos de flexibilidad laboral que ha violentado derechos en los trabajadores a nivel de bienestar, seguridad y garantías sociales; las nuevas formas de trabajo y contratación afectan los ingresos económicos, por la evasión de responsabilidades contractuales por figuras como contratos temporales. Al interior de las localidades, “se observa que las personas contratadas por empresas de servicios temporales se concentran en Engativá (64,93%), Ciudad Bolívar (61,89%) y Usme (59,36%); por cooperativas de trabajo asociado en Usaqué (30,60%) y **Suba (30,26%)** y por empresas asociativas de trabajo en Chapinero (23,09%) y San Cristóbal (20,43%)”<sup>26</sup>

Justamente, determinantes estructurales de las desigualdades sociales visibles la localidad de Suba están supeditadas por la estratificación social y posición económica de la población, existen ciudadanos de la localidad de Suba que viven en ambientes desfavorables producto de los niveles de contaminación, barrios de UPZ como Rincón, Tibabuyes, Casa Blanca afectados por la presencia de basuras, tenencia inadecuado de mascotas; asentamientos humanos en zonas de alta contaminación ambiental, hacinamiento habitacional, estilos de vida como el consumo de sustancias psicoactivas, dificultad en distribución de servicios públicos. “De acuerdo con los factores que determinan el NBI, 0,3% de los hogares de **Suba** habitan viviendas cuyas condiciones son inadecuadas, 0,2% no cuentan con servicios públicos adecuados, 1,3% viven en condiciones de hacinamiento crítico, en 0,4% hay inasistencia escolar y en 0,8% hay condiciones de alta dependencia económica”<sup>27</sup>

Es preciso subrayar que la localidad muestra una realidad heterogénea, ya que existe barrios de estratos (4), (5), (6) con mejores condiciones infraestructurales, equipamientos, seguridad, mejores condiciones materiales, mejores niveles de ocupación, siendo la localidad de Suba un territorio de contrastes sociales. Igualmente, en la localidad es notorio la falta de oportunidades laborales que garanticen suplir necesidades básicas a nivel personal y familiar, que logren un estado de bienestar, de ahí que en los estratos bajos predomina el desempleo, bajos ingresos, la informalidad, el trabajo infantil, trabajo a destajo, trabajo con salario mínimo e inferior a lo estipulado por ley, vulnerando el derecho a un trabajo digno. (Ver tabla 8)

<sup>25</sup> Subsana las desigualdades en una generación alcanzar la equidad sanitaria. Actuando sobre los determinantes en salud. . [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf) Pág. 17

<sup>26</sup> [http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Informaci%F3nTomaDecisiones/Estadisticas/Bogot%E1%20Ciudad%20de%20Estad%EDsticas/2012/Boletin\\_43\\_2012\\_Bogot%E1\\_Ciudad\\_de\\_Estad%EDsticas.pdf](http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Informaci%F3nTomaDecisiones/Estadisticas/Bogot%E1%20Ciudad%20de%20Estad%EDsticas/2012/Boletin_43_2012_Bogot%E1_Ciudad_de_Estad%EDsticas.pdf)

<sup>27</sup> Documento indicadores Suba 2012.

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

**Tabla 8. Distribución de la población por estrato socioeconómico según proyección poblacional DANE para el año 2012<sup>28</sup>**

UPZ	Localidad de Suba	Población por estrato socioeconómico														
		Sin estrato *		1. Bajo – bajo		2. Bajo		3. Medio - bajo		4. Medio		5. Medio - Alto		6. Alto		Total Personas
		#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	Total Personas
2	La Academia	252	24.8%	0	0.0%	8	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	401	39.5%	354	34.9%	1,015
3	Guaymaral	17	9.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.2%	0	0.0%	163	89.4%	182
17	San José de Bavaria	6	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	17,579	35.7%	27,418	55.8%	4,171	8.5%	0	0.0%	49,175
18	Britalia	2,602	4.1%	0	0.0%	457	0.7%	45,589	71.8%	14,875	23.4%	0	0.0%	0	0.0%	63,523
19	El Prado	1,104	1.2%	0	0.0%	157	0.2%	28,580	31.8%	47,415	52.8%	12,605	14.0%	0	0.0%	89,862
20	La Alhambra	6	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	230	0.7%	34,613	99.3%	0	0.0%	34,849
23	Casa Blanca	799	2.0%	0	0.0%	2,769	6.8%	2,077	5.1%	24,256	59.6%	10,029	24.6%	782	1.9%	40,713
24	Niza	1,453	2.3%	5	0.0%	26	0.0%	7,983	12.6%	9,252	14.6%	38,060	60.1%	6,535	10.3%	63,314
25	La Floresta	54	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	1,697	7.1%	20,500	85.3%	1,789	7.4%	0	0.0%	24,040
27	Suba	4,716	3.1%	38	0.0%	37,714	24.9%	97,314	64.3%	10,341	6.8%	203	0.1%	984	0.7%	151,309
28	El Rincón	975	0.3%	2,778	0.8%	186,280	56.8%	137,711	42.0%	0	0.0%	0	0.0%	495	0.2%	328,239
71	Tibabuyes	6,592	2.7%	0	0.0%	188,620	76.0%	52,870	21.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	248,082
911	UPR Suba	0	0.0%	1	0.8%	48	25.8%	12	6.4%	10	5.3%	22	12.1%	92	49.6%	185
	total individuos	18,577	1.7%	2,823	0.3%	416,079	37.7%	391,412	35.6%	154,298	14.3%	101,895	9.6%	9,404	0.9%	1,094,488
	<b>Total Bogotá D.C.</b>	<b>122,526</b>	<b>1.6%</b>	<b>705,536</b>	<b>9.4%</b>	<b>2,938,962</b>	<b>39.4%</b>	<b>2,668,455</b>	<b>35.7%</b>	<b>706,191</b>	<b>9.5%</b>	<b>195,873</b>	<b>2.6%</b>	<b>130,261</b>	<b>1.7%</b>	<b>7,571,345</b>

FUENTE: Proyecciones DANE 2011 - Encuesta multipropósito 2011 Secretaría de Planeación Distrital. Estimaciones documento Excel "Población, viviendas y hogares por estrato socioeconómico", Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos, Dirección de Información, Cartografía y Estadística, Inventario de Información en materia estadística sobre Bogotá. Tabla preliminar Cálculos para 2012 elaborados por equipo ASIS. Fecha de corte 20 de abril de 2013.

Factores como el desempleo, subempleo alteran las expectativas de vida, conlleva a que población adopte estrategias de supervivencia como el rebusque, el empleo informal sin un contrato que legitime sus derechos, como pago equitativo, horario justo, descanso impulsando fenómenos como el trabajo infantil que demuestra la precariedad económica de familias, dando paso a la interrupción del ciclo escolar, vulnerando derechos como la educación, la recreación, y sometidos a peligros de explotación y abusos. "Se evidencia que para el 2011 la tasa de desempleo es de 6.68%, mientras que el índice de calidad de vida es de 93 superando al de Bogotá, se obtiene que el índice de necesidades básicas insatisfechas es del 2.1% con personas en condición de pobres del 2.7% y una línea de indigencia según ingresos de 3.1%."<sup>29</sup>

Tal síntoma es una expresión de la desigualdad social evidente en la localidad de Suba, pero que igual hace referencia a las dinámicas de una realidad nacional donde el trabajo infantil no ha podido erradicarse a pesar de políticas sociales y esfuerzos legislativos. "De acuerdo con la información revelada el lunes por el Dane, la tasa de trabajo infantil (TTI) entre octubre y diciembre pasado fue de 9,2%, una disminución anual de 3,2 puntos porcentuales. Las razones principales que adujeron los menores para estar laborando es que les gusta trabajar para tener su propio dinero y porque deben participar en la actividad económica de la familia, con 35% cada una; además, el 14,9% porque debe ayudar con los gastos de la casa y a costearse el estudio. El 47,9% de los menores ocupados reportó que no había percibido remuneración o ganancia por su labor"<sup>30</sup>

Analizando ciclos como juventud y adultez considerados de alta productividad, por modelos económicos y procesos como la globalización, trae consigo un mercado laboral más exigente lo cual requiere mano de obra calificada. Teniendo en cuenta dicha ideología, en la localidad de

<sup>28</sup> VER: Anexo 1 mapa estratificación de la localidad de suba.

<sup>29</sup> Documento indicadores Suba 2012.

<sup>30</sup> Consulta periódico el TIEMPO Sección Política Edición 22 abril 2013. La tasa de trabajo infantil bajo a 9.8 % en 2012. [http://www.eltiempo.com/politica/trabajo-infantil-en-colombia-cifras-2012\\_12756038-4](http://www.eltiempo.com/politica/trabajo-infantil-en-colombia-cifras-2012_12756038-4)

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

suba se ha identificado falta de oportunidades educativas en formación técnico profesional, por los bajos ingresos económicos de familias, y barreras de acceso, obstaculizando en ciclos como la juventud y adultez el acceder a mejores opciones laborales con un nivel académico “En Puentes Aranda, Suba y Fontibón se encontraron las mayores proporciones de Población ocupada en el rango de edad entre 31 y 50 años (53,69%, 52% y 51,31%, respectivamente)”<sup>31</sup>

Es menester que el Estado mediante políticas sociales, debe facilitar oportunidades en sectores como la educación para formación de un capital humano que jalone el desarrollo del país, es decir, responda estructuralmente a las necesidades de grupos vulnerables, así se cumple con la restitución de derechos, si se garantiza mínimos como trabajo, educación, alimentación

Es a partir de entonces que desde las instituciones locales en el año 2012 se han ejecutado programas con pretensión de garantizar el acceso al derecho a la educación de ciudadanos de bajos recursos económicos, tal como se indica en la rendición de cuentas por parte de la Alcaldía Local donde se especifica la generación de convenios para ingresar a niveles de educación superior con una gama de carreras con el fin de insertarse con igualdad de oportunidades en un mercado laboral competitivo y exigente. “Las Carreras tecnológicas en las que se formaron los estudiantes beneficiarios en la Localidad de Suba en el año 2012 corresponden a: Sistemas, Diseño Gráfico, Ecoturismo, Gestión Empresarial, Mecatrónica, Sistemas e Informática empresarial, Finanzas y Sistemas Contables, Publicidad, Telecomunicaciones, entre otras. Se espera que los estudiantes beneficiados se gradúen en el transcurso del primer semestre de 2013 y de esta manera aumenten sus posibilidades de acceso al ámbito laboral”<sup>32</sup>

Desde un análisis por inclusión laboral de género hay que decir que las cifras muestran cierta paridad, lo que advierte el crecimiento de la fuerza laboral femenina en trabajos formales, aboliendo el paradigma de la superioridad laboral masculina predominante en imaginarios colectivos. “Los asalariados son trabajadores que poseen un contrato de trabajo oral o escrito, por el cual perciben una remuneración de manera estable o regular. Según la encuesta, del total de la población asalariada, el 51,88% son hombres y el 48,12% corresponde a mujeres. Por localidades, Ciudad Bolívar (55,79%), San Cristóbal (55,63%) y Usme (55,42%) concentran la mayor proporción de hombres, entre tanto, en Teusaquillo (55,20%), Suba (53,12%) y Usaquén (52,62%) se alberga la mayoría de las mujeres asalariadas”<sup>33</sup>

Aunque se visualizan avances en materia laboral, aún existe población sin empleo estable, existe mano de obra fluctuante, la localidad cotidianamente recibe población desplazada, población en busca de mejores oportunidades laborales, por tanto, solicita redes de apoyo para intentar estabilizar su situación de vulnerabilidad. “Del grupo de personas que pidió ayuda a familiares, amigos o colegas, entre el 71% y 75% se concentran en las localidades de Usme, Ciudad Bolívar y Bosa; entre el 64% y 69% en las localidades de La Candelaria, Suba, San Cristóbal, Tunjuelito”<sup>34</sup>

<sup>31</sup> [http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Informaci%F3nTomaDecisiones/Estadisticas/Bogot%E1%20Ciudad%20de%20Estad%EDstic/2012/Boletin\\_43\\_2012\\_Bogot%E1\\_Ciudad\\_de\\_Estad%EDstic.pdf](http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Informaci%F3nTomaDecisiones/Estadisticas/Bogot%E1%20Ciudad%20de%20Estad%EDstic/2012/Boletin_43_2012_Bogot%E1_Ciudad_de_Estad%EDstic.pdf)

<sup>32</sup> Alcaldía Local Rendición de cuentas.

<sup>33</sup> [http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Informaci%F3nTomaDecisiones/Estadisticas/Bogot%E1%20Ciudad%20de%20Estad%EDstic/2012/Boletin\\_43\\_2012\\_Bogot%E1\\_Ciudad\\_de\\_Estad%EDstic.pdf](http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Informaci%F3nTomaDecisiones/Estadisticas/Bogot%E1%20Ciudad%20de%20Estad%EDstic/2012/Boletin_43_2012_Bogot%E1_Ciudad_de_Estad%EDstic.pdf)

<sup>34</sup> *Ibíd.*

## 1.3.1 TRABAJO Y PERFIL ECONOMICO <sup>35</sup>

Bogotá es la sexta ciudad en población de América Latina con aproximadamente 7,5 millones de personas, es decir 16% de la población nacional y se consolida como una de las economías urbanas, centro económico del país que aporta el 26% del PIB y un crecimiento poblacional con una tasa media anual de 1.4%, entre las localidades con mayor ritmo de crecimiento de la población son Usme, Bosa y la localidad de Suba<sup>36</sup>. De igual manera es considerada como el principal centro económico del país cuenta con empresas dedicadas principalmente a actividades de servicios en el 39%, comercio 38% e industria 15%, pero reporta informalidad laboral del 44,8% (es decir más de 1,7 millones de personas) cifras similares a Cali, Medellín y Barranquilla, afectando principalmente a jóvenes con niveles bajos de capacitación y experiencia laboral.

Por otra parte la localidad de Suba con un presupuesto en el Plan de Inversiones del Plan de Desarrollo “Suba Reconciliada y Positiva para Vivir mejor” en el período 2009 – 2012 de \$144.122,47 millones, de estos en el 2012 se destinaron un total de 38.596,74 millones, la mayor parte consignados a programas de los objetivos Ciudad de Derechos y Derecho a la Ciudad; en ciudad de derechos se destinó 46% (66.507,10 millones), derechos a la ciudad 34% (49.510,65 millones), gestión pública 11% (15.555,18 millones), ciudad global 8% (4.324,03 millones) y participación 8% (8.125,52 millones), durante el 2012 el índice de distribución fue de 7.43% lo cual aprueba un presupuesto de 41.797 millones de pesos para el 2013, este índice tiene en cuenta el número de personas pobres con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y bajo la línea de pobreza, el cual es el cuarto con mayor valor del presupuesto de Bogotá<sup>37</sup>,

En esta línea es importante recordar que el suelo urbano de Suba se divide en siete áreas de actividad: residencial (57,8%), urbana integral (22,4%), dotacional (15,6%), de comercio y servicios (2,1%), suelo protegido (1,3%), industrial (0,7%), área de actividad central (0,1%). El área de actividad que predomina es la de uso residencial neta, que se refiere al suelo donde únicamente se permite la presencia limitada de comercio y servicios sin superar el 5% del área bruta del sector normativo, siempre y cuando no genere impactos negativos, privilegiando su ubicación en manzanas comerciales, centros cívicos o en ejes de borde, que ya tienen presencia de comercio y servicios<sup>38</sup>.

La localidad de Suba, confina el 11,3% de las empresas de Bogotá, con 29.091 empresas, el 90% son microempresas, localizadas en las UPZ El Rincón, El Prado y La Alhambra, las principales actividades son comercio y reparación de vehículos automotores con un total de 10.318 empresas, Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler con 5.058 y en tercer lugar las Industrias manufactureras con 3.281 empresas, del total solo 7.2% (2100 empresas)

<sup>35</sup> Según el último Boletín de Cámara y Comercio los datos para la Localidad de Suba más actuales corresponden al 2010, razón por la cual se opta por emitir valores correspondientes a este año de corte. Fecha de Visita a cámara de comercio Diciembre 2012. [http://camara.ccb.org.co/documentos/8904\\_perfil\\_socioeconomico\\_suba\\_2011.pdf](http://camara.ccb.org.co/documentos/8904_perfil_socioeconomico_suba_2011.pdf)

<sup>36</sup> Perfil económico y empresarial de la localidad de Suba, Registro mercantil, cámara de comercio de Bogotá, John Wilson Buitrago, Dirección de Estudios e Investigaciones, 24 de septiembre de 2011.

<sup>37</sup> Boletín de prensa, Las 20 localidades de Bogotá inician 2013 con recursos más equitativos, secretaria de planeación, Bogotá, Enero 21 de 2013

<sup>38</sup> Decreto 190 de 2004 <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=13935>



# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

realizan operaciones de comercio exterior, 0.2% son exportadoras, 6.6% importan y 0.4% realizan las dos actividades (Ver tabla 9)

**Tabla 9 Empresas matriculadas y renovadas en la localidad de Suba, año 2013.**

Actividad económica	Microempresa	Pequeña	Mediana	Grande	Total
No informal	1	0	0	0	1
Agricultura	374	107	21	1	503
Pesca	5	2	-	-	7
Explotación de minas y canteras	105	27	11	2	145
Industrias manufactureras	2.996	227	45	13	3.281
Suministro de electricidad, gas y agua	33	12	5	0	50
Construcción	2.075	414	77	9	2.575
Comercio y reparación de vehículos automotores	9.538	647	111	22	10.318
Hoteles y restaurantes	2.097	45	8	2	2.152
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	1.243	91	15	9	1.358
Intermediación financiera	838	59	15	8	920
Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	4.424	554	67	13	5.058
Administración pública y defensa	9	3	1	0	13
Educación	470	47	13	-	530
Servicios sociales y de salud	675	69	8	1	753
Otras actividades de servicios comunitarios, sociales	1.380	38	9	1	1.428
Hogares con servicio doméstico	2	0	0	0	2
Organizaciones y órganos extraterritoriales	0	0	0	0	0
Total	26.265	2.342	406	81	29.094

Fuente: Registro mercantil, cámara de comercio de Bogotá, año 2010 Cálculos: Dirección Estudios e Investigaciones de la CCB

Las dinámicas laborales en suba tiene características específicas, dado los grupos poblacionales que se acentúan a lo largo de los territorios, donde confluye población víctima del desplazamiento, población en condición de discapacidad, población afro descendiente e indígena, grupos que carecen de oportunidades laborales, en parte por el bajo nivel académico, barreras mentales como la discriminación, lo que impide la restitución de sus derechos en términos de igualdad en acceso a un trabajo y a otros derechos. Es por tal razón predomina el trabajo informal dichas circunstancias se traducen en inequidades sociales, por ser mal remunerado sin garantías y no logra satisfacer necesidades.

En la localidad de Suba, la población de los estratos 1, 2 y 3 (Casablanca, Suba Centro, Rincón) se dedica en su mayoría al trabajo en oficios como la construcción, mecánica, conductores, empleados de los cultivos de flores ubicados en Chía, Cota, Tabio y Tenjo, y empleadas del servicio doméstico, en restaurantes, operarios de fábricas y al sector informal, por otro lado en otros sectores como la UPZ 18 barrio Cantalejo, UPZ 19 en el borde del canal Córdoba, UPZ 27 barrio Villa Hermosa, UPZ 28 sector de Villas del Rincón y la UPZ 71, sector de Lisboa, Santa Cecilia y Santa Rita se encuentran familias dedicadas al reciclaje, mientras la población residente en estratos socioeconómicos 4, 5 y 6 población ubicada en el territorio social cuatro (Prado, Britalia, y San José de Bavaria), al territorio social cinco (Niza Alhambra y Floresta) y al territorio social seis particularmente en las UPZ Academia y Guaymaral, generalmente corresponde a población profesional, empleada de empresas, dueños de negocios y pensionados.

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

Para finalizar es necesario resaltar que la percepción acerca de la suficiencia de los ingresos por hogar, según la encuesta multipropósito para Bogotá año 2011 revela que el 16,4% de los hogares no alcanzan para cubrir los gastos mínimos, en el 56,2% sólo alcanzan para cubrir los gastos mínimos y en el 27,4% cubren más que los gastos mínimos. (Proyección de hogares para el 2011 de 318.381), aunque el promedio de ingresos de los hogares según los rangos de salario mínimo mensual legal en suba en el 43.6% de la población es superior a 4 smmlv. (Ver tabla 10)

**Tabla 10 Indicadores de fuerza laboral, localidad de Suba año, 2013**

INDICADORES DE FUERZA LABORAL		Suba
Fuerza Laboral	Población en Edad de Trabajar – PET	878.679
	Población Económicamente Activa – PEA	568.768
	Población Económicamente Inactiva – PEI	309.911
	Tasa Global de Participación - TGP (%)	64,70%
	Tasa de Ocupación - TO (%)	60,30%
	Tasa de Desempleo - TD (%)	6,90%
Nivel de ingreso de la localidad	0 – 1 smmlv	9.2% ,
	1.1 - 2 smmlv	19.1% ,
	2.1 – 3 smmlv	15.8%
	3.1 - 4 smmlv	12.3%
	Mayor a 4 smmlv	43.6%

Fuente: DANE – SDP, primera encuesta multipropósito para Bogotá – EMB 2011

**Trabajo informal:** desde el ámbito laboral, Salud Pública de la localidad, reporta un total de 794 unidades de trabajo informal caracterizadas, con una población de 1926 personas, es decir el 0,18% del total de la población proyectada para el 2011 según datos DANE, las actividades intervenidas para la vigencia 2011 obedecen a: restaurantes con 393, panaderías 131, salas de belleza 254, lavanderías 5, confección 10 y zapaterías 2, las cuales se caracterizan según la demanda, siendo los restaurantes las salas de belleza y las panaderías las de mayor demanda y las unidades de confección, lavanderías y zapaterías de menor demanda.

Las unidades de trabajo caracterizadas, predomina el género femenino coexistiendo asociación con el tipo de actividad, donde las mujeres hacen más labores administrativas 2.75% que los hombres 2.02%, mientras que entre la ejecución de las labores operativas y mixtas es igual entre los dos géneros con un 30.94%; de acuerdo a la distribución poblacional el transgenerista tiene labores mixtas ya que es el dueño de una sala de belleza

**Trabajo en la zona rural<sup>39</sup>:** La generación de empleo en la ruralidad está relacionada con las áreas dedicadas a la producción agropecuaria y a los cultivos de flores, otra tendencia son las antiguas formas de empleo rural (jornaleros o trabajadores rurales), cuyo número se ha reducido significativamente. Actualmente, porque los antiguos agricultores y sus hijos, tienen empleos en la ciudad, abandonando definitivamente las actividades agropecuarias. Este abandono se presenta no solo porque la estructura de la producción agropecuaria en las condiciones actuales genere muy pocos empleos, sino porque los ingresos y calidad de los mismos resultan inferiores a los que se pueden encontrar en otros sectores.

<sup>39</sup> Texto tomado de Secretaría de Planeación Distrital, Diagnostico Plan Zonal Norte

## 1.4 Contextualización Epidemiológica de la localidad (perfil de morbi-mortalidad)

El estado de salud está íntimamente relacionado con el entorno en todas sus escalas laboral, familiar, ambiental, cultural, político, por tanto, la noción de salud es integral, ya que se interrelaciona el bienestar físico mental y sensorial, de ahí que la salud cuenta con un componente social, que ameritan un análisis integral, para comprender las razones que derivan en que las poblaciones se ven afectadas en su estado de salud, “Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”<sup>40</sup>

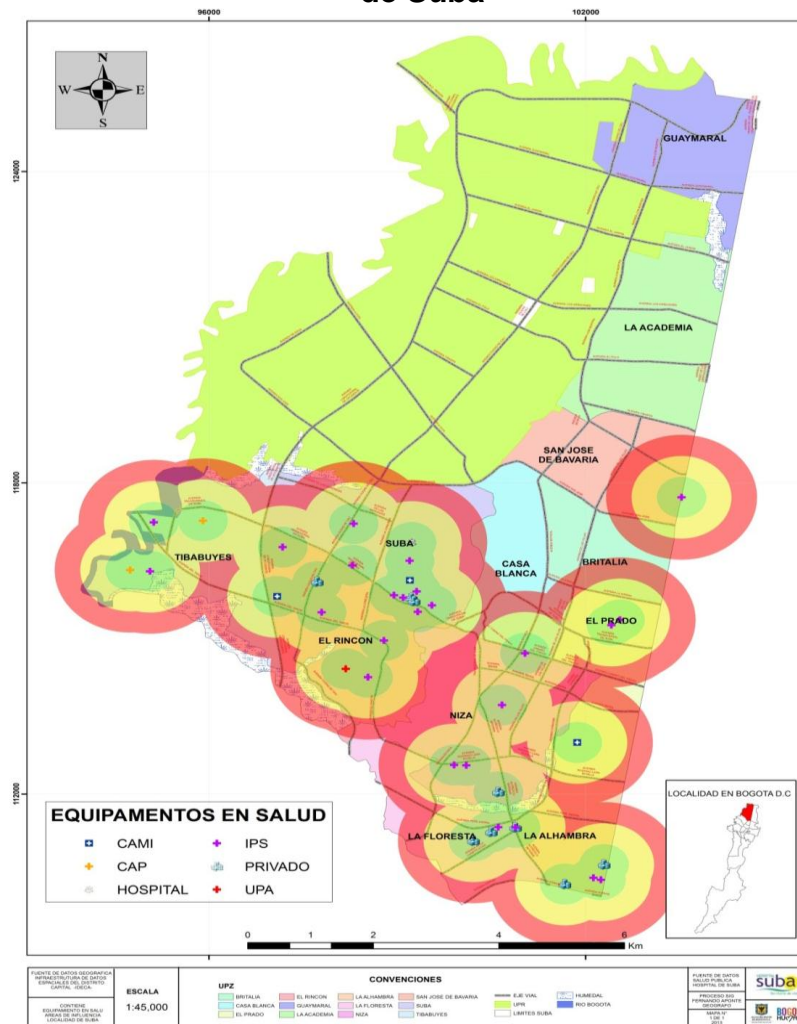
Ahora, desde los determinantes intermedios se plantea la existencia de una influencia del mercado económico que inciden en el manejo del sector salud, repercutiendo en la población el tener que enfrentar barreras de acceso, trámites administrativos, copagos, luchas legales para legitimar sus derechos como ciudadanos, afrontando problemas de seguridad social, deshumanización en los servicios de salud, demora en la entrega de medicamentos, colapso en los servicios de urgencias. Realidad que no están lejana a la localidad de Suba donde se han impulsado procesos de movilización para reivindicar el derecho a la salud, señalando las deficiencias del modelo actual.

Dados los procesos urbanístico y de asentamiento de población en lo que respecta a la localidad de Suba, muestra un valor agregado a la sala salud en términos de oferta de instituciones prestadoras de salud como niveles de atención, de ahí que la áreas de influencia de las diferentes entidades prestadoras de salud en la localidad de Suba, tal como lo hace evidente el título de equipamientos es equiparable con la densidad poblacional actual, para ello y como resultado de los procesos de morbimortalidad es necesario conocer la cobertura en términos de influencia geográfica para ello el siguiente mapa muestra dichas áreas donde: el color verde hace referencia a un área de influencia de 400 metros ideal para acceder sin la necesidad de utilizar medios de transporte, el color amarillo área de influencia de 800 metros con accesibilidad moderada y por último el color rojo con rango se distancia de 1200 metros la cual se considera una accesibilidad inadecuada. Ver mapa

<sup>40</sup> [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

Mapa 5. Áreas de influencia entidades prestadoras de salud dentro de la Localidad de Suba



Dentro de la cartografía se puede observar además de lo expuesto anteriormente que las desigualdades sociales que se han profundizado como producto de las políticas neoliberales generando sectores diferenciales dentro de las ciudades, es así como se puede observar que existen desigualdades socio-económicas dentro de la localidad de suba. En el costado occidental se encuentran los estratos socio económicos bajos (ver mapas estrato socio económico) y al lado oriental los estratos de mayor capacidad económica, separados estos dos sectores por los cerros de suba y la conejera que son una barrera natural, para que se presente este fenómeno dentro de la localidad.

Dentro de la localidad también se puede observar estas desigualdades en la localización espacial de los Centros de Atención Primaria de la Salud, CAMIS, UPAS, CAPS, Hospital Y Clínicas Privadas, distribuidos dentro del territorio de la localidad, las cuales hacen un aporte importante a la calidad de vida de los habitantes de suba, sin embargo se hace necesario analizar su eficiencia en absorber la población demandante, ya que cada uno de estos

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

establecimientos brinda un tipo de servicios, además de la accesibilidad y distancia de cada entidad en la prestación del servicios de las comunidades más alejadas de la localidad.

Para esto es necesario determinar el nivel de complejidad de cada entidad prestadora de servicios de salud. **CAMIS** (nivel de complejidad 1). **CAP** (nivel de complejidad 1). **UPAS** (nivel de complejidad 1). **HOSPITAL** (nivel de complejidad 2). **CLÍNICAS PRIVADAS O IPS** (nivel de complejidad 2 y 3). Dentro de la localidad encontramos 3 camis, 2 cap, 1upas, 1 hospital (hospital de Suba) y 32 clínicas privadas o ips, cada una con un área de influencia determinada por la distancia en metros para establecer cuál es su cobertura que abarca en la prestación de servicios hacia los habitantes de la localidad.

Por otro lado se debe hacer énfasis en las personas que habitan en un determinado lugar las que influyen en su acontecer, y las que en definitiva transforman el territorio. La distribución que presenta la población en el espacio constituye un componente sustancial en el análisis de cualquier territorio. La población se distribuye sobre el espacio de formas muy diferentes<sup>41</sup>.

La distribución de la población en el espacio muestra los fuertes desequilibrios territoriales o desigualdades en el reparto de la población, ya que la población se distribuye de manera heterogénea en el territorio, tendiendo a concentrarse en unas zonas más que en otras, debido a la influencia que ejercen diversos factores físicos, económicos, sociales, políticos, económicos y culturales<sup>42</sup>. Una de las causas importantes en la densidad de las diferentes UPZ de la localidad es la migración ha afectado el crecimiento natural debido a diferentes causas. Los costos de vida en ellas en servicios públicos, del terrenos ente otros.

Otro factor que es importante analizar es, el transporte público tiene una influencia en el acceso a las entidades prestadoras de salud, y sus deficiencias son un obstáculo para la prestación oportuna de estos. El tema del transporte, es de gran relevancia porque se considera como una variable cada vez más decisiva para analizar la accesibilidad, ya que es en definitiva la que permite acceder a servicios y equipamientos colectivos en general. De esta manera, las redes de transportes constituyen verdaderos elementos integradores del territorio, por lo que es indispensable que éstas permitan utilizarlo de la mejor forma y lograr así buenas condiciones de movilidad de bienes y servicios.

El mejoramiento de las condiciones de conectividad y accesibilidad, resulta clave para la generación o fortalecimiento de los vínculos y relaciones espaciales entre asentamientos, que facilitan el desarrollo de procesos de interacción espacial en el territorio.

Según Buzai la accesibilidad a un servicio presenta cinco dimensiones de distinta naturaleza:

- Existencia del servicio- localización específica del servicio.
- Accesibilidad al servicio- conectividad (red de circulación que permite su vinculación a los puntos de demanda).
- Solvencia económica –posibilidad de contar con los medios o recursos para poder llegar a dicho servicio y para poder costearlo (medios de la demanda para llegar al servicio).

<sup>41</sup> Godoy Gutiérrez, Rubén Darío; Garnica Berrocal Rosana. guía conceptual y metodológica para desarrollar el proceso de subregionalización: el caso del departamento del atlántico. Uinersidad de cordoba. Montería. 2012

<sup>42</sup> ibid

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

- Disponibilidad del servicio- posibilidad de absorber la demanda potencial.
- Adecuación del servicio- a las expectativas y necesidades de la demanda potencial (la oferta cumple con las expectativas de la demanda)<sup>43</sup>.

Dentro de la localidad de Suba existe una concentración de entidades prestadoras de servicios de salud en la UPA Suba Centro, aquí encontramos IPS, Clínicas Privadas y El Hospital de suba (ver mapa Equipamientos en salud), lo cual indica que este sector de la localidad cuenta con una cobertura buena y con entidades de diferentes niveles de atención, además se puede visualizar que el área de influencia (buena verde, regular amarilla, mala rojo) dentro de este sector es en general bueno, caso contrario ocurre con la UPZ Tibabuyes donde solamente encontramos 2 IPS y dos CAP, los cuales condicionan la prestación de servicios de los habitantes de esta zona de la localidad, ya que los CAP, no cuentan con la prestación de servicios de niveles de alta complejidad y las IPS que si los poseen no son de fácil acceso para toda la población presente.

Por otro lado la UPZ rincón cuenta con una UPA la cual es de índole pública para brindar los servicios a una gran cantidad de usuarios presentes dentro de esta UPZ, además de varias IPS que son de carácter privado donde alguna parte de la población tiene condicionada la prestación de los servicios que estas entidades ofrecen, las entidades de índole privado (clínicas e IPS) se ubican en el costado oriental de la localidad donde se encuentran los estratos socio económicos más altos de Suba.

En cuanto a la cobertura del servicio de transporte únicamente, podemos decir que, gran parte de la población no encontrarían mayores limitaciones con la cobertura, ya que las UPZ Rincón y Tibabuyes cuentan con un servicio de transporte publico bueno (busetas) y alimentadores del TRANSMILENIO con unas frecuencias adecuadas (entre 5 y 15 minutos), para el caso de la UPZ Suba Centro se puede decir que cuenta con los mismos servicios de transporte agregándole la vía exclusiva de TRANSMILENIO (avenida Suba), si analizamos la densidad de los centros de salud a partir de las distintas distancias que deben recorrer la población desde cada entidad prestadora de estos servicios a la vía donde pasa el servicio de transporte público más cercano, se puede decir que en este caso se cuenta con buenas vías de comunicación, aunque en la zona sur Occidental de la UPZ Tibabuyes, el eje vial de gran envergadura es casi nulo solo existen vías de poca capacidad de movilidad de transporte lo cual dificulta la movilidad en este sector y población y más a los habitantes en condición de discapacidad.

Por otro lado, la ubicación de los equipamientos se haya estrechamente relacionado con el recorrido del transporte público de pasajeros, demostrando la importancia que juega el transporte en el estudio de la accesibilidad por parte de la población. Es la red de transporte público la que facilita la movilidad, acortando distancias y disminuyendo el tiempo de traslado. Para eso cada una de las entidades se ha colocado con un área de influencia de 400 metros ya que es la distancia más adecuada para un desplazamiento sin la necesidad de utilizar la ayuda mecánica (vehículos), además un área de 800 metros que se denomina de mediana

<sup>43</sup> Buzai D Gustavo. **Análisis espacial de la salud en la ciudad de Luján**. Universidad de Buenos Aires. Argentina. 2007. pág. 17

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

accesibilidad y un área de 1200 metros mala accesibilidad y la vías de comunicación más importantes de la localidad, dando como resultado que la peor accesibilidad a los servicios de salud la tiene losa UPZ Rincón y Tibabuyes de la localidad algo que cabe decir es que es aquí es donde se ubica la mayor densidad poblacional de Suba.

Siguiendo con la problemática de accesibilidad de los servicios de salud se encuentra la UPZ Suba centro, las UPZ que cuenta con una buena cobertura de servicios de salud son las UPZ de La Floresta, Niza y La Alhambra pero con entidades de índole privado cabe anotar que estas UPZ son de estratos socio económicos altos (4 al 6). Por ultimo cabe anotar que la mayor cantidad de eventos en morbi-natalidad se centran dentro de las UPZ con mayores problemas de accesibilidad a los servicios de salud UPZ Rincón, Tibabuyes y Suba Centro.

## 1.4.1 Morbilidad y deterioro de la salud por ciclo vital

### 1.4.1.1 Ciclo INFANCIA

**Tabla 11. Distribución de la morbimortalidad año 2012 morbilidad año 2010 mortalidad ciclo infancia, Localidad de Suba**

PRIMEROS DIAGNOSTICOS DE CONSULTA GENERAL	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACION	EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	MORTALIDAD GENERAL Y ESPECIFICAS DE SEGUIMIENTO EN VSP	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
ASMA, NO ESPECIFICADA	166	24	INMUNOPREVENIBLES	2626	2392	5018	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	39		39
INFECCION DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	117	0	VIOLENCIA EMOCIONAL	633	588	1221	Malformaciones congénitas, deformidades y abomalias congénitas	26		26
DERMATITIS, NO ESPECIFICADA	108	0	ERA	333	287	620	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	21		21
DIARREA Y GASTROENTERITIS	51	38	ZONOTICA	344	234	578	Neumonía	19		19
LUXACION DE CADERA	78	0	VIOLENCIA FISICA	140	99	239	Infecciones específicas del período perinatal	18		18
OTRAS DEFORMIDADES CONGENITAS DE LA CADERA	72	0	VIOLENCIA SEXUAL	47	120	167	Feto o recién nacido afectados por afecciones maternas, complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	10		10
RETARDO EN DESARROLLO	64	0	VIOLENCIA POR ABANDONO	64	49	113	Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	5		5
ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	61	0	VIOLENCIA ECONOMICA	50	41	91	Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido	5		5
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	41	INTOXICACIONES	38	48	86	Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	5		5

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	0	34	IDEACION	27	25	52	Enfermedades cerebrovasculares	2	2
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	0	34	GESTANTES ADOLESCENTES 10 A 18 AÑOS	26	25	51	Hemorragia gastrointestinal	2	2
APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	18	CONGENITAS	10	10	20	Accidentes de transporte de motor	2	2
NAUSEA Y VOMITO	0	17	SIFILIS CONGENITA	6	14	20	Ahogamiento y sumersión accidentales	2	2
CELULITIS DE LA CARA	0	15	ETAS	9	9	18	Agresiones (homicidios) y secuelas	2	2
SUBTOTAL	717	221	ETV	10	7	17	RESTO DE CAUSAS	43	43
OTRAS CAUSAS	2548	549	MORTALIDADES	6	10	16	<b>TOTAL GENERAL</b>	201	201
<b>TOTALGENERAL 3ER TRIMESTRE 2012</b>	3265	770	INTENTO	7	7	14	MORTALIDAD PERINATAL	98	91
			CRONICAS	1	2	3	MORTALIDAD INFANTIL	83	62
			TRANSMISIBLES				MORTALIDAD GENERAL EN MENORES DE 5 AÑOS	201	
							MORTALIDAD POR NEUMONIA	4	5

Fuente: morbilidad general: perfil epidemiológico institucional preliminar a tercer trimestre de 2011 Hospital se Suba Área Epidemiología Institucional fecha de entrega de información 20 de abril 2013. Morbilidad en eventos de interés en salud Pública bases preliminares 2012 SDS subsistemas SIVIM, SIVIGILA, SISVAN, SISVECOS fecha entrega de información 22 de mayo de 2013.

Los entes internacionales en salud establecen directrices para mejorar la salud de la población en el mundo, en especial en aquellos países de bajos recursos económicos, con deficiencias en los sistemas de vigilancia, entendiéndose que es un factor elemental para su bienestar y calidad de vida, así como un indicador de equidad, de allí los esfuerzos por mejorar la salud desde las primeras bases, es decir desde la infancia, entendido que su impacto debe medirse en el tiempo, pues una niño enfermo en su etapa adulta sin duda tendrá consecuencias en distintos ámbitos social, cultural, económico, “Durante la primera infancia (desde el período prenatal hasta los ocho años), los niños experimentan un crecimiento rápido en el que influye mucho su entorno. Muchos problemas que sufren los adultos, como problemas de salud mental, obesidad, cardiopatías, delincuencia, y una deficiente alfabetización y destreza numérica, pueden tener su origen en la primera infancia”<sup>44</sup>

En razón a lo anterior se ha fortalecido a nivel nacional estrategias como la vacunación, seguridad alimentaria y nutricional, minimizar el trabajo infantil, disminución de los casos de violencia y maltrato infantil, entre otros eventos que comprometen la salud infantil a escala mundial.

Incluso los objetivos del milenio se han enfocado hacia la infancia considerando el punto de partida para nivelar aspectos como la inequidad y las injusticias sociales como mortalidades infantiles por causas evitables, ya que ponen de manifiesto brechas sociales como barreras de acceso, exclusión, y un sistema de salud inequitativo con falencia en la oportunidad de la atención y calidad. Igualmente, con cada gobierno nacional, distrital para el caso de Colombia se

<sup>44</sup> Desarrollo en la primera infancia. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs332/es/> agosto 2009.



# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

edifica unos planes, acciones, metas, recursos, para mejorar la calidad de vida de la población, de allí que se pretende la garantía de derechos esenciales como educación, salud, se promueve el deporte, uso del tiempo libre, las prácticas culturales, sin embargo, en la realidad las problemáticas son complejas y pese a esfuerzos se siguen materializando eventos que afectan la salud en el ciclo infancia.

En el ciclo de infancia para la localidad de Suba las causas básicas de consulta para los menores de 1 año son los trastornos en el desarrollo de la cadera, enfermedades infecciosas respiratorias de predominio a nivel inferior y afecciones de tipo alérgico, esto último relacionado con factores ambientales (contaminación, polución, temporadas invernales), económicos (bajos ingresos), culturales (creencias religiosas, alimentarias, cuidados básicos, bajo nivel educativo de padres y cuidadores) y sociales (desplazamiento, desempleo, hacinamiento) de la localidad de Suba.

En el grupo de 1 a 4 años, en su mayoría se presenta las enfermedades infecciosas digestivas, alteraciones a nivel nutricional, continúan las afecciones alérgicas y respiratorias de la vía área superior, su relación se encuentra entre las actividades que realizan los niños propias de su edad, en quienes asisten a guarderías infantiles, cuidados en su alimentación, higiene personal, de su hogar y esquema de vacunación incompleto.

Entre las edades comprendidas de 5 a 14 años, la causa de consulta son diversas aunque prevalecen las enfermedades relacionadas con parasitosis intestinal y afecciones oculares siendo esta una enfermedad progresiva y degenerativa que inciden con problemas a nivel escolar y a mayor plazo en etapas laborales.

Entrando a esbozar detalles de la situacional salud para el ciclo infancia de la localidad de Suba, con información de vigilancia en salud donde eventos como enfermedades inmunoprevenibles en el ciclo de infancia corresponden al 90%, varicela, enfermedad respiratoria de origen viral y tosferina las de mayor proporción afectando tanto a niños como niñas. Como parte de esta realidad es importante conocer impresiones comunitarias sobre la ocurrencia de estos eventos. “De igual forma es de resaltar que los problemas que se evidencian en la comunidad son las barreras de acceso, administrativo y económicas, déficit en el conocimiento en el esquema regular de vacunación, desconocimiento en los signos y síntomas de alarma de las enfermedades de la Infancia (EDA, IRA), falta de tiempo de los padres para con sus hijos, y la no garantía de cobertura en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”<sup>45</sup>

En este sentido se puede señalar determinantes sociales sociales en salud que inciden en dicha lógica, por un lado, se ha evidenciado en espacios de análisis comunitarios liderados por el Grupo Asis en las distintas escalas territoriales desconocimiento en el abordaje y manejo de enfermedades que sufre la población infantil, en cuales son los cuidados, tratamientos, identificación de signos de alarma y asistencia oportuna a los centros de atención en salud,

---

<sup>45</sup> unidad de análisis liderada por el equipo Asis Territorial. mayo 14 de 2012 lugar de realización: unidad jardín tesoro del saber casa blanca. territorio: 8 hora: metodología: árbol de problemas. Número de participantes: 23 personas.

sosteniendo también las falencias en la atención o asignación de citas y creencias culturales como el manejo casero mediante saberes familiares, lo que propicia complicaciones en el estado de salud de los menores “Es que en ocasiones uno no sabe cuándo ir al médico”, “Es bueno saber cuándo es una urgencia para que en el hospital no lo devuelvan a uno”. Es importante que a nivel institucional se fortalezca la estrategia de AIEPI clínico ya que esto nos permite en unión con las salas ERA mitigar el riesgo y prevenir la mortalidad de la población menor de 5 años”<sup>46</sup>

Por otra parte existen causas de tipo ambiental, los bruscos cambios de temperatura las condiciones sanitarias de las viviendas, existe en la localidad de Suba fenómenos como la concentración de familias numerosas que conviven en un mismo espacio físico, generando hacinamiento, convirtiéndose este un escenario para la transmisión de enfermedades de origen zoonótico, aparición de brotes de varicela, o enfermedades respiratorias.

Por tanto, el contexto viviendas ubicadas en barrios sin una planeación con déficit en los servicios públicos como consecuencia de las instalaciones o falta de acueducto y alcantarillado incide en el deterioro de la salud familiar. Para darle validez a dicha afirmación se trae a colación información proveniente del trabajo que se realizó en la estrategia sala situacional de medioambiente en el año 2012, pues se logró identificar determinantes sociales en salud, producto de recorridos en las zonas más críticas de la localidad, subrayando así como el hacinamiento, falta de ventilación, afecta principalmente la comunidad escolar (colegio y Jardines Infantiles), población ubicada en instituciones como menores en protección, adulto mayor y población en condición de discapacidad, establecimientos con falta de ventilación, inadecuado proceso de aislamiento generando un riesgo para los brotes de varicela, “paperas” enfermedad respiratoria aguda. Sin olvidar el Monóxido de Carbono debido a artefactos a gas ubicados en viviendas que emplean gas natural y gas propano, actividades laborales en diversas empresas, que pueden ocasionar intoxicaciones por monóxido en la población expuesta, de ahí que en lo que corresponde a salud ambiental en el ciclo de infancia es mayor el número de casos por intoxicación por sustancias químicas (51%), seguido de intoxicación por monóxido de carbono y otros gases (20%), solventes (17%) y plaguicidas (11%).

Por otra parte determinantes como estilos de vida entre esos el consumo de alcohol, cigarrillo, sustancias psicoactivas, tabaco alteran la salud individual y colectiva, a nivel individual se exponen en el tiempo a enfermedades como el cáncer, alteraciones cardiovasculares, pulmonares, afectación de la salud oral entre otros. Para el caso de la salud colectiva un miembro de una familia con hábitos como el consumo de spa o cigarrillo, indirectamente contamina la calidad del aire en un espacio o una vivienda compartido por recién nacidos, niños o gestantes, además de la influencia social y cultural en el tiempo para los niños al observar hábitos de sus padres o cuidadores, ello, teniendo en cuenta que los valores sociales se adoptan mediante un proceso de interacción social en la sociedad.

El tema de las enfermedades respiratorias, varicela, enfermedades diarreicas agudas en ciclo infancia preocupa por varios factores, primero por el riesgo de morbilidad y mortalidad, segundo por la influencia del contextos sociales de familias ya que para el caso de la localidad de Suba

<sup>46</sup> Ibíd.

existen barrios de estratos uno y dos cuyas viviendas carecen de ventilación, o condiciones higiénicas aceptables y con hacinamiento permanente, siendo una muestra de una realidad caracterizada por la vulneración de derechos, entre eso la posibilidad que una persona o núcleo familiar disfrute de una vivienda digna con condiciones básicas como servicios públicos, lo que a la postre puede significar un ambiente más apropiada para familias vulnerables y por ende mejorar su calidad de vida y una menor exposición de eventos promovidos por la desigualdad social.

De igual modo en presente análisis es importante conocer la relación salud y ambiente en el ciclo infancia, para tal efecto desde información epidemiológica se devela que de todos los ciclos vitales, el 33% de enfermedades zoonóticas se han captado en la población infantil en su mayoría presentadas en niños de sexo masculino asociadas principalmente a agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia; aunque en la localidad de Suba se realizan campañas de vacunación contra rabia para las mascotas, no se pueden excluir los caninos callejeros, lo cual incrementa esta exposición rábica.

Es relevante incrementar cambios sociales los cuales se traducen en la medida que la población también se asuma como sujetos capaces de generar iniciativas e interés por incidir de forma positiva en la salud de su territorio, en vista que se evidencia desconocimiento y falencia en la tenencia adecuada de las mascotas en algunos sectores, donde los propietarios cuentan con varios animales domésticos sin cumplir con esquemas de vacunación, ni con las medidas preventivas en caso de las razas peligrosas, además, de no recoger las excretas en parques y zona verdes.

El tema del manejo inadecuado de mascotas más allá de convertirse en una problemática de salud pública, también está desatando conflictos sociales por los reclamos de ciudadanos que exigen el cumplimiento de las normas a propietarios, observando un riesgo potencial por malos olores, agresiones, mordeduras, especialmente en niños. Otro aspecto a resaltar dentro de las problemáticas descritas se relaciona con la tenencia inadecuada de animales como resultado de una escasa cultura de propietarios, aspecto que redundo en el mal manejo de excretas, la vulnerabilidad a adquirir enfermedades compartidas (zoonosis), además de la tenencia de caninos de razas peligrosas y el aumento de perros callejeros, situaciones que afectan a las poblaciones tanto en zonas públicas o zonas privadas, incluyendo vías, áreas de esparcimiento, recreación y deporte”.<sup>47</sup>

Desde una lectura de determinantes sociales en salud se deben tener en cuenta las condiciones socioeconómicas de familias de principalmente de UPZ Rincón y Tibabuyes ya que existe zonas críticas convivencia por familias numerosas, si o convivencia con caninos, felinos, equinos, en una misma vivienda, circulando malos olores, presencia de roedores y vectores, lo cual expone claramente el riesgo de sufrir alteraciones salud infantil y en todos los ciclos. Es preciso anotar que dicha problemática se expuso desde el trabajo de sala situacional de medioambiente en el 2012 dada la realización de unidades de análisis con profesionales de las líneas de ambiente, comunidad y un recorrido de campo, advirtiendo que “Es notorio las calles y vías en mal estado, las barreas geográficas, barrios sin planeación, viviendas precarias y en mal estado, sin

<sup>47</sup> Documento final estrategia sala situacional tema medio ambiente 2012. ASIS Local. Pág. 40.

ventilación, preparación de alimentos al aire libre y sin agua potable, la convivencia con animales domésticos, equinos.”<sup>48</sup>

Precisamente se puso en evidencia la tenencia inadecuada de mascotas el entrenamiento de caninos de razas peligrosas utilizados como instrumentos de seguridad, un factor de riesgo por los ataques contra la población en particular de los niños. Igualmente, en los territorios hay presencia de plantas de reciclaje sin ningún elemento de protección personal; con riesgos para su salud por manipulación de toda clase de residuos de origen infeccioso. “sin embargo no solo las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia están presentes en la localidad, la estadística revela que existe presencia de casos de leptospirosis en el 2012 la cual es una enfermedad transmitida por consumo de agua o alimentos contaminados por orina de animal infectados, la presencia de vectores pueden influir en la contaminación de los alimentos”<sup>49</sup>

Entre las categorías de análisis obtenidas en la sala situacional que permite dilucidar parte del panorama y determinantes sociales se podría mencionar la de asentamientos humanos, este tema se puso sobre la discusión en las unidades de análisis emergiendo situaciones como la ocupación ilegal de territorios en la localidad por parte de población en cercanía al humedal Juan amarillo, se evidencia presencia de ganado en cercanía a zonas ambientales, produciendo malos olores por las excretas.

De otra parte en los eventos que comprometen del grupo poblacional pertenecen al ciclo infancia es lo referente a enfermedades crónicas en las cuales se incluyen las leucemias, representan el 1% del total de los eventos inmunoprevenibles en la población infantil; sin embargo es de aclarar que el 100% de las enfermedades crónicas se han notificado para este ciclo vital. Las enfermedades crónicas en la infancia suponen varios aspectos la alteraciones de su vida a nivel social, emocional, donde padres de familia afrontan dicha realidad con dificultades por las actuales deficiencias del sistema de salud en términos de barreras administrativas, costos de tratamientos, entre otros factores, como el estrés, abandono de su etapa escolar y otra alteraciones a lo largo de su vida, de allí la importancia de buscar soluciones y fortalecer la estrategias de promoción y prevención y suprimir cualquier barrera de atención o calidad en población infantil con alguna de estas patologías. “Cada país, independientemente de su nivel de recursos, tiene al alcance la posibilidad de introducir mejoras importantes en la prevención y el control de las enfermedades crónicas, y de adoptar medidas para alcanzar la meta mundial. Se necesitan recursos sin duda, pero se pueden conseguir muchas cosas a un costo reducido, y los beneficios superan ampliamente los costos”<sup>50</sup>

Más allá de factores biológicos per se, es dicente que en la sociedad se entable condiciones para la salud materna por ejemplo, ya que desde allí se intervienen factores como el bajo peso, detección temprana de anomalías en salud de un niño, garantiza su alimentación, bienestar físico, promover ambientes saludables, incluso mejorando la calidad del medio ambiente se pueden prevenir enfermedades congénitas, o disminuir posibilidades de una mortalidad. “La intervención de las autoridades públicas es crucial para mejorar la salud y el bienestar de la

<sup>48</sup> ibíd.

<sup>49</sup> Ibíd. Pág. 28

<sup>50</sup> Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Organización mundial de la salud. [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/overview\\_sp.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf) . pág. 30

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

población y ofrecer una protección especial a los grupos vulnerables. Ello se aplica en especial a los niños, que no pueden elegir el entorno en el que viven, ni su dieta ni la exposición pasiva al humo de tabaco. Los niños, además, no pueden entender cabalmente las consecuencias de su comportamiento a largo plazo”<sup>51</sup>

De igual manera según la vigilancia de enfermedades de transmisión sexual, se han detectado un total de 20 casos de sífilis congénita durante el 2012 en la localidad de Suba, es claramente importante mantener fortalecida la vigilancia de este grupo de enfermedades, generar políticas de cambios en el abordaje de la salud sexual y reproductiva, mediante campañas de educación de prevención de embarazos no deseados, de mejorar las estrategias comunicativas a temprana edad, para que la población conozca una serie de enfermedades que afecta a una persona y que son prevenibles, sin embargo, por creencias o tabús interrumpen ciertos ideales como la planificación, autonomía en el ejercicio de la sexualidad, “la falta de diálogo con los adolescentes nos está generando complicaciones internas en los núcleos familiares creando desintegración y conflictos familiares, esto a su vez se ven reflejados en su entorno. Otra de las causas evidenciadas en la comunidad es la falta de inteligencia emocional en el adolescente y esto crea una baja autoestima y dependencia emocional; Por estos motivos los adolescentes buscan refugio o pretenden llenar esos vacíos con los amigos, novios, alcohol, drogas entre otros. Los jóvenes están cansados de escuchar que ellos son el problema y que no confían en ellos.”<sup>52</sup>

En cuanto a salud nutricional en esta población infantil es elevado el número de casos de desnutrición crónica equivalente a un 80%, en la localidad de Suba principalmente en la UPZ de Rincón y UPZ Tibabuyes es más alto el número de casos en comparación con otras zonas, muchos factores intervienen para esta situación siendo el factor económico uno de los de mayor implicación para esta situación en la comunidad, así como los estilos de vida, los hábitos preferencias o gustos, la injerencia de la familia, el nivel educativo de la población, edad de los padres puesto que pueden aflorar casos de negligencia “En cuanto a los ingresos mensuales familiares se encontró que ganan menos de 1 SMLV lo que hace más vulnerable las condiciones de la población como la vivienda y la alimentación pues más de la mitad de la población intervenida debe dividir sus ingresos. De acuerdo al nivel educativo de las madres, continúa predominando aquellas que han aprobado o se encuentran cursando algún grado de la secundaria, cabe decir que el nivel educativo de la madre repercute directamente en la calidad de cuidado del menor y el poder adquisitivo de las familias para garantizar una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada teniendo en cuenta además que las familias tienen como prioridad garantizar la vivienda para el pago de arriendo, sin desconocer la existencia de situaciones de hacinamiento”<sup>53</sup>

Se han observado que población vulnerable de Suba busca ayudas como comedores comunitarios para la población infantil, en vista que para la consecución diaria del alimento, las y los menores acuden al comedor para recibir el almuerzo, con horarios alternos al de las jornadas educativas, una de las principales motivaciones identificadas por el grupo para asistir a este espacio, es que los padres trabajan durante todo el día dada la difícil situación económica de las

<sup>51</sup> Ibid. Pág. 16

<sup>52</sup> Unidad de análisis liderada por ASIS Territorial. Tema Salud Sexual y Reproductiva. Metodología conversatorio y taller número de participantes 32 adolescentes.

<sup>53</sup> Anuario Localidad de Suba 2012.

familias del territorio, lo cual dificulta que ellos se encarguen de la preparación de los alimentos, es decir, como determinantes asociados esta la vinculación laboral de la madre, siendo el comedor una ayuda para suplir las necesidades en las y los menores, siendo un espacio valorado satisfactoriamente por el grupo, que a su corta edad identifican la importancia de esta ayuda para su pleno crecimiento y desarrollo, teniendo en cuenta las dinámicas y estructuras de las familias en el territorio y las condiciones socioeconómicas de la población, siendo estas principalmente estratos 1 y 2 y familias reestructuradas o mononucleares, donde prevalece el “madresolterismo”. “A veces mi mamá no tiene tiempo de atendernos a nosotros”, “en mi casa ambos trabajan, mi papá es constructor y mi mamá es aseo, por eso me toca venir a almorzar acá, porque en la casa no hay nadie”.<sup>54</sup>

En el 2012 para el ciclo infancia se evidenció un total de 1221 casos de violencia emocional correspondiente a un 67% siendo mayor en comparación con los otros tipos de violencia. Al respecto es de sostener que cualquier acto de violencia es reprochable, atenta contra la dignidad humana, además, afecta tajantemente la calidad de vida de la población, especialmente mujeres y niños según reportes de las intervenciones de salud pública.

La violencia en sí misma es una estrategia de dominación, que no es exclusivo de territorios vulnerables, lo que refleja la complejidad de la misma, es transversal a la estratificación social de Suba, aunque por estigma se tiende a ocultar en ciertos casos; las causalidades son múltiples entre ellos elementos de tipo cultural como asumir un atropello, un golpe, un maltrato verbal como un hecho natural o legítimo. Igualmente, se establece estrecha relación con estilos de vida como el consumo de alcohol y el alcoholismo que sumado a bajos niveles de frustración, tolerancia, bajos niveles de educación, estrés son la puerta de entrada para la aparición de otros eventos como la violencia intrafamiliar, donde los niños se ven afectados no solo en lo físico, en su parte emocional al sentirse discriminados, maltratados, rechazados, desencadenando aislamiento social, resentimiento, agresividad, ideación suicida, trastornos del comportamiento, bajo rendimiento escolar e inicio a estilos de vida como el consumo de alcohol.

Por otra parte se ha podido conocer casos donde la violencia tienen factores intergeneracionales, maltrato de padres a hijos, con historias de vida repetitivas con presencia de violencia como regulador social, interiorizando como un hecho natural y legítimo las agresiones físicas verbales, la negligencia.

Entre otros aspectos inherentes a casos de violencia en el ciclo infancia es el trabajo infantil, las pautas de crianza, cultivar la superioridad de género masculino, “ya que desde el ciclo vital infancia los juegos de las niñas son con coches y bebés y otro aspecto importante para mencionar es que las niñas de 10, 12, 14 años son cuidadoras de sus hermanos menores esto influye para que sean madres a temprana edad según lo referido por el grupo”<sup>55</sup>. Por tanto, distribuyen roles y valores en la sociedad, las niñas adquieren responsabilidades de maternidad a temprana edad por asumir las riendas de un hogar, preparación de alimentos, cuidado de sus hermanos o familiares de tercera edad, “la mayor de mis hijas tiene 11 años y yo la dejo con los

<sup>54</sup> Unidad de análisis Asis Territorial Fecha: 14 de Junio de 2012 Comedor Comunitario San Carlos Territorio: Dos (Tibabuyes) Temática: Seguridad Alimentaria y Nutricional. Metodología: Grupo Focal

<sup>55</sup> Unidad de análisis Asis Territorial 11 de Julio de 2012 Hogar Comunitario la luz (Caminos de la esperanza) Territorio: Dos (Tibabuyes). Temática embarazo en adolescentes. Metodología árbol de Problemas

dos más pequeños y le digo mama yo te voy a dejar aquí, tu sabes con cuidado, te voy a dejar responsable de la casa, o sea me tiene que responder por los niños que no les vaya a pasar nada y esa es una de las responsabilidades”<sup>56</sup> De igual forma se evidencio alta dependencia económica por parte de las mujeres participantes, situación que inicialmente permitió que fuera violentada a raíz de la necesidad de educar y apoyar a sus hijos en el desarrollo de su proyecto de vida “Yo me aguantaba todo por la necesidad que mis hijos salieran adelante”<sup>57</sup>

## **MORTALIDAD GENERAL CICLO INFANCIA**

Durante los años 2005 a 2010, la de mortalidad general en Bogotá ha tenido una variación al descenso pasando de una tasa de 38.7 en 2005 a 37 por cada 1000 habitantes en el 2010. Para Suba este comportamiento ha ido en ascenso pasando de 30 a 31.3 en el 2010, es decir en el 2005 presento 2.769 muertes y durante el año 2010 3.385 muertes.

Estos fallecimientos se debieron principalmente a enfermedades isquémicas del corazón con una tasa de 3.8, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades crónicas de las vías respiratorias con tasas de 2.0. Se encuentran en menor proporción enfermedades crónicas como diabetes, neumonía y enfermedades hipertensivas y lesiones de causa externa como homicidios que mantienen un comportamiento similar con tasa de 1 por 10000 habitantes, un tercer grupo el conformado por tumores malignos de estómago, colon y mama aunque con menores tasas se encuentran en el grupo de las 10 primeras causas de mortalidad general.

Las más altas tasas de mortalidad se presentan en las edades extremas, los menores de 1 años de edad y los mayores de 60 años, en primer grupo un total de 174 muertes que representa una probabilidad de morir de 106 menores por cada 1000 habitante y en los mayores de 60 años se reportaron 2292 muertes y representa 242 muertes por cada 10000 habitantes mayores. La tasa de mortalidad en los otros ciclos es diferencial, para la población joven y adulto presenta las menores tasas; en edades de 1 – 4 años es de 4.2, de 5 a 14 años de 1.8 y de 15 a 44 una tasa de 7.9 \*100.000 habitantes, mientras los adultos mayores reportaron un total de 450 muertes y una tasa de 25.2 por cada 10.000 habitantes.

## **Mortalidad Infantil En Menores De 5 Años**

Reducir la mortalidad en la infancia en dos terceras partes, de los 93 niños por cada 1000 que morían antes de cumplir cinco años en 1990, a 31 por cada 1000 en 2015, en uno de los objetivos del milenio. Las investigaciones y la experiencia indican que 6 millones de los casi 11 millones de niños y niñas que mueren todos los años podrían salvar la vida por medio de medidas nada sofisticadas, basadas en pruebas empíricas y eficaces en relación a sus costos, como vacunas, antibióticos, suplementos de micronutrientes, mosquiteros tratados con insecticida y una mejora de las prácticas de atención familiar y lactancia materna. El análisis de

<sup>56</sup> Unidad de análisis Asis Territorial 16 Julio de 2012 Casa de la Cultura Territorio: Seis de Rincón. Temática pautas de crianza, metodología grupo focal.

<sup>57</sup> Unidad de análisis Asis Territorial Junio 27 de 2012. Temática. Violencia intrafamiliar Metodología. Taller con preguntas orientadoras. 23 participantes

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

la mortalidad en menores de cinco años, muestra que para el año 2012 la probabilidad de morir fue de 18 niños por cada 10.000 menores de 5 años, siendo este inferior a la meta propuesta a nivel distrital, la cual habla de 23 niños por cada 10.000 menores de 5 años.

Claramente se deben adoptar medidas más complejas para mejorar la salud en población infantil, por eso se requiere procesos serios de gobernanza, es decir fortalecer redes interinstitucionales, para impactar situaciones como la seguridad alimentaria, maltrato infantil, empleo, intervenciones en la salud materna ya que esto determinan en el tiempo la salud infantil, mejorar la captación temprana de gestantes, prevenir embarazo en adolescentes, seguimiento y asesoramiento continuo en los riesgos de un embarazo.

A nivel político y desde las estructuras del mismo Estado es apremiante reformas a la salud, que reivindique este derecho “salud”, que se cumpla con la atención prioritaria, mejore los tiempos de consulta, entrega de medicamentos, que se logre abolir las barreras de aseguramiento, administrativas, capacitación de recurso humano, mayor inversión en la red pública, a nivel infraestructural adecuación de instalaciones hospitalarias y tecnológicas para una mejor calidad en la atención, así como ampliar espacios de educación para que la población conozca y exijan sus derechos, seguramente de aplicar cambios a nivel de políticas económicas en el sistema de salud y en las esferas sociales se aumentara la probabilidad de disminuir las tasas de mortalidad infantil.

Para la mortalidad en menores de cinco años, Suba aporta a la mortalidad infantil distrital un total de 145 casos para el 12,5% del comportamiento distrital. Los datos encontrados en Suba indican que el 57% de los casos sucedieron entre el sexo masculino con respecto a las niñas con 62 casos para el 43% restante. El régimen de afiliación con mayor número de casos fue para el contributivo con 93 casos para el 65%, subsidiado con 17% y no asegurado con 15%. La edad de la madre es un factor de intervención muy importante en la reducción de la mortalidad infantil, así para la localidad la ocurrencia según el ciclo de etapa de la madre fue: madres de 18 a 26 años (juventud) con 48%, madres de 27 a 57 años (adultez) 44% y las madres adolescentes con un 7%. Las edades extremas de la madre están relacionadas con alta mortalidad infantil, es decir, la probabilidad que niñas o niño de madre adolescente o mayor de 35 años muera es mayor que en otros grupos de edad<sup>58</sup>

Las UPZ de residencia con mayor concentración porcentual para los casos de mortalidad infantil están una vez más, Rincón y Tibabuyes con el 60% (32%-27%) respectivamente, se encuentran además Suba Centro y Prado con 14% y 10%. Lo que hace a estos territorios vulnerables son los factores como el desempleo, migración de familias a la localidad por conflicto armado y desplazamiento forzoso, los escasos niveles de ingresos económicos para solventar las necesidades básicas, de allí que la precariedad socioeconómica social es un causante del deterioro de la morbilidad de la población, lo que los expone a un riesgo de mortalidad por desnutrición, por una mala salud materna, por desconocimiento de los signos de alarma, por barreras geográficas, por la insalubridad de sus viviendas, lo que condiciona a la aparición de eventos como enfermedad diarreica aguda, enfermedad respiratoria por convivir en ambientes

<sup>58</sup> Memoria Sala Situacional. Bogotá analiza y decide, secretaria distrital de salud. pág. 79.



sin condiciones sanitarias mínimas. Cabe Recordar que en territorios como Rincón, Tibabuyes, prevalecen exposiciones a malos olores, contaminación hídrica por la cercanía a humedales.

Menores de 1 año: En efecto, el mayor número de casos de mortalidad infantil se da en los primeros días de vida del menor encontrándose para los menores de 1 año de la localidad, causas de mortalidad encabezadas por los trastornos respiratorios (22%), seguida por malformaciones congénitas (15%) y las malformaciones de sistema (11%), es de resaltar la labor en las acciones de promoción, detección y control en cuanto a la ocurrencia de mortalidades por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento.

De 1 a 4 años: Las causas de mortalidad en esta población tienen características particulares, las cuales están relacionadas con las enfermedades prevalentes en la infancia y el cuidado de los menores en los hogares y escuelas. Otras de las principales causas están las leucemias y tumores malignos y eventualmente accidentes o prevenibles como accidente de transporte, ahogamiento y sumersiones accidentales y las agresiones (homicidios). Para el 2010 se presentó un aumento en las causas 4, 5 y 6, con reporte de 2 casos cada una de ellas, siendo indudable la relación de los factores culturales, sociales y los estilos de vida como causantes y/o agravantes de la mortalidad de los niños.

De 5 a 14 años: la población presenta un comportamiento donde se refleja la transición de infancia al adulto joven, comorbilidades que llevan a la muerte por las mismas complicaciones que generan enfermedades como leucemia, neumonía y los tumores malignos, patologías crónicas de alto impacto en la población que la padece por que deterioran rápida y progresivamente el estado de salud. Así mismo indicador de calidad en los servicios de salud, en atención oportuna y adecuado tratamiento de manejo.

La leucemia durante los años 2001-2010 mantiene una tendencia a disminuir, mientras que la neumonía mantiene una tasa de 0.2 con un promedio de 2 a 4 mortalidades en el año. Se resalta además los tumores malignos del encéfalo, ojo o parte del sistema nervioso central. Llama a la atención las lesiones autoinflingidas intencionales (suicidio), situación no reportada desde los años 2002 – 2004.

## **Mortalidad Por Neumonía En Menores De 5 Años**

La neumonía es la principal causa de mortalidad en el mundo entre los niños menores de cinco años, al representar el 18 por ciento de los 6,9 millones de fallecimientos, anunció la UNICEF en Ginebra para el año 2012. Hacia 2009, la OMS y el Unicef dieron vida al Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de la Neumonía (GAPP), donde se propone combinar varias intervenciones de protección, prevención y tratamiento de la enfermedad.

Para la razón de mortalidad por neumonía entre la población menor de 5 años, el distrito estableció la meta de 9,9 x 100.000nv, para el 2012Suba obtuvo un comportamiento superior donde 10 a 11 niños tienen la probabilidad de morir por cada 100.000 nacidos vivos. Se presentaron 9 casos en la localidad 5 de ellos se presentaron en niñas siendo las más afectadas por solo un caso, el régimen contributivo es nuevamente el mayor régimen de aporte con un

62%, es decir 6 casos. El 44% de los casos fueron productos de gestación de 28 a 36 semanas, se reconoce que los bebés prematuros suelen tener complicaciones de salud al nacer, como problemas respiratorios y, además, un riesgo de muerte más alto que los bebés nacidos a término, este riesgo aumenta según el tipo de parto con un mayor riesgo para las cesáreas, en Suba se encuentra que el 78%, 7 casos tuvieron terminación en cesárea.

## **Mortalidad Perinatal**

Este evento es un indicador de los riesgos de muerte ligados a la reproducción y permite tener reflejo de la atención prenatal, durante el parto y postparto, actuando como demarcador tanto de la calidad del servicio de salud materno infantil como de la condición nutricional de la madre y del entorno en que ésta vive. Ahora como expertos sostienen la muerte es un acto natural, lo que es inconcebible en un sociedad que una persona pierda la vida por causas evitables, es decir, por una mala atención en salud, por una deficiente calidad, por las barreras administrativas, por no recibir tratamiento oportuno, por que una persona deteriore sus salud a causa de situaciones como mala alimentación, vivir en un contexto insalubre, por insatisfacción de necesidades. La inequidad social se minimiza con intervenciones institucionales que defiendan los derechos del ciudadano más vulnerables, optimizando recursos, ampliando oportunidades de empleo, una mejor educación, apelando a la equidad de género. “Sin duda, todos nos morimos de algo, pero la muerte no tiene por qué ser lenta, dolorosa o prematura”<sup>59</sup>

La factibilidad de recoger datos precisos para este indicador se complica por el hecho de que los nacidos muertos y las defunciones infantiles tempranas pueden ser difíciles de identificar. Para el año 2012 la razón de mortalidad perinatal en Suba se comporta según la meta distrital establecida (16 por 1000 nacidos vivos), encontrando que el de cada 1000 nacimientos existe una probabilidad de 16 o 17 muertes.

Suba aporta el 12% de las muertes perinatales en el distrito capital, siendo el sexo masculino el de mayor ocurrencia con un 44% (98 casos) mientras para el sexo femenino es del 41% (91 casos). El 50% de las muertes perinatales ocurrieron en las UPZ de Tibabuyes y el Rincón, zonas de mayor concentración geográfica con 26% y 25% respectivamente, seguidos por Suba Centro 18% y Prado con 10%. En cuanto al sistema de seguridad social en salud se encontró el 69% para el contributivo y 19% para pobre no asegurado, un porcentaje mucho mayor que el comportamiento nacional, el régimen subsidiado tuvo 27 casos para un 12%. Más de la mitad de los casos ocurrieron producto de parto espontaneo (56%) y un 36% sucedieron durante el transcurso de la gestación antes del parto, muy probablemente como consecuencia a una mala salud materna ya sea patología de base, trastornos hipertensivos y bajo control prenatal.

Es de advertir que existe incidencia en las edades de las mujeres gestantes, por situaciones como las edades extremas mujeres añosas o adolescentes que pueden tener complicaciones en la gestación, parto, postparto, de no recibir atención oportuna en controles prenatales, o por barreras geográficas, de no asistencia a controles, o fallas de aseguramiento, de igual forma los

<sup>59</sup> Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Organización mundial de la salud.  
[http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/overview\\_sp.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf) . Pág. 16

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

embarazos no deseados ya que esto determina la oportunidad en los ingresos a controles prenatales. “Poco conocimiento acerca de los derechos sexuales y reproductivos, no reconocimiento de señales de alarma durante la gestación para acudir al servicio de salud, de igual manera la no planificación de los embarazos, ya que la mayoría de las gestaciones son embarazos no planeados, lo que conlleva a que la materna se dé cuenta de su condición principalmente por la amenorrea hacia los dos o tres meses de gestación lo que está dificultando la asistencia oportuna al servicio de salud y esto genera el empiezo tardío de los controles prenatales<sup>60</sup>

Hay que decir que una mortalidad por causas evitables, es una expresión de las desigualdades sociales, de las debilidades de un sistema de salud, igualmente, contradice esta realidad los objetivos de milenio que busca disminuir las metas relacionadas con las mortalidades, así mismo, para un país es inaudito que se pierda capital humano por razones como fallas en la atención hospitalaria, por no suplir necesidades básicas. De este modo, desde un punto de vista emocional una mortalidad de un ser querido es un evento traumático a nivel familiar genera trastorno psicológicos, desesperanza, deslegitimación institucional “Por lo tanto, el estudio de la mortalidad perinatal y las medidas implementadas para prevenirla contribuyen a disminuir la mortalidad materna y sus consecuencias, devastadoras para la familia y la sociedad”<sup>61</sup>

Como se ha expresado con anterioridad existe la concentración de eventos de mortalidad en Upz como Tibabuyes y Rincón dos territorios históricamente determinados por un conjunto de problemáticas como la baja posición socioeconómica, falta de oportunidades laborales, deserción escolar ligado a trabajo infantil, consumo de sustancias psicoactivas, discriminación a población desplazada, indígena y afrocolombiana, bajo nivel de participación social, contaminación ambiental, viviendas insalubres con deficiencias en la proporción de los servicios públicos: situaciones de violencia intrafamiliar, embarazo no deseados, venta de alucinógenos e inseguridad, así como debilidad en escenarios para la proporción de hábitos saludables la interacción de dichas problemáticas infieren directamente el bienestar y la calidad de vida de la población.

Por consiguiente, la sumatoria de una nueva problemática como eventos de mortalidad presentes en estos territorios de alta vulnerabilidad social y amplias necesidades se convierten en un llamado de atención para las autoridades locales y la misma comunidad para redoblar esfuerzos para mejorar la salud en términos de atención, en términos de oportunidades vida; respuestas sociales acordes a estas realidades, pues la salud es un proceso que implica voluntad política, económica, la derogación de mejores políticas sanitarias, de mayor inversión social, de generar oportunidades en todos los ciclos de vida, derecho al trabajo, derecho a educación, derecho a seguridad social y bienestar, garantizar el derecho a la participación ciudadana para velar que las decisiones sobre lo público favorezcan al colectivo, al reducir las desigualdades se mejora la salud como parte de un proceso social.

<sup>60</sup> Información obtenida de matriz de determinantes sociales en salud localidad de suba diagnóstico local 2012.

<sup>61</sup> Análisis individual de la muerte perinatal

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

## 1.4.1.2 Ciclo Adolescencia

**Tabla 12. Distribución de la morbilidad año 2012 mortalidad año 2010 mortalidad ciclo adolescencia, Localidad de Suba**

MORTALIDAD GENERAL				INTERES EN SALUD PÚBLICA			
DIAGNÓSTICOS	FEMENI NO	MASCULI NO	TOTAL GENERAL	EVENTOS	MASCULI NO	FEMENI NO	TOTAL
estenosis de la válvula aortica congénita				SIVIGILA			
paro cardiorespiratorio		1	1	INMUNOPREVENIBLES	264	282	546
fístula intestinal				ZOONOTICA	109	68	177
peritonitis	1		1	INTOXICACIONES	36	50	86
hemorragia intracerebral				OTRAS	3	31	34
herniación cerebral		1	1	MORTALIDADES	1	14	15
hipertensión pulmonar				ETV	9	4	13
insuficiencia respiratoria aguda		1	1	ETAS	2	4	6
hipertensión pulmonar primaria				SSR	1	4	5
insuficiencia respiratoria		1	1	ERA	2	2	4
meningo encefalitis bacteriana				CRONICAS	1	0	1
shock séptico del sistema nervioso central	1		1	TRANSMISIBLES	0	1	1
sepsis abdominal				SIFILIS GESTACIONAL		1	1
disfunción orgánica múltiple	1		1	SALUD MENTAL			
síndrome de broncoaspiracion				VIOLENCIA EMOCIONAL	112	326	438
falla ventilatoria aguda		1	1	VIOLENCIA FISICA	40	55	95
total general	3	5	8	VIOLENCIA SEXUAL	8	48	56
				VIOLENCIA ECONOMICA	6	21	27
INTOXICACIONES				VIOLENCIA POR ABANDONO	7	18	25
INTOXICACION POR OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS	2	10	12	SUICIDIO CONSUMADO	0	0	0
INTOXICACION POR PLAGUICIDAS	1	2	3	SALUD ORAL			
INTOXICACION POR SOLVENTES	0	2	2	GINGIVITIS POR PLACA BACTERIANA	254		254
INTOXICACION POR MONOXIDO DE CARBONO Y OTROS GASES	0	0	0	CARIES	67		67
				PERDIDA POR CARIES	6		6

Fuente: morbilidad general: perfil epidemiológico institucional preliminar a tercer trimestre de 2011 Hospital de Suba Área Epidemiología Institucional fecha de entrega de información 20 de abril 2013. Morbilidad en eventos de interés en salud Pública bases preliminares 2012 SDS subsistemas SIVIM, SIVIGILA, SISVAN, SISVECOS fecha entrega de información 22 de mayo de 2013.

### Morbilidad general Ciclo Adolescencia

En el ciclo de adolescencia las enfermedades zoonóticas corresponden al 53% siendo más afectado el sexo masculino por agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia; por la movilización de personas de este sexo en ambientes exteriores se incrementa la exposición a este tipo de agresiones, la UPZ que presenta más casos es la de Rincón con un total de 53 casos, 36 en el sexo masculino y 17 en el sexo femenino. Las características

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

poblacionales de estos territorios es principalmente de estratos 1 y 2, población desplazada, donde la vulnerabilidad de familias obliga a ubicarse en cercanías a ríos y humedales, se evidencia el aumento de los cinturones de pobreza por situaciones como el hacinamiento, desempleo, por las condiciones sanitarias de sus viviendas, sin servicios como gas domiciliario, alcantarillado, canales sin pavimentar, falta de acceso a servicios como el agua, además, por la escasa intervención institucional frente a dichas problemáticas y debilidad en la conciencia ambiental de la ciudadanía, que viven por ejemplo con animales domésticos sin medidas sanitarias, presencia de perros callejeros, lo que representa un riesgo para toda la población.

Las enfermedades inmunoprevenibles en un 26% de los casos en los adolescentes se han dado en varicela, parotiditis y enfermedad respiratoria en pacientes ambulatorios y hospitalizados, estas enfermedades inmunoprevenibles se han identificado más en el sexo femenino en la UPZ de Rincón con un total de 177 casos, Tibabuyes con 92 casos y Suba Centro con 111 casos. En cuanto a determinantes intermedios que afectan las condiciones sociales de la población se evidencia los tipos de vivienda falta de ventilación, debilidad en el suministro de servicios públicos, familias numerosas que convergen en un mismo lugar, presencia de mascotas, proliferación de roedores y vectores lo cual expone a la propagación de enfermedades, sin desconocer los factores ambientales como los cambios climáticos, situaciones como emergencia invernal que generan la aparición de brotes, enfermedades cutáneas, propagación de virus, que elevan la probabilidad de afectar la salud de este ciclo; contaminación del aire debido a la permanente exposición a gases provenientes de los vehículos, polvo en las calles destapadas y excretas en las vías públicas, así mismo, los escenarios de concentración masivo de población como instituciones educativas facilita la trasmisión o propagación de enfermedades.

En relación al tema de suicidio, un total de 84 casos de ideación se notificaron en la localidad de Suba, de los cuales 26 corresponden a la UPZ de Tibabuyes y Rincón en el sexo femenino, seguido de Suba Centro, Prado y Britalia. Un total de 3 casos de amenaza de suicidio, 2 en la UPZ de Tibabuyes y uno en la UPZ de Rincón y un total de 62 casos de intento de suicidio reportados notificados en su gran mayoría en la UPZ de Rincón y Tibabuyes en adolescentes de sexo femenino y el menor número de casos en la UPZ de Prado y San José de Bavaria. En este ciclo de vida no se notificaron casos de suicidio consumado. Es de anotar que las condiciones socioeconómicas de la población influyen sobre la salud mental de un individuo, no obstante, la conducta suicida rompe con la estratificación social, es una problemática transversal en la localidad que no obedece exclusivamente a la falta de recursos económicos, afecta a cualquier miembro de la sociedad independiente a su sexo, edad, ocupación laboral, posición social.

Es más la falta de afecto, el sentirse solo, la debilidad en la comunicación con padres de familia es un punto que de alguna manera condiciona que una persona en un etapa de adolescencia donde se experimenta cambios físicos y emocionales, sensaciones de soledad, así mismo, es un edad donde se producen cambios en la forma de vestir, en asumir intereses, se empieza a definir la orientación sexual, ingresan a culturas urbanas, a entablar relaciones amorosas, una vida social marcada por las fiestas y actividades donde asoma estilos como el consumo de sustancias psicoactivas y alcoholismo. La mezcla de cuadros depresivos y drogadicción derivan en aislamiento, bajo rendimiento académico, baja autoestima; este conjunto de elementos en los que se desenvuelve un adolescente, puede aumentar el riesgo de una conducta suicida, siendo

un problema grave por la falta de comunicación o aceptar que se tiene un problema o que se está enfermo, o negarse a recibir ayuda de padres de familia o profesionales expertos en el tema. “Los jóvenes no son formados para lograr un proyecto de vida y sin aspiraciones y sin oportunidades, sin futuro - la edad del grupo de mayor vulnerabilidad son los adolescentes que por las características propia de la edad asumen conductas de riesgo, ello sumado a familias disfuncionales, de bajos recursos que facilita el consumo de alcohol y otras sustancia psicoactivas que son consideradas como factor de riesgo para la conducta suicida<sup>62</sup>

Casos de violencia física en este ciclo durante el 2012 son las de mayor frecuencia equivalente a un 15% en comparación con los demás tipos de violencia. En la localidad de Suba se encuentra diversidad de estratos económicos, razas, religión y conflictos de desplazamiento por diversas causas que son detonantes de situaciones de maltrato y violencia al interior de familias con mayor afectación en los niños, niñas y adolescentes violentados por padres que generalmente viven bajo una fuerte y continua tensión producida por problemas familiares, laborales y sociales que no pueden controlar.

Un total de 1187 casos de desnutrición global se han notificado en el ciclo de adolescencia en la localidad de Suba correspondiente al 21%.

A nivel ambiental se ha notificado el mayor número de casos en intoxicación por sustancias químicas seguido de intoxicación por plaguicidas y solventes.

## **Mortalidad general ciclo adolescencia**

El sentido de invulnerabilidad y las conductas exploratorias favorecen la falta de autocontrol y las alteraciones de la salud sexual y reproductivas la cuales tienen gran repercusión en la vida de jóvenes y familias. En Suba se presentan 6 casos de mortalidad en esta etapa con causas diversas encontrando: un caso por disfunción orgánica múltiple debido a obstrucción intestinal, la incidencia de esta patología es poco frecuente a esta en jóvenes y va aumentando en la edad mayor; un caso de falla ventilatoria en paciente con antecedente de parálisis cerebral.

La incidencia real y la distribución por sexos y grupos de edad de enfermedades cardiacas en poblaciones bien definidas están mal caracterizadas, la mayoría de los niños y jóvenes con este tipo de afecciones no fueron diagnosticados antes del fallecimiento, se encuentran en la localidad 3 muertes que tuvieron de base patologías del miocardio como estenosis de la válvula y una meningoencefalitis bacteriana por una cirrosis hepática, este problema va en aumento producto de malformaciones congénitas, enfermedades metabólicas (por cambios en el organismo) o de tipo viral.

Ante la falta de instrumentos de la medición de riesgo y la débil influencia de las intervenciones en los problemas mencionados, el actuar médico con perspectiva de riesgo resulta fundamental. La prevención con el fortalecimiento de los factores protectores.

No se desconoce la influencia de las conductas sociales en esta etapa como determinante de la salud para la aparición y/o agravantes de comportamientos violentos desencadenantes de

<sup>62</sup> Información obtenida de matriz de determinantes sociales en salud localidad de suba diagnostico local 2012.

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

eventos agresivos, consumo de sustancias tóxicas y lesiones auto infringidas, es preciso reforzar acciones familiares, sociales e individuales, lo que requiere el desarrollo de habilidades y destrezas que no son parte de los procesos regulares de formación médica y tampoco de la práctica profesional rutinaria en Colombia.

## 1.4.1.3 Ciclo Juventud

**Tabla 13. Distribución de la morbilidad año 2012 morbilidad año 2010 mortalidad, ciclo Juventud. Localidad de Suba**

MORBILIDAD GENERAL		INTERES EN SALUD PUBLICA			
DIAGNOSTICOS	URGENCIAS	EVENTOS	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Agresiones (homicidios) y secuelas	94	INMUNOPREVENIBLES	548	543	1091
		ZOONÓTICA	202	138	340
otros tumores malignos y los no especificados	39	INTOXICACIONES	93	85	178
		OTRAS	0	127	127
Accidentes de transporte de motor	35	MORTALIDADES	0	96	96
		SSR	44	30	74
Enfermedades cerebrovasculares	11	ETAS	21	26	47
		ETV	21	5	26
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	9	VIH	38	7	45
		SIFILIS GESTACIONAL		17	17
Enfermedad por VIH (SIDA)	22	INTOXICACION POR OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS	6	10	16
		INTOXICACION POR PLAGUICIDAS	6	8	14
OTRAS CAUSAS	201	TRANSMISIBLES	5	6	11
		ERA	4	1	5
TOTAL	411	INTOXICACION POR MONOXIDO DE CARBONO Y OTROS GASES	3	2	5
		SALUD MENTAL			
MORTALIDAD GENERAL		VIOLENCIA EMOCIONAL	71	414	485
		VIOLENCIA FISICA	18	102	120
DIAGNOSTICOS	No	INTENTO	33	56	89
LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA	3	IDEACION	18	28	46
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	4	VIOLENCIA SEXUAL	9	29	38
TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	4	VIOLENCIA ECONOMICA	6	25	31
OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA RESPIRATORIO	5	VIOLENCIA POR ABANDONO	5	23	28
OTROS TUMORES MALIGNOS	4	AMENAZA	1	2	3
CHOQUE SEPTICO	6	SALUD ORAL			
SANGRADO DIGESTIVO BAJO	1	GINGIVITIS POR PLACA BACTERIANA	596		596
TOTAL	27	CARIES	167		167
		PERDIDA POR CARIES	27		27

Fuente: morbilidad general: perfil epidemiológico institucional preliminar a tercer trimestre de 2011 Hospital de Suba Área Epidemiología Institucional fecha de entrega de información 20 de abril 2013.

Morbilidad en eventos de interés en salud Pública bases preliminares 2012 SDS subsistemas SIVIM, SIVIGILA, SISVAN, SISVECOS fecha entrega de información 22 de mayo de 2013.

## **Morbilidad general ciclo juventud**

En el ciclo de juventud, dentro de las enfermedades inmunoprevenibles en primer lugar con el mayor número de casos se encuentra varicela (74%) seguido de parotiditis (23%) y tosferina (2%). En total en la localidad de Suba se han notificado 1092 casos para este grupo de eventos de interés en salud pública representando un 39,1% entre todos los ciclos vitales, de las enfermedades inmunoprevenibles asociadas a brotes, las UPZ de Tibabuyes, Rincón, Suba Centro, Prado y Britalia las que presentan el mayor número de casos.

En este grupo poblacional se notifican más casos de VIH adquirido por exposiciones habituales en esta edad como contacto sexual, tatuajes, relaciones entre individuos del mismo sexo. El VIH-SIDA / Mortalidad por SIDA representa el 65% respecto a las demás enfermedades de transmisión sexual, en las cuales la UPZ Rincón contempla más casos en comparación con otras zonas geográficas de la localidad de Suba, siendo el sexo masculino el más afectado. No adherencia al tratamiento en algunos pacientes con ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) presentada por el desconocimiento de factores de riesgo, cambios de lugar de residencia y temor a que su núcleo familiar se entere de su enfermedad

La falta de información sobre planificación familiar ya que desconocen los métodos, otra de las causas es la falta de educación de los padres ya que no existe esa confianza y lo ven como tabú, los padres piensan que si llevan a su hijo o enseñan acerca de la planificación lo están disponiendo a tener relaciones sexuales y en ocasiones estos temas los dejan a la educación de los colegios, donde no reciben esta información ya que hay otras materias y no le dan la importancia a la educación sexual .refieren que los colegios deben enseñar desde la etapa de preescolar para crear una cultura sobre la prevención no solo del embarazo sino también de las enfermedades de transmisión sexual<sup>63</sup>

Los imaginarios sociales que tienen las y los adolescentes en lo relacionado a la vivencia de la sexualidad, se asocian únicamente con el componente genital o de procreación, sin tener en cuenta las diferentes dimensiones o componentes de la sexualidad, entre ellos la importancia de la comunicación, de lo afectivo, de lo erótico y en mayor medida de lo ético y de “la moral”, la sexualidad en la adolescencia ha sido estigmatizada por las instituciones sociales, generando tabú o mito entre las y los adolescentes, siendo esta una de las principales causas por las cuales no se toman decisiones asertivas para asumir una sexualidad segura en esta etapa<sup>64</sup>

En salud mental ocurrieron 89 casos de intento de suicidio equivalente a un 38% entre el total de casos para este ciclo y 46 casos de ideación (18%). Es frecuente que las mujeres sean las que aportan el mayor número de casos más en la UPZ de Tibabuyes seguida de Rincón. Existen eventos desencadenantes que afectan la salud mental de los individuos adolescentes de la

<sup>63</sup> Unidad de análisis Asis Territorial 11 de Julio de 2012 Hogar Comunitario la luz (Caminos de la esperanza) Territorio: Dos (Tibabuyes). Temática embarazo en adolescentes. Metodología árbol de Problemas

<sup>64</sup> Información obtenida de matriz de determinantes sociales en salud localidad de suba diagnostico local 2012.



# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

localidad de suba, generando en ellos los distintos tipos en conducta suicida como una solución a su problemática presentada en los distintos trastornos mentales tales como depresión, bipolaridad, baja autoestima, bajo auto concepto, eventos asociados a violencia intrafamiliar, desempleo, abuso sexual, familias disfuncionales, consumo de alcohol y psicoactivos, relación inadecuada de pares, sobreprotección en los adultos hacia los menores generando bajos niveles de tolerancia a la frustración, ausencia en la adecuada expresión de sentimientos, cariño y afecto, falencias en pautas de crianza, débiles canales de comunicación asertiva al interior del sistema, los eventos postraumáticos en la población desplazada, embarazos no deseados en adolescentes en donde confluye población de distintos estratos socioeconómicos.

Falta de supervisión y mal manejo del tiempo libre que los lleva a malas amistades, en el colegio los padres reportan que los docentes le tienen miedo a los alumnos y que en la misma unidad educativa consiguen la droga, además expresan que el cambio de tiempo y la tecnología también son factores negativos ya que como es referido por un padre “ya no cogen ni un libro ni un cuaderno” lo cual los hace ser más perezosos y con exceso de tiempo mal empleado, proponen como solución más educación y sensibilizaciones para los jóvenes acerca de las consecuencias negativas, sin dejar de lado su rol de padres donde deben instruir, apoyar y acompañar a sus hijos”<sup>65</sup>

Al indagar sobre las SPA de mayor consumo entre los jóvenes del territorio, se evidencia que existe un problema de poli consumo, es decir, la mayoría de los jóvenes consume más de un tipo de droga, entre ellas marihuana, cocaína, pepas, inhalables, como el bóxer que es lo que más preocupa a los padres, ya que consideran que niños de muy temprana edad 8 o 9 años inician a consumir bóxer dentro y fuera de las instituciones, son menores que se caracterizan por padecer de cuadros depresivos producto de falta del apoyo familiar, disfuncionalidad de las familias, abandono del padre, falta de oportunidades, bajos recursos económicos, que conllevan a las y los jóvenes a buscar en la droga una salida o una forma de “evadir la realidad” o para pertenecer a un grupo y lograr aceptación.<sup>66</sup>

En la juventud el 34% de los casos presentan desnutrición global en un total de 1971 casos, una razón de esta situación es la ocupación de los jóvenes en el tiempo libre con dedicación casi exclusiva a los videojuegos, lo cual autónomamente no permite estar con atención a los horarios de alimentación recomendados como parte de la calidad de vida saludable, así mismo, en territorios vulnerables existe familias numerosas, marcadas por el desplazamiento, la falta de inclusión laboral en jóvenes, donde los programas de apoyo alimentaria son insuficientes para las demandas sociales, así mismo predomina figura de madre cabeza de hogar que trabajar para el sostenimiento de sus familias, con baja remuneración lo que dificulta garantiza una dieta nutricional balanceada, así como los hábitos del bajo consumo de una alimentación sana, lo cual compromete en jóvenes que en próximas etapas generando dificultades a nivel físico, cognitivo, alteraciones en el sistema inmunológico que es la puerta de entrada a enfermedades crónicas.

---

<sup>65</sup> Unidad de análisis Asis Territorial 13 de Julio de 2012. Fundación Club Amigo Suba (Gaitana) temática consumo de sustancias psicoactivas. metodología árbol de problemas. Territorio: Tres. 23 participantes.

<sup>66</sup> Ibíd.

Notificación de violencia en la juventud que afecta el estado emocional se ha notificado en 414 mujeres y 71 hombres para un total del 53%, cifra significativa que permite actuar en la comunidad porque conlleva a depresiones que con el tiempo se vuelven crónicas desencadenando otro tipo de enfermedades que afectan la salud mental, pero también física. En lo que corresponde a violencia física, 102 casos en mujeres y 18 casos en hombres, representando un total del 24%. Existe temor en las víctimas e incluso en la comunidad en general, para hacer el denuncia de los casos de violencia, debido a la falta de apoyo de las autoridades competentes que brinden seguridad ante el victimario<sup>67</sup>

En esta etapa del ciclo también la violencia como fenómeno social genera alteración en el bienestar y la salud de la población, se inicia las relaciones de pareja a compartir un hogar, donde las relaciones de dialogo se quebrantan por problemas de tipo económico, la falta de un trabajo estable, se vislumbra situaciones de dependencia económica y emocional especialmente en mujeres, caracterizada en su mayoría con bajo nivel económico, empoderamiento frente a sus derechos en materia de sexualidad y su rol como mujer, además, persiste un temor a la denuncia por intimidaciones de sus cónyuges. Es de anotar que pese a campañas de no maltrato o violencia hacia las mujeres, esta problemática no cesa, por el contrario se siguen materializando casos de violencia tal como lo indican, las cifras para este ciclo, donde la mujer, sufren de intimidación, humillaciones, maltrato verbal y psicológico, siendo necesario visibilizar todos los tipos de violencia. “Machismo a través de las manifestaciones del ejercicio del poder más fuerte sobre los sujetos considerados más débiles.”<sup>68</sup>

Siendo la violencia una estrategia de dominación, de sometimiento, de poder, la mayoría de las víctimas en la localidad son mujeres y niños, de allí que soslayaron que en la localidad de suba, es clave ante un evento de tales proporciones generar una cultura de denuncia, para prevenir los daños a nivel psicológico, físico, y cerrar paulatinamente el ciclo de la violencia intrafamiliar; para poner limitantes a episodios que atenta contra la vida, ahora, las posiciones fueron enfáticas en señalar la corresponsabilidad, en generar un ambiente de confianza institucional, donde las respuestas sean integrales, inmediatas, donde la legislación sea firme, proteja los derechos de las víctimas, y no de espacio para la impunidad en la justicia, ya que existe incredulidad en el accionar institucional<sup>69</sup>

## **Mortalidad general ciclo Juventud**

Dentro de la localidad se presentan 27 casos de mortalidad entre la población joven, congruente con la bibliografía a cerca de la aparición del cáncer como una enfermedad relativamente rara en niños y adolescentes, donde la leucemia es el cáncer más común entre los niños, seguida del cáncer de cerebro/sistema nervioso central y el linfoma; se encuentran en para Suba que el 40% de las muertes se debieron a tumores malignos encabezados por las leucemias, se presenta además un caso de cáncer de seno.

<sup>67</sup> Información obtenida de matriz de determinantes sociales en salud localidad de suba diagnostico local

<sup>68</sup> Ibíd.

<sup>69</sup> Documento final Estrategia Sala situacional temática identificación necesidades en salud. ASIS Local. 2012

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

Cada día que pasa, las enfermedades inmunosupresoras se transforman cada vez más en una crisis internacional y afectan con mayor frecuencia a los jóvenes. La inmunodeficiencia adquirida puede ser una complicación de enfermedades tales como la infección por VIH. Muchos cánceres también pueden producir inmunodeficiencia. El 15% de las muertes ocurrieron por afecciones inmunosupresoras de las cuales el 50% fueron causas por VIH/SIDA. Existen múltiples barreras de acceso para que los adolescentes sean atendidos fácilmente en los servicios de salud sexual que ofrecen los centros de salud, ya que muchos exigen la compañía de un adulto y esto hace que muchos de estos jóvenes desistan de adquirir estos servicios. Además, la mayoría de los jóvenes y adolescentes no acceden a los servicios de salud para iniciar una vida sexual responsable, por falta de información o pena, llevando a un inicio prematuro de la sexualidad sin los cuidados y métodos preventivos como el uso del condón, o aplicación de métodos de planificación familiar, así mismo, existen ciertas creencias sobre la sexualidad que sostener relaciones sexuales con protección no genera placer, o simplemente por la edad de los individuos se sienten con exceso de confianza que no contraer una enfermedad de transmisión sexual.

En igual proporción con el 11% se encontraron muertes por choque séptico, las cuales tienen como causas directas, mediastinitis, peritonitis y sepsis urinarias; hemorragias y trastornos cerebrales teniendo como causa directa hemorragia subaracnoidea; y muertes que tienen como causas principales patologías cardíacas de base.

El aumento de la incidencia de la población joven con padecimientos tumorales, cardíacos y la epidemia ya reconocida por el VIH/SIDA ha alertado los programas de salud pública a nivel mundial y Colombia. Debido al impacto negativo en la calidad de vida, pérdidas de vidas de población joven y adulta joven, y un alto costo económico-social, constituyen la principal causa de utilización de servicios asistenciales en estas edades. Se sabe que los factores ambientales, culturales, sociales y hereditarios ejercen gran influencia en la expresión de salud lo que presenta grandes desafíos a la sociedad en cuanto al diseño de estrategias de intervención.

## 1.4.1.4 Ciclo ADULTEZ

**Tabla 14. Distribución de la morbimortalidad año 2012 morbilidad año 2010 mortalidad ciclo adultez, Localidad de Suba**

MORBILIDAD GENERAL			INTERES EN SALUD PUBLICA			
DIAGNOSTICOS	CONSULTA EXTERNA	URGENCIAS	EVENTOS	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
HIPERTENSION ARTERIAL	4291	58	INMUNOPREVENIBLES	481	509	990
DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION	810	0	ZOONOTICA	284	376	660
GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	534	90	INTOXICACIONES	138	110	248
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	447	116	SSR	106	53	159

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

CEFALEA	417	102	VIH	88	16	104
			SIFILIS GESTACIONAL		24	24
RINOFARINGITIS AGUDA	426	0	OTRAS	0	144	144
DOLOR EN ARTICULACION	400	0	ETAS	44	43	87
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	334	60	MORTALIDADES	0	85	85
EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	377	0	ETV	44	31	75
HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	303	0	TRANSMISIBLES	39	24	63
SUBTOTAL	8339	426	ERA	9	9	18
OTRAS CAUSAS	944	1409	CRONICAS	3	1	4
TOTAL	9283	1835	INTOXICACION POR SOLVENTES	30	1	31
			INTOXICACION POR OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS	12	13	25
			INTOXICACION POR PLAGUICIDAS	7	6	13
			INTOXICACION POR MONOXIDO DE CARBONO Y OTROS GASES	3	4	7
<b>MORTALIDAD GENERAL</b>			<b>SALUD MENTAL</b>			
Enfermedades isquémicas del corazón	38		<b>SALUD MENTAL</b>			
Enfermedades cerebrovasculares	31		VIOLENCIA EMOCIONAL	84	437	521
Tumor maligno de la mama de la mujer	29		VIOLENCIA FISICA	30	204	234
Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea,recto y ano	18		IDEACION	20	46	66
Tumor maligno del estómago	17		INTENTO	21	39	60
Agresiones (homicidios) y secuelas	17		VIOLENCIA ECONOMICA	4	48	52
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	16		VIOLENCIA POR ABANDONO	4	24	28
Diabetes mellitus	16		VIOLENCIA SEXUAL	2	23	25
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	14		AMENAZA	4	2	6
Tumor maligno del cuello del útero	13		SUICIDIO CONSUMADO	0	0	0
Resto de causas	241		<b>SALUD ORAL</b>			
			GINGIVITIS POR PLACA BACTERIANA	159	392	551
Total	450		PERDIDA POR CARIES	91	220	311
			CARIES	53	108	161

Fuente: morbilidad general: perfil epidemiológico institucional preliminar a tercer trimestre de 2011 Hospital se Suba Área Epidemiología Institucional fecha de entrega de información 20 de abril 2013. Morbilidad en eventos de interés en salud Publica bases preliminares 2012 SDS subsistemas SIVIM, SIVIGILA, SISVAN, SISVECOS fecha entrega de información 22 de mayo de 2013.

## Morbilidad general Ciclo Adultez

Entre las edades comprendidas de 27 a 59 años, para el adulto joven (27 a 44 años), los diagnósticos hacen referencia a afecciones en la mujer; comenzado por las enfermedades y/o alteraciones de los órganos reproductores femeninos, sin dejar a un lado patologías crónicas digestivas, metabólicas y osteoarticulares que prevalecen en los primeros diagnósticos. Para este grupo de edad es importante un diagnóstico oportuno a fin de minimizar la presencia de enfermedades de tipo crónico-degenerativo.

En lo que compete al adulto mayor (45 a 59 años), se identifican enfermedades crónicas de tipo osteomusculares, digestivas y metabólicas de importancia la HTA, diabetes mellitus no insulino dependientes. A continuación se presenta la tabla de primeros 10 diagnósticos para el ciclo adultez el cual presenta la globalidad del ciclo evidenciándolas causas diagnósticas de mayor frecuencia:

Del total de casos notificados al SIVIGILA en este ciclo vital, el 40,3% corresponde a enfermedades zoonóticas 13,8% a enfermedades transmisibles y 13,5 a enfermedades inmunoprevenibles en las cuales para este grupo en el adulto joven predominan los casos de varicela con un 69,6% y en el adulto mayor predomina parotiditis representada en un 30,7%.

Entre las enfermedades de transmisión sexual, el 71% (n=106) son VIH y otras enfermedades como Hepatitis B en un 29% (n=29) se manifiestan en esta población, es de capacitar y realizar seguimiento a estos casos con el fin de identificar los factores que inducen a su incremento en la comunidad, principalmente en las UPZ de Rincón, Suba centro, Tibabuyes, Britalia y Prado en donde se concentran los casos con tendencia hacia el sexo masculino.

En las UPZ de Tibabuyes y Rincón, entre el 24 al 26% casos de ideación, intento y amenaza de suicidio han ocurrido en la localidad de Suba en el sexo femenino. Los factores económicos, ejercen su impacto sobre los eventos presentados en conducta suicida, el proyecto calidad de vida que en determinado momento se ve afectado ante la imposibilidad de conseguir un empleo estable que garantice una calidad de vida adecuada para la familia, de ahí la injerencia del entorno socio-económico, el no generar los suficientes recursos para el adecuado sostenimiento de la familia, es un factor que conlleva a un individuo a tener situaciones de preocupación, stress y por ende sentimiento de tristeza que deriva en ocasiones a la ideación en conducta suicida. Analizando la dinámica de estos casos por territorios los de mayor afectación son Rincón, Tibabuyes, Suba Centro-Casablanca, Prado-Britalia-San José De Bavaria, donde se ha identificado factores como escaso nivel educativo en familias, condiciones inadecuadas de vivienda, que van generando en el individuo el no afrontamiento a las distintas problemáticas en su día a día

Teniendo en cuenta la magnitud de esta problemática se ha determinado debilidad en el sistema de salud nacional para posicionar la importancia de esta intervención, ya que existe desconocimiento de este tipo de enfermedades en la población, desconocimiento en los tratamientos, análisis profundo de las causalidades, así mismo, convergen creencias culturales sobre la conducta suicida que obstaculizan las intervenciones.

La violencia física (32,85%) seguida de violencia económica (24,8%) en comparación con otros ciclos de vida, son las que se asocian con los diferentes roles cotidianos, para la violencia física el maltrato principalmente a mujeres asociados a la convivencia en pareja y para la violencia económica asociada al desempleo y dificultad en el acceso a la educación lo cual favorece la falta de oportunidades de mejores condiciones de empleo. Se vislumbró en la notificación eventos como la violencia intrafamiliar que ha afectado especialmente a mujeres, niños y adultos mayores, por situaciones de dependencia económica, el uso de la violencia como herramienta de sometimiento y de poder, los patrones culturales como el machismo, asumir la naturalidad de la violencia, sumado al miedo a la denuncia.<sup>70</sup>

La desnutrición global en los adultos se ha identificado en un total de 1324 casos, los cuales representan el 23% del total de casos en todas las etapas de vida, para tal efecto intervienen situaciones de precariedad socioeconómica, dificultad para adquirir productos básicos de la canasta familiar, disminución en las porciones diarias, lo que derivan en una dieta baja en contenido calórico y valor nutricional, afectando los desempeños cotidianos de una persona y aumentando el riesgo de contraer enfermedades que comprometan su bienestar, existen tradiciones como los estilos de vida como el sedentarismo, consumo de alcohol, baja ingesta de frutas y verduras por patrones culturales.

En este ciclo por los diferentes tipos de empleo, las personas se exponen a solventes y plaguicidas favoreciendo su exposición logrando desencadenar intoxicaciones equivalentes a un 78% en lo que a solventes se refiere y plaguicidas al 37%.

## **Mortalidad general Ciclo Adultez**

El incremento de la esperanza de vida, la acción de enfermedades previas, herencia, malos hábitos higiénicos, efectos adversos del medio ambiente, desgaste propio del organismo por envejecimiento, cambios generacionales en la dinámica salud-enfermedad y otras causas no bien determinadas permite que aparezcan enfermedades propias de la edad madura que representan el deterioro orgánico del adulto.

El cuidado de la salud en el adulto significa estar atentos a señales que pueden constituir factores de riesgo y permiten el diagnóstico temprano de enfermedades propias de esta etapa. Los diagnósticos más encontrados para las edades entre 27 y 44 años hacen mención a las afecciones de la mujer en cuanto a salud sexual y reproductiva al igual que las patologías crónicas digestivas, metabólicas y ósteoarticulares. Para el segundo grupo del ciclo es decir de 45 a 59 años se identifican enfermedades crónicas de tipo osteomusculares, digestivas y metabólicas, los trastornos hipertensivos así como la diabetes mellitus sobre salen.

Las principales causas de mortalidad en estas edades son producto del estado de salud y las repercusiones de los hábitos de vida durante los primeros años de este ciclo, las enfermedades

---

<sup>70</sup> Ibíd.

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

isquémicas, las enfermedades cerebrovasculares, así como tumores malignos de mama, colon-recto o ano y de estómago son las más encontradas. Es precisamente este grupo poblacional el que impulsa y dirige la economía y los que orientan el estilo de vida en las otras etapas del ciclo vital y orienta el futuro de la comunidad; son los que toman las decisiones y los que se preocupan por desarrollar y conseguir progresos sociales de calidad de vida y salud en las diferentes localidades donde residen o donde realizan sus actividades cotidianas.

## 1.4.1.5 Ciclo VEJEZ

**Tabla 15. Distribución de la morbilidad año 2012 morbilidad año 2010 mortalidad ciclo vejez, Localidad de Suba**

MORBILIDAD GENERAL		INTERES EN SALUD PUBLICA			
DIAGNOSTICOS	URGENCIAS	EVENTOS	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
HIPERTENSION ARTERIAL	59	ZOONOTICA	58	85	143
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	53	TRANSMISIBLES	30	19	49
INFECCION DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	49	INMUNOPREVENIBLES	20	28	48
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA	40	INTOXICACIONES	20	14	31
DIARREA Y GASTROENTERITIS	35	OTRAS	0	2	7
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	32	ETV	17	14	4
DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO	27	SSR	4	3	5
CEFALEA	20	VIH	3	2	
SUBTOTAL		CRONICAS	1	3	4
OTRAS CAUSAS		INTOXICACION POR OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS	3	2	5
TOTAL		INTOXICACION POR MONOXIDO DE CARBONO Y OTROS GASES	0	2	2
<b>MORTALIDAD GENERAL</b>		INTOXICACION POR PLAGUICIDAS	0	1	1
Enfermedades isquemicas del corazón	351	<b>SALUD MENTAL</b>			
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	200	VIOLENCIA EMOCIONAL	23	57	80
Enfermedades cerebrovasculares	175	VIOLENCIA FISICA	4	21	25
Diabetes mellitus	99	VIOLENCIA POR ABANDONO	7	11	18
Enfermedades hipertensivas	91	VIOLENCIA ECONOMICA	1	8	9
Neumonía	75	INTENTO	2	6	8
Tumor maligno del estómago	60	IDEACION	4	2	6
Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea,recto y ano	56	AMENAZA	1		1
Insuficiencia renal	48	VIOLENCIA SEXUAL	0	1	1
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	46	SUICIDIO CONSUMADO	0	0	0

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

Resto de causas	1091	SALUD ORAL			
		GINGIVITIS POR PLACA BACTERIANA	159	392	551
Total	2292	CARIES	53	108	161
		PERDIDA POR CARIES	91	220	311

Fuente: morbilidad general: perfil epidemiológico institucional preliminar a tercer trimestre de 2011 Hospital de Suba Área Epidemiología Institucional fecha de entrega de información 20 de abril 2013. Morbilidad en eventos de interés en salud Pública bases preliminares 2012 SDS subsistemas SIVIM, SIVIGILA, SISVAN, SISVECOS fecha entrega de información 22 de mayo de 2013.

## **Morbilidad general Ciclo Vejez**

En la población mayor de 60 años, se observa la morbilidad por enfermedades crónicas secundarias a factores de riesgo asociados a estilos de vida, hábitos alimentarios, conductas sociales, condición laboral, exposición a diferentes partículas ambientales, sedentarismo, antecedentes familiares y stress mencionando estas entre varias otras causas. Observando en nuestra población mayor; enfermedades cuyo inicio se dieron en etapas de edad más tempranas, cuya evolución, sintomatología y complicaciones, como son trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias EPOC y las relacionadas con columna lumbar forman parte de los primeros diagnósticos. Se considera importante fortalecer los procesos de prevención y promoción de la salud para disminuir las complicaciones y eventos adversos de salud; generando mayores costos institucionales y sociales. “inasistencia a programas de detección temprana de enfermedades crónicas o propias del proceso de envejecimiento, por desinformación de la oferta de instituciones para el control oportuno o por problemas al interior de la dinámica familiar”<sup>71</sup>

En esta población las enfermedades inmunoprevenibles están representadas en un 77,5%, de las cuales el 30,8 son enfermedades respiratorias causadas por agentes de origen viral que fácilmente se propagan en la comunidad y para las cuales condiciones de hacinamiento y deficiencia en los hábitos de higiene favorecen la conservación de partículas en el ambiente como fuente de transmisión. Un total de 49 casos (38,6%) de enfermedades transmisibles en esta población en comparación con los demás ciclos vitales, en las cuales la tuberculosis predomina afectando a esta población de estado inmunológico susceptible que sumado a factores como desnutrición, abandono y pobreza, hacen que se mantenga esta enfermedad en este grupo de edad.

De los diferentes tipos de violencia, en esta población la violencia por abandono es la que se manifiesta, las ocupaciones de los familiares u otro tipo de responsabilidades de quienes están a cargo, migración a otras ciudades, favorecen la despreocupación por personas de este grupo de edad de 60 y más años.

<sup>71</sup> Información obtenida de matriz de determinantes sociales en salud localidad de suba diagnostico local



En el aspecto ambiental la intoxicación por monóxido de carbono y otros gases en un 10% se da en esta población, en la cual por su dificultad para moverse, porque habitan en viviendas antiguas que en la actualidad colindan con industrias, están expuestos a este tipo de gases que afectan la salud de este ciclo vital.

## **Mortalidad general**

El nivel de independencia y la calidad de vida de las personas mayores cobran particular importancia en el nivel de bienestar de las personas mayores, ya que entre ellas aumenta la incidencia de una serie de patologías que pueden deteriorar de manera significativa la calidad de vida.

La principal causa de morbilidad para este ciclo vital es la hipertensión, el segundo lugar en frecuencia se presentan las infecciones de vías urinarias y respiratorias superiores, trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias, EPOC y las relacionadas con columna lumbar forman parte de los primeros diagnósticos.

la mortalidad para este grupo de edad predominan las enfermedades crónicas, no transmisibles, propias de la población mayor, como las enfermedades isquémicas del corazón, generando que 37 de cada 10.000 personas mayores de 60 años murieron por enfermedad del corazón en el 2010, las enfermedades respiratorias con una tasa de 21.1 y las enfermedades cerebrovasculares tasa de 18.1, se encuentran en menor proporción la diabetes, enfermedades hipertensivas y neumonía, seguidas por tumores malignos e insuficiencia renal, los cuales pueden deberse a causas relacionados con malos hábitos alimenticios, estilos de vida poco saludable como sedentarismo, tabaquismo, estrés, depresión, bajo, consumo frecuente de alcohol, obesidad y dietas bajas en vegetales.

## **MORBILIDAD Y MORTALIDAD ASOCIADA A LA GESTACIÓN**

### **Ciclo Juventud – Ciclo Adultez**

#### **Violencia**

En la actualidad, la violencia contra las mujeres ocurre en todos los países y en todos los grupos sociales, culturales, económicos y religiosos. Según un informe del Banco Mundial, las violaciones y la violencia contra las mujeres suponen una pérdida del 5% de los años de vida saludables en edad reproductiva, sin embargo la violencia contra la mujer embarazada requiere una evaluación e intervención con un mayor grado de calidad y calidez por el personal de salud quienes debe ser capaz de identificar sus efectos adversos en la madre y su bebé.

No existe ninguna prueba concluyente de que el embarazo en sí puede provocar mayor violencia contra la mujer. Sin embargo, en un análisis de los datos disponibles en 1998, se señalaron ciertas indicaciones de que el predominio del abuso físico y sexual es mayor y más grave entre las mujeres embarazadas que entre otras mujeres. Aun cuando los

resultados de las investigaciones no son consistentes, se encontró al embarazo como un factor de riesgo para la violencia y su severidad.

El comportamiento de la notificación sobre violencias en la localidad Suba indica que la población más afectada por este flagelo se ubica en las gestantes más jóvenes donde la dependencia y vulnerabilidad económica y social es más grande. Los tipos de violencias notificadas entre las adolescentes en igual proporción la violencia física, sexual y emocional. Mientras para las adultas el gran porcentaje lo encabeza el maltrato emocional para un 62%, según estudios latinoamericanos sobre la violencia en la mujer la razón más común para no buscar ayuda fue que o bien consideraban la violencia como algo normal, o que temían las consecuencias que podrían derivarse, como más actos violentos contra ellas mismas o sus hijos e incluso perderlos o avergonzar a su familia; en segundo lugar se encuentra con un 15% las violencias físicas seguidas de la violencia económica creando el trio de la dependencia y las causantes del silencio ante el maltrato.

De las investigaciones realizadas en numerosos países se desprende que las redes informales, como la familia, los amigos y los vecinos, constituyen, normalmente, el primer punto de contacto de las mujeres que son víctimas de violencia, en lugar de los servicios oficiales, sin embargo se sabe poco sobre la respuesta de la mujer a la violencia o sobre la ayuda que recibe de las redes informales (familia, amigos, etc.) y de los servicios de salud o sociales.

La violencia durante el embarazo ha sido asociada a demoras en la obtención de atención prenatal, mayor consumo de tabaco, drogas y alcohol durante el embarazo, insuficiente aumento de peso materno, abortos en condiciones de riesgo, abortos espontáneos, mortinatos, bajo peso al nacer, mortalidad neonatal y en el futuro, dolor pélvico, infección vaginal, dismenorrea, disfunciones sexuales, fibromas, enfermedad pélvica inflamatoria, dispareunia, infección del trato urinario, infertilidad y depresión. PATH. Violencia contra las mujeres, efectos sobre la salud reproductiva.

## **BAJO PESO GESTACIONAL**

La deficiente nutrición materna es un factor de riesgo importante tanto antes de concebir como durante la gestación para el inadecuado crecimiento del feto especialmente en países en desarrollo. La mayor parte de los estudios existentes para evaluar la relación del estado nutricional de la madre con la salud fetal se han focalizado en el bajo peso al nacer como el resultado de mayor interés, la justificación para esto se centra en los crecientes efectos adversos para los infantes que nacen con un peso inferior a los 2500 gramos, siendo el retardo del crecimiento intrauterino un factor predisponentes para el desarrollo de enfermedades cognitivas para él bebe, así como la desnutrición un factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas para la mujer.

Los trabajos de Kramer y cols. mostraron que los factores nutricionales maternos eran los determinantes más importante de retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) en países en

desarrollo, y que estos factores por sí solos, eran los responsables del 50% de las diferencias en la frecuencia de RCIU entre los países industrializados y en desarrollo.

Otros desenlaces negativos de la mal nutrición y un bajo gestacional pueden provocar partos prematuros, malformaciones, problemas en el desarrollo y trastornos en el aprendizaje del niño. Así mismo la mortalidad neonatal es mayor en lactantes con bajo peso al nacer que en neonatos con peso normal.

Hay ciertos factores que se han visto asociados a una insuficiente ganancia de peso gestacional, tales como el embarazo en edades extremas, para el caso de la localidad de Suba el bajo peso se distribuye entre mujeres con edades comprendidas correspondientes a los ciclos adolescente y juventud donde el 37% se presentan en el primer grupo, habiendo un predominio de gestantes bajo peso con edades que las hacían aptas para el embarazo lo que pudiera deberse fundamentalmente a carencias nutricionales, pobreza, abusos, trastornos de la conducta alimentaria, entre otros.

La edad es el factor de riesgo que genera mayores complicaciones durante el parto y el puerperio, principalmente en las edades extremas como son las mayores de 40 años y las menores de 18 años. Según el estrato socioeconómico de las gestantes, el la mayoría pertenecen al estrato 2, existen gestantes pertenece a grupos étnicos afrodescendientes e indígenas y desplazadas, en este sentido coexisten distintos niveles de educación lo cual es un determinante para la recepción de las intervenciones, la mayor parte de las madres tienen la secundaria completa, esto es favorable teniendo en cuenta que los conocimientos brindados durante las asesorías por parte del profesional de nutrición serán bien recibidos y aplicados en un buen porcentaje. Se identificaron en ciertas gestantes factores de riesgo como el consumo de bebidas alcohólicas, consumo de cigarrillo y consumo de SPA<sup>72</sup>

Así mismo se identificó bajos niveles de ingresos, estos aportes provienen en la mayoría de los casos de la pareja o compañero y en menor proporción de los padres de la gestante, la misma gestante u otros familiares lo que se relaciona directamente con la calidad de la alimentación, ya que se encontró que la dieta según las recomendaciones diarias es pobre en el consumo de verduras y hortalizas por lo tanto el aporte de fibra es bajo.

Poco conocimiento acerca de los derechos sexuales y reproductivos, no reconocimiento de señales de alarma durante la gestación para acudir al servicio de salud, de igual manera la no planificación de los embarazos, ya que la mayoría de las gestaciones son embarazos no planeados, lo que conlleva a que la materna se dé cuenta de su condición principalmente por la amenorrea hacia los dos o tres meses de gestación lo que está dificultando la asistencia oportuna al servicio de salud y esto genera el empiezo tardío de los controles prenatales.

Existen múltiples barreras de acceso para que los adolescentes sean atendidos fácilmente en los servicios de salud sexual que ofrecen los centros de salud, ya que muchos exigen la compañía de un adulto y esto hace que muchos de estos jóvenes desistan de adquirir estos servicios.

---

<sup>72</sup> Anuario Localidad de Suba 2012

## Salud oral

### **Ciclos infancia – adolescencia - adultez.**

De las enfermedades o lesiones que afectan la vía oral en el ciclo de infancia el 62% son gingivitis, el 35% son caries y el 4% perdida por caries. Es la dificultad de generar hábitos saludables en población infantil, por situaciones como la falta de tiempo por dinámicas laborales de padres de familia, por lo cual algunos niños que dan al cuidado de familiares como abuelos, hermanos, vecinos, cuya dedicación o falta de conocimiento en técnicas de cepillado, en transmitir la importancia del cuidado de los primeros dientes, en crear hábitos de limpieza como el uso de seda dental, en cepillado después de cada comida, afecta la salud oral de este grupo poblacional.

El grupo Asis Local ha realizado unidades de análisis sobre la salud oral, encontrando aspectos relevantes que se constituyen un modelo explicativo de las problemáticas asociadas a dicho evento, encontrando como argumentos de la deficiencia salud oral en la población infantil el nivel de educación de los padres de familia, pues a mejor nivel educativo la conciencia y comprensión sobre el auto cuidado y la asistencia periódica a controles odontológicos de carácter preventivo o resolutivo mejora y previene eventos como caries, manchas, perdida de dientes por negligencia, presencia de placa bacteriana. Así mismo, el nivel de ingreso de familias, mejora alimentación, una vivienda digna con servicios básicos como el agua, mayor accesibilidad para compra de utensilios de limpieza oral.

Es pertinente enunciar las pautas de crianza y la influencia de miedos frente a los servicios odontológicos, se citó la trasferencia de temores, se inculca en los niños los controles como una forma de castigo, por tanto, se amenaza con instrumentos, como el ruido de consultorios, el dolor en las intervenciones, con la extracción piezas dentales, generando estigma en profesionales de salud oral, hecho que potencia los riesgos de no asistencia a las citas odontológicas lo que agudiza problemas en su salud, por tanto, es recurrente la visita a los servicios de atención en situaciones exclusivas de emergencia

En el ciclo de adolescencia y juventud es elevado el número de casos de gingivitis, en algunos casos esta gingivitis se ve asociada con el uso de retenedores o brackets que en esta población es habitual aunque depende de los recursos económicos, razón por la cual esta lesión se da más por el no uso de la seda dental e inadecuado cepillado; para ambos ciclos se reporta un total de 850 casos correspondiente a un 76%. Existen factores en jóvenes y adultos que repercuten en la salud oral como el consumo de cigarrillo, sustancias psicoactivas, hábitos como la falta de cepillado, no asistencia al odontólogo, así como una alimentación basada en el consumo de golosinas y azucares.

Para el ciclo adultez las enfermedades que han ocurrido con mayor frecuencia son gingivitis por placa bacteriana con un total de 551 casos, los cuales representan el 54% entre el total de lesiones en este ciclo vital. A diferencia de los otros ciclos vitales en este grupo poblacional se

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

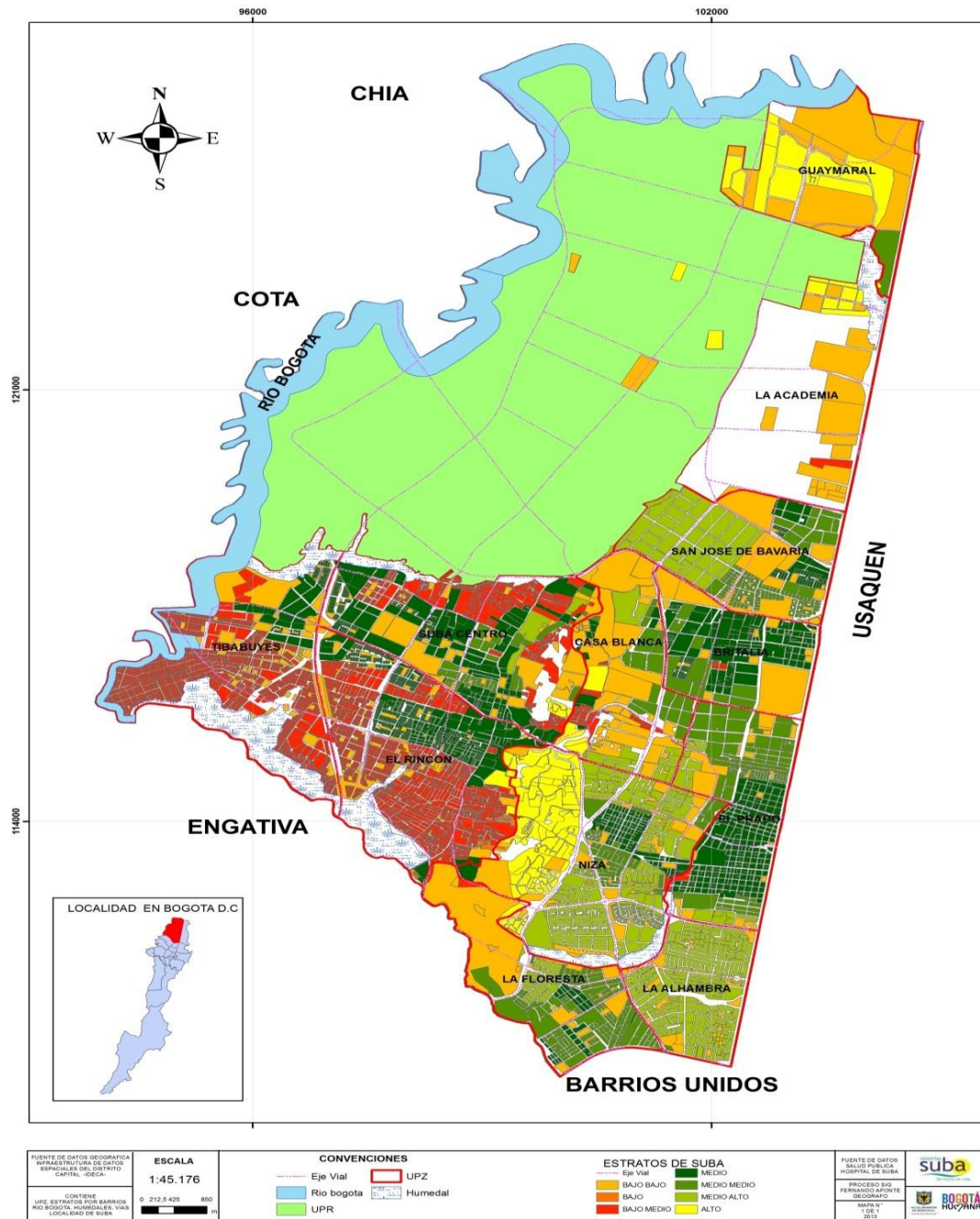
reduce el número de casos con caries, porque incrementan los casos de pérdida por caries equivalente a un 30%, siendo esta una de las razones que justifica cada vez más intensificar las medidas de prevención e higiene oral en los ciclos anteriores, porque debido al descuido en lo que a salud oral se refiere no solo se generan caries, sino además la pérdida de piezas dentales al llegar a la adultez. En el ciclo adultez existen falta de cultura de prevención por dinámicas laborales, falta de tiempo, así como las demoras en la asignación de citas.

En el grupo de edad de 60 y más años se reportan casos de pérdida por caries en un 41%, es de aclarar que en esta población es habitual la pérdida de piezas dentales por lo cual son reemplazadas por prótesis o coronas dependiendo de los recursos económicos para adquirirlas, porque la falta de éstas influye cuando se digieren los alimentos, que si no se realiza adecuadamente puede inducir a pérdida de peso por la dificultad en la trituración de los alimentos, lo cual conlleva a favorecer la desnutrición. Personas de la tercera edad en su mayoría sufren de pérdidas dentales, que les impiden una buena alimentación una higiene bucal, y es justamente, en un intervalo de tiempo de no mejorar la cultura en prevención, permanecerá un alto factor de riesgo para personas mayores con problemáticas de salud oral.

# HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE

ANEXO I

## MAPA ESTRATIFICACION DE LA LOCALIDAD DE SUBA



Los estratos socio económicos más bajos (0 al 3) se ubican dentro del sector occidental de la localidad comprendida por las UPZ de Tibabuyes, Rincón y Suba Centro, sectores de la localidad priorizados por la Secretaria de Salud Distrital, algo que es de resalta que existe una barrera natural dentro de Suba que son los cerros de la Conejera Y suba que sirven de límite para los estratos socio-económicos altos ya que estos se encuentran en el costado oriental de la localidad.

### AMPLIACION MARCO CONCEPTUAL

#### Estado

Actualmente el Estado es definido como el bien común, que se explica por sus fines y metas, mientras que desde la sociología el elemento esencial viene siendo el poder y se organiza en torno al poder y la conceptualización jurídica habla que no hay Estado sin derecho y su elemento esencial es el régimen jurídico.

#### ✓ Estado Social De Derecho Y Constitución Política De Colombia

El Estado de derecho es un Estado racional compuesto de una constitución, separación de poderes, un principio de legalidad basado en leyes, garantía de los derechos fundamentales, seguridad jurídica y protección de la confianza (art 29 Constitución Política de Colombia), a partir de la formulación de la constitución del año 1991 en su artículo 1 establece que “Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana.

#### ✓ Ley 100 (Problemática De La Salud Colombiana)

Revisando la constitución en los artículos 48 y 49 es puntual en asegurar que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que da bajo el control y la coordinación del Estado, y a su vez el acceso a la atención en salud; en las diferentes escalas: promoción, protección y recuperación de la salud, delegando al Estado en hacer efectivo este derecho y a su vez estableciendo parámetros o reglamentos para su buen funcionamiento dado primordialmente en la Ley 100 de 1993 como carta magna en Salud donde se estableció el Sistema General de Seguridad Social Integral con los componentes de Pensiones, Riesgos Profesionales y Salud

#### SALUD Y AMBIENTE

La salud y el medio que nos rodea están íntimamente relacionados el aire que respiramos, el agua que bebemos, el entorno de trabajo o el interior de los edificios tienen una gran implicación en nuestro bienestar y nuestra salud”<sup>73</sup> relación definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde se evidencia la imprescindible y compleja relación donde incluye efectos patológicos directos de las sustancias químicas, la radiación y algunos agentes biológicos, así como los efectos indirectos en la salud y bienestar derivados del medio físico, psicológico, social y estático incluida la vivienda, el desarrollo urbano, el uso del terreno y el transporte<sup>74</sup>.

<sup>73</sup> comunicación de la comisión, al consejo, al parlamento europeo y al comité económico y social europeo estrategia europea de medio ambiente y salud, pagina web: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2003:0338:FIN:ES:PDF>

<sup>74</sup> Temas de salud, Salud ambiental, organización Mundial de la salud, [http://www.who.int/topics/environmental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/environmental_health/es/)

## TERRITORIO

Territorio no es solamente es el lugar donde suceden hechos, es un espacio físico palpable, concreto donde el hombre se desenvuelve y se apropia de esté haciéndolo suyo, donde existen sentimientos de pertenencia, de dominio de control entre otros, este dominio puede ser generado por un individuo organización o grupo de poder. El territorio es el elemento constitutivo del estado sobre el cual esté ejerce su soberanía. Está representado por el espacio terrestre definido por fronteras. El territorio, delimitado a la organización estatal y la descentralización territorial se manifiesta en los artículos de la constitución Nacional 49, 285 a 289, 294, 297, 298, 300, 305, 306, 311, 313, 315, 317 a 319, 321 a 323, 329 y 330<sup>75</sup>

### ✓ Territorialidad

Se entiende por territorialidad el nivel de dominio que tiene determinado sujeto pudiendo ser este una persona o un colectivo en cierto territorio, así como el conjunto de conocimientos y expresiones materiales y simbólicas, capaces de garantizar la apropiación y permanencia de un territorio dado bajo determinado agente individual o social. Los sujetos que ejercen territorialidad pueden ser individuos, grupos sociales, grupos étnicos, empresas, compañías transnacionales, estado-nación, o grupos de estados-nación. La territorialidad es la creación de espacios o lugares soñados, imaginados donde un grupo de individuos se desenvuelve en su quehacer diario, este espacio del territorio, crea vínculos fuertes de apropiación y de sentimientos de protección hacia esté, dando origen a relaciones entre el ser humano y la naturaleza que lo rodea<sup>76</sup>.

### ✓ Espacio Social

El espacio social hace referencia a las formas de producción de los seres humanos, as fuerzas productivas son entre otras la naturaleza, el trabajo, la organización de esté, los instrumentos utilizados para tal además las técnicas y conocimientos que se tengan para el desarrollo de dicho trabajo. La naturaleza es el medio donde se desenvuelve el hombre, es el espacio que da vida, es la fábrica donde se producen las cosas es la entidad que no ha dado el abrigo para que el hombre pueda actuar vivir, construir, transformar todos aquellos productos que nos brinda la naturaleza.

Es de anotar que las fuerza que determina o mejor que desarrolla el espacio social no es más que la fuerza de producción del hombre, donde esté transforma y modifica el medio donde se desenvuelve en diferentes escalas.

<sup>75</sup> Departamentos, regiones, municipios, provincias, distritos, áreas metropolitanas y territorios indígenas.

<sup>76</sup> Entiéndase por naturaleza a todo lo que hace parte del mundo en que vivimos, desde las propias creaciones del hombre, como las ciudades hasta las plantas y animales.



## DERECHOS HUMANOS

### ✓ **Derechos humanos y derecho a la salud**

La comunidad internacional sostiene la importancia para una sociedad promover el respeto de los derechos humanos, ya que son premisas que imponen un carácter de justicia social, se legitiman valores como la tolerancia, el respeto por la diferencia, se rescata el valor de la vida, la convivencia pacífica, se postula a la democracia como hilo conductor de la sociedad. “Los conceptos de democracia y derechos humanos están indisolublemente unidos. La teoría y la experiencia histórica nos demuestran que sólo en un estado de derecho democrático es posible que se reconozcan los principios de derechos humanos; así como sólo puede calificarse a una sociedad de democrática cuando en ella se respetan tales derechos”<sup>77</sup>

Por otro lado, se dice que la Constitución Política de 1991, es garantista y fue estipulada con un carácter humanista de allí que en la carta magna se han ratificado tratados internacionales<sup>78</sup> para promocionar los derechos humanos, se han establecido instrumentos o mecanismos de protección para exigir su cumplimiento<sup>79</sup>.

### ✓ **Derecho a la Salud Organización Mundial De La Salud OMS**

Conscientes de la importancia de salvaguardar la dignidad humana se entabla en las agendas política internacionales el respeto de los derechos fundamentales, es allí donde cobra trascendencia la salud como inherente al bienestar humana, para el derecho a la vida; por tal motivo, se derogan directrices para que los Estados asuman responsabilidad en garantizar su cumplimiento, y es a partir de esa lógica que se han construido organizaciones con la finalidad de luchar por la salud como derecho, prueba de ello es el surgimiento de “La Organización Mundial de la Salud se constituyó en 1946 en Nueva York por aprobación de la Conferencia Sanitaria Internacional, actualmente tiene presencia en todo el orbe y desde su constitución<sup>59</sup> ha defendido la existencia de un derecho humano a la salud, con una de las definiciones más progresistas de la salud que hasta el momento se haya constituido: \estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo y no solamente la ausencia de bienestar o invalidez.. (Derecho a conservar la plenitud de las facultades físicas y mentales”<sup>80</sup>

### ✓ **Derecho a la Participación Ciudadana**

Las acciones políticas de participación ciudadana fueron introducidas junto con la creación de la constitución política de 1991 hecho que significo la posibilidad para que las personas en calidad de sujetos políticos puedan tomar decisiones en cuestión de orden público, administrativo,

<sup>77</sup> ANA MARIA RODINO. La educación en valores entendida como educación en derechos humanos. Sus desafíos contemporáneos en América Latina. Página. 8 Lingüista y comunicadora educativa. Coordinadora de la Unidad Pedagógica del Instituto Interamericano de Derechos Humanos, IIDH. Este artículo fue publicado en la Revista IIDH/Instituto Interamericano de Derechos Humanos, No. 29, Enero–Junio 1999; págs. 103-114. San José, Costa Rica. 4.

<sup>78</sup> Colombia, como Estado parte de la Organización de los Estados Americanos (OEA), también hace parte del tratado por medio del cual se aprueba la Convención Americana de Derechos Humanos o Pacto de San José, el cual obliga a acatar las disposiciones relacionadas con la competencia tanto de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos como de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (leyes 16 de 1972 y 288 de 1996). [http://www.fuac.edu.co/recursos\\_web/documentos/derecho/revista\\_criterio/articulosgarantista3/1deissymotta.pdf](http://www.fuac.edu.co/recursos_web/documentos/derecho/revista_criterio/articulosgarantista3/1deissymotta.pdf)

<sup>79</sup> ACCION DE TUTELA.

<sup>80</sup> DIAZ RICARDO ADRIANA. El derecho social fundamental a la salud en Colombia. Universidad libre sede Cartagena. Primera edición 2009.

económico, cultural, así como de ejercer supervisión, vigilancia, control social, en las escalas nacional, regional y local, teniendo los ciudadanos la responsabilidad de participar en el manejo político del país. De igual forma, la participación ciudadana se contempla como un derecho que debe ser exigido para responder a las necesidades sociales de la población, hacer parte de las decisiones políticas que pueden beneficiar o afectar al colectivo.

## CONTEXTO SOCIAL EN SALUD

### ✓ Globalización y Salud

La globalización es una interdependencia económica creciente del conjunto de países del mundo, provocada por el aumento de transacciones transfronterizas de bienes y servicios, flujos de capitales y la difusión acelerada de tecnología que generan transformaciones sociales, económicas y políticas en los diferentes países<sup>81</sup>, mientras la salud es completo estado de bienestar físico, mental y social, no es sólo la ausencia de enfermedad, sino de un estado de bienestar relacionado directamente con los determinantes de la salud. Por ende la globalización incrementa los factores de riesgo individuales en salud (medioambientales, socioculturales y microbiológicos) influenciados por patrones de vida, consumo y comportamientos, pues en un mundo globalizado viajan de un país a otro personas, microbios, bienes, materiales, pero también las ideas y los estilos de vida.<sup>82</sup>

### ✓ Reglamento Internacional Sanitario Y Salud Pública

Actualmente existen los medios necesarios para prevenir, controlar o tratar riesgos de brotes de enfermedades, epidemias, accidentes industriales, desastres naturales y otras emergencias de salud que pueden convertirse rápidamente en amenazas para la seguridad sanitaria mundial, ante esto el Reglamento Sanitario Internacional revisado (2005), ayuda a los países a identificar los riesgos y actuar para contenerlos y controlarlos. Instrucciones necesarias porque ningún país, independientemente de su capacidad o riqueza, puede protegerse de brotes y demás riesgos sin la cooperación de otros<sup>83</sup>.

**Seguridad Social En Salud:** derecho que tiene toda persona a protegerse contra los riesgos que afecten sus condiciones de vida, en especial los que menoscaban su capacidad económica y su salud. Es un servicio público con carácter obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y es prestado por las entidades públicas, privadas y/o mixtas<sup>84</sup>.

**Salud Pública:** Es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria.

<sup>81</sup> Globalización y salud, Vicente Navarro, Guglielmo Pacileo, Luis Palomo, Edita Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, ISBN: 84-609-4511-1, <http://www.nodo50.org/fadsp/pdf/globalizacion%20y%20salud.pdf>

<sup>82</sup> Lee K. Globalization and Health. Palgrave, London, 2003.

<sup>83</sup> informe sobre la salud en el mundo 2007, un porvenir más seguro, , protección de la salud pública mundial en el siglo XXI, Capítulo 1: Evolución de la seguridad sanitaria, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza, ([http://www.who.int/whr/2007/07\\_overview\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2007/07_overview_es.pdf))

<sup>84</sup> Encuesta calidad de vida, [http://www.dane.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=283&Itemid=66](http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=283&Itemid=66)

## ✓ Equidad

Equidad significa imparcialidad. La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar<sup>85</sup>. Las desigualdades en cuanto al estado de salud entre los individuos y las poblaciones son consecuencias inevitables de las diferencias genéticas, de diferentes condiciones sociales y económicas o de elecciones de un estilo de vida personal.

La falta de equidad tiene lugar como consecuencia de las diferencias de oportunidades derivadas, por ejemplo, del acceso desigual a los servicios de salud, a una alimentación correcta, a una vivienda adecuada, etc. En tales casos, las desigualdades en cuanto al estado de salud surgen como consecuencia de la falta de equidad en materia de oportunidades en la vida<sup>86</sup>

## ✓ Vulnerabilidad Social

Susana B. Adamo, en el taller nacional sobre desastre, gestión de riesgo y vulnerabilidad, lo describe como la vulnerabilidad de personas, hogares, grupos, etc. en combinación con eventos, procesos o rasgos que entrañan adversidades potenciales para el ejercicio de los distintos tipos de derechos ciudadanos o el logro de los proyectos de las comunidades, los hogares y las personas, es la incapacidad de respuesta frente a la materialización de estos riesgos y la inhabilidad para adaptarse a las consecuencias de la materialización de estos riesgos<sup>87</sup>

## CULTURA

### ✓ Colectivos Urbanos (Tribus Urbanas)

Las “tribus” urbanas son grupos creados por jóvenes que buscan una identidad...Llevándolos a mostrar sus gustos de ropa, música, creencias...Y creándoles cierta actitud y comportamiento frente a la sociedad para diferenciarse de la cultura dominante de la que hacen parte y de la que se quieren separar desarrollando su propio ambiente y sus propias reglas, jugando con las de la sociedad. Las “tribus” urbanas de Bogotá nacen como resultado de marcada estratificación social de Bogotá, los altos consumos de marihuana, la globalización y el comercio de la música y marcas. En la ciudad de Bogotá encontramos las siguiente “tribus” urbanas: [Metachos](#), [Ñeros](#), [Guisos](#), [Barristas](#), [Raperos](#), [Punketos](#), [Rudos](#), [Rockeros](#), [Grunges](#), [Emos](#), [Rastas](#), [Hardcoreros](#), [Skinheads](#), [Gomelos](#), [Tecktonikos](#), [Electrónicos](#), [Otakus](#), [Floggers](#), [Faranduleros](#), [Góticos](#)

### ✓ Saberes Populares

El conocimiento es cambiante, supeditado a un proceso de reflexión, es una construcción social, cabe decir que la realidad social de por si es compleja por la interacción de actores sociales con

<sup>85</sup> Equidad en Salud y Asistencia Sanitaria, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1996.

<sup>86</sup> Promoción de la Salud Glosario, Organización Mundial de la Salud Ginebra, 1998 (<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>)

<sup>87</sup> CEPAL/GTZ. 2005. Elementos conceptuales para la prevención y reducción de daños originados por amenazas siconaturales. Cuatro experiencias en América Latina y el Caribe. Cuadernos de la CEPAL. <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/23711/lcg2272e.pdf>

cosmovisiones, tradiciones culturales, formas de pensar heterogéneas. Producto de la interacción social de actores se desprende un conocimiento sobre las dinámicas de un territorio, pues sienten y lo viven, además, la comunidad conoce las razones que determinan cierto eventos como inseguridad, violencia, baja participación ciudadana, sustentado en historias de vida; así mismo, tienen sus propias formas de organización, conocen los interés y el sentimiento de quienes comparten un espacio social, tienen conocimiento que los conlleva a plantear sus alternativas de solución, acordes a su realidad, a su contexto de vida.

## ✓ Cultura y Salud

En Colombia, las prácticas tradicionales y la percepción estática de la sociedad han traído dificultades para afrontar los elementos seculares del proceso salud enfermedad frente a los ideales liberales, un factor reconocido en la modernización del país<sup>88</sup>. Estas prácticas han dejado una herencia inconfundible en la que coexisten múltiples representaciones en torno a lo “pre moderno” lo “moderno” y lo posmoderno<sup>89</sup>, coexiste un sistema de medicina occidental con elementos de la experiencia moderna, fuertemente centrado en el paradigma biológico (lesiones estructurales y fisiológicas, respuestas estructurales y fisiológicas, modelos de enfermedades y no de pacientes, medicinas desintegradoras del sujeto y de su espacio), articulado con experiencias “alternativas” y con aquellas provenientes de la medicina indígena y las prácticas locales del chamanismo, la brujería y el espiritismo.

<sup>88</sup> González, F. 1997. Poderes enfrentados: Iglesia y Estado en Colombia. Cinep, Anthropos. Bogotá.

<sup>89</sup> Suárez, R. et al. 2001. “Etnicidad y Ley 100 de 1993, Un proyecto de seguridad social en salud dentro del marco de una narrativa multicultural”. En: R. Suárez (comp). Reflexiones en salud: una perspectiva desde la antropología. CESO, Universidad de los Andes. Bogotá.