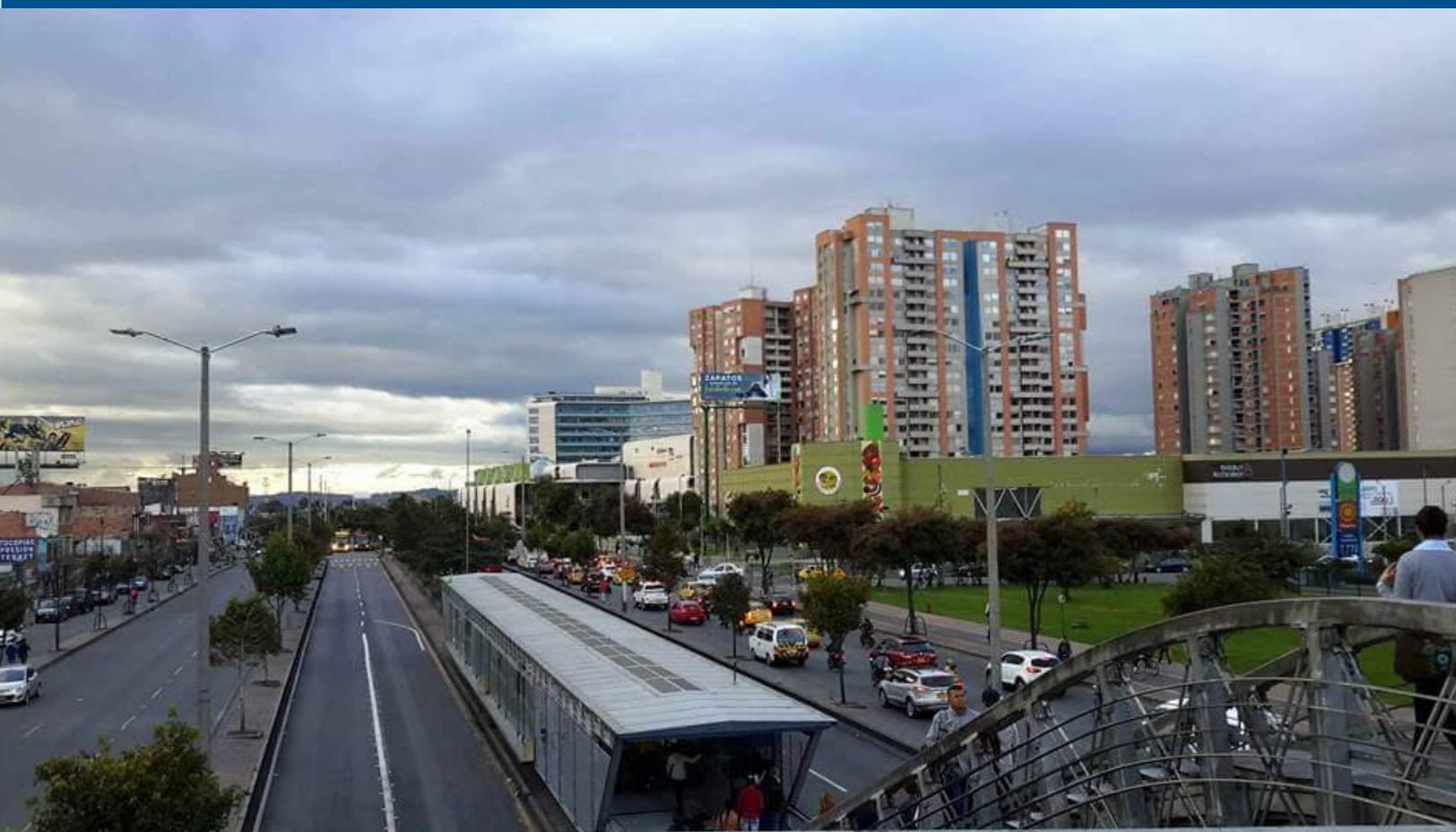


# ANÁLISIS DE CONDICIONES, CALIDAD DE VIDA, SALUD Y ENFERMEDAD, 2016-2018

Localidad de Engativá

10



Alcalde Mayor de Bogotá  
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud  
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaria de Salud Pública  
Patricia Arce Guzmán

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública  
Elizabeth Coy Jiménez

Gerente Subred Integrada de Servicios de Salud Norte  
Yidney Isabel García Rodríguez

Subgerente Prestación de Servicios de Salud  
Nancy Tabares

Directora Gestión del riesgo  
Sandra María Bocarejo

Referente Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas  
Martha Gisela Zabala

Referente Gobernanza  
Carmen Alicia Cortes Rodríguez

#### **Autores Subred Norte**

Alexander Quintero. Geógrafo  
Ana Yolima Acero. Epidemióloga  
Andrea Palacios. Epidemióloga  
Angelica Viracachá. Epidemióloga  
Cristhian Balanta. Geógrafo  
Hernán Cortés. Líder Componente 2  
Jorge Andrés Daza. Epidemiólogo  
José Felipe Sanabria. Sociólogo  
John Estiven Marín. Sociólogo  
Katherine Zamora. Geógrafa  
Lucelly Córdoba. Epidemióloga  
Sebastián Pachón. Sociólogo

Fotografía de la portada  
Aporte residente localidad de Engativá. 2015

Secretaría Distrital de Salud  
Carrera 32 # 12-81  
Conmutador: 364 9090 Bogotá, D. C. - 2018  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	9
OBJETIVO.....	10
Objetivo general.....	10
Objetivos específicos.....	10
1. CAPÍTULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO.....	11
1.1 Contexto territorial.....	12
1.2 Contexto demográfico.....	16
1.2.1 Indicadores estructura demográfica.....	16
1.2.2 Indicadores dinámica demográfica 2016.....	18
1.3 Conclusiones.....	23
2 . CAPÍTULO II. ANÁLISIS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD.....	24
2.1 Dimensión poblacional.....	27
2.2 Dimensión ambiental.....	28
2.3 Dimensión social.....	30
2.4 Dimensión económica.....	33
2.5 Conclusiones.....	35
3 CAPÍTULO III. MORTALIDAD Y MORBILIDAD.....	36
3.1 Mortalidad.....	37
3.1.1 Mortalidad general por grandes causas 6/67.....	37
3.1.2 Mortalidad por subgrupos según agrupación 6/67.....	39
3.1.3 Mortalidad infantil y en la niñez.....	51
3.1.4 Mortalidad materno - infantil y en la niñez.....	53
3.2 Análisis de estructura de morbilidad.....	55
3.2.1 Morbilidad general y análisis de la prestación del servicio.....	55
3.2.2 Eventos de Vigilancia en Salud Pública.....	58
3.2.3 Eventos precursores.....	62

3.2.4	Análisis General de la morbilidad e identificación de prioridades en morbilidad....	62
4	CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE POBLACIONES .....	64
4.1	Contexto demográfico .....	65
Indígena .....		66
Afrodescendientes.....		66
Palenquero.....		66
Raizal .....		66
Room.....		67
LGBT.....		68
Víctimas del conflicto.....		68
Población con discapacidad.....		69
Personas en ejercicio de prostitución.....		71
Ciudadano habitante de Calle .....		71
Otras poblaciones. ....		71
4.2	Relación población territorio.....	73
4.3	Condiciones de vida y determinantes de la población diferencial. ....	76
4.4	Población priorizada: Indígena Kichwa. ....	77
4.5	Análisis de situación en salud de las poblaciones.....	79
4.6	Acciones y respuestas en salud.....	84
5.	CAPÍTULO V. ACCIONES EN SALUD PÚBLICA .....	89
5.1	Espacio de educativo .....	90
5.2	Espacio de trabajo .....	95
5.3	Espacio público .....	102
5.4	Espacio de vivienda .....	106
5.5	Gestión de Programas y acciones de interés en Salud Pública (GPAISP) .....	110
6.	CAPÍTULO VI. ANÁLISIS Y SÍNTESIS.....	116
6.1	Descripción metodológica .....	117
6.2	Descripción de nodos.....	118

6.3	Validación de contenidos .....	124
6.4	Análisis de la respuesta .....	124
6.5	Recomendaciones .....	130
	BIBLIOGRAFIA.....	133

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	Momentos del curso de vida, localidad de Engativá, 2016 .....	17
Tabla 2.	Indicadores de dinámica demográfica, localidad de Engativá, 2011 - 2016 .....	19
Tabla 3.	Características embarazo en menores de 15 años, localidad de Engativá, 2012 - 2016.....	21
Tabla 4.	Características embarazo en adolescentes de 15 -19 años, localidad de Engativá, 2012 - 2016.....	22
Tabla 5.	Tasas ajustadas de mortalidad según grandes causas y sexo, lista 6/67 OPS. localidad de Engativá, 2012-2014.....	39
Tabla 6.	Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades transmisibles según sexo, lista 6/67 OPS, localidad de Engativá, 2012-2014.....	41
Tabla 7.	Tasas ajustadas de mortalidad por neoplasias según sexo, lista 6/67 OPS, localidad de Engativá, 2012-2014. ....	43
Tabla 8.	Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio según sexo, lista 6/67 OPS, localidad de Engativá, 2012-2014.....	45
Tabla 9.	Tasas ajustadas de mortalidad por afecciones del periodo perinatal según sexo, lista 6/67 OPS, localidad de Engativá, 2012-2014.....	46
Tabla 10.	Tasas ajustadas de mortalidad por causas externas según sexo, lista 6/67 OPS, localidad de Engativá, 2012-2014. ....	48
Tabla 11.	Tasas ajustadas de mortalidad grupo demás enfermedades según sexo, lista 6/67 OPS, localidad de Engativá, 2012-2014. ....	50
Tabla 12.	Tasas de mortalidad en menores de 1 año, según lista de tabulación MSPS, localidad de Engativá, 2012-2014.....	51

Tabla 13. Tasas de mortalidad en menores de 1-4 años, según lista de tabulación MSPS, localidad de Engativá, 2012-2014. ....	52
Tabla 14. Tasas de mortalidad en menores de 5 años, según lista de tabulación MSPS, localidad de Engativá, 2012-2014.....	53
Tabla 15. Mortalidad evitable. Bogotá – localidad de Engativá, 2009-2016. ....	53
Tabla 16. Mortalidad evitable según UPZ, localidad de Engativá, 2016 .....	54
Tabla 17. Atenciones por individuo según tipo de servicio y grandes causas, Bogotá- localidad de Engativá, 2012- 2016. ....	56
Tabla 18. Eventos individuales notificados al SIVIGILA según dimensiones PDSP frente al Distrito, localidad de Engativá, 2016 .....	59
Tabla 19. Eventos individuales notificados al SIVIGILA según dimensiones PDSP y cursos de vida, localidad de Engativá, 2016. ....	60
Tabla 20. Proporción de eventos colectivos notificados al SIVIGILA según dimensiones PDSP frente al Distrito, localidad de Engativá, 2016 .....	61
Tabla 21. Proporción de eventos notificados a los subsistemas de vigilancia en Salud Pública, localidad de Engativá, 2016. ....	62
Tabla 22. Eventos Precusores, localidad de Engativá, 2013-2016.....	62
Tabla 23. Acciones desarrolladas por espacio educativo, localidad de Engativá, 2017. ....	90
Tabla 24. Acciones desarrolladas por espacio trabajo, localidad de Engativá, 2017.....	96
Tabla 26. Acciones desarrolladas por espacio público, localidad de Engativá, 2017. ....	102
Tabla 27. Acciones “cuidado para la salud familiar”, espacio vivienda, localidad de Engativá, 2017.....	106
Tabla 28. Acciones desarrolladas por GPAISP, localidad de Engativá, 2017.....	111
Tabla 29. Cumplimiento de planes de trabajo en IPS públicas y privadas, localidad de Engativá, 2017.....	114

## LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Ubicación Geográfica y División Político Administrativa, localidad de Engativá, 2016 .....	13
--	----

Mapa 2. Características ambientales y zonas de riesgo, localidad de Engativá, 2016.....	14
Mapa 3. Densidad poblacional por UPZ, localidad de Engativá, 2015 .....	15
Mapa 4. Determinantes sociales identificados, localidad de Engativá, 2017 .....	26
Mapa 5. Oferta y demanda de servicios de salud, localidad de Engativá, 2015.....	57
Mapa 6. Población diferencial localidad, localidad de Engativá.....	74
Mapa 7. Instituciones educativas y acciones, espacio educativo, localidad de Engativá, 2017.....	93
Mapa 8. Concentración de UTI, espacio trabajo, localidad de Engativá, 2017.....	99
Mapa 9. Acciones y problemáticas espacio público, localidad de Engativá, abril - diciembre 2017.....	104
Mapa 10. Acciones espacio vivienda, localidad de Engativá, 2017.....	109
Mapa 11. IPS intervenidas por GPAISP, localidad de Engativá, 2017 .....	113
Mapa 12. Tensiones, nodos y metáforas, localidad de Engativá, 2017 .....	123
Mapa 13. Tensiones, nodos y acciones por espacio de vida cotidiana, localidad de Engativá, 2017 .....	127

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide poblacional e indicadores demográficos, localidad de Engativá, 2005 a 2016 .....	16
Figura 2. Aseguradoras régimen subsidiado, localidad de Engativá, 2016.....	18
Figura 3. Total nacimientos y distribución según grupos de edad de la madre, localidad de Engativá, 2011 - 2016.....	18
Figura 4. Tasa general y específica de fecundidad en adolescentes, localidad de Engativá, 2011 - 2016.....	20
Figura 5. Proporción de muertes según grandes causas, lista 6/67 OPS, por sexo y edad quinquenal, localidad de Engativá, 2014. ....	38
Figura 6. Proporción de muertes por enfermedades transmisibles 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Engativá, 2014.....	40

Figura 7. Proporción de muertes por neoplasias, lista 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Engativá, 2014.....	42
Figura 8. Proporción de muertes por enfermedades del sistema circulatorio, lista 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Engativá, 2014.....	44
Figura 9. Proporción de muertes por causas externas, lista 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Engativá, 2014.....	47
Figura 10. Proporción de muertes por las demás enfermedades, lista 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Engativá, 2014.....	49
Figura 11. Atenciones por individuo según momento del curso de vida, localidad de Engativá, 2016 .....	55
Figura 12. Población étnica, localidad de Engativá, 2013-2016 .....	67
Figura 13. Población víctima del conflicto, localidad de Engativá, 2013-2016.....	69
Figura 14. Orígenes de la Discapacidad, localidad de Engativá.....	70
Figura 15. Población reinsertada, localidad de Engativá, 2013-2016 .....	72

## INTRODUCCIÓN

El análisis de condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad de la localidad de Engativá, es un proceso sistemático y organizado de identificación de los diferentes factores que afectan y protegen la calidad de vida y salud de la población, que procura trascender la observación institucional sobre las características de la enfermedad y la muerte en busca de una aproximación de la realidad local.

Para su construcción, fue necesaria la búsqueda de actores en los diferentes niveles de gestión (institucional y sectorial), obteniendo así una lectura de la realidad de Engativá desde un enfoque cuantitativo, cualitativo y espacial, basados en los sistemas de información de salud a nivel local y distrital. El documento consta de seis capítulos, el primero presenta el contexto territorial y demográfico; el segundo tiene un enfoque de determinantes sociales; el tercer capítulo muestra el perfil de salud y enfermedad. En el cuarto capítulo se caracterizan las poblaciones diferenciales y el quinto describe las respuestas institucionales del programa “Salud Urbana”. Por último, el capítulo seis sintetiza las tensiones en salud por curso de vida.

De esta forma, el presente documento ofrece insumos para la formulación de planes, programas y proyectos en el nivel local, convirtiéndose en herramienta fundamental para los espacios de participación social, en la toma de decisiones que inciden en la afectación positiva de los determinantes sociales y por ende el proceso de salud enfermedad.

## OBJETIVO

### Objetivo general

Generar conocimiento sobre las relaciones entre las condiciones de calidad de vida salud y enfermedad de la localidad de Engativá, que sirva para orientar la toma de decisiones.

### Objetivos específicos

- Identificar las fuentes de información primaria y secundaria como insumo para el análisis de condiciones de calidad de vida y salud.
- Desarrollar el análisis y síntesis de la información con los diferentes actores para generar conocimiento sobre la situación de salud y calidad de vida.
- Identificar tensiones en salud de la localidad basados en la metodología BIT PASE a la equidad

# 1. CAPÍTULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

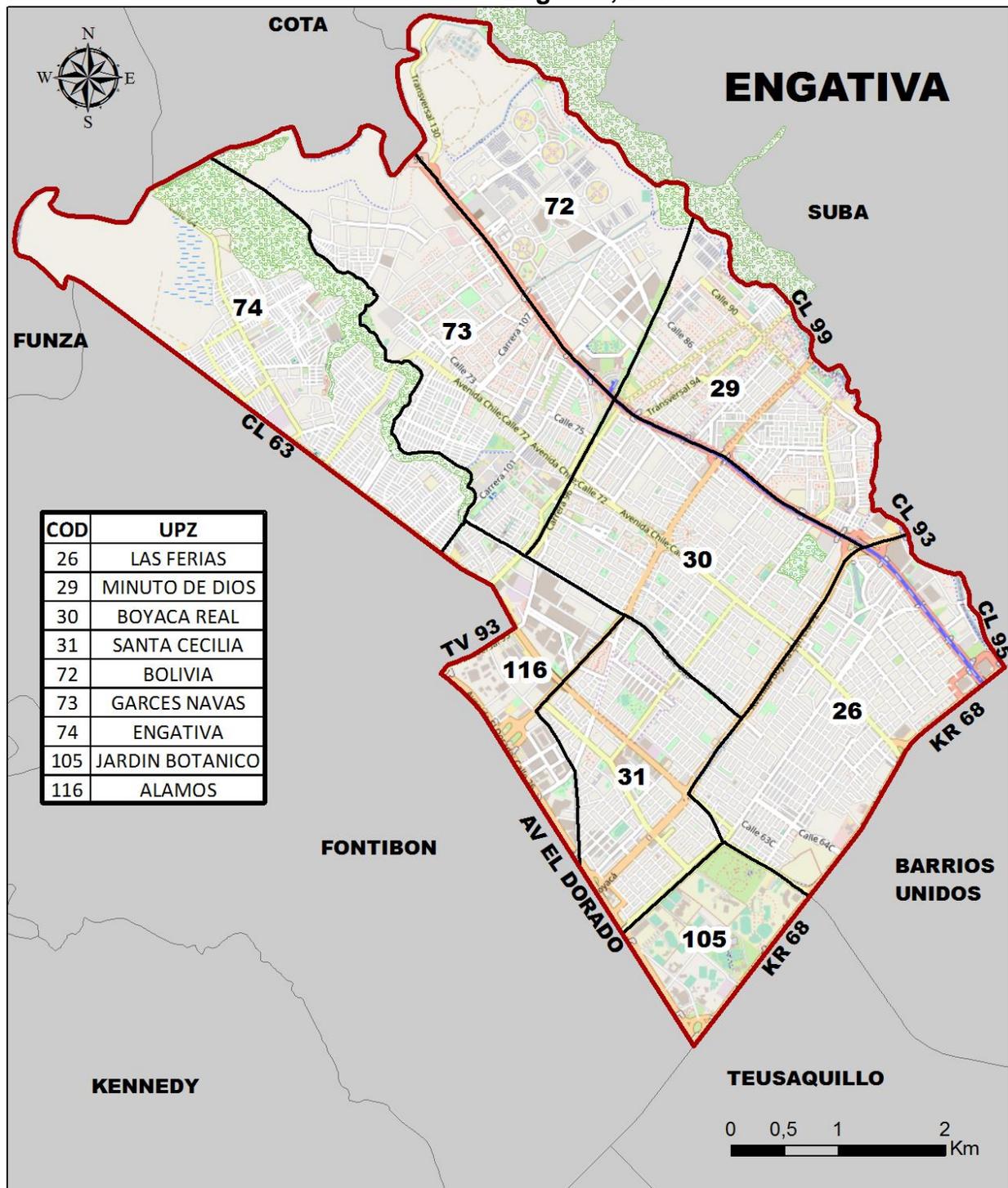
## 1.1 Contexto territorial

La localidad se encuentra ubicada al Noroccidente de Bogotá, limita al norte con el río Juan Amarillo, el cual la separa de la localidad de Suba, al oriente está bordeada por la Avenida del Congreso Eucarístico o Avenida 68, en el límite con la localidad de Barrios Unidos; al sur con la Avenida Jorge Eliécer Gaitán o Autopista El Dorado y el antiguo camino a Engativá, el que la separa de Fontibón y al occidente limita con el río Bogotá. La localidad tiene una extensión aproximada de 3.588 Ha (2.917Ha suelo urbano y 671 Ha corresponde a áreas protegidas). Según el Plan de Ordenamiento Territorial (POT) la localidad está conformada por nueve Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ) (Mapa 1).

Engativá tiene una temperatura promedio de 14,1oC, su clima es frío subhúmedo y su altura promedio es de 2.554 m.s.n.m. En cuanto a la humedad relativa está entre el 74 % y 77 % y el promedio diario anual de precipitación es de 62,8 % y 862 mm<sup>3</sup> respectivamente (1). Cuenta con tres humedales: Santa María del Lago, el Jaboque y Juan Amarillo o Tibabuyes. Constituyen una fuente importante de diversidad biológica de aves, mamíferos, reptiles, anfibios, peces y especies invertebradas. Adicionalmente, la localidad cuenta con el río el Salitre o Juan Amarillo y los canales Boyacá, los Ángeles, Marantá, Bolivia, Cortijo, Carmelo, Jaboque y Bonanza. A causa del manejo inadecuado de residuos sólidos (quema y aglomeración) y líquidos (vertimientos), derivados de las actividades domésticas, comerciales e industriales, se crean ambientes propicios para la proliferación de vectores, plagas, olores ofensivos, inseguridad y deterioro del entorno (1). De esta forma, la exposición a contaminantes aumenta en las UPZ Engativá, Garcés Navas, Minuto de Dios y Bolivia (Mapa 2).

Respecto a la densidad poblacional, para el 2016 en Engativá hay 24.337 habitantes por Km<sup>2</sup> (2); por UPZ para el 2015 Minuto de Dios, Garcés Navas y Engativá fueron las más densas mientras que Álamos y Jardín Botánico son las menos densas dado su carácter industrial y dotacional respectivamente (Mapa 3).

**Mapa 1. Ubicación geográfica y División Político Administrativa, localidad de Engativá, 2016**

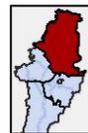


SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD  
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA  
SUBRED NORTE ESE



**MAPA LOCALIDAD DE USAQUEN  
LIMITES Y UPZ  
2016**

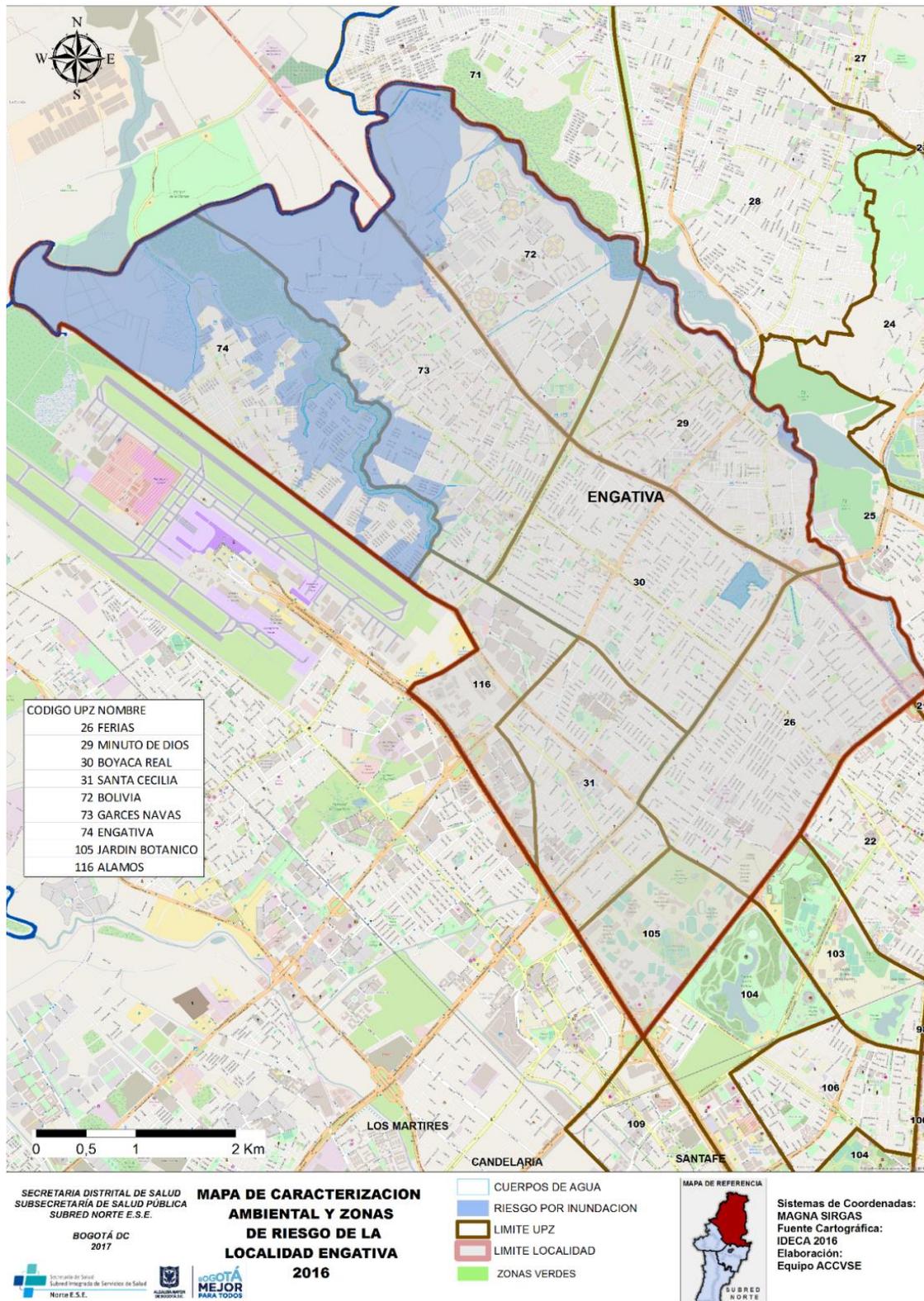
- Limite Localidad
- Limite UPZ
- Humedal



Sistemas de Coordenadas:  
MAGNA SIRGAS  
Fuente Cartográfica:  
IDECA 2016  
Fuente de datos:  
Mapa de Referencia 2016  
Elaboración:  
Equipo ACCVSE

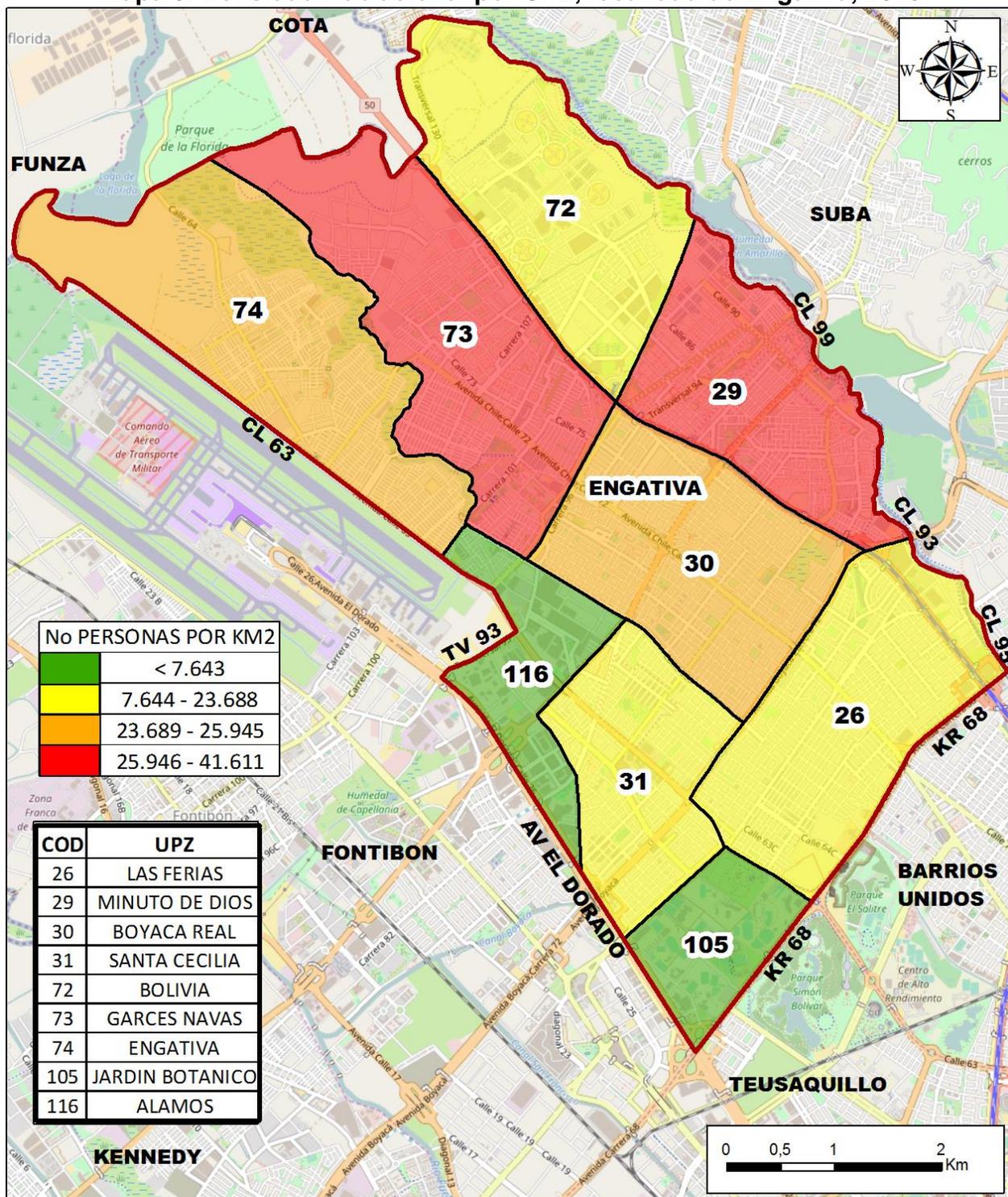
Fuente: Mapa de referencia 2016 – IDECA

Mapa 2. Características ambientales y zonas de riesgo, localidad de Engativá, 2016



Fuente: Mapa de referencia 2016 – IDECA

Mapa 3. Densidad Poblacional por UPZ, localidad de Engativá, 2015



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD  
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA  
SUBRED NORTE ESE



MAPA  
DENSIDAD POBLACIONAL  
LOCALIDAD DE ENGATIVA  
2015

Limite Localidad  
 Limite UPZ



Sistemas de Coordenadas:  
MAGNA SIRGAS  
Fuente Cartográfica:  
IDECA 2016  
Fuente de datos:  
Proyecciones DANE 2015  
Elaboración:  
Equipo ACCVSE

Fuente: Mapa de referencia 2016 – IDECA. Proyecciones poblacionales SDP – DANE. 2005 - 2015

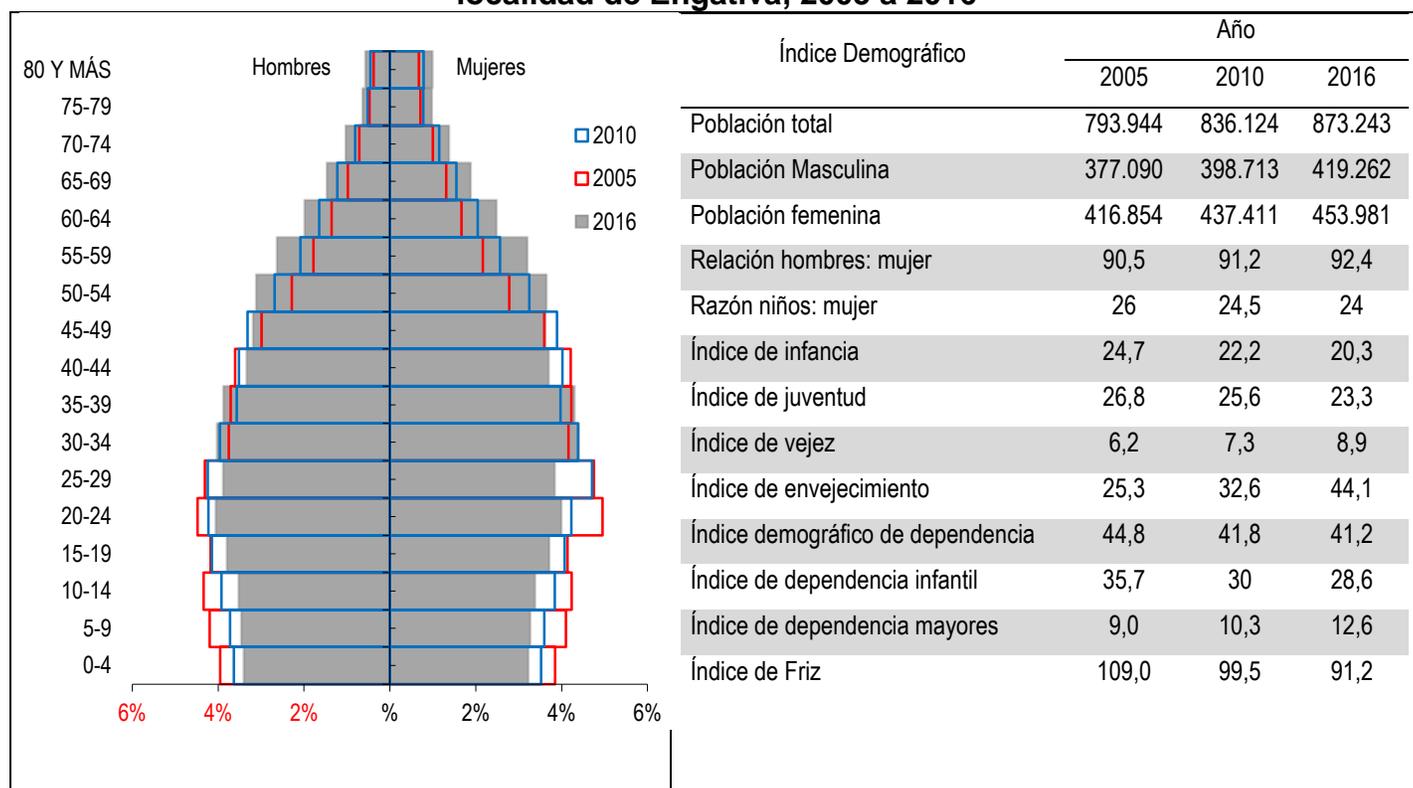
## 1.2 Contexto demográfico

La población estimada para la localidad de Engativá en el 2016 fue de 873.243 Habitantes, correspondiendo al 10,9 % del total Distrital y al 27,9 % de la Subred Norte, según sexo la mayor proporción son mujeres (51,9 %) (2). En la localidad no hay zonas rurales.

### 1.2.1 Indicadores estructura demográfica

La pirámide poblacional de Engativá, se muestra regresiva con una marcada reducción en los menores de 20 años, contrastando con el incremento de los mayores de 45 años entre el 2005 y el 2016. Es así como en 2016 el número de menores cinco años por cada 100 mujeres en edad fértil se redujo un 7,4 % con respecto al 2005, de esta forma, en el último año hay 19 mayores de 65 años más, por cada 100 menores de 15 años, comparado con el 2005 (2) (Figura 1).

**Figura 1. Pirámide poblacional e indicadores demográficos, localidad de Engativá, 2005 a 2016**



Fuente: Proyecciones poblacionales DANE 2005 a 2020

Comparado con los indicadores Distritales, la principal diferencia estuvo en la razón de niños mujer, mostrando que en la localidad por cada 100 mujeres en edad reproductiva hay 3 niños menos que en Bogotá; los demás indicadores no muestran una variación significativa.

En cuanto a la agrupación por cursos de vida, en el 2016 el 61,9 % de la población eran jóvenes y adultos, mientras que por cada 100 menores de 18 años había 54,3 personas mayores de 60 años (2). Esta distribución concuerda con el envejecimiento poblacional donde las personas mayores toman protagonismo y la fecundidad se reduce progresivamente (Tabla 1).

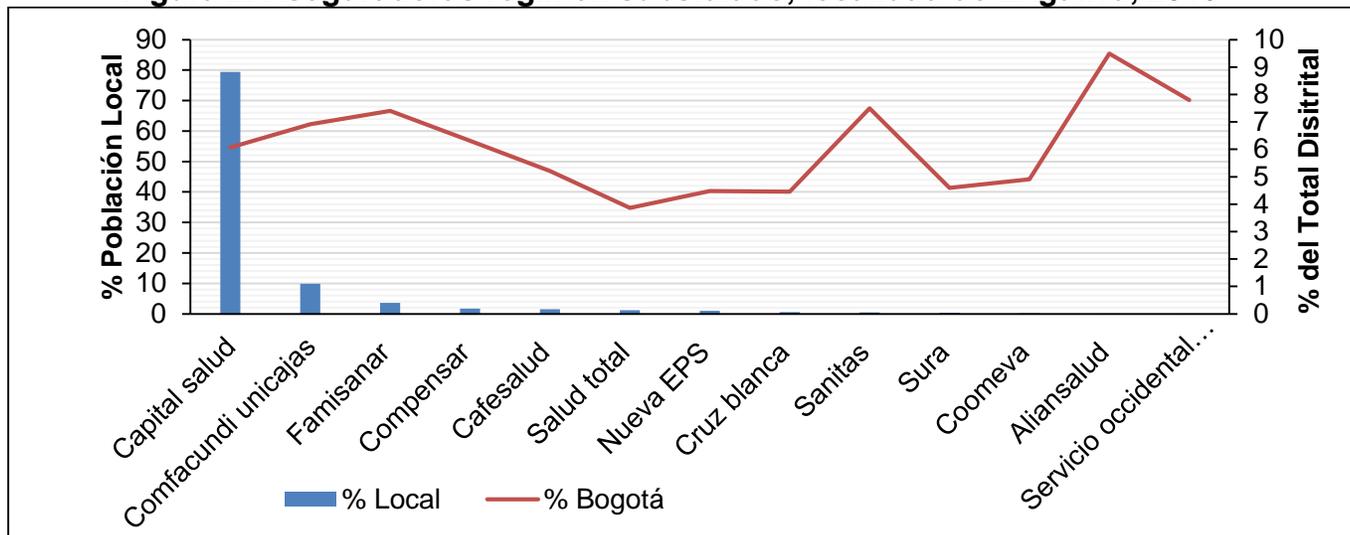
**Tabla 1. Momentos del Curso de Vida, localidad de Engativá, 2016**

Cursos de vida	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Primera infancia (0 a 5)	35.728	4,1	33.790	3,9	69.518	8,0
Infancia (6 a 11)	36.435	4,2	34.504	4,0	70.939	8,1
Adolescencia (12 a 17)	38.139	4,4	36.899	4,2	75.038	8,6
Juventud (18 a 28 años)	76.226	8,7	74.960	8,6	151.186	17,3
Adultez (29 a 59 años)	182.952	21,0	206.504	23,6	389.456	44,6
Vejez (60 y más años)	49.782	5,7	67.324	7,7	117.106	13,4
<b>Total</b>	<b>419.262</b>	<b>48,0</b>	<b>453.981</b>	<b>52,0</b>	<b>873.243</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Proyecciones poblacionales DANE 2005 - 2020

Respecto al aseguramiento, en Engativá el 85 % (742.648) de los habitantes se encuentran afiliados al régimen contributivo, 8,1 % (71.070) son subsidiados y 3,5 % (30.564) pertenecen a régimen de excepción. La población pobre no asegurada encuestada por el Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN) es de 0,6 % (4.988) donde el 0,1 % (1.201) es población no afiliable a régimen subsidiado debido al puntaje obtenido. Capital Salud tiene el 79,4 % de la población subsidiada en la localidad; sin embargo, Aliansalud concentra en Engativá el 9,5 % de sus afiliados del Distrito (3,4) (Figura 2).

**Figura 2. Aseguradoras régimen subsidiado, localidad de Engativá, 2016**

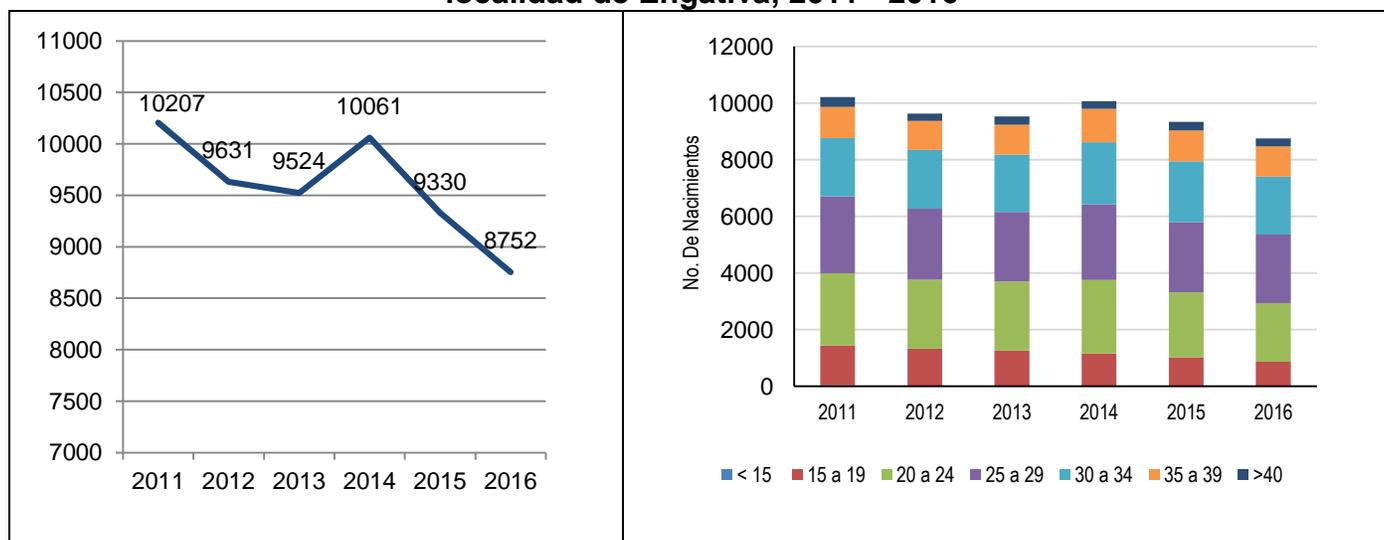


Fuente: Subsidiado BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2016/SDS

### 1.2.2 Indicadores dinámica demográfica 2016

En la localidad, para el 2016 se presentaron 8.752 nacimientos, mostrando una reducción del 17,1 % comparado con el 2011. El 74,8 % de los nacimientos ocurrieron en madres entre 20 y 34 años (promedio 27,6 años); el 9,9 % fueron madres adolescentes (10 a 19 años) (5) (Figura 3).

**Figura 3. Total nacimientos y distribución según grupos de edad de la madre, localidad de Engativá, 2011 - 2016**



Fuente: Certificado de nacido vivo- Base de datos DANE-RUAF\_ND/SDS. Sistema de estadísticas vitales SDS; datos 2011 - 2014 oficiales, 2015 y 2016 preliminar.

Respecto a los indicadores de dinámica demográfica del 2016, se presentaron 10 nacimientos por cada 1.000 habitantes, estimando una reducción del 17,2 % comparado con el 2011; frente a las muertes, en el 2015 hubo 3,7 decesos por cada 1.000 habitantes alcanzando una reducción del 0,05 % con relación al 2011; en este sentido, para el 2015 por cada 1.000 habitantes hubo siete nacimientos más que muertes. Respecto a la fecundidad, en 2016 en promedio cada mujer tuvo 1,2 hijos y por cada 1.000 mujeres en edad fértil, hubo 29 nacimientos, estimando así una reducción del 12,1 % y 13,5 % comparado con el 2011 respectivamente (5) (Tabla 2).

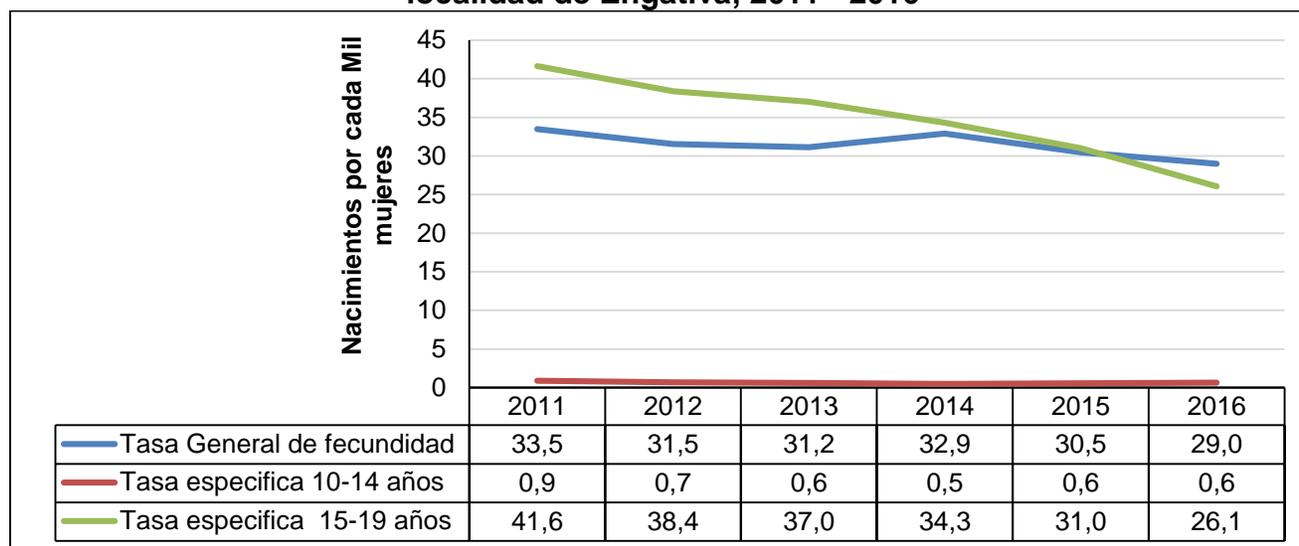
**Tabla 2. Indicadores de dinámica demográfica, localidad de Engativá, 2011 - 2016**

Indicadores	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Tasa bruta de natalidad	12,1	11,3	11,1	11,6	10,7	10
Tasa bruta de mortalidad	3,7	3,8	3,6	3,6	3,7	ND
Tasa de crecimiento natural	8,4	7,6	7,5	8	7	ND
Tasa global de fecundidad	1,4	1,3	1,3	1,4	1,3	1,2
Tasa general de fecundidad	33,5	31,5	31,2	32,9	30,5	29
Tasa específica de fecundidad en mujeres entre 10-14 años	0,9	0,7	0,6	0,5	0,6	0,6
Tasa específica de fecundidad en mujeres entre 15-19 años	41,6	38,4	37	34,3	31	26,1

Fuente: Proyecciones poblacionales DANE 2005 - 2020; certificado de nacido vivo, base de datos DANE-RUAF\_ND/SDS; sistema de estadísticas vitales SDS; datos oficiales 2011 - 2015, preliminar 2016.

En cuanto a las tasas específicas de fecundidad en adolescentes, se observa un comportamiento decreciente para el periodo 2011 a 2016 alcanzando una reducción del 27,1 % en las menores de 15 años y del 37,3 % entre 15 y 19 años (5) (Figura 4).

**Figura 4. Tasa general y específica de fecundidad en adolescentes, localidad de Engativá, 2011 - 2016**



Fuente: Proyecciones poblacionales DANE 2005 - 2020; certificado de nacido vivo, base de datos DANE-RUAF\_ND/SDS; sistema de estadísticas vitales SDS; datos oficiales 2011 - 2015, preliminar 2016.

Para el grupo de 10 a 14 años se presentaron 19 nacimientos en 2016, alcanzado una reducción del 9,5 % comparado con el 2012. Según el aseguramiento, el 94,7 % de los embarazos fueron del régimen contributivo y subsidiado, incrementándose al compararlo con la proporción del 2012. Para el nivel educativo, la mayor proporción estuvo en básica secundaria, con tendencia al incremento, mientras que la básica primaria se redujo y la media académica se mantuvo estable. Frente al estado civil, el 89,5 % eran solteras, incrementando su proporción comparado con el 2012. Del total de nacimientos el 10,5 % presentaron bajo peso al nacer, todos los productos fueron a término y la mayor proporción de partos ocurrió de forma espontánea (5) (Tabla 2).

**Tabla 3. Características embarazo en menores de 15 años, localidad de Engativá, 2012 - 2016**

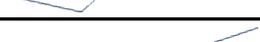
Variable		2016		Tendencia 2012 a 2016	% Δ 2012 y
		n	%		
Aseguramiento	Contributivo	9	47.4		24.3
	Subsidiado	9	47.4		24.3
	Excepción	1	5.3		-44.7
	No asegurado	0	0.0		-100.0
Nivel Educativo	Preescolar	0	0.0		0.0
	Básica Primaria	1	5.3		-72.4
	Básica Secundaria	18	94.7		17.0
	Media Académica o clásica	0	0.0		0.0
Estado Conyugal	No está casada y lleva dos años o más viviendo con su pareja	1	5.3		-44.7
	No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja	1	5.3		-77.9
	Está soltera	17	89.5		34.2
Peso al Nacer	Muy bajo (1000 -1499)	0	0.0		0.0
	Bajo (1500 -2499)	2	10.5		10.5
	Deficit (2500 -2999)	6	31.6		-26.3
	Normal (3000-4199)	11	57.9		21.6
Tipo de Parto	Espontáneo	11	57.9		1.3
	Cesarea	8	42.1		10.5
	Instrumentado	0	0.0		-100.0
Semanas de Gestación	Pretermino	0	0.0		-100.0
	A término	19	100.0		16.7
Tendencia No. De Casos		19			-9.5

\*Verde: % de reducción; Amarillo: Estable; Rojo: % de Incremento.

Fuente: Proyecciones poblacionales DANE 2005 - 2020; certificado de nacido vivo, base de datos DANE-RUAF\_ND/SDS; sistema de estadísticas vitales SDS; datos oficiales 2011 - 2015, preliminar 2016

Para el grupo de 15 a 19 años se presentaron 845 nacimientos en 2016, alcanzado una reducción del 34,9 % comparado con el 2012. Según el aseguramiento, el 93,6 % de los embarazos fueron de régimen contributivo y subsidiado, sin embargo, el mayor incremento estuvo en el régimen de excepción. Para el nivel educativo, la mayor proporción (84,5 %) estuvo en básica secundaria y media académica, con tendencia a la reducción, mientras que la media técnica y técnica profesional mostraron el mayor incremento comparado con el 2012. Frente al estado civil, el 58,8 % tienen pareja, donde las casadas mostraron el mayor incremento. Del total de nacimientos el 12,4 % presentaron bajo peso al nacer, 86,6 % de los productos fueron a término y la mayor proporción de partos ocurrió de forma espontánea (5) (tabla 4)

**Tabla 4. Características embarazo en adolescentes de 15 -19 años, localidad de Engativá, 2012 - 2016**

Variable	2016		Tendencia 2012 a 2016	%Δ 2012 y	
	n	%			
Aseguramiento	Contributivo	567	67.1		9.4
	Subsidiado	224	26.5		32.3
	Excepción	29	3.4		43.7
	Especial	0	0.0		-100.0
	No asegurado	25	3.0		-81.7
Nivel Educativo	Preescolar	0	0.0		-100.0
	Básica Primaria	48	5.7		39.1
	Básica Secundaria	259	30.7		-3.4
	Media Académica o clásica	455	53.8		-2.2
	Media técnica	14	1.7		19.5
	Técnica profesional	30	3.6		48.7
	Tecnológica	9	1.1		-18.7
	Profesional	20	2.4		-30.2
	Ninguno	0	0.0		0.0
Sin Información	10	1.2		119.4	
Estado Conyugal	años o más viviendo con pareja	210	24.9		6.1
	No está casada. Lleva < de 2 años viviendo con pareja	268	31.7		4.0
	Está separada, divorciada	0	0.0		0.0
	Viuda	0	0.0		-100.0
	Está soltera	338	40.0		100.0
	Está casada	19	2.2		32.7
	Sin información	10	1.2		156.0
Peso al Nacer	Extrabajo (0 -999)	4	0.5		-38.6
	Muy bajo (1000 -1499)	7	0.8		-2.2
	Bajo (1500 -2499)	94	11.1		-14.6
	Deficit (2500 -2999)	305	36.1		-3.0
	Normal (3000-4199)	433	51.2		6.6
	Exceso (4200 -9998)	2	0.2		100.0
	Sin Dato	0	0.0		-100.0
Tipo de Parto	Espontáneo	572	67.7		1.0
	Cesarea	252	29.8		2.7
	Instrumentado	21	2.5		-36.7
Semanas de Gestación	Pretermino	96	11.4		11.7
	A término	749	88.6		-1.3
	Sin Información	0	0.0		0.0
Tendencia No. De Casos		845			-34.9

\*Verde: % de reducción; Amarillo: Estable; Rojo: % de Incremento.

Fuente: Proyecciones poblacionales DANE 2005 - 2020; certificado de nacido vivo, base de datos DANE-RUAF\_ND/SDS; sistema de estadísticas vitales SDS; datos oficiales 2011 - 2015, preliminar 2016.

### 1.3 Conclusiones

La localidad de Engativá cuenta con un componente hídrico importante determinado por tres humedales y la ronda del río Bogotá, sin embargo, dada la informalidad de los asentamientos humanos próximos a estos, que se suma a la contaminación por inadecuada disposición de residuos sólidos y vertimientos, se han convertido en fuente de malos olores, vectores plaga y un riesgo para la salud y calidad de vida de los habitantes de las UPZ Engativá, Garcés Navas y Minuto de Dios.

La distribución poblacional de la localidad muestra un crecimiento importante de las personas económicamente activas, quienes soportan el sustento de la población infantil principalmente, como se observa en las UPZ Engativá, Minuto de Dios y Garcés Navas. Esto constituye una oportunidad para mejorar las condiciones socioeconómicas de la población, sin embargo, para lograrlo se hace necesario incentivar la formación académica para el desarrollo de capacidades y ampliar la oferta laboral.

La dinámica demográfica de la localidad está acorde con el proceso de envejecimiento poblacional, donde la participación de la mujer en actividades económicas ha llevado a postergar la reproducción con la consecuente reducción de la fecundidad. No obstante, es relevante el comportamiento de los nacimientos en los adolescentes que decrece en la edad de 15 a 19 años mientras que en las menores de 15 años se mantiene constante en el tiempo.

## 2. CAPÍTULO II. ANÁLISIS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

La forma de analizar y comprender las condiciones de vida de las personas en el Distrito Capital ha sido por medio del modelo de determinantes sociales de la salud que, orientando el paradigma explicativo de los diversos procesos de salud-enfermedad en las comunidades, reconoce la naturaleza social de la salud entendiéndola como un hecho de orden biológico que sucede en el ámbito individual pero también como un resultado de complejas y cambiantes relaciones e interacciones entre la persona y su entorno (6).

Por lo anterior, se define que los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud (7); es decir, las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar. Hacen referencia tanto a las características del contexto social que ejerce influencia en salud como de las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios.

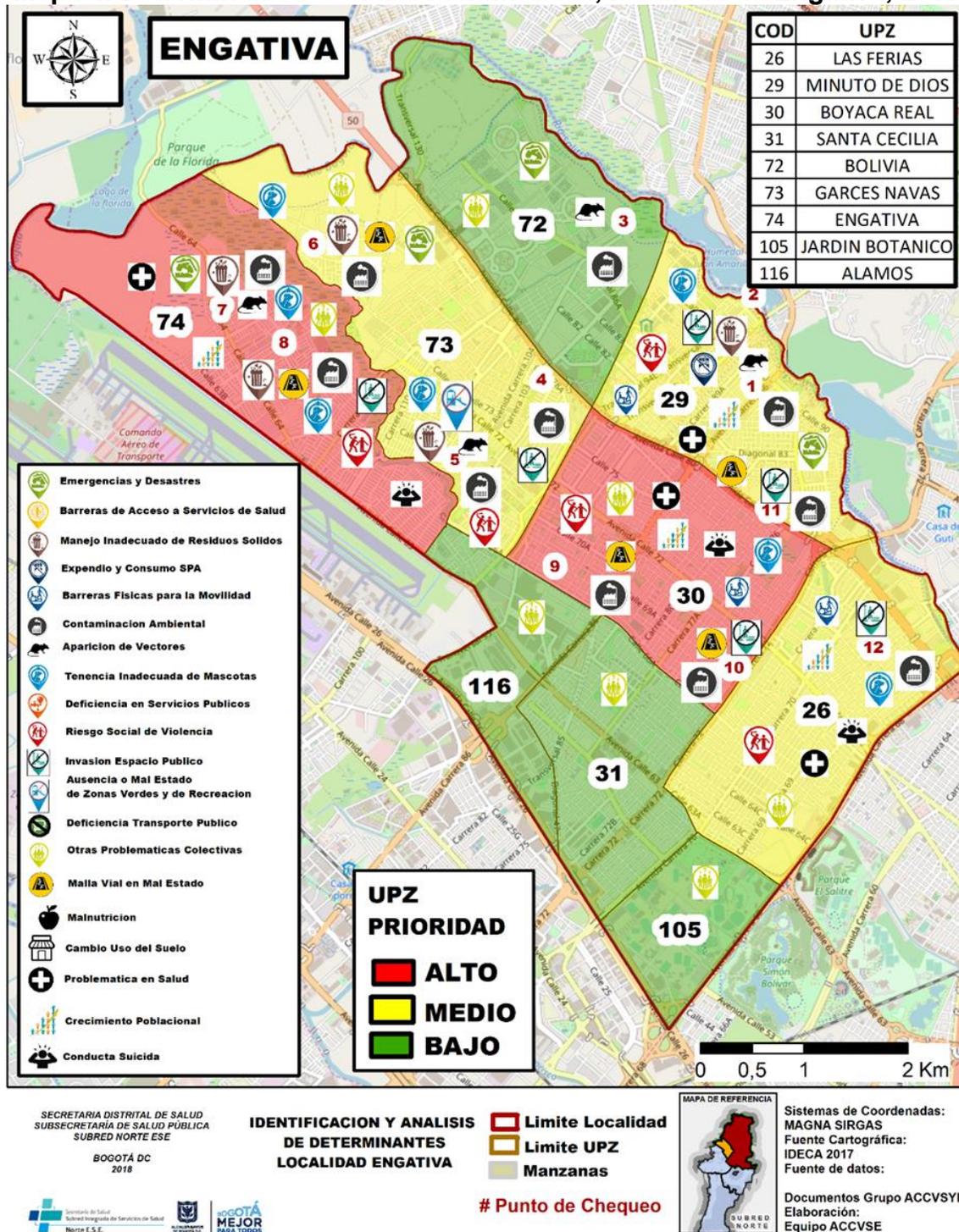
De esta manera, el modelo aplicado al escenario local intenta generar una aproximación a las realidades sociales en diferentes momentos: por un lado, los factores contextuales que afectan la salud como la organización social y poblacional de las comunidades (determinantes estructurales); en un segundo momento, el ejercicio considera aspectos principales como la jerarquía social, la cultura, valores y normas sociales, sistema educativo, laboral, de salud, ámbitos familiares, entre otros (determinante intermedios); y finalmente, a nivel personal se analiza la posición socioeconómica, la edad, el sexo, empleo, profesión, ingresos, género, raza/etnia, factores biológicos (determinantes proximales). (6).

El modelo de determinantes sociales de la salud usado en este documento intenta generar una aproximación a las realidades sociales de las personas habitantes de la localidad, junto con el propósito ético de identificar brechas de desigualdad e inequidad. Sin embargo, este capítulo guarda coherencia con la estrategia PASE (Dimensiones del desarrollo: Poblacional, Ambiental, Social y Económico) del PDSP, por lo cual se constituye en un elemento de insumo para el desarrollo de la estrategia en la tarea de realizar lecturas pertinentes de los procesos de salud-enfermedad (Ver anexo matriz de determinantes).

Finalmente, se entiende que el siguiente capítulo hace énfasis en los contextos socio-económicos y políticos que generan estratificación, división social, clases sociales, los cuales definen los lugares y jerarquías, es decir, la estructura social de la localidad que se transforman

en determinantes de la salud, mediante una conjugación PASE al desarrollo que logra identifica necesidades y prioridades en cada aspecto local (Mapa 4).

Mapa 4. Determinantes sociales identificados, localidad de Engativá, 2017



Fuente: Recorrido rápido local. Equipo ACCVSyE 2017.

## 2.1 Dimensión poblacional

La localidad de Engativá surge de una composición principalmente de propiedades agrarias, que promueven la configuración de barrios como las Ferias y el Real como núcleos habitacionales para las poblaciones campesinas que habitaban la zona. Si bien se desarrollaron asentamientos legales por autoconstrucción, para alojar familias de empleados públicos, trabajadores asalariados de empresas privadas y migrantes recientes, también consolidó una moderna zona industrial, elemento que promovió el asentamiento ilegal (UPZ Engativá) con características de vulnerabilidad y segregación presente en la actualidad. Pese al aumento de la cobertura en los servicios públicos y a la construcción de los diferentes equipamientos, en la localidad prevalece una concentración de los servicios en las UPZ Boyacá Real y Ferias.

La localidad de Engativá ha presentado cambios en su dinámica poblacional; en la actualidad su población es mayormente adulta, lo cual genera un aumento en la demanda de servicios y productos necesarios para este curso de vida. Si bien este incremento de la población productiva puede ser un factor protector, la falta de oferta laboral formal para la mayoría de esta población se convierte en un deteriorante de las condiciones de calidad de vida y salud (8). Cuando pasa esto, se generan problemáticas que se pretenden evidenciar a continuación.

La dinámica poblacional de la localidad de Engativá muestra una marcada reducción en los menores de 20 años, contrastando con el incremento de los mayores de 45 años entre el 2005 y el 2014; este comportamiento evidencia el proceso de envejecimiento de la población donde el número de menores de 5 años por cada 100 mujeres en edad fértil se redujo un 7,4 % con respecto a 2005 y existen 19 mayores de 65 años más, por cada 100 menores de 15 años, comparado con 2014, respectivamente (9).

La mayor parte de la población se concentra en las UPZ Engativá y Garcés Navas, que por sus condiciones favorece aspectos determinantes en la calidad de vida de los residentes. Estas UPZ, igualmente son receptoras de población migrante y desplazada: según lo reportado por la Encuesta Multipropósito 2014, la población migrante llega en búsqueda del mejoramiento en la vivienda. De acuerdo con el Sistema de Información para los Derechos de las Víctimas – SIVIC de la Alta Consejería Distrital para los Derechos de las Víctimas la Paz y la

Reconciliación, al 30 de septiembre de 2014 se habían atendido 9.672 personas que informaron encontrarse viviendo en Engativá, con mayor presencia en las UPZ Engativá (32,8 %) (9).

Las UPZ Boyacá Real, Engativá, Ferias, Minuto de Dios y Garcés Navas, son las de mayor densidad poblacional de la localidad de Engativá; y concentran el 55 % de las personas mayores de 65 años. El engrosamiento de la población adulta ejerce problemáticas de carácter de oportunidades laborales para esta parte de la población, es decir, entre más adultos, más ofertas de trabajo deben existir para abarcar dicha población en aumento. Al igual que el mejoramiento de los sistemas de transporte por donde transitarán desde sus casas hasta los lugares de trabajo.

## 2.2 Dimensión ambiental

Las características ambientales de la localidad son consecuencia de la interacción de tres factores. Inicialmente, la constitución histórica de los barrios que componen la localidad, donde se evidencian contrastes frente su organización y planeación, constituyendo uno de los determinantes asociados con problemáticas actuales de movilidad y de acceso a los servicios sociales, esto se evidencia con más claridad en la UPZ Engativá y Boyacá Real. El segundo aspecto son las características hidrológicas y del suelo de la localidad, con alta probabilidad de hundimiento e inundación, especialmente en las rondas de los humedales. El tercer aspecto lo constituye la falta de pertenencia por el territorio en habitantes de la localidad, donde el cuidado del entorno no es considerado primordial pese al evidente riesgo que esto conlleva en la presentación de enfermedades. Es así como en la actualidad la localidad cuenta con el área de humedales más grandes de la ciudad, sin embargo, la acumulación de basuras en los cuerpos de agua puede estar, generando proliferación de olores y vectores plaga, factores que se agudiza en las UPZ Engativá, Garcés Navas, y Minuto de Dios, donde vive la población más vulnerable en materia económica de la localidad.

Así mismo, el aumento de personas adultas, inevitablemente representa un incremento en la movilidad, trayendo con esto accidentes en las vías de la localidad. El 44 % de los accidentes asociados a la movilidad ocurrieron en automóvil, 28 % con camión o camioneta y 14 % en

Bus o Busetas; es importante resaltar que el 2 % de los accidentes se relacionaron con el uso de la bicicleta. La cifra que corresponde a la localidad es de 15,2 % de los accidentes ocurridos en la Subred Norte. El cruce con más eventos de accidentalidad es la Calle 80 con Avenida Boyacá (10). Si bien la accidentalidad en la localidad no es una de las más altas dentro de las localidades que componen la Subred Norte, se debe prestar atención en la accidentalidad de los ciclistas, pues la falta de prudencia y desconocimiento de las normas de tránsito, tanto de conductores de vehículos como de ciclistas, aumentan el riesgo de accidentalidad en la localidad, según los recorridos rápidos y el dialogo con la comunidad.

A partir del número de personas por UPZ y del crecimiento específico de la población adulta en la localidad, el número de autos, bicicletas y motos por persona, aumentan las posibilidades de presentar o sufrir discapacidades (11). El tiempo de viaje de las personas que se desplazan desde la localidad a otras partes de la ciudad en el 2013, se clasificó como media, y donde solo en la UPZ Garcés Navas se estableció como muy alta, contrastando con Minuto de Dios que tuvo la más baja movilidad de la localidad. De igual forma, el promedio de velocidad en las vías principales de la localidad estuvo en 10,4 Km/h, con variaciones en la Avenida Calle 80 y Ciudad de Cali que tuvieron el mayor registro (14 Km/h) (10).

Otro aspecto importante que se debe tener en cuenta cuando la población adulta crece, es la capacidad de terrenos aptos para la construcción de nuevos espacios habitacionales. Sin embargo, esto se dificulta, ya que la zona “construible” presente altos riesgos ambientales como inundaciones. Las zonas más propensas a estos riesgos ambientales se encuentran en la UPZ Engativá y los barrios aledaños al aeropuerto El Dorado, barrios donde se evidencia hacinamiento y falta de planeación en el desarrollo urbanístico.

La localidad tiene una extensión aproximada de 224,7 Ha, identificadas con riesgo alto de inundación, estas zonas se ubican en la parte Occidental de Engativá, sobre la margen derecha del río Bogotá (en dirección Sur-Norte) con vinculación del territorio que hace parte del humedal Jaboque en su parte central, impactando en las UPZ Engativá y Garcés Navas. Adicionalmente se identifica como zona de riesgo el límite Norte de la localidad bordeado por el Humedal Juan Amarillo y prolongándose aproximadamente por 8,2 Ha después de este, con dirección al

Oriente (12). Lo anterior implica no solo un limitante para la ampliación de la zona de construcciones nuevas, sino altos riesgos de inundación en temporadas invernales.

A partir de los recorridos rápidos realizados, se identificó que existe un cambio en el uso del suelo junto a una nueva urbanización, transformando la forma arquitectónica tradicional de varios lugares, cuyas viviendas se han abandonado o deteriorado por la construcción de edificios de gran altura, han sido convertidas en refugios o en sitios de expendio y microtráfico. Esto ha conllevado a su vez, a la falta de pertenencia con el entorno, lo que causa un abandono de parques para la recreación, disminución de zonas verdes y al fomento de construcción de fronteras invisibles entre grupos conflictivos; así mismo, a una marcada densidad demográfica y a un constante flujo de vehículos.

Es así que, aunque el fenómeno es general, es apreciable en magnitud en barrios como los cerezos, molinos del viento, Unir y Villas de Granada, que, a pesar de ser unas zonas residenciales de aspectos tradicional, se han venido transformando en zonas de comercio con procesos de invasión y asentamiento cambiando no solo el hábitat construido sino el ambiente natural de los entornos de los humedales. Así mismo, la urbanización junto al gran flujo migratorio ha conllevado a un deterioro ambiental a causa del mal manejo de residuos sólidos y líquidos.

### 2.3 Dimensión social

Dado el crecimiento de la población adulta en la localidad, del total de hogares a 2014 el 53 % tenía vivienda propia (pagada en su totalidad o en proceso de pago) y el 43 % vivían en arriendo. De igual manera, la demanda de los servicios públicos y su cobertura estaba en el 100 % en acueducto, alcantarillado y recolección de basuras, para el teléfono fijo estaba en el 75,9 % y energía eléctrica el 100 %. Del total de viviendas el 59,68 % presentaron algún problema en la estructura, siendo la humedad y las grietas en pisos, paredes o techos la más frecuente. En relación con el entorno de las viviendas, el 52,7 % se ubicaban en cercanías al aeropuerto o a algún terminal de buses y el 78,5 % estaban en cercanías a lotes baldíos, canales de aguas negras o botaderos de basuras (12).

De la misma manera, el aumento de la demanda por los servicios de salud se evidenció en las cifras del 2014 donde el 83,9 % de la población estuvo afiliada al régimen contributivo, siendo una proporción 10 % mayor a la distribución del Distrito (75,9 %). En el régimen subsidiado se registró el 8,4 % de la población local, que equivale a cerca de la mitad de la proporción estimada para Bogotá (16,8 %). En excepción estuvo el 4,2 % y los no afiliados representaron 3,5 % sin diferencias significativas frente a la distribución Distrital (12).

Y en materia educativa, en relación a la educación pre-escolar, básica y media, se muestra en términos generales una reducción progresiva de las tasas que puede ser atribuida al proceso de transición demográfica, donde la demanda educativa entre los 5 a 16 años tiende a reducirse mientras que la demanda a los niveles superiores (en jóvenes y adultos) se incrementa. Pese a lo anterior, es importante, la reducción entre la tasa de la básica secundaria (grados sexto a noveno) y la media vocacional (grados decimo y once) que puede atribuirse a la deserción escolar consecuencia de situaciones como el trabajo informal o embarazo adolescente (12).

Por otra parte, las opciones de esparcimiento y de zonas verdes en la localidad son diversas, sin embargo, además de ser un cumulo de equipamientos recreativos de aglomeración de ocio y socialización ciudadana, han conllevado a un riesgo de inseguridad y riñas por presencia de población flotante en el espacio público. Al generarse ciertos eventos masivos que atrae gran parte de la población de la ciudad, los migrantes de otras localidades efectúan un impacto en las zonas residenciales aledañas debido al consumo de SPA, hurtos, violencias y vandalismo hacia las viviendas y elementos del espacio público (señalizaciones, utensilios, letreros). Esto se debe a que culturalmente no hay sentido de pertenencia y de respeto hacia las zonas de esparcimiento y a que la planeación y ordenamiento del territorio no tuvo en cuenta el desbordamiento de población a los barrios residenciales aledaños en las UPZ Engativá, Bolivia y Boyacá Real, de las cuales buscan un beneficio por el trabajo informal (12).

Pero sin duda la violencia y la percepción de inseguridad en el espacio público no son la única representación de las violencias en la localidad. Se presenta un incremento en la incidencia de las violencias en contextos de situaciones económicas menos aventajadas y con características en la composición familiar compartidas (familias fragmentadas, adolescentes,

jóvenes y adultos inmersos en la comercialización de sustancias psicoactivas). Esta situación se viene presentando desde hace más de una década, con tendencia al aumento de las violencias (10). El comportamiento violento puede clasificarse dentro de los determinantes proximales que afectan la conducta y estilo de vida del individuo; así mismo, los determinantes intermedios como la composición familiar desfragmentada y la pobreza, son consecuencia directa e indirectamente de políticas distributivas desiguales en los salarios y de las pocas oportunidades laborales y educativas a las que tienen acceso los individuos. Este fenómeno se localiza en general en toda la localidad, con mayor énfasis en términos socioeconómicos en las UPZ Engativá y Boyacá Real.

Los determinantes proximales del individuo, es decir los estilos de vida de una persona, se convierten en un factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas cuando estos no son saludables. En la localidad, los modernos estilos de vida, los cuales se caracterizan por la multiplicidad de actividades, el afán regido por dinámicas laborales donde no se destina tiempo para la actividad física, el manejo inadecuado del estrés y la preparación de alimentos de alto contenido nutricional, llevan a asumir conductas desfavorables para la salud como el sedentarismo y una alimentación basada en el alto consumo de grasas, carbohidratos y azúcares. Estas dinámicas suelen reproducirse en la población que se ubica dentro de las UPZ Bolivia, Álamos y Santa Cecilia, población caracterizada por tener condiciones económicas favorables, en comparación con UPZ como Boyacá Real y Engativá. Sumado a lo anterior, y a partir del Diagnóstico de Salud para las y los trabajadores del sector informal de 2016, se tienen los aspectos culturales de otras regiones relacionados con la alimentación y los patrones adquiridos desde la infancia donde se imparten estos estilos de vida.

A partir del ejercicio resultado de la estrategia de abordaje territorial -EAT, la comunidad identificó una serie de situaciones problema en tres aspectos sociales de gran pertinencia en la agenda local: seguridad, violencias y consumo; contextos recurrentes en las UPZ Minuto de Dios, Ferias, Boyacá Real, a través de problemáticas como las siguientes: Inadecuado manejo de residuos sólidos en puntos críticos y Humedales Juan Amarillo y Jaboque, Inseguridad acentuadas con hurto de vehículos y microtráfico, Problemáticas de movilidad por el poco acceso en las vías, Baja cobertura de Secretaría de Integración Social, para la asignación de ayudas socio económicas a población de la localidad, Indicadores de Mortalidad y Morbilidad

en salud y condiciones de salud que se afectan a nivel local teniendo en cuenta el contexto, Baja cobertura de Instituto de Recreación y Deporte en relación a la demanda de actividades del tiempo libre que requieren niños y jóvenes a nivel local y Desde sector Educación se evidencia continuidad en el consumo de sustancia psicoactivas y zonas inseguras cerca a instituciones educativas.

## 2.4 Dimensión económica

Según la encuesta multipropósito 2014, la localidad de Engativá tuvo un incremento de 2,1 puntos porcentuales en la tasa de ocupación con respecto al 2011 llegando al 59,9 % con aproximadamente 437.000 personas ocupadas para este año, siendo las mujeres las más influyentes para este incremento, quienes alcanzaron una tasa de 52,9 %, llegando al 4º puesto entre las localidades, sin embargo, la ocupación sigue siendo más significativa en hombres (65,1 %) (13).

Por otro lado, la tasa local de desempleo estuvo en 9 %, superior en 0,4 % a la del distrito y ocupando el octavo lugar entre las 20 localidades, con mayor afectación en mujeres (11,7 %) (13). El comportamiento del desempleo, puede ser atribuible al crecimiento demográfico y de la población económicamente activa, que, sumado la fluctuación en la actividad económica, la desestimulación en la creación de empleos y el racionamiento de los mismos, pueden estar determinando la presencia de la informalidad en el 38,9% de los ocupados de la localidad, cifra que presenta una disminución de 2,5 puntos porcentuales con respecto a 2011. Los sectores que mayor aportan a la economía de los hogares de Engativá son el comercio (24,7 %), los servicios comunales, sociales y personales (24,1 %), las actividades inmobiliarias y empresariales (15,8 %) y el transporte con el 11,7 % de los trabajadores (14).

De acuerdo a lo estimado en la encuesta multipropósito, en la localidad para el 2014 78.641 personas (9 %) estuvieron por debajo de la línea de pobreza monetaria y 28.378 personas en pobreza extrema (3,2 %). Por otra parte, el indicador de pobreza monetaria para el mismo año estuvo en el 1,7 %, mostrando una reducción frente a lo calculado en el 2011 (2,8 %) representado principalmente en los componentes de hacinamiento crítico y alta dependencia

económica. El índice de calidad de vida muestra que el 93,8 % de los hogares de la localidad tienen condiciones favorables (15).

Con el afán de no caer en el círculo de pobreza, la población desempleada ve como una alternativa de ingresos económicos la vinculación o creación de establecimientos donde venden comidas preparadas como almuerzos, desayunos o comidas rápidas. Estos establecimientos, junto con los puestos de comidas callejeros, tienden a tener una mala manipulación de los alimentos, generando enfermedades gastrointestinales para los consumidores de dichos productos. Esto sucede por consecuencia de un bajo control por parte de las instituciones sanitarias, y de un vacío legal que regule con sanciones los restaurantes o puestos de comida rápida callejera. Esto quiere decir, que los determinantes sociales son de carácter intermedio y estructural respectivamente, además de los malos hábitos alimentarios de los individuos que habitan la localidad. A partir de los recorridos rápidos por las diferentes zonas, se identificaron como puntos críticos de comercio informal y venta de alimentos en espacio público las UPZ Engativá, Boyacá Real y Garcés Navas (16).

Por otro lado, el sector informal de los trabajadores, tiene una dinámica en la que los accidentes laborales tienen una relación directa con la enfermedad de origen laboral. Según el Diagnóstico de Salud para las y los trabajadores del sector informal de 2016, Es por esto que de los 310 accidentes investigados, el 100 % de esos accidentes fueron en el trabajo informal. Es el sexo femenino el más afectado tanto en los accidentes laborales como de padecer una enfermedad de origen laboral con el 63,2 % y el 62,5 % respectivamente. La mayoría de los trabajadores informales tienen estudios de secundaria incompleta y completa, siendo el 52 % de la población informal de la localidad, compartiendo los estratos 2 y 3 de la localidad. Las ocupaciones con más participación informal son de vendedor, cocineros y carniceros, los cuales suman 74,8 %. A partir de estas actividades, las lesiones que más se repiten en los trabajadores informales, están relacionadas con las actividades mencionadas anteriormente, siendo las heridas (62,6 %), golpe contusión, aplastamiento (16,5 %) o quemaduras (12,6 %) los accidentes más frecuentes. La parte del cuerpo más comprometidas en los accidentes laborales del sector informal, están concentrados en las manos con un 66,5 % (17).

## 2.5 Conclusiones

La localidad presenta una concentración adulta dentro de su territorio, la cual genera una demanda de servicios que, frente a la limitación de los mismos, generan problemáticas de tipo ambiental, social y económico. Dado estas condiciones socioeconómicas, las problemáticas de la población en materia de salud, por ejemplo, las enfermedades gastrointestinales, pueden evitarse si se realiza un control permanente en los establecimientos dedicados a la venta de alimentos, tanto en la calle como en locales con servicios públicos. Se evidencia la presencia de accidentes en bicicleta, evento que en años anteriores no se registraban. Lo cual debe ponerse la vista en la prevención de este tipo de accidentes.

En las UPZ Engativá y Boyacá Real es donde se presenta la concentración de las mayores problemáticas dentro de la localidad. El riesgo ambiental en estas zonas, con más intensidad en la UPZ Engativá, debe analizarse con total atención institucional, pues el riesgo de inundaciones por el Rio Bogotá, aun con las intervenciones realizadas para mitigar el riesgo de desbordamiento del rio y humedales cercanos, puede afectar la calidad de vida de sus habitantes, calidad de vida que es baja. Por otro lado, la localidad muestra una diversidad en su composición socioeconómica, donde las UPZ Bolivia, Álamos y Santa Cecilia, se muestran como las mejoras zonas, bajo el análisis de los determinantes sociales, con buena calidad de vida.

El tema de la accidentalidad presenta un notable aumento, aún más en lo que concierne a los accidentes relacionados con ciclistas, pues las cifras en la localidad van en aumento. Lo que llama a la institucionalidad a generar estrategias para la concientización de peatones, conductores de vehículos, motos y ciclistas sobre el comportamiento y precauciones que debe tenerse en cuenta para evitar accidentes en las vías de la localidad y en cualquier vía distrital.

Por último, es importante enfatizar que la localidad de Engativá cuenta con buena oferta de equipamientos como parques y zonas verdes de entretenimiento y esparcimiento familiar. Sin embargo, la percepción de inseguridad en dichos espacios públicos, disminuye la utilización de los mismos, lo cual elimina una alternativa para la realización de actividad física, por ejemplo, para la población con enfermedades crónicas. Esta situación se analizará con mayor profundidad en el capítulo 5 y 6 del presente documento.

### 3. CAPÍTULO III. MORTALIDAD Y MORBILIDAD

El presente apartado muestra el resultado del análisis de la mortalidad y morbilidad de la localidad de Teusaquillo. Para el caso de mortalidad se presenta el análisis por grandes causas y subgrupos de los años 2012 a 2014, que corresponde a la agrupación 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud; finalmente se muestra el comportamiento de la mortalidad evitable la cual se analiza en términos de diferencias relativas con relación a los indicadores de Bogotá para el periodo 2009 a 2016.

De igual forma, para la descripción de la morbilidad se presenta la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), junto con los registros de los demás subsistemas de vigilancia epidemiológica de Bogotá del 2016, de acuerdo a las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública.

### **3.1 Mortalidad.**

#### **3.1.1 Mortalidad general por grandes causas 6/67**

Para el año 2014 en Engativá, ocurrieron 3.212 defunciones (370 por cada 100.000 habitantes), el 52,1 % fueron mujeres con una edad promedio de muerte de 67 años. Comparado con el 2012, hubo un incremento del 0,5 % en el número de decesos y reducción del 1,3 % en la tasa cruda de mortalidad (3.197 muertes, 375 por cada 100 000 habitantes) (18). Según sexo y edad, las afecciones del periodo perinatal y las demás enfermedades fueron la principal causa de defunción en menores de 5 años en ambos sexos; de igual forma hubo coincidencia para el grupo de enfermedades del sistema circulatorio, observándose tendencia creciente desde los 25 años en hombres y 35 en mujeres, hasta los 80 años y más. En mujeres, las neoplasias fueron las más representativas principalmente entre los 25 y 74 años. En hombres, entre los 15 y 44 años la mayor proporción de muertes fueron atribuidas a lesiones de causa externa (Figura 5).

**Figura 5. Proporción de muertes según grandes causas, lista 6/67 OPS, por sexo y edad quinquenal, localidad de Engativá, 2014.**



Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

Respecto a las tasas ajustadas de mortalidad por grandes causas, en 2014 las enfermedades del sistema circulatorio y las demás causas fueron las más representativas, mostrando una

reducción del 1,2 % y 3,9 % frente a 2012 respectivamente. Según sexo, la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio se redujo 1,1 % en hombres y 1,2 % en mujeres, mientras que para las demás causas la reducción en hombres fue de 9,0 % y en mujeres se evidenció incremento del 2,5 % con respecto a 2012. Los signos y síntomas mal definidos y las afecciones del periodo perinatal tuvieron la tasa de mortalidad más baja, con reducción de 50,0 % y 18,0 % con respecto a 2012. Según sexo, se incrementó la tasa de mortalidad en mujeres por las demás causas (18) (Tabla 5).

**Tabla 5. Tasas ajustadas de mortalidad según grandes causas y sexo, lista 6/67 OPS. localidad de Engativá, 2012-2014**

Grandes Causas	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia
Enfermedades transmisibles	27,5	26,7	21,0		17,1	15,3	12,7		21,9	20,4	16,2	
Neoplasias	106,7	103,6	102,6		91,4	90,7	89,9		96,5	95,4	94,1	
Enfermedades sistema circulatorio	146,1	149,8	144,5		114,4	107,3	113,0		128,0	125,0	126,4	
Afecciones periodo perinatal	10,0	7,3	7,6		7,8	3,6	7,0		8,9	5,5	7,3	
Causas externas	44,5	39,4	37,8		10,6	9,1	10,0		26,7	23,2	22,9	
Las demás causas	131,4	123,4	119,5		93,9	85,3	96,2		109,3	101,0	105,1	
Signos y síntomas mal definidos	10,7	7,0	5,9		3,9	2,7	1,4		6,8	4,8	3,4	

Punto rojo: dato más alto; Punto verde: dato más bajo.

Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

En comparación con la Subred Norte y las localidades que la integran, para 2014 Engativá comparte la primera causa de mortalidad dentro de este grupo, siendo la tasa de mortalidad por enfermedades circulatorias un 1,6 % inferior al valor de la Subred (125,7 defunciones por cada 100.000 habitantes). Por su parte Chapinero presentó la tasa de mortalidad más alta por esta causa (185,04 defunciones por cada 100.000 habitantes), mientras Suba obtuvo el valor más bajo (107,04 defunciones por cada 100.000 habitantes).

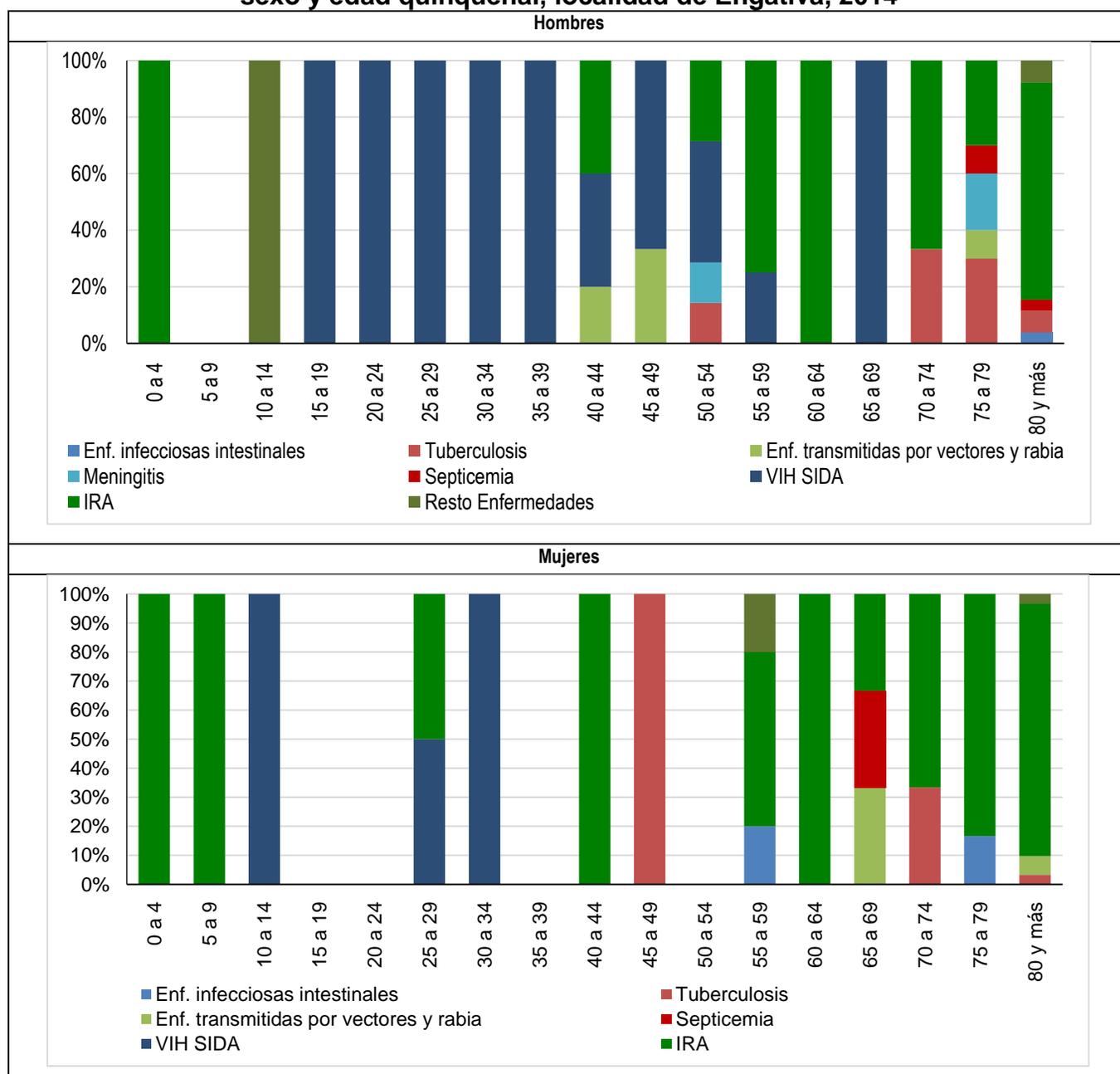
### 3.1.2 Mortalidad por subgrupos según agrupación 6/67

#### Enfermedades transmisibles.

Para el año 2014 en Engativá, ocurrieron 137 muertes por enfermedades transmisibles (15,8 por cada 100.000 habitantes), donde el 54,7 % eran hombres. Con respecto a 2012 se redujo en 20,8 % el número de defunciones y 22,2 % la tasa de mortalidad (18). Según sexo y edad

quinquenal, la infección Respiratoria Aguda - IRA fue la principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres, con mayor afectación en menores de 5 años y de 80 años y más. En hombres, la mortalidad por VIH fue significativamente más alta, principalmente entre los 15 y 54 años, en mujeres la mayor proporción de muertes por esta causa fue entre 25 y 34 años (Figura 6).

**Figura 6. Proporción de muertes por enfermedades transmisibles 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Engativá, 2014**



Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

Las tasas ajustadas de mortalidad por infecciones respiratorias agudas y VIH/SIDA, fueron las causas más representativas, las cuales tuvieron una reducción del 34,6 % y un incremento del 9,7 % comparado con el 2012 respectivamente. Según sexo, en mujeres la causa de mayor incremento en 2014 fue por VIH, mientras que en hombres fue por tuberculosis. En 2014 no se presentaron defunciones por enfermedades inmunoprevenibles y la tasa de mortalidad más baja fue por meningitis, con incremento del 31,5 % con respecto a 2012, presentándose únicamente en hombres (18) (Tabla 6).

**Tabla 6. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades transmisibles según sexo, lista 6/67 OPS, localidad de Engativá, 2012-2014**

Enfermedades Transmisibles	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia
Enfermedades infecciosas intestinales	1,3	0,2	0,3		0,6	1,1	0,4		0,9	0,8	0,3	
Tuberculosis	1,9	2,4	2,1		1,0	0,2	0,6		1,4	1,1	1,2	
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,8	0,0	0,7		0,0	0,7	0,6		0,3	0,4	0,7	
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,0	0,0	0,0		0,3	0,0	0,0		0,1	0,0	0,0	
Meningitis	0,0	0,0	0,8		0,0	0,4	0,0		0,0	0,2	0,3	
Septicemia, excepto neonatal	0,0	1,7	0,7		0,4	0,8	0,2		0,3	1,2	0,4	
Enfermedad por el VIH (SIDA)	4,1	6,4	4,0		0,6	0,2	1,1		2,2	3,1	2,4	
Infecciones respiratorias agudas	18,1	14,7	11,4		13,5	11,1	9,5		15,6	12,6	10,2	
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,3	1,3	1,0		0,6	0,8	0,4		0,9	1,0	0,6	

\*Punto rojo: dato más alto; Punto verde: dato más bajo.

Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

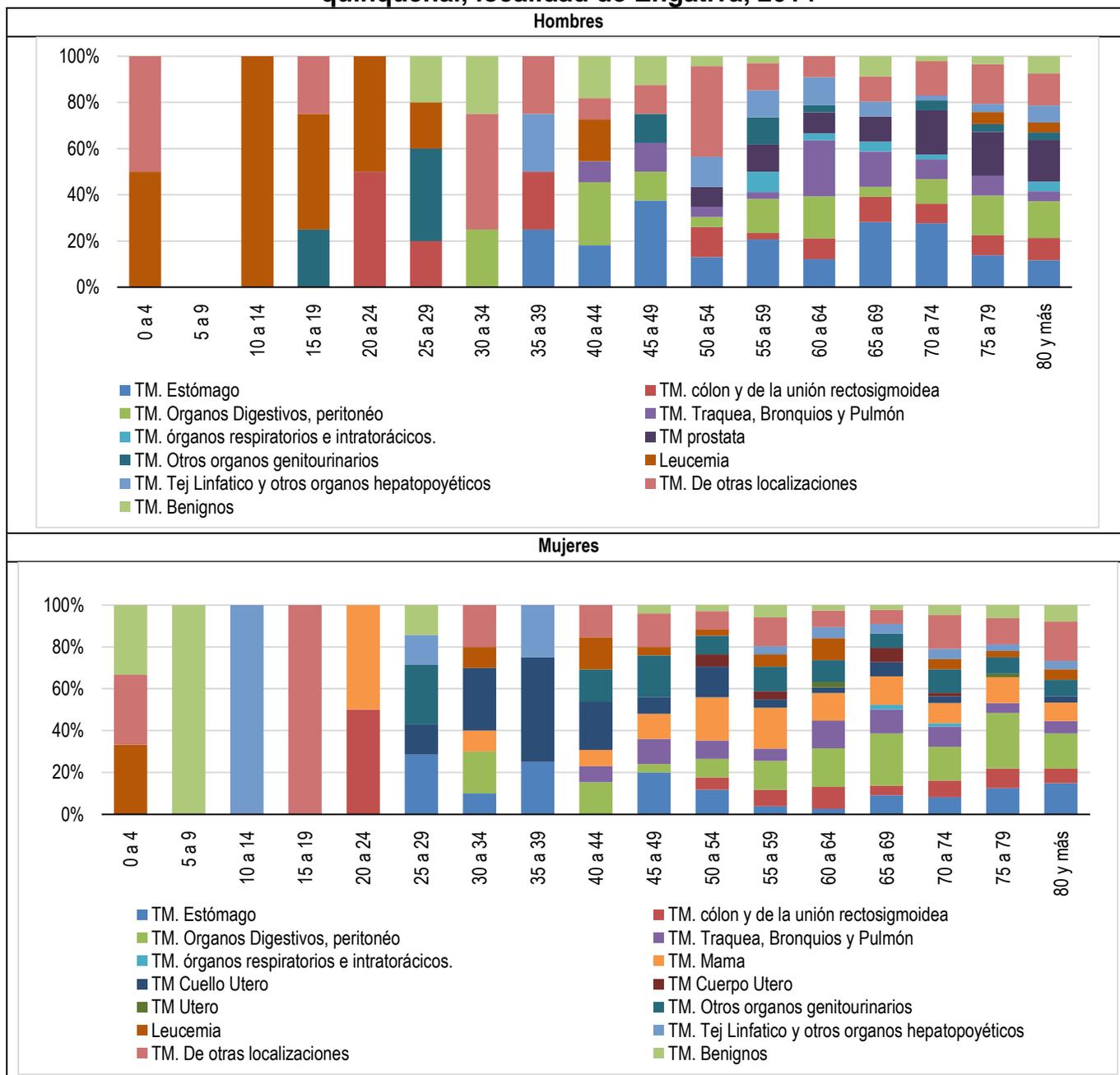
En comparación con la Subred Norte y las localidades que la integran, para 2014 Engativá comparte la primera causa de mortalidad dentro de este grupo, siendo la tasa de mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas un 24,3 % inferior al valor de la Subred (12,8 defunciones por cada 100.000 habitantes), siendo la localidad con la tasa más baja, mientras Chapinero obtuvo la tasa de mortalidad más alta por esta causa (26,9 defunciones por cada 100.000 habitantes).

## Neoplasias

En 2014 para este grupo ocurrieron 841 defunciones (97 por cada 100.000 habitantes) mostrando un incremento del 5,0 % y 3,1 % frente al 2012 respectivamente y siendo más representativo en mujeres (55,2 %) (18). Según sexo y edad quinquenal, el tumor maligno de estómago fue la principal causa de muerte en hombres, a partir de los 65 años; mientras en

las mujeres para los mismos quinquenios, la mayor proporción de defunciones correspondió a tumor de órganos digestivos excepto estómago y colón. En menores de 5 años coincide en hombres y mujeres la proporción de muertes por leucemias y tumores de otras localizaciones (Figura 7).

**Figura 7. Proporción de muertes por neoplasias, lista 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Engativá, 2014**



Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

El tumor maligno de órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon tuvo la tasa de mortalidad más alta, con una reducción del 7,2 % con respecto a 2012 y una mayor afectación en mujeres. La tasa de mortalidad más baja correspondió al tumor maligno de útero, con una reducción del 67,8 % con respecto a 2012 (18) (Tabla 7).

**Tabla 7. Tasas ajustadas de mortalidad por neoplasias según sexo, lista 6/67 OPS, localidad de Engativá, 2012-2014**

Neoplasias	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia
Tm. Del estómago	20,0	15,9	17,1		8,7	10,0	9,5		13,2	12,5	12,7	
Tm. Del colon y de la unión rectosigmoidea	7,9	8,9	9,1		6,9	6,9	6,0		7,3	7,7	7,2	
Tm. De los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	15,7	16,8	13,8		15,0	13,6	14,8		15,4	14,8	14,3	
Tm. De la tráquea, los bronquios y el pulmón	11,0	13,3	8,3		6,0	6,5	6,6		8,0	9,3	7,3	
Tm. De los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	0,6	1,1	3,0		1,4	1,4	0,4		1,0	1,3	1,4	
Tm. De la mama de la mujer	N/A	N/A	N/A		10,7	9,5	10,8		6,1	5,3	6,2	
Tm. Del cuello del útero	N/A	N/A	N/A		3,9	3,7	5,6		2,3	2,1	3,1	
Tm. Del cuerpo del útero	N/A	N/A	N/A		2,5	1,7	1,5		1,4	1,0	0,8	
Tm. Del útero, parte no especificada	N/A	N/A	N/A		1,2	1,2	0,4		0,7	0,7	0,2	
Tm. De la próstata	17,8	12,9	14,8		N/A	N/A	N/A		6,9	5,1	5,9	
Tm. De otros órganos genitourinarios	4,4	3,7	4,2		7,0	8,5	8,6		5,9	6,5	6,7	
Leucemia	4,1	4,5	4,3		4,6	3,6	4,5		4,3	4,0	4,4	
Tm. Del tejido linfático, otros órganos hematopoyéticos y tejidos afines	6,6	6,9	6,6		4,8	7,0	3,8		5,5	7,0	4,9	
Tm. De otras localizaciones y de las no especificadas	14,6	13,6	15,7		12,2	12,2	12,3		13,0	12,8	13,7	
Tumores in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido	3,9	5,9	5,8		6,6	4,9	5,1		5,5	5,3	5,3	

\*Tm: Tumor maligno. Punto rojo: dato más alto; Punto verde: dato más bajo.

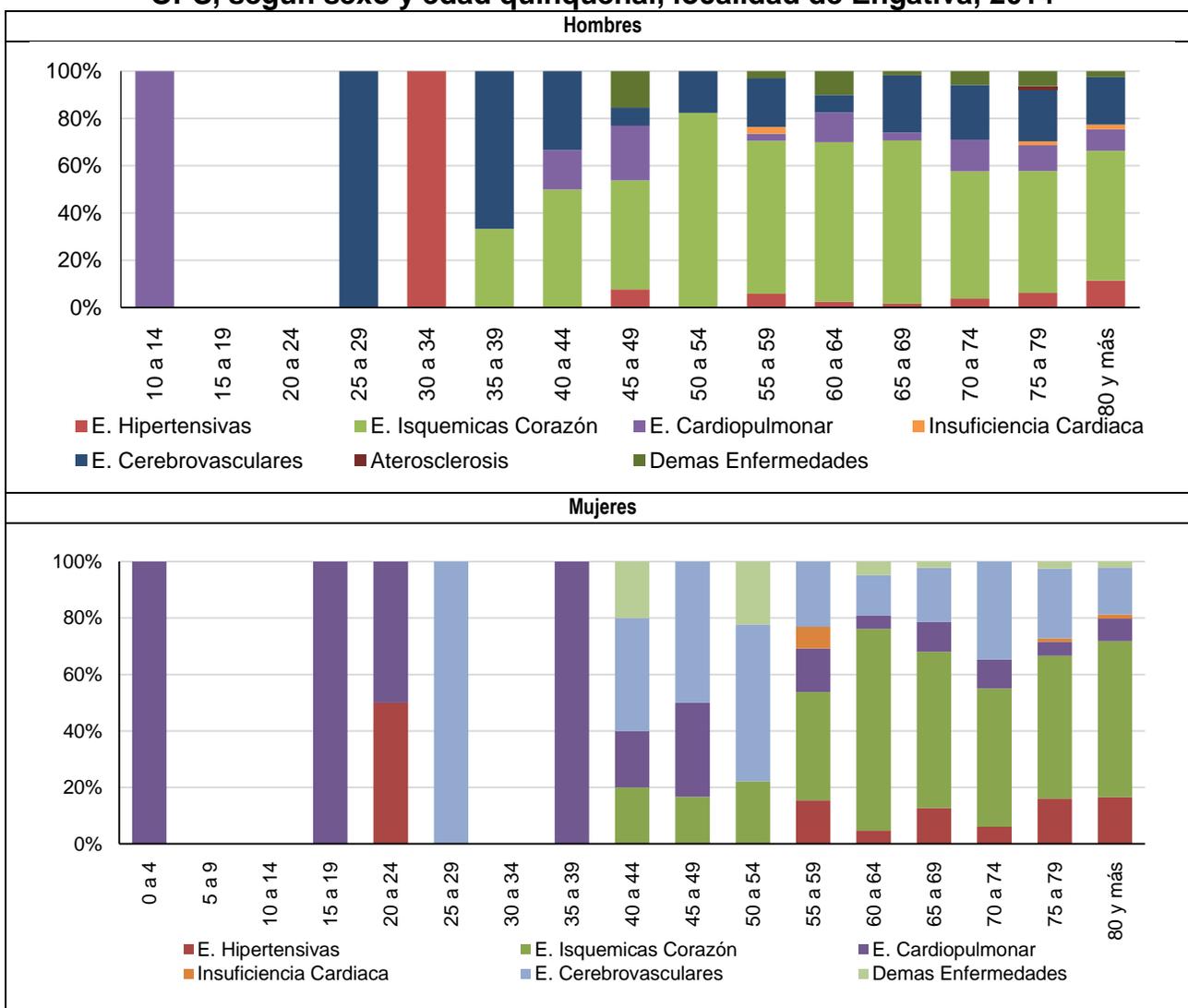
Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

Comparado con la Subred Norte y las localidades que la integran, para 2014 Engativá comparte la primera causa de mortalidad dentro de este grupo (excepto Chapinero), siendo la tasa de mortalidad por tumor maligno de órganos digestivos y peritoneo, excepto estómago y colon un 10 % inferior al valor de la Subred (17,3 defunciones por cada 100.000 habitantes). Por su parte Teusaquillo obtuvo la tasa de mortalidad más alta por esta causa (21,97 defunciones por cada 100.000 habitantes), mientras esta localidad presentó el valor más.

## Enfermedades del sistema circulatorio

Para el año 2014 ocurrieron 1.072 muertes por enfermedades circulatorias (123,7 por cada 100.000 habitantes), mostrando un incremento del 5,9 % en los casos y 4,0 % en la tasa cruda de mortalidad frente al 2012 (18). Según sexo y edad quinquenal, las enfermedades isquémicas del corazón seguidas de las cerebrovasculares fueron la principal causa de muerte en ambos sexos, a partir de los 35 años en hombres y los 40 en mujeres. En menores de 15 años las enfermedades cardiopulmonares fueron las más representativas para ambos sexos. En hombres menores de 10 años no se registraron muertes por esta causa (Figura 8).

**Figura 8. Proporción de muertes por enfermedades del sistema circulatorio, lista 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Engativá, 2014**



Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

La tasa ajustada más alta fue por enfermedades isquémicas del corazón, mostrando un incremento del 4,4 % comparado con el 2012 y constituyendo la principal causa de muerte en hombres y mujeres junto con las enfermedades cerebrovasculares. En contraste, no hubo muertes por la fiebre reumática aguda y el paro cardíaco en 2014 (18) (Tabla 8).

**Tabla 8. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio según sexo, lista 6/67 OPS, localidad de Engativá, 2012-2014**

Sistema Circulatorio	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	0,0	0,0	0,0		0,2	0,6	0,0		0,1	0,4	0,0	
Enfermedades hipertensivas	13,4	13,0	11,4		9,4	13,3	16,2		11,1	13,4	14,4	
Enfermedades isquémicas del corazón	81,9	86,5	82,4		55,0	53,9	59,2		66,3	67,3	69,3	
Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	11,8	10,1	13,5		9,7	8,7	10,2		10,7	9,3	11,5	
Paro cardíaco	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	
Insuficiencia cardíaca	2,2	2,2	1,9		4,1	3,7	1,4		3,4	3,2	1,6	
Enfermedades cerebrovasculares	30,1	31,2	29,4		32,0	23,2	23,3		31,3	26,3	25,7	
Aterosclerosis	0,0	0,0	0,3		0,2	0,2	0,0		0,1	0,1	0,1	
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	6,7	6,9	5,5		3,8	3,7	2,7		5,0	5,0	3,9	

\*Punto rojo: dato más alto; Punto verde: dato más bajo.

Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

Respecto al comportamiento observado en la Subred Norte y las localidades que la integran, para 2014 Engativá comparte la primera causa de mortalidad dentro de este grupo, siendo la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón un 3,3 % superior al valor de la Subred (65,8 defunciones por cada 100.000 habitantes). Por su parte Chapinero obtuvo la tasa de mortalidad más alta por esta causa (100,5 defunciones por cada 100.000 habitantes), mientras Suba presentó el valor más bajo (53,3 defunciones por cada 100.000 habitantes).

### Afecciones del periodo perinatal

Para el año 2014 en Engativá, ocurrieron 49 muertes relacionadas con afecciones del periodo perinatal (5,7 muertes por cada 100.000 habitantes) mostrando una reducción del 18,3 % en los casos y 19,8 % en la tasa cruda de mortalidad comparado con el 2012 (18). En este grupo, por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, fue la principal causa de muerte coincidiendo en hombres y mujeres, siendo la tasa un 61 % mayor respecto a 2012. En

contraste, la tasa más baja en 2014 fue por feto y recién nacido afectado por ciertas afecciones maternas, disminuyendo un 24,5 % respecto al 2012 (Tabla 9).

**Tabla 9. Tasas ajustadas de mortalidad por afecciones del periodo perinatal según sexo, lista 6/67 OPS, localidad de Engativá, 2012-2014**

Afecciones del periodo Perinatal	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia
FRN. Afectados por ciertas afecciones maternas	0,6	0,3	0,3		0,6	0,6	0,6		0,6	0,4	0,4	
FRN. Afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	0,6	0,3	1,5		1,2	0,3	0,9		0,9	0,3	1,2	
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	0,3	0,3	0,6		0,3	0,0	0,6		0,3	0,1	0,6	
Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	4,4	3,5	1,7		3,0	1,5	1,5		3,7	2,5	1,6	
Sepsis bacteriana del recién nacido	2,1	0,6	1,2		1,8	0,0	0,9		1,9	0,3	1,0	
Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	2,1	2,3	2,4		0,9	1,2	2,4		1,5	1,8	2,4	

\*FRN: Feto y recién nacido. Punto rojo: dato más alto; Punto verde: dato más bajo.

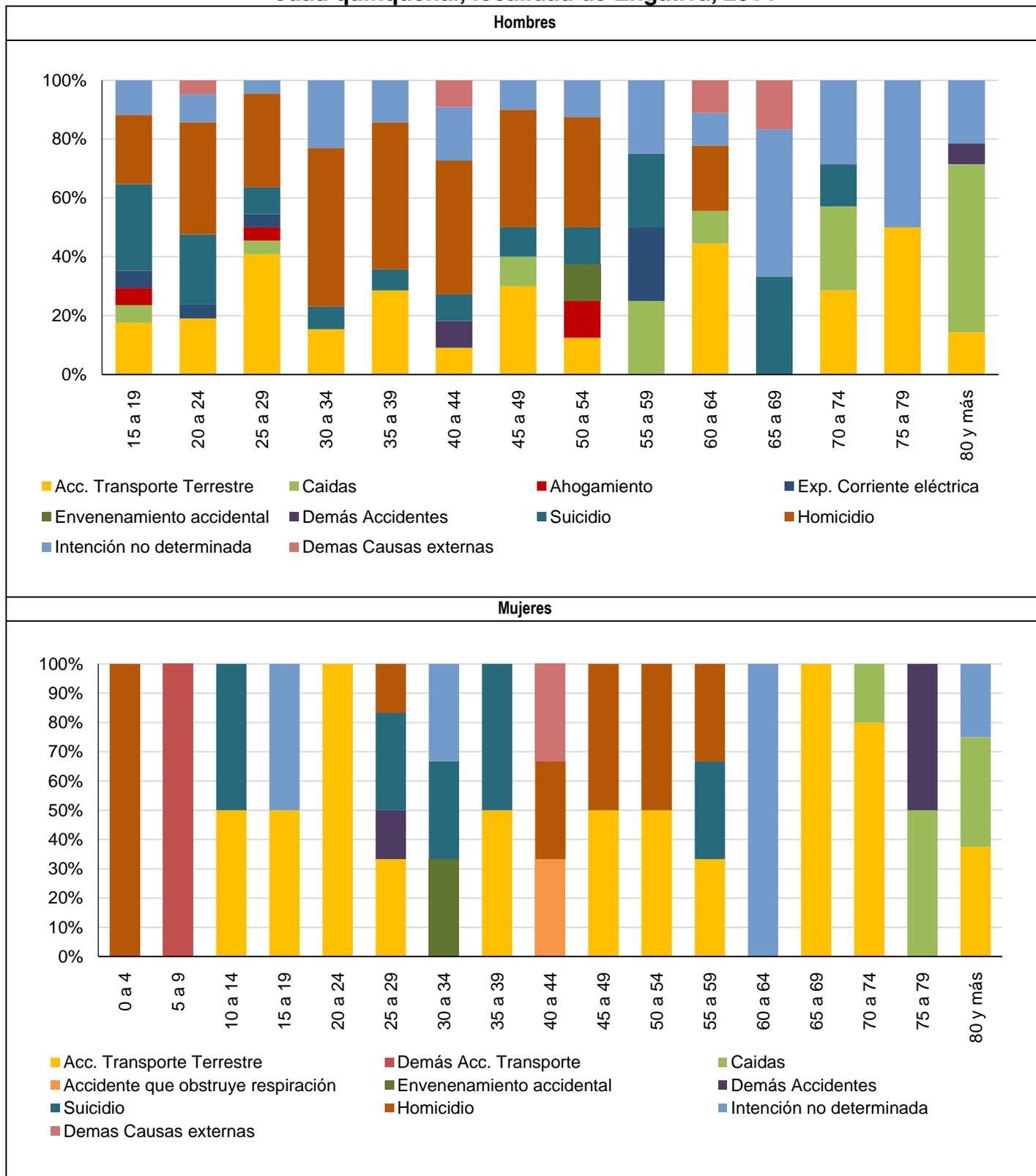
Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

Para este grupo, la primera causa de mortalidad en Engativá coincide con el comportamiento de la Subred Norte, donde las otras afecciones del periodo perinatal fue la principal causa (1,7 muertes por cada 100.000 habitantes), siendo superior en un 7,8 % respecto a la Subred.

### Causas externas

Para el año 2014 se registraron 206 muertes (23,8 por cada 100.000 habitantes) por causas externas que comparado con 2012, se observó reducción del 11,6 % en los casos y 13,2 % en la tasa cruda de mortalidad respectivamente (18). Según sexo y edad quinquenal, en hombres el homicidio fue la principal causa de muerte entre los 15 y 54 años, seguido de los accidentes de transporte terrestre entre los 25 a 29 años y 60 a 64 años; en mujeres esta causa de muerte fue la más significativa, principalmente entre los 10 a 29 años y 65 a 74 años. En los hombres menores de 15 años no se registraron muertes por esta causa (Figura 9).

**Figura 9. Proporción de muertes por causas externas, lista 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Engativá, 2014**



Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

Los accidentes de transporte terrestre y las agresiones (homicidios), fueron las causas de muerte más representativas dentro de este grupo, con una reducción promedio del 19,6 % frente al 2012 y constituyendo las principales causas de muerte en hombres y mujeres en este grupo (18) (Tabla 10).

**Tabla 10. Tasas ajustadas de mortalidad por causas externas según sexo, lista 6/67 OPS, localidad de Engativá, 2012-2014**

Causas Externas	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia
Accidentes de transporte terrestre	12,7	11,6	8,5		3,1	1,9	4,1		7,6	6,2	6,2	
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,3		0,0	0,0	0,1	
Caidas	4,2	2,1	4,4		0,6	1,8	1,0		2,2	2,0	2,4	
Accidentes por disparo de arma de fuego	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	
Ahogamiento y sumersión accidentales	1,3	0,2	0,7		0,2	0,0	0,0		0,7	0,1	0,3	
Accidentes que obstruyen la respiración	0,0	0,0	0,0		0,2	0,2	0,2		0,1	0,1	0,1	
Exposición a la corriente eléctrica	0,5	0,5	0,9		0,0	0,0	0,0		0,2	0,2	0,4	
Exposición al humo, fuego y llamas	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	
Envenenamiento accidental y exposición a sustancias nocivas	0,0	0,0	0,2		0,0	0,3	0,2		0,0	0,1	0,2	
Los demás accidentes	0,8	0,4	0,6		0,0	0,5	0,4		0,4	0,4	0,5	
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	3,7	3,9	4,9		1,0	0,8	1,3		2,3	2,2	3,0	
Agresiones (homicidios)	13,6	14,6	10,5		1,3	1,4	1,3		7,3	7,7	5,7	
Eventos de intención no determinada	6,8	5,3	6,2		4,1	2,1	1,0		5,5	3,6	3,3	
Las demás causas externas	0,9	0,9	0,9		0,0	0,0	0,2		0,4	0,4	0,5	

\*Punto rojo: dato más alto; Punto verde: dato más bajo.

Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

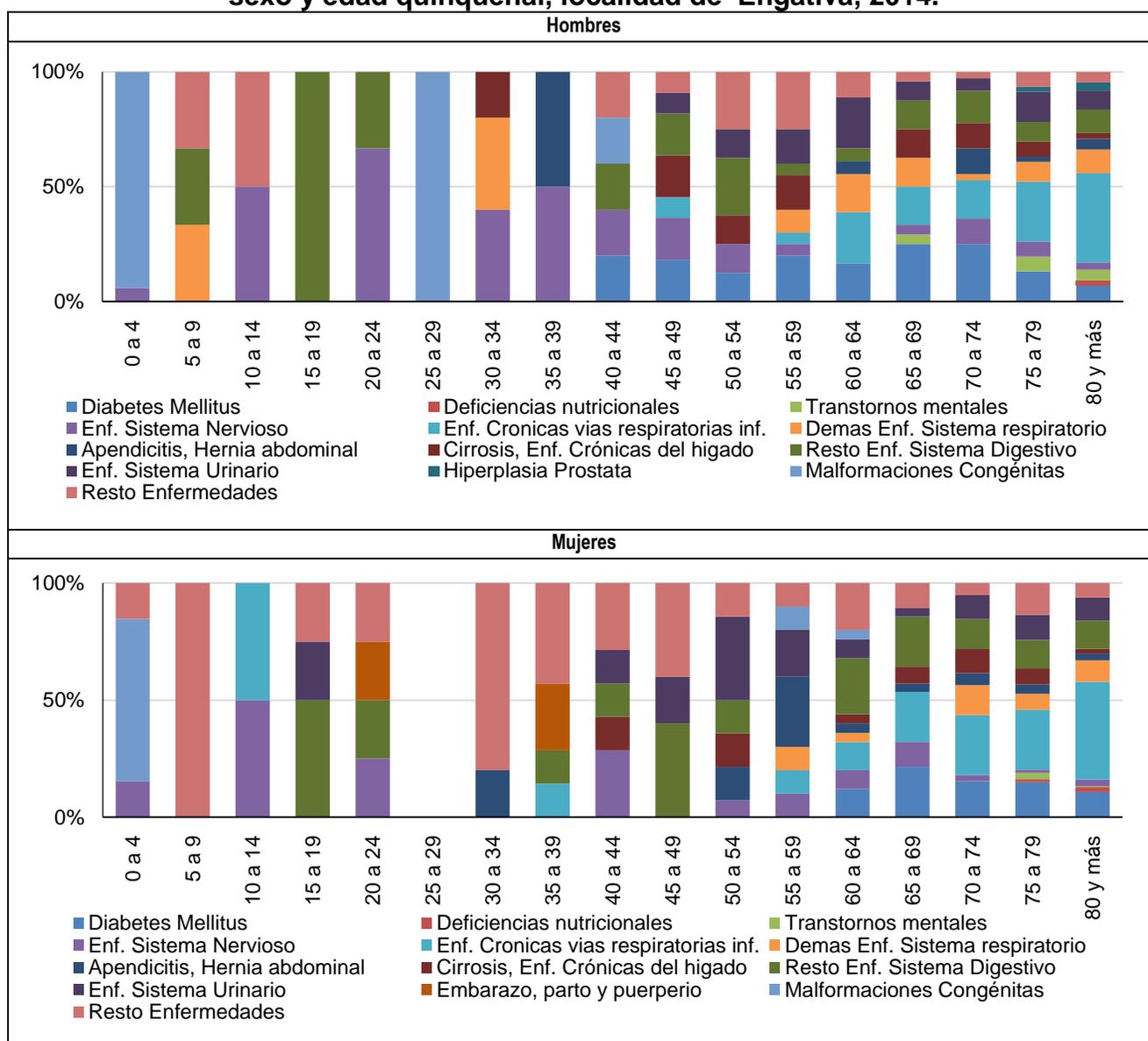
Para este grupo Engativá comparte la primera causa de muerte con la Subred Norte y las localidades que la integran (excepto Usaquén y Suba), siendo la tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre 3,6 % inferior al valor de la Subred (6,7 muertes por cada 100.000 habitantes). Por su parte Teusaquillo obtuvo la tasa de mortalidad más alta por esta causa (8,6 defunciones por cada 100.000 habitantes), mientras Usaquén presentó el valor más bajo (5,7 defunciones por cada 100.000 habitantes).

### Demás causas

Para el año 2014 en Engativá, ocurrieron 878 muertes por este grupo de enfermedades (101,3 por cada 100.000 habitantes) con un incremento del 2,0 % en los casos y 0,2 % en la tasa

cruda de mortalidad comparado con el 2012 (18). Según sexo y edad quinquenal, las malformaciones congénitas en menores de cinco años fue la principal causa de muerte para ambos sexos, de igual forma hubo coincidencia en mayores de 70 años donde las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores fueron las más representativas tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, la segunda causa de muerte en hombres fue la diabetes, mientras en mujeres fue el resto de enfermedades del sistema digestivo, con tendencia creciente a partir de los 65 y 60 años respectivamente (Figura 10).

**Figura 10. Proporción de muertes por las demás enfermedades, lista 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Engativá, 2014.**



Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y las demás enfermedades del sistema digestivo tuvieron las tasas ajustadas más altas del grupo, mostrando un incremento del 24 % y una reducción del 31 % frente al 2012 respectivamente; adicionalmente, constituyeron las principales causas de muerte en hombres y mujeres. Por el contrario, la tasa de mortalidad más baja fue por embarazo, parto y puerperio, mostrando una reducción del 24,2 % comparado con el 2012 (18) (Tabla 11).

**Tabla 11. Tasas ajustadas de mortalidad grupo demás enfermedades según sexo, lista 6/67 OPS, localidad de Engativá, 2012-2014**

Demas Enfermedades	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia
Diabetes mellitus	22.4	17.4	12.9		12.2	12.0	10.2		16.4	14.1	11.4	
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	1.4	2.6	1.4		1.7	1.8	1.2		1.6	2.1	1.3	
Trastornos mentales y del comportamiento	0.0	1.1	4.3		0.6	0.0	0.6		0.4	0.4	2.0	
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	8.2	4.4	7.0		5.1	4.9	4.6		6.4	4.8	5.6	
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	28.8	31.7	33.8		21.3	20.9	28.2		24.3	25.0	30.2	
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	9.6	10.5	11.0		5.5	5.4	6.7		7.0	7.6	8.4	
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	4.0	3.2	4.9		3.2	1.7	3.8		3.5	2.3	4.2	
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	5.4	6.8	5.9		1.3	3.0	3.9		3.0	4.6	4.7	
Resto de enfermedades del sistema digestivo	18.8	16.3	12.4		17.5	12.2	12.6		18.1	14.1	12.5	
Enfermedades del sistema urinario	15.7	12.1	10.4		11.6	10.0	9.6		13.2	10.8	9.8	
Hiperplasia de la próstata	1.7	1.3	2.7		0.0	0.0	0.0		0.7	0.5	1.0	
Embarazo, parto y puerperio	0.0	0.0	0.0		0.8	0.0	0.6		0.4	0.0	0.3	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	5.6	6.6	5.4		4.2	4.4	3.1		4.9	5.5	4.3	
Resto de las enfermedades	9.8	9.5	7.5		9.0	8.7	10.9		9.3	9.1	9.4	

\*Punto rojo: dato más alto; Punto verde: dato más bajo.

Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

Comparado con la Subred Norte y las localidades que la integran, para 2014 Engativá comparte la primera causa de mortalidad dentro de este grupo, siendo la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores un 5,7 % superior al valor de la Subred (26,8 defunciones por cada 100.000 habitantes). Por su parte Chapinero obtuvo la tasa de mortalidad más alta por esta causa (35,7 defunciones por cada 100.000 habitantes), mientras Suba presentó el valor más bajo (20,9 defunciones por cada 100.000 habitantes).

### 3.1.3 Mortalidad infantil y en la niñez

La mortalidad en la infancia se presenta de acuerdo a la clasificación de causas de muerte definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS, para el grupo de menores de un año, de uno a cuatro años y menores de cinco años. De igual forma se describe el comportamiento de la mortalidad evitable.

#### Mortalidad en menores de un año

En Engativá para 2014 se presentaron 83 muertes en menores de un año (8.2 muertes por cada 1 000 nacidos vivos) con una reducción del 20 % comparado con el 2012 (18). Las afecciones del periodo perinatal tuvieron la tasa más alta de mortalidad con una reducción del 25,4 % con respecto a 2012 y una mayor afectación en hombres en los últimos tres años. Las muertes por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas junto con todas las demás enfermedades tuvieron tasas representativas similares, alcanzando una reducción promedio del 13 % comparado con el 2012 (Tabla 12).

**Tabla 12. Tasas de mortalidad en menores de 1 año, según lista de tabulación MSPS, localidad de Engativá, 2012-2014**

Causas de mortalidad infantil y del niño	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Tumores (neoplasias)	0.0	0.2	0.0	0.4	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1
Enfermedades del sistema nervioso	0.0	0.0	0.2	0.0	0.2	0.0	0.0	0.1	0.1
Enfermedades del sistema circulatorio	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.2	0.2	0.0	0.1
Enfermedades del sistema respiratorio	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	7.0	5.1	4.7	5.2	2.6	4.4	6.1	3.9	4.6
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3.5	3.9	2.9	2.3	1.7	1.8	2.9	2.8	2.4
Todas las demás enfermedades	3.5	4.5	3.1	2.3	2.0	2.2	2.9	3.3	2.7

Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

Frente al comportamiento de la Subred Norte y las localidades que la integran, para este grupo de edad, en Engativá coincide la principal causa de mortalidad, siendo la tasa de defunciones

originadas por afecciones del periodo perinatal un 21,6 % mayor al valor presentado en la Subred (3,8 muertes por cada 1 000 nacidos vivos).

### Mortalidad en menores de 1 a 4 años

En 2014 se presentaron 11 defunciones en menores de uno a cuatro años (23.2 muertes por cada 100.000 menores de 1-4 años) con una reducción del 14,3 % comparado con el 2012 (18). La tasa de mortalidad más alta correspondió a neoplasias, duplicando el valor del 2012 con tasas similares entre hombres y mujeres. Por el contrario no se presentaron defunciones en este grupo de edad para del sistema circulatorio y respiratorio (Tabla 13).

**Tabla 13. Tasas de mortalidad en menores de 1-4 años, según lista de tabulación MSPS, localidad de Engativá, 2012-2014**

Causas de mortalidad infantil y del niño	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Tumores (neoplasias)	4.1	0.0	8.3	4.3	4.3	8.6	4.2	2.1	8.5
Enfermedades del sistema nervioso	0.0	4.1	0.0	4.3	0.0	8.6	2.1	2.1	4.2
Enfermedades del sistema circulatorio	0.0	0.0	0.0	4.3	0.0	0.0	2.1	0.0	0.0
Enfermedades del sistema respiratorio	0.0	4.1	0.0	8.6	4.3	0.0	4.2	4.2	0.0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0.0	0.0	4.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.1
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4.1	4.1	4.2	0.0	12.9	0.0	2.1	8.4	2.1
Todas las demás enfermedades	8.3	20.7	4.2	12.8	21.5	8.6	10.5	21.1	6.3
Causas externas de morbilidad y mortalidad	8.3	4.1	0.0	0.0	8.6	4.3	4.2	6.3	2.1

Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

Respecto al comportamiento de la Subred Norte y las localidades que la integran, para este grupo de edad, en Engativá no comparte la principal causa de mortalidad, que corresponde a todas las demás enfermedades. Respecto a tumores, la localidad presentó una tasa de mortalidad 62 % menor a la Subred (22,3 muertes por cada 100.000 menores de 4 años).

### Mortalidad en menores de cinco años

Para Engativá se presentaron 94 muertes en menores de cinco años (159 muertes por cada 100.000 menores de 5 años) alcanzando una reducción del 18 % comparado con el 2012 (18). Las tasas de mortalidad más altas correspondieron a las afecciones del periodo perinatal,

seguido de todas las demás enfermedades con una reducción promedio del 14 % frente al 2012 y una mayor afectación en hombres (Tabla 14).

**Tabla 14. Tasas de mortalidad en menores de 5 años, según lista de tabulación MSPS, localidad de Engativá, 2012-2014**

Causas de mortalidad infantil y del niño	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Tumores (neoplasias)	3.3	3.3	6.6	10.3	6.9	10.3	6.7	5.1	8.5
Enfermedades del sistema nervioso	0.0	3.3	3.3	3.4	3.4	6.9	1.7	3.4	5.1
Enfermedades del sistema respiratorio	0.0	13.3	0.0	6.8	3.4	0.0	3.4	8.4	0.0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	112.4	82.9	83.1	85.5	41.2	75.9	99.2	62.4	79.6
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	59.5	66.3	53.2	37.6	37.7	31.0	48.8	52.3	42.3
Todas las demás enfermedades	62.8	89.5	56.5	47.9	48.0	44.8	55.5	69.1	50.8
Causas externas de morbilidad y mortalidad	6.6	3.3	0.0	3.4	6.9	3.4	5.0	5.1	1.7

Fuente: Base de datos DANE-RUAF\_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012 -2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

### 3.1.4 Mortalidad materno - infantil y en la niñez

En el 2016 no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los indicadores de mortalidad evitable de Engativá y Bogotá, donde solo la tasa de mortalidad en la niñez fue ligeramente superior al valor Distrital siendo el único indicador que se ubica por encima de lo estimado en Bogotá. De acuerdo a la tendencia observada, para el último año los indicadores se mantuvieron estables o tuvieron un incremento promedio del 4,3 % a excepción de la tasa de mortalidad perinatal que mostró una reducción del 8,2 % comparado con el 2015 (19) (Tabla 15).

**Tabla 15. Mortalidad evitable. Bogotá – localidad de Engativá, 2009-2016**

Causa de muerte	Bogotá	Engativá	Años							
			2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Razón de mortalidad materna	23,44	22,85	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad perinatal	13,2	11,79	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘

Tasa de mortalidad infantil	9,1	9,03	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad en la niñez	10,82	10,85	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	3,96	3,46	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0,5	0	-	-	↗	↗	↘	-	-	-
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0,66	0	↘	-	-	-	-	-	-	-

\*Amarillo: No hay diferencias significativas entre el valor distrital y la localidad; Verde: El indicador local es significativamente menor respecto a Bogotá.

Fuente: Base de nacimientos y Defunciones RUAF SDS 2009-2016.datos preliminares

La distribución de muertes evitables por UPZ, muestran a Engativá y Garcés Navas con la mayor proporción de las defunciones evitables, mientras que las UPZ Jardín Botánico y Álamos no presentaron eventos en el 2016 (19) (tabla 16)

**Tabla 16. Mortalidad evitable según UPZ, localidad de Engativá, 2016**

UPZ	M. Materna		M. Perinatal		M. Infantil		M. en la niñez		M. IRA < 5 años	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
026 Las Ferias	0	0	14	13,5	10	12,7	13,0	13,7	1,0	50,0
029 Minuto de Dios	0	0	14	13,5	5	6,3	8,0	8,4	0,0	0,0
030 Boyacá Real	0	0	16	15,4	14	17,7	15,0	15,8	0,0	0,0
031 Santa Cecilia	0	0	13	12,5	5	6,3	6,0	6,3	0,0	0,0
072 Bolivia	0	0	4	3,8	3	3,8	5,0	5,3	0,0	0,0
073 Garcés Navas	2	100	15	14,4	18	22,8	22,0	23,2	1,0	50,0
074 Engativá	0	0	28	26,9	24	30,4	26,0	27,4	0,0	0,0
105 Jardín Botánico	0	0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
116 Álamos	0	0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>	<b>79</b>	<b>100</b>	<b>95</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de nacimientos y Defunciones RUAF SDS 2016.Datos preliminares

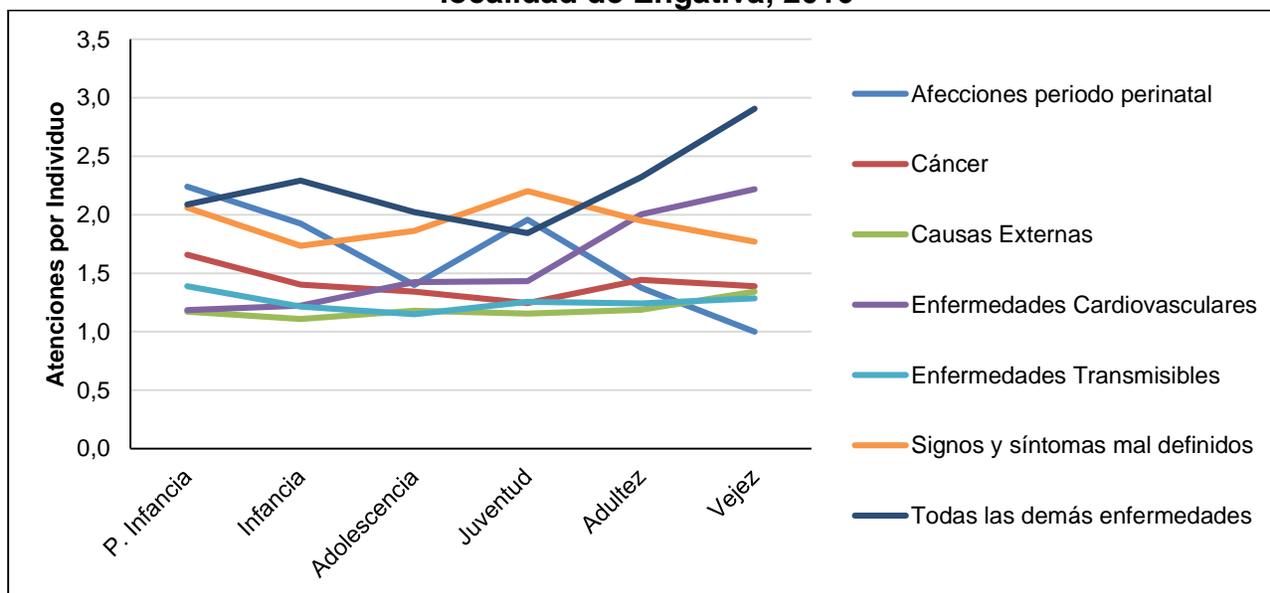
### 3.2 Análisis de estructura de morbilidad

#### 3.2.1 Morbilidad general y análisis de la prestación del servicio

##### Morbilidad atendida de la población perteneciente al régimen subsidiado y vinculado

En 2016, se realizaron 761.319 atenciones en 370.419 personas (2 atenciones por Individuo) en las instituciones prestadoras de salud adscritas a la Secretaría Distrital de Salud (20); el 67,3 % fueron mujeres y el 37,7 % adultos. Según la agrupación 6/67 de las OMS, el grupo de todas las demás enfermedades tuvo el mayor número de atenciones por Individuo en todos los cursos de vida a excepción de primera infancia y juventud donde el principal motivo de consulta fueron las afecciones del periodo perinatal y signos y síntomas mal definidos. En contraste, las causas externas y las enfermedades transmisibles mostraron el menor número de atenciones por individuo en casi todos los cursos de vida (figura 11)

**Figura 11. Atenciones por individuo según momento del curso de vida, localidad de Engativá, 2016**



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017)

Por tipo de atención, el 94,6 % correspondió a consulta externa, el 4,6 % a Urgencias y el 0,8 % a hospitalización; el mayor número de atenciones por individuo estuvo en el grupo de todas las demás enfermedades en consulta externa, siendo el servicio donde hubo más

atenciones por individuo que en el Distrito, a excepción del grupo de cáncer y enfermedades transmisibles. Para hospitalización y urgencias las atenciones fueron en promedio un 5,6 % y 11,7 % menores respecto al Distrito (20) (Tabla 17).

**Tabla 17. Atenciones por Individuo según tipo de servicio y grandes causas, Bogotá- localidad de Engativá, 2012- 2016**

Tipo Servicio	Gran Causa	Bogotá 2016	Engativá 2016	Razón (%) Localidad/Bogotá	Tendencia 2012 a 2016
Consulta Externa	Afecciones periodo perinatal	2,0	2,2	8,0	
	Cáncer	2,1	1,4	-33,3	
	Causas Externas	1,2	1,3	0,9	
	Enfermedades Cardiovasculares	2,0	2,2	6,5	
	Enfermedades Transmisibles	1,4	1,2	-12,6	
	Signos y síntomas mal definidos	1,9	2,0	6,5	
	Todas las demás enfermedades	2,1	2,4	16,9	
	<b>Total</b>	<b>1,9</b>	<b>2,1</b>	<b>10,7</b>	
Hospitalización	Afecciones periodo perinatal	1,1	1,0	-4,1	
	Cáncer	1,2	1,0	-15,8	
	Causas Externas	1,0	1,0	-4,1	
	Enfermedades Cardiovasculares	1,2	1,1	-2,2	
	Enfermedades Transmisibles	1,2	1,1	-4,4	
	Signos y síntomas mal definidos	1,1	1,1	-2,8	
	Todas las demás enfermedades	1,2	1,1	-5,8	
	<b>Total</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>	<b>-5,3</b>	
Urgencias	Afecciones periodo perinatal	1,3	1,1	-14,0	
	Cáncer	1,5	1,3	-18,0	
	Causas Externas	1,1	1,1	-1,1	
	Enfermedades Cardiovasculares	1,4	1,3	-7,3	
	Enfermedades Transmisibles	1,4	1,2	-16,2	
	Signos y síntomas mal definidos	1,3	1,2	-9,2	
	Todas las demás enfermedades	1,5	1,2	-14,5	
	<b>Total</b>	<b>1,4</b>	<b>1,2</b>	<b>-13,0</b>	
<b>Total General</b>	<b>1,8</b>	<b>2,1</b>	<b>12,2</b>		

\*Rojo: Valor local superior al Distrital; Verde: Valor local inferior al Distrital.

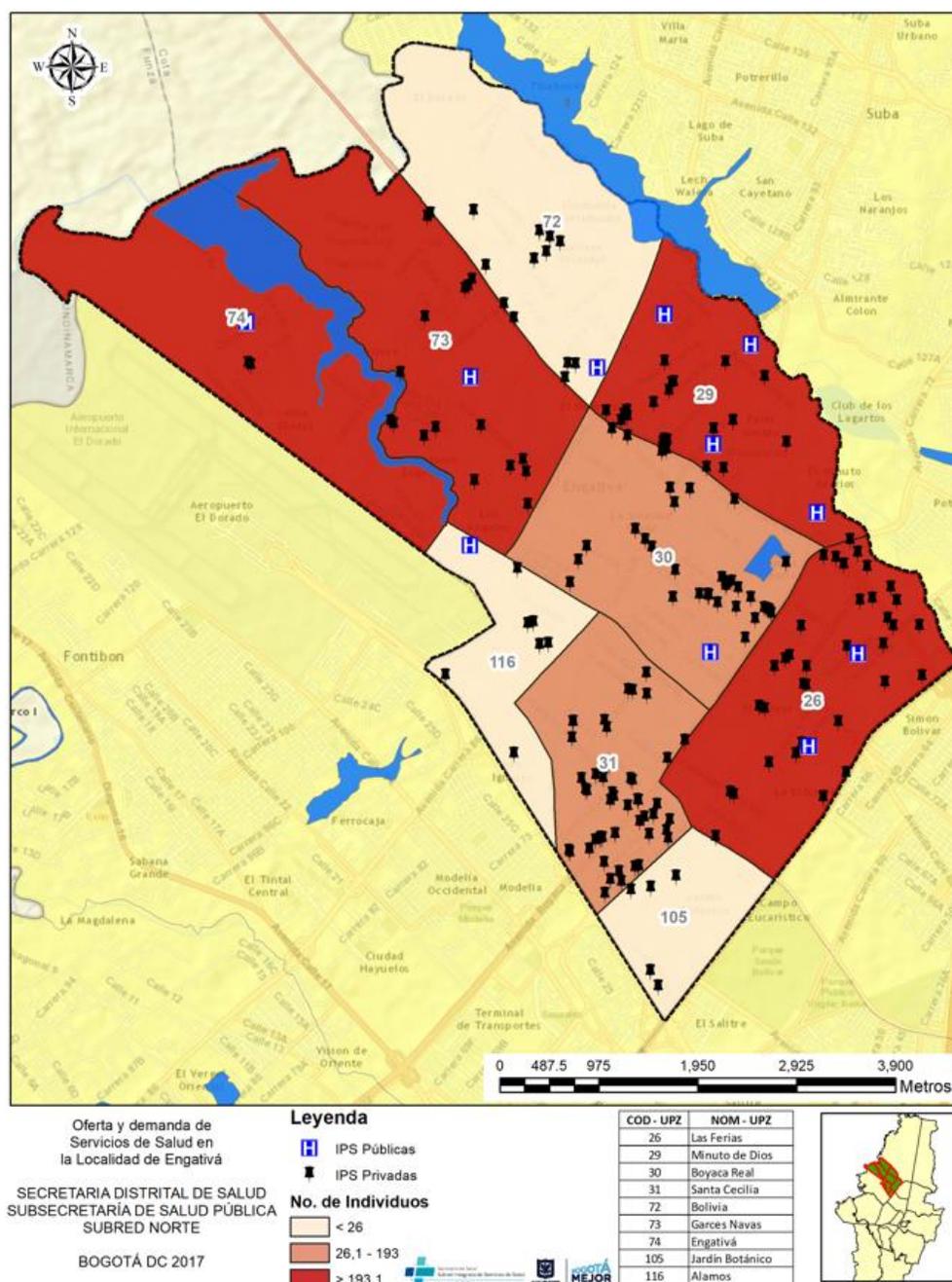
Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017)

## Descripción de la oferta

En el 2015 habían 191 IPS privadas (42,4 % en las UPZ Santa Cecilia y Boyacá Real) y 11 públicas (54,5 % en las UPZ Minuto de Dios y las Ferias). En cuanto a la demanda de servicios

para el mismo año, estuvo concentrada en las UPZ Engativá, Garcés Navas, las Férias y Minuto de Dios donde la oferta de tipo privado acumula el 42,9 % de sus servicios, siendo principalmente (37,8 %) otras ramas de la salud y protección específica y detección temprana (21) (22) (Mapa 5).

**Mapa 5. Oferta y demanda de servicios de salud, localidad de Engativá, 2015**



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital "IDECA". Base de datos IPS públicas y privadas. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, 2015.

Engativá posee una amplia oferta de IPS privadas y una importante oferta de IPS Públicas, superando a Localidades como Usaquén y Suba. La localización de las IPS Públicas responde a aquellas UPZ que generan mayor demanda de los servicios de salud como es el caso de las Ferias, Minuto de Dios, Garcés Navas y Engativá, siendo Minuto de Dios la de mayor cobertura por parte de IPS públicas. La oferta de IPS privadas se encuentra representada en toda la Localidad siendo las UPZ Jardín Botánico, Álamos y Bolivia las de menor cobertura por poseer un uso suelo mixto, donde predominan las actividades comerciales e industriales sobre el uso de suelo residencial, lo que conlleva a que se presente una demanda menor con respecto a los servicios de salud.

En lo concerniente a la infraestructura vial, la Localidad de Engativá cuenta con vías principales como las carreras 68, 72, 96, las calles 26 y 80, y vías secundarias como las carreras 70, 86, 104, 110 y 114 que son de alto flujo vehicular; ofrecen rutas de transporte de SITP y Transmilenio, lo que genera una malla vial importante para la conexión al interior de la Localidad y de esta con el resto de la ciudad. Pese a ello el desplazamiento al interior es difícil, sobre todo en horas pico, por la congestión que genera el alto flujo vehicular.

### 3.2.2 Eventos de Vigilancia en Salud Pública

#### SIVIGILA nacional

En el SIVIGILA se notificaron 8.849 eventos de Engativá en el 2016 (8 % respecto al Distrito), la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles fue la más representativa en la localidad (70,6 %) donde la varicela individual fue el evento de mayor proporción (46 %) en este grupo; sin embargo, la dimensión salud ambiental tuvo la mayor proporción frente al Distrito donde las intoxicaciones por sustancias químicas fueron las más frecuentes (23).

Por UPZ, Engativá, Minuto de Dios y Garcés Navas agruparon el 54,2 % de los casos de la localidad, mientras que Álamos y Jardín Botánico agruparon el 1,6 % de las notificaciones; según los eventos, en la UPZ Engativá las dimensiones vida saludable y condiciones transmisibles y Seguridad alimentaria y Nutricional tuvieron la mayor proporción respecto a la

localidad, siendo la varicela y el bajo peso al nacer los más representativos respectivamente (23) (Tabla 18).

**Tabla 18. Eventos individuales notificados al SIVIGILA según dimensiones PDSP frente al Distrito, localidad de Engativá, 2016**

Dimensión PDSP	Localidad	UPZ 26 Las Ferías	UPZ 29 Minuto de Dios	UPZ 30 Boyacá Real	UPZ 31 Santa Cecilia	UPZ 72 Bolivia	UPZ 73 Garces Navas	UPZ 74 Engativá	UPZ 105 Jardín Botánico	UPZ 116 Alamos
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	9,6	12,3	15,9	13,8	8,0	8,2	15,0	25,4	0,3	1,2
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	9,4	11,9	12,8	14,2	10,5	10,5	16,3	21,9	0,7	1,2
Convivencia Social y Salud Mental	0,4	16,7	16,7	15,5	8,3	2,4	14,3	23,8	0,0	2,4
Salud Ambiental	10,5	13,4	14,8	15,2	10,7	12,3	14,7	17,3	0,1	1,6
Seguridad Alimentaria y Nutricional	8,6	14,1	12,0	14,1	10,2	8,8	14,4	25,2	0,2	0,9
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	6,8	16,8	7,5	16,8	15,0	12,1	15,0	15,9	0,0	0,9

Fuente: Base de datos SIVIGILA 2016. Secretaría Distrital de Salud.

Por momento de curso de vida, el 53,5 % de las notificaciones se concentró en la Juventud y Adulthood y el 55,6 % fueron mujeres. La varicela individual de la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles fue el evento más frecuente en los cursos de vida primera infancia, infancia, adolescencia y juventud, por su parte, la vigilancia integrada de la rabia humana de la misma dimensión, fue la más representativa en la adultez y vejez (23) (Tabla 19).

**Tabla 19. Eventos individuales notificados al SIVIGILA según dimensiones PDSP y cursos de vida, localidad de Engativá, 2016**

Dimensión PDSP	Cursos de Vida	Hombres		Mujeres		Indeterminado		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	P. Infancia	863,0	13,8	755,0	12,1	0,0	0,0	1618,0	25,9
	Infancia	529,0	8,5	463,0	7,4	0,0	0,0	992,0	15,9
	Adolescencia	257,0	4,1	255,0	4,1	0,0	0,0	512,0	8,2
	Juventud	591,0	9,4	671,0	10,7	0,0	0,0	1262,0	20,2
	Adulthood	704,0	11,3	808,0	12,9	0,0	0,0	1512,0	24,2
	Vejez	146,0	2,3	214,0	3,4	0,0	0,0	360,0	5,8
	<b>Total</b>	<b>3090</b>	<b>49,4</b>	<b>3166</b>	<b>50,6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6256</b>	<b>100</b>
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	P. Infancia	98,0	8,6	70,0	6,2	2,0	0,2	170,0	14,9
	Infancia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Adolescencia	5,0	0,4	32,0	2,8	0,0	0,0	37,0	3,3
	Juventud	126,0	11,1	338,0	29,7	0,0	0,0	464,0	40,8
	Adulthood	131,0	11,5	327,0	28,7	0,0	0,0	458,0	40,2
	Vejez	6,0	0,5	3,0	0,3	0,0	0,0	9,0	0,8
	<b>Total</b>	<b>366</b>	<b>32,2</b>	<b>770</b>	<b>67,7</b>	<b>2</b>	<b>0,17575</b>	<b>1138</b>	<b>100</b>
Convivencia Social y Salud Mental	P. Infancia	1,0	1,2	5,0	6,0	0,0	0,0	6,0	7,1
	Infancia	1,0	1,2	5,0	6,0	0,0	0,0	6,0	7,1
	Adolescencia	4,0	4,8	10,0	11,9	0,0	0,0	14,0	16,7
	Juventud	14,0	16,7	23,0	27,4	0,0	0,0	37,0	44,0
	Adulthood	8,0	9,5	8,0	9,5	0,0	0,0	16,0	19,0
	Vejez	2,0	2,4	3,0	3,6	0,0	0,0	5,0	6,0
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>35,7</b>	<b>54</b>	<b>64,3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>84</b>	<b>100</b>
Salud Ambiental	P. Infancia	25,0	3,0	28,0	3,4	0,0	0,0	53,0	6,4
	Infancia	14,0	1,7	9,0	1,1	0,0	0,0	23,0	2,8
	Adolescencia	60,0	7,2	109,0	13,1	0,0	0,0	169,0	20,3
	Juventud	145,0	17,4	141,0	16,9	0,0	0,0	286,0	34,4
	Adulthood	143,0	17,2	125,0	15,0	0,0	0,0	268,0	32,2
	Vejez	18,0	2,2	15,0	1,8	0,0	0,0	33,0	4,0
	<b>Total</b>	<b>405</b>	<b>48,7</b>	<b>427</b>	<b>51,3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>832</b>	<b>100</b>
Seguridad Alimentaria y Nutricional	P. Infancia	17,0	3,9	11,0	2,5	0,0	0,0	28,0	6,5
	Infancia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Adolescencia	0,0	0,0	19,0	4,4	0,0	0,0	19,0	4,4
	Juventud	0,0	0,0	198,0	45,8	0,0	0,0	198,0	45,8
	Adulthood	0,0	0,0	187,0	43,3	0,0	0,0	187,0	43,3
	Vejez	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>3,9</b>	<b>415</b>	<b>96,1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>432</b>	<b>100</b>
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	P. Infancia	7,0	6,5	6,0	5,6	0,0	0,0	13,0	12,1
	Infancia	3,0	2,8	2,0	1,9	0,0	0,0	5,0	4,7
	Adolescencia	9,0	8,4	6,0	5,6	0,0	0,0	15,0	14,0
	Juventud	1,0	0,9	3,0	2,8	0,0	0,0	4,0	3,7
	Adulthood	0,0	0,0	43,0	40,2	0,0	0,0	43,0	40,2
	Vejez	0,0	0,0	27,0	25,2	0,0	0,0	27,0	25,2
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>18,7</b>	<b>87</b>	<b>81,3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>107</b>	<b>100</b>
<b>Total General</b>		<b>3928</b>	<b>44,4</b>	<b>4919</b>	<b>55,6</b>	<b>2</b>	<b>0,0226</b>	<b>8849</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos SIVIGILA 2016. Secretaría Distrital de Salud.

Por eventos colectivos, en Engativá hubo 2.158 notificaciones (15,2 % respecto al Distrito), donde las UPZ Engativá acumuló el 99,5 % de los eventos, siendo la morbilidad por EDA el más frecuente. Las UPZ Álamos y Jardín Botánico no tuvieron registros (23) (Tabla 20).

**Tabla 20. Proporción de eventos colectivos notificados al SIVIGILA según dimensiones PDSP frente al Distrito, localidad de Engativá, 2016**

Dimensión PDSP	Evento	Localidad	UPZ 26 Las Ferias	UPZ 29 Minuto de Dios	UPZ 30 Boyacá Real	UPZ 31 Santa Cecilia	UPZ 72 Bolivia	UPZ 73 Garcés Navas	UPZ 74 Engativá	UPZ 105 Jardín Botánico	UPZ 116 Alamos
Salud Ambiental	ETA (Brote)	10,8	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0	10,0	80,0	0,0	0,0
Vida saludable y enfermedades Transmisibles	Morbilidad por EDA	17,8	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	99,6	0,0	0,0
	Morbilidad por IRA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Base de datos SIVIGILA 2016. Secretaría Distrital de Salud

## SIVIGILA Distrital

Respecto a la distribución de los eventos en los subsistemas de vigilancia en salud pública, se registraron 28.762 eventos en Engativá (10 % respecto al Distrito), el subsistema con mayor número de registros fue el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de lesiones de causa externa (SIVELCE) con 10.895 notificaciones, coincidiendo con la mayor proporción de casos frente al Distrito. Por UPZ, el 55,7 % de las notificaciones correspondió a Engativá, Boyacá real y Garcés Navas, mientras que Jardín Botánico y Álamos tuvieron la menor proporción de casos de la localidad (2 %); según los eventos, las notificaciones de SIVIM en Engativá fueron las más altas (33,8 %) entre las UPZ donde la violencia intrafamiliar fue el evento de mayor representatividad (24) (tabla 21)

**Tabla 21. Proporción de eventos notificados a los subsistemas de vigilancia en salud pública, localidad de Engativá, 2016**

Dimensión PDSP	SUBSISTEMA	Localidad	UPZ 26 Las Ferias	UPZ 29 Minuto de Dios	UPZ 30 Boyacá Real	UPZ 31 Santa Cecilia	UPZ 72 Bolivia	UPZ 73 Garces Navas	UPZ 74 Engativá	UPZ 105 Jardín Botánico	UPZ 116 Alamos	Sin UPZ
Seguridad Alimentaria y Nutricional	SISVAN	11,1	17,1	13,2	19,4	4,8	4,5	22,5	17,8	0,1	0,5	0,0
Convivencia Social y Salud Mental	VESPA	3,2	7,9	12,7	14,2	9,5	3,2	0,0	12,7	7,6	1,9	20,6
	Lesiones Causa Externa	14,3	14,8	11,0	19,7	10,9	5,6	12,2	22,3	0,4	2,2	1,0
	SISVECOS	6,9	14,2	11,7	16,7	6,6	7,8	17,8	24,1	0,0	0,4	0,8
	SIVIM	6,4	11,1	15,2	12,1	6,0	4,5	15,8	33,8	0,1	1,1	0,3
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	Discapacidad	7,0	13,0	12,0	14,1	10,2	8,8	17,3	19,1	4,4	1,1	0,0
	SIVESO	9,9	15,0	14,8	15,8	9,1	7,5	16,6	19,0	0,4	1,6	0,0
	SIVISTRA	8,5	16,7	27,0	13,5	9,6	2,8	14,5	13,8	0,7	1,4	0,0

Fuente: Base de datos subsistemas de vigilancia en salud pública. 2016.

### 3.2.3 Eventos precursoros

En 2016, en la localidad consultaron 8.752 personas por diabetes mellitus (1 por cada 100 habitantes) siendo un 58,1 % menor respecto al indicador distrital, aunque sin alcanzar una diferencia estadísticamente significativa. Respecto al 2015 se alcanzó una reducción 22,8 % (20) (tabla 62)

**Tabla 22. Eventos Precursoros, localidad de Engativá, 2013-2016**

Eventos precursoros	Bogotá	Engativá	Año			
			2013	2014	2015	2016
Prevalencia de diabetes mellitus	2,4	1,0	↘	↗	↘	↗

\*Amarillo: Entre el indicador local y Distrital no hay diferencias estadísticamente significativas

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no POS. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017)

### 3.2.4 Análisis general de la morbilidad e identificación de prioridades en morbilidad

Para Engativá, el grupo de las demás enfermedades es la causa de morbilidad con mayor número de atenciones por individuo, lo cual dista con el comportamiento de la mortalidad, donde priman las enfermedades cardiovasculares, seguidas por las neoplasias para el caso de las mujeres y en hombres las lesiones de causa externa.

Según el grupo de las demás causas, las mortalidades ocurrieron principalmente por enfermedades crónicas del sistema respiratorio de vías inferiores y diabetes; situaciones que requieren de acciones promocionales y preventivas, donde se realice detección de factores de riesgo para enfermedades crónicas desde la juventud tales como los genéticos y aquellos relacionados con los hábitos de vida, de tal forma que las personas sean orientadas para evitar la aparición de estas patologías. De igual forma las condiciones ambientales en las cuales las personas viven, trabajan y socializan impactan en la aparición de afecciones respiratorias debido a la presencia de sustancias contaminantes.

En cuanto a población infantil, las afecciones del periodo perinatal registran un mayor número de consultas; de acuerdo al comportamiento de la mortalidad, para este grupo las complicaciones relacionadas con el periodo perinatal son la principal causa de muerte. Situaciones como la prematurez impactan en la viabilidad del recién nacido, ya que conlleva al desarrollo de afecciones respiratorias y septicemia, entre otras, que impactan no solo el sistema de salud a nivel económico sino a la familia y la sociedad. El no contar con consulta preconcepcional o atención prenatal y neonatal de calidad se relaciona con la mortalidad perinatal, además de los factores socioeconómicos de las familias. Al analizar el comportamiento de las notificaciones de los subsistemas, en la UPZ Engativá se presentó la mayor proporción de eventos de bajo peso al nacer.

En 2016 el 0,14 % de la población de la localidad se encontraba inscrita en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, siendo Engativá la UPZ con mayor proporción de casos (19,1 %). Según sexo el 50,5 % fueron mujeres y por curso de vida el 39,2 % eran personas mayores de 60 años; el origen de la discapacidad en el 57,4 % de los casos fue por enfermedad general.

Respecto a la oferta y demanda de servicios, la demanda se concentró en las UPZ Engativá, Garcés Navas, las Ferias y Minuto de Dios donde la oferta está relacionada principalmente con protección específica y detección temprana, correspondiendo a las necesidades en salud evidenciadas.

## 4. CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE POBLACIONES

#### 4.1 Contexto demográfico

El reconocimiento y comprensión de las poblaciones diferenciales se debe entender y trabajar desde una mirada que incluya dos tipos de enfoque; el primero es el enfoque poblacional el cual consiste en identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios, con el fin de responder a los problemas que de allí se derivan, orientándose a la formulación de objetivos y estrategias de desarrollo para el aprovechamiento de las ventajas del territorio (25). El segundo es el enfoque diferencial, el cual da una orientación analítica con alcance a las intervenciones que reconoce al ser humano individual y social desde su integralidad; centra la atención en las personas con sus características relacionadas en cada una de sus cursos de vida- generación, de procesos identitarios - diversidad (etnia, sexo, identidad de género, orientación sexual), las condiciones y situaciones (ejercicio de la prostitución, desplazamiento forzado, la habitabilidad en calle, la discapacidad, privación de la libertad, conflicto armado (grupos de reinsertados), el género y el proceso de envejecimiento (25).

Este apartado del documento de análisis, está enfocado a las poblaciones diferenciales que hacen presencia en las seis localidades las cuales comprenden la Subred Norte de Salud, se utilizó como fuente cuantitativa la base de datos APS en línea, con un conglomerado de información desde el año 2013 hasta el 2016. El sistema de APS en línea es un sistema de información que apoya en los procesos relacionados con la estrategia de atención primaria en salud, unificando e integrando el trabajo de campo de las diferentes Empresas Sociales del Estado y demás actores que participan en el desarrollo de la estrategia y facilita a la Secretaría Distrital de Salud ejercer su labor de rectoría sobre los prestadores involucrados. (26)

Con la revisión, el procesamiento y el análisis de los datos encontrados en la base de APS en línea se intentó incluir la mayoría de poblaciones diferenciales para la localidad, sin embargo, en algunas poblaciones no se encontró información que se pudiera documentar, por consiguiente, se trabajó con la información encontrada y se incluyeron “otras poblaciones” para poder conocer su dinámica demográfica dentro de la localidad.

## Indígena

La población indígena atendida en el periodo de estudio desde la Subred Norte está compuesta por 459 personas en su totalidad, lo que corresponde al 47 % del total de la población diferencial de la Subred identificada en el APS. Esta población se compone por 284 mujeres (29,1%) y 175 hombres (17,9 %). Para lo concerniente a la localidad de Engativá, el número total de indígenas es de 74 personas (35,9 %), donde se componen de 64 mujeres (31,1 %) y 10 hombres (4,9 %).

## Afrodescendientes

La comunidad afro tiene una presencia en la Subred Norte, según datos APS a 2016, de 383 personas (39,2 %), los cuales se dividen en 253 mujeres (25,9 %) y 130 hombres (13,3 %). En lo que concierne a la localidad, el total de la población afro es de 107 personas (51,9 %) del total de la población diferencial de la localidad, de los cuales 73 personas son mujeres (35,4 %) y 34 son hombres (16,5 %).

## Palenquero

La comunidad palenquera en la Subred Norte se compone, de acuerdo al APS 2016, de 53 personas en total, es decir el 5,4 % de la población diferencial, 42 de estas personas son mujeres (4,3 %) y 11 son hombres (1,1 %). En la localidad de Engativá habitan 9 palenqueros de los cuales 7 son mujeres (3,4 %) y 2 hombres (1 %).

## Raizal

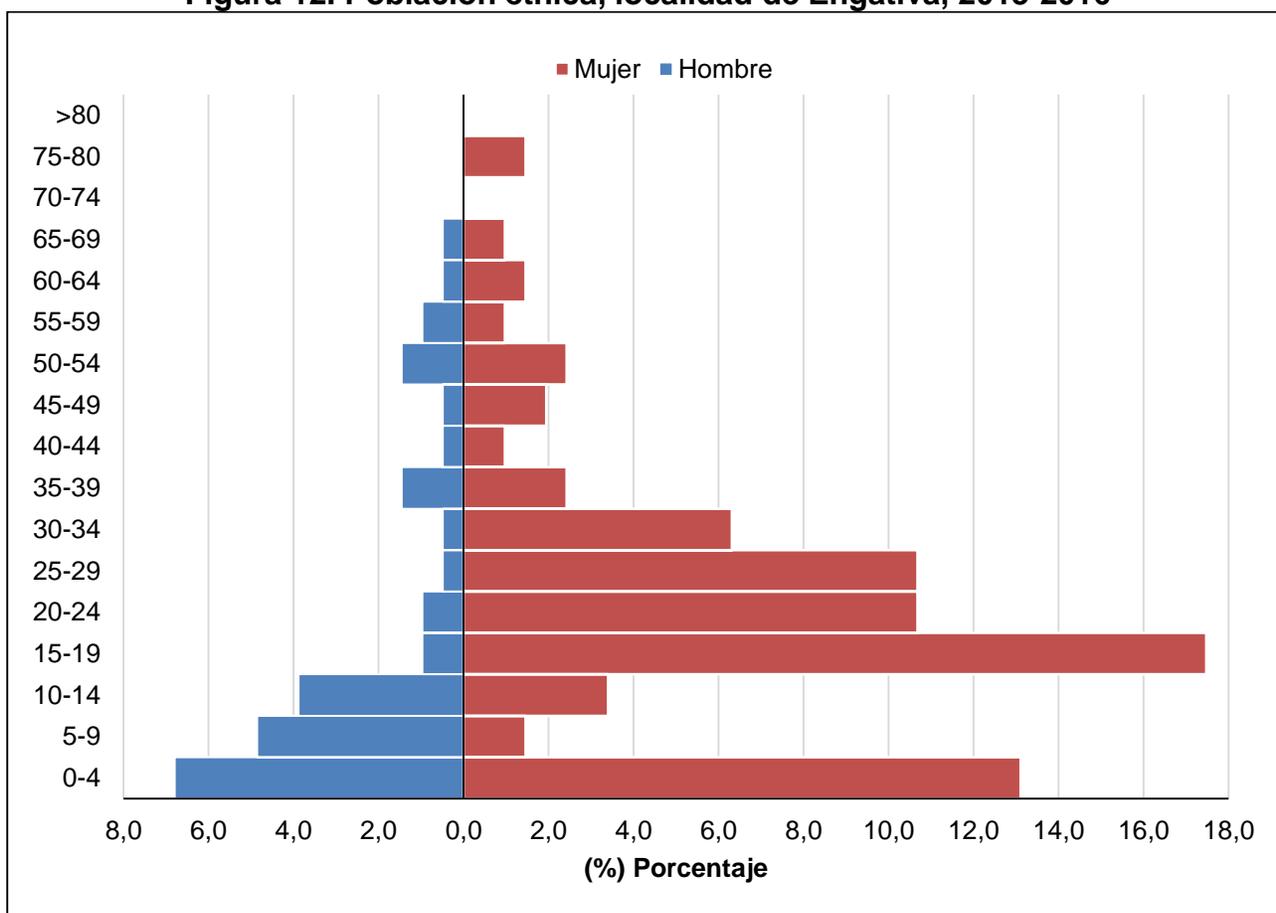
La población raizal dentro de la Subred Norte se compone de 30 personas en total, 3,1 % de la población diferencial ubicada en las localidades de la Subred. El 2,7 % (26) son mujeres y el 0,4 % (4) son hombres. Para lo concerniente en la localidad de Engativá, solo se identifican 2 mujeres en el territorio (1 %).

## Room

La Subred Norte la integra 52 personas pertenecientes a la comunidad gitana Room (5,3 %), con 34 mujeres (3,5 %) y 18 hombres (1,8 %). Los números de la localidad corresponden a 14 Room en total (6,8 %), de las cuales 10 eran mujeres (4,9 %) y 4 hombres (1,9 %).

La Figura 12 evidencia la dinámica de la población étnica de la localidad, en su mayoría conformada por mujeres, exceptuando los cursos de vida más tempranos, que son la primera infancia y la infancia. Sin embargo, cabe anotar que siguen naciendo más mujeres que hombres en el conjunto de la población étnica ubicada en la localidad.

**Figura 12. Población étnica, localidad de Engativá, 2013-2016**



Fuente: Base de datos APS Distrital 2013-2016.

## LGBT

La población LGBTI de la Subred Norte en su totalidad es de 123 personas, siendo 71 mujeres y 52 hombres. Del total, 53 % (61) son bisexuales, 13 % (15) hombres y 40 % (46) mujeres. De las personas que se reconocen como gay 19 fueron hombres (16,5 %). La población intersexual se compone de 16 mujeres (13,9 %); la población transgenerista se comprende 18 hombres (15,7 %) y 1 mujer (0,9 %) para un total de 19 personas (16,5 %).

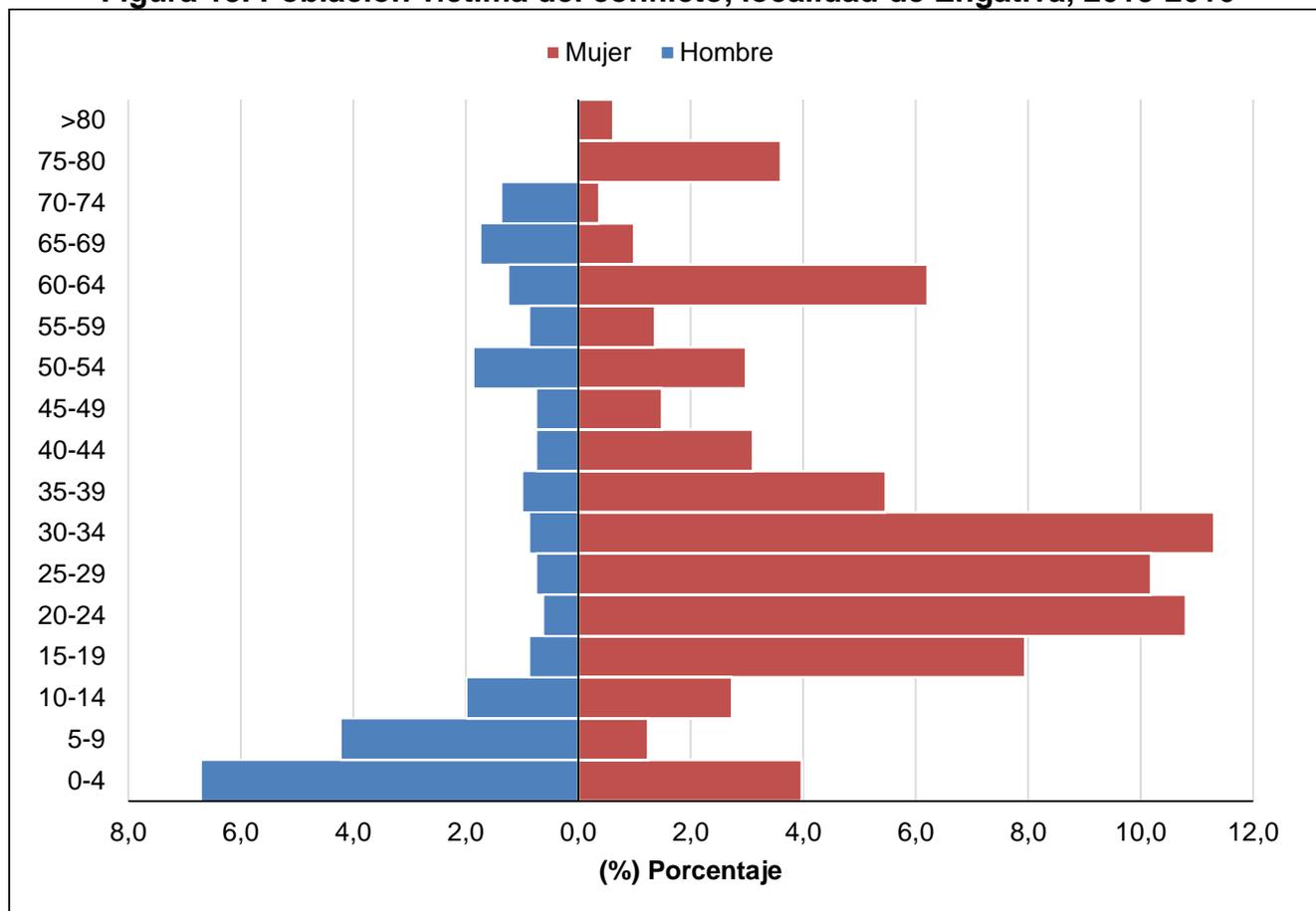
Lo que concierne específicamente en la localidad de Engativá, hay identificadas 17 adolescentes, de los cuales 14 son mujeres y 3 hombres; una persona en el curso de vida joven; 9 adultos, de los cuales 1 es hombre y 8 son mujeres; y, por último, se identificaron 3 adultos mayores. Del total de la población, 23 personas se consideran bisexuales (85,2 %), 20 mujeres (74,1 %) y 3 hombres (11,1 %). Ninguna persona se autodenomina gay. Tres mujeres (11,1 %) se identificaron como intresexuales y 1 hombre (3,7 %) como transgénero.

## Víctimas del conflicto

El total de la población víctima del conflicto en la Subred Norte es de 2011 personas, de las cuales 593 son hombres y 1.418 son mujeres. En la localidad, para el curso de vida de la primera infancia, la totalidad de población víctimas es de 90 personas, con 56 hombres y 34 mujeres. Para infancia el total de la población es de 70 personas, los cuales 44 son hombres y 26 son mujeres.

Dentro de la localidad, hay 42 adolescentes en total, 9 de ellos son hombres y 33 mujeres. De la misma manera, habitan 183 jóvenes víctimas, de los cuales 9 son hombres y 174 mujeres. Para el curso de vida adultez, hay una totalidad de 290 adultos, dentro de los cuales 53 son hombres y 237 mujeres. Por último, se identificaron 130 personas adultas mayores víctimas del conflicto, con 35 hombres y 95 mujeres. Como vemos las mujeres superan en número en casi todos los cursos de vida, menos en la etapa de infancia del curso de vida.

La Figura 13 muestra una proporción mayor de las mujeres en casi todos los cursos de vida, sin embargo, la proporción del hombre se muestra superior en número dentro de las edades más tempranas del ser humano, dentro de los cursos de vida de primera infancia e infancia.

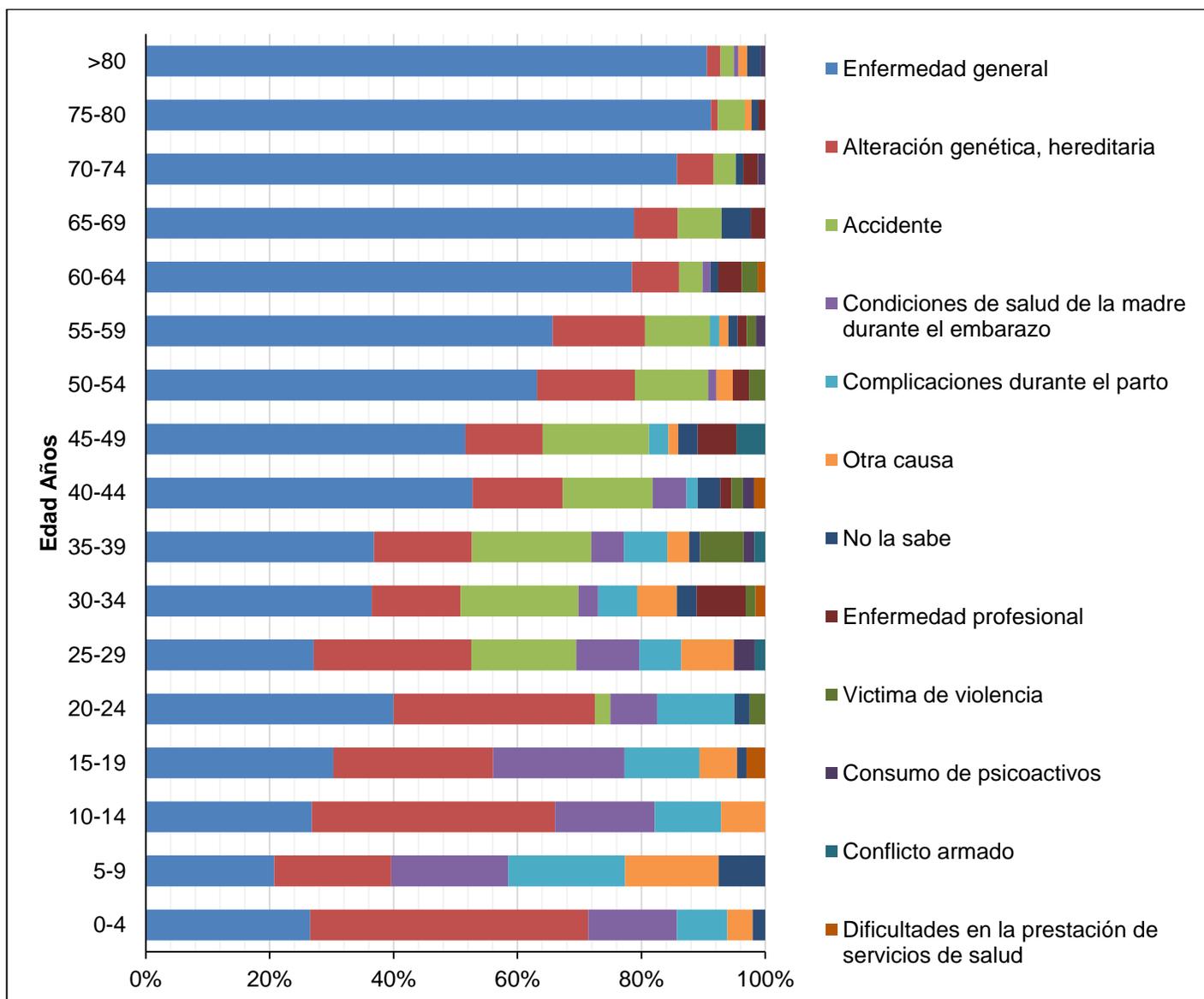
**Figura 13. Población víctima del conflicto, localidad de Engativá, 2013-2016**

Fuente: Base de datos APS Distrital 2013-2016.

### Población con discapacidad

La Subred Norte tiene una población total de 11.722 lo que corresponde al 25,9 % de personas con discapacidad del distrito. Dentro de la población de la Subred, 5.807 personas son hombres (49,5 %) y 5.915 mujeres (50,5 %). El total de la población en condición de discapacidad de la localidad de Barrios Unidos es de 3.208 personas que corresponde al (27,4 %) de la Subred Norte y el 7,1 % del total del distrito (Figura 14).

Figura 14. Orígenes de la discapacidad, localidad de Engativá



Fuente: Base de datos Discapacidad 2016.

En la localidad de Engativá, el curso de vida de primera infancia que tiene alguna discapacidad es de 164 (5,7 %) niños, siendo las afectaciones del sistema nervioso lo más repetido (46) 1,6 %. Existen 269 infantes (9,3 %) donde 128 (4,4 %) tienen afectaciones en el sistema nervioso, el cual es el evento más diagnosticado. Para el curso de vida adolescencia se repite el evento mayormente diagnosticado con 124 adolescentes (4,3 %) siendo el total de la población adolescente en condición de discapacidad de 235 (8,1 %). La población joven en condición de discapacidad es de 453 (15,7 %), donde el evento más diagnosticado son

afectaciones en el sistema nervioso con 211 (7,3 %) jóvenes afectados. En el curso de vida adultez, la población es de 1.062 personas (36,8 %), donde la afectación más frecuente son las alteraciones en el movimiento del cuerpo en 537 adultos (18,6 %). Y para el curso de vida vejez, hay un total de 701 adultos mayores (24,3 %) donde la mayoría sufre afectaciones en el movimiento con 411 personas adultas mayores (14,3 %).

### **Personas en ejercicio de prostitución**

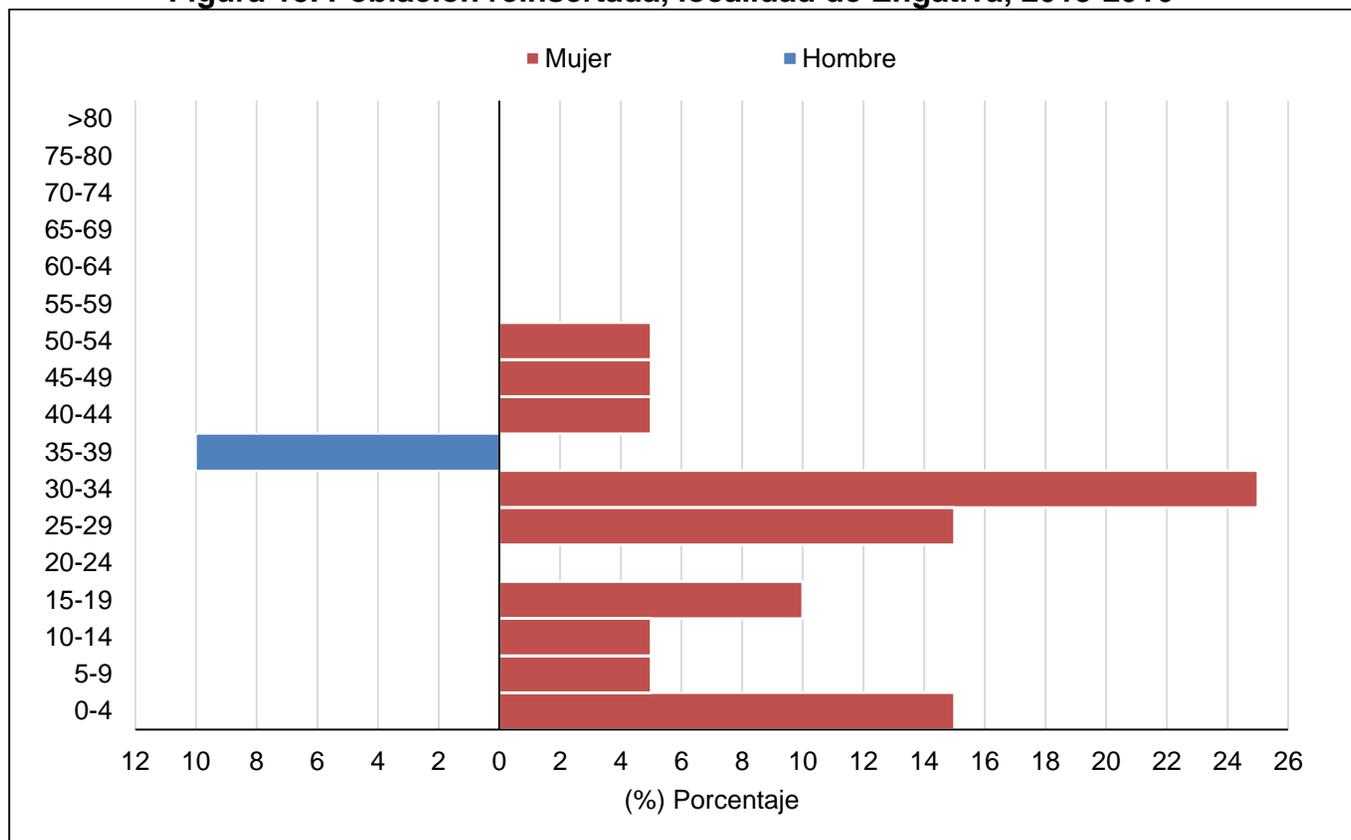
La población en ejercicio de prostitución en la Subred Norte se enumera en su totalidad con 165 personas, de las cuales 17 son hombres y 148 mujeres. Dentro de la localidad de Engativá, se identificaron 4 mujeres en el curso de vida juventud, el mismo número en el curso de vida adultez y 1 mujer en el curso de vida vejez.

### **Ciudadano habitante de calle**

La población habitante de calle para la Subred Norte cuenta con un total de 414 personas, de las cuales 295 son hombres y 119 son mujeres. Lo correspondiente a la localidad, se identificaron 5 hombres que corresponden al curso de vida juventud. Para el curso de vida adultez se identificaron 6 hombres y 7 mujeres para un total de 13 adultos. Y 1 mujer en el curso de vida vejez.

### **Otras Poblaciones**

La población insertada en la localidad se compone en su primera infancia de 3 niñas; la población infantil se compone de 2 niñas. Por su parte hay 1 adolescente y 1 joven en la localidad. En el curso de vida adultez la población se compone de 2 hombres y 11 mujeres adultas para un total de 13 adultos reinsertados. Por último, el curso de vida vejez no se registran datos (Figura 15).

**Figura 15. Población reinsertada, localidad de Engativá, 2013-2016**

Fuente: Base de datos APS Distrital 2013-2016

La población de recicladores en la Subred Norte es de 277 personas, de las cuales 82 son hombres y 195 son mujeres. La localidad de Engativá alberga a 6 niños y 9 niñas pertenecientes a la primera infancia; y 1 infante, igualmente 1 adolescente mujer. Para el curso de vida adulto, se identifican 18 hombres y 33 mujeres para un total de 51 adultos recicladores. Y 23 adultos mayores, los cuales se dividen en 6 hombres y 17 mujeres en el curso de vida vejez.

La población carretera de la Subred Norte, se compone de 29 personas en total, 6 hombres y 23 mujeres. En lo concerniente en la localidad de Engativá, 2 hombres se insertan en la primera infancia y salta hasta la vejez con 3 hombres y 12 mujeres adultos mayores.

Por su parte, la población pequeña bodeguera se compone de 23 personas en total dentro de la Subred Norte, 9 hombres y 14 mujeres. En la localidad se identificaron una mujer en el curso de vida juventud; y un hombre en el curso de vida vejez.

#### 4.2 Relación población territorio.

Es evidente que la población genere una serie de vínculos con su territorio poniendo de manifiesto distintas formas de distribución espacial, de ocupación territorial, de migración, condiciones de vida, ejercicio laboral; en general refleja mecanismos de interacción económica, política, social y cultural que los mismos establecen entre sí como personas y como integrantes de diversos grupos e instituciones. Estos vínculos a su vez son procesos históricos que han venido definiendo las estructuras demográficas y dinámicas del entorno geográfico.

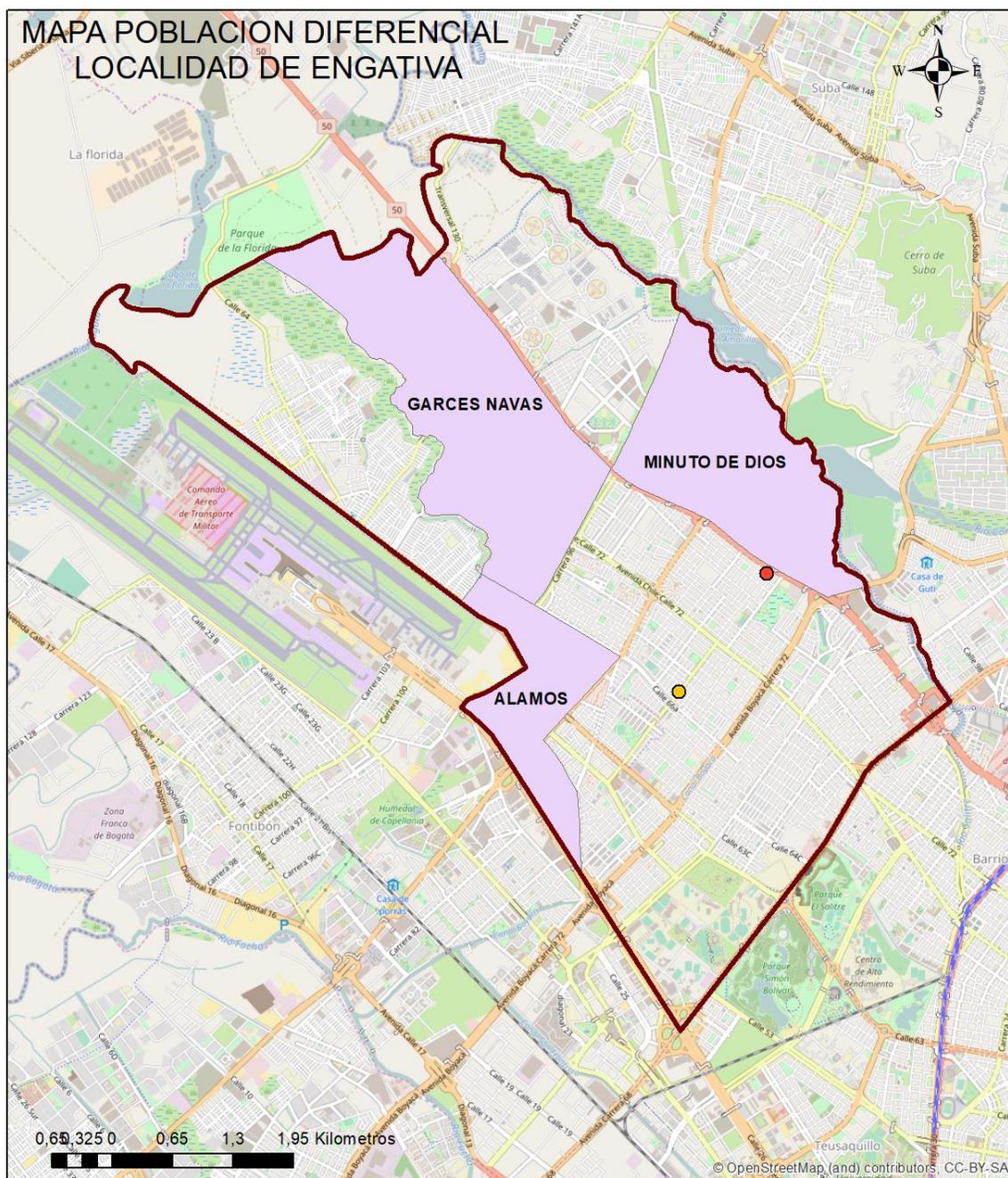
De allí que se presume para este apartado poder entender la relación de las poblaciones diferenciales y el territorio que abarca la Subred Norte de Salud. Para ello se realizaron unidades de análisis en donde participaron los espacios de acción, los programas y el componente 1 de Gobernanza, principalmente los encargados de las políticas que conciernen a las poblaciones diferenciales.

Dentro de dichas unidades de análisis se elaboró cartografía social que con la participación del componente geográfico del equipo ACCVSyE se logró definir y reproducir un mapa que sintetizó toda la información recolectada en esta unidad y acompañada del proceso acumulativo que se ha realizado con la apropiación conceptual y la información relacionada a los aspectos demográficos de las poblaciones.

Es de anotar que por efectos administrativos y de contratación dentro del talento humano de la Subred Norte de Salud, gran parte de la información que se ha recolectado de manera efectiva y oportuna se encuentra en construcción y recolección, lo que ha presentado dificultades para un correcto y amplio abordaje en cada una de las localidades.

Para esta unidad de análisis se recolectó la mayor información posible que acercó el conocimiento de las poblaciones diferenciales y la forma en que estas se relacionan con el territorio, sus problemáticas, deberes y responsabilidades que se obtuvieron de las mesas locales, los comités y demás espacios de participación en las que hace presencia salud.

**Mapa 6. Población diferencial localidad, localidad de Engativá**



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD  
SUB SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD  
SUBRED NORTE  
BOGOTA  
2017

- LOCALIDAD ENGATIVA
- MUJER Y GENERO
- INDIGENAS
- CONCENTRACION DE VICTIMAS



Sistema de coordenadas:  
MAGNA SIRGAS  
Fuente cartográfica:  
IDECA 2016  
Fuente de dato: cartografía social  
POSICIONAMIENTO DE LAS  
POLÍTICAS PÚBLICAS QUE  
FAVOREZCAN LA SALUD Y LA VIDA  
Elaboración: Equipo ACCVSE



Fuente: Cartografía social equipo ACCVSE 2017.

En la localidad de Engativá se ubican poblaciones diferenciales, siendo las comunidades con discapacidad una de las más representativas, pues a través del Consejo local de Discapacidad, gestan el posicionamiento de la Política Pública Distrital de Discapacidad desde el Sistema Distrital de Discapacidad, promoviendo la garantía de sus derechos, la exigibilidad de acciones que fomentan la inclusión social de las personas con discapacidad y sus familias en la localidad. La localidad cuenta con el centro crecer que atiende a población de cinco a 17 años de edad con discapacidad cognitiva, está ubicado en la Carrera 70C 48 29 en el barrio Normandía.

Para la población diferencial de la localidad de Engativá, específicamente la población con discapacidad cuenta con la participación de representantes de las personas con discapacidad y referentes de los diferentes sectores en el Consejo local de Discapacidad como la instancia que promueve el posicionamiento de la Política Pública Distrital de Discapacidad desde el Sistema Distrital de Discapacidad, favoreciendo la inclusión y garantía de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad y sus familias en la localidad.

La concentración de población víctima del conflicto, se ubican en las UPZ Álamos, Garcés Navas y Minuto de Dios. El nivel socioeconómico de la población víctima que llega estas UPZ, difiere notablemente de la población que se asienta (por ejemplo, en la localidad de Suba), la población tiene como característica un ahorro en materia económica y empoderamiento respecto a su situación y a las políticas que los cobijan. La mayoría son líderes de organizaciones sociales en defensa de los derechos a la población víctima del conflicto armado.

De igual manera y adicionalmente, en la Mesa de participación efectiva para las Víctimas hace presencia las Entidades competentes, donde se trabaja todo lo concerniente al acceso a los servicios de salud, vivienda, Educación, y reparación de acuerdo a la Ley 1448 de 2011, entre otros. Se explica toda la ruta de atención para que se tenga conocimiento de los procedimientos a los que se tienen que llevar a cabo para una reparación efectiva. Cabe destacar que, bajo la reformulación de dicha Ley, se ampliaron los cupos a la Mesa de participación efectiva para las víctimas, específicamente para la inclusión de los miembros de la fuerza pública con registro único de Víctimas RUV.

En la localidad hay una Mesa de LGBTI interinstitucional y otra Mesa LGBTI donde participaba solo la población sin presencia institucional. Sin embargo, esta segunda mesa desapareció como consecuencia de la baja participación de la comunidad LGBTI de la localidad. Dicha razón obligó a tomar la decisión de cerrar dicha Mesa. Según información de dichas mesas, en la localidad no se tienen identificados puntos de concentración específica de la población LGBTI.

Por otra parte, la participación de las Mujeres en la localidad sí es fuerte, en comparación con la población LGBTI, hay una gran afluencia de organizaciones en las mesas tanto interinstitucionales, como las mesas donde convergen solo la comunidad.

Para lo que respecta a la población indígena, se identifica un cabildo Kichwa ubicado en el barrio la Granja.

#### **4.3 Condiciones de vida y determinantes de la población diferencial**

El análisis de las condiciones de vida y los determinantes sociales de la salud de las poblaciones diferenciales que hacen parte del territorio que abarca la Subred Norte de Salud, se realizaron a partir de diferentes unidades de análisis en las que a través de metodologías cualitativas como lo fueron la cartografía social y los grupos focales, se logró recolectar la información necesaria para poder realizar un ejercicio de priorización de poblaciones en el cual se lograra acercar a la realidad de la situación en salud en las que se encuentran inmersas. Estas unidades de trabajo, se realizaron con funcionarios de la Subred Norte de componentes como gobernanza, espacio trabajo, y vivienda; este último con la particularidad de contar con funcionarios-gestores que pertenecen a diferentes poblaciones diferenciales y se reconocen como líderes de estas.

Para poder priorizar la población a trabajar, se realizó un ejercicio acumulativo, en donde se analizaron factores como los datos demográficos, la relación población territorio y la información recolectada a través de la experiencia y el funcionamiento de las personas encargadas de trabajar directamente con las comunidades. Se tomó en cuenta los lugares

donde hubiera espacios de encuentro, lugares de socialización de las comunidades y la intervención desde salud con las poblaciones.

La población ha sido priorizada, pero cabe anotar que muchas de estas comunidades cuentan con más de una condición que las encasilla como diferencial. Por consiguiente, en este análisis se podrá describir condiciones y características de poblaciones que no necesariamente son las priorizadas pero que hacen parte de la misma, como el hecho de ser parte de una población víctima de conflicto armado aparte de su condición étnica.

En el ejercicio local y como se ha expuesto en apartados anteriores, la presencia y relación de las poblaciones diferenciales es múltiple, con este ejercicio de priorización se enfatizara el análisis de una población por cada una de las seis localidades que hacen parte de la Subred Norte de salud; no obstante, no con eso se puede dejar de lado el esfuerzo y trabajo que se realizan desde los diferentes componentes y espacios de salud pública con las otras poblaciones, lo cual es un trabajo arduo y relevante dentro del accionar de la salud.

#### **4.4 Población priorizada: Indígena Kichwa**

La población Kichwa que hace presencia en el distrito capital se encuentra repartida por casi todo el territorio, incluso se dice que se encuentra esta población a nivel internacional en diferentes lugares del mundo, dado su carácter comercial y un poco nómada, que lo ha llevado a ubicar y trascender las fronteras de su país natal Ecuador. En la localidad de Engativá, se encuentra el Cabildo de la comunidad ubicado en la UPZ La Granja, por esta razón y por la importancia que tiene este lugar para la comunidad es que se ha decidido priorizar al pueblo Kichwa.

El carácter nómada – comerciante de la comunidad ha hecho que, en lugares como Bogotá, se encuentren Kichwa que el propio pueblo identifica como “Kichwas Bogotanos” dado que llevan viviendo en la ciudad por más de ocho décadas, de los cuales la mayoría dominan el idioma español y la lengua nativa. Pero muchas de las personas adultas que se encuentran en la ciudad, por razones económicas principalmente no han realizado la tramitología necesaria para poder acceder a la cedula de extranjería y por más que llevan residiendo en el país por

mucho tiempo, son considerados extranjeros para la oferta institucional y los beneficios estatales, dificultan así el acceso a los servicios, como lo es la salud. Como gradiente especial que puede incrementar las dificultades en este sentido, se encuentra el idioma para la comunicación y el desconocimiento de saberes como la escritura y la lectura del castellano lo cual genera en algunos casos discriminación y segregación de la comunidad, que busca un refugio en sus pares y familias de su propia comunidad.

El idioma como herramienta de comunicación se convierte en una barrera de acceso a la salud y a la tramitología que implican situaciones como la transferencia del servicio de una ciudad a otra o incluso de un barrio diferente de la ciudad. Los líderes de la comunidad comentan que anteriormente se contaba con una persona en el Cabildo que se encargaba de todo lo relacionado con la ayuda y activación de rutas en casos necesarios que servía de traductor para las personas que no saben hablar castellano, pero en la actualidad ese servicio se ha visto limitado y las complicaciones y barreras se han incrementado cada día más para la comunidad. Esta situación no es algo propio y exclusivo del pueblo Kichwa, al parecer es algo que ha venido ocurriendo con muchos de los pueblos indígenas que practican una lengua diferente.

Las fuentes económicas de la comunidad ancestralmente han estado relacionadas al comercio de textiles y tejidos, los cuales por la modernización y la producción en masa y los precios más económicos que hay en otras producciones, han hecho que esta fuente ancestral de medios económicos se haya perdido, y ha llevado a que la comunidad encuentre en la venta ambulante y en la informalidad laboral la forma de encontrar su sustento diario. Las condiciones laborales en los que se encuentra la comunidad se convierte en una forma de disminuir la calidad de vida de los mismos.

Una problemática sentida que se ha presentado e incrementado en los últimos años, es la relacionada con el posparto, las madres al no contar con los medios suficientes para el sostenimiento de sus familias y sin contar con un amparo legal que les brinde la ayuda necesaria en este periodo de dieta, hace que deban salir a trabajar y a conseguir el dinero necesario para el día a día que se han presentado problemas en salud tanto de la madre como

del infante, lo que lleva al no cumplimiento del tiempo de la alimentación exclusiva con leche materna que sugiere la OMS.

Finalmente determinantes nutricionales pueden estar relacionados en la situación en salud de la comunidad Kichwa, un pueblo que tradicionalmente ha estado acostumbrado a cultivar sus propios alimentos y al mantenimiento de sus tierras y animales, lo cual en una metrópoli como Bogotá se ha vuelto casi imposible dada la expansión urbanística de las últimas décadas y el encarecimiento de los predios que se convierte en una odisea para la comunidad que busca hacerse poseedor de un terreno en donde pueda mantener sus costumbres.

#### **4.5 Análisis de situación en salud de las poblaciones**

Para el proceso de identificación de necesidades de las poblaciones priorizadas que hacen presencia en las seis localidades que abarca el territorio de la Subred Norte de salud, se realizaron diferentes unidades de análisis con la participación de componentes como Espacio Público, Espacio Trabajo, Programas, Gobernanza, Espacio Vivienda y Espacio Educación, con los cuales se lograron resaltar situaciones que han generado afectaciones al bienestar social en general de cada una de las poblaciones.

En esa medida, tras un ejercicio con los grupos funcionales por momento de curso de vida, se abordaron las poblaciones por medio de sus principales dificultades en relación con el territorio en donde se encuentran residiendo o desarrollando socialmente; para ello se tuvieron en cuenta variables relativas a las características demográficas de la zona geográfica y los determinantes sociales de la salud que pueden influir para el desarrollo y calidad de vida de las comunidades.

Por otro lado, en escenarios de análisis con el espacio Trabajo, se analizaron principalmente las necesidades de la población en ejercicio de prostitución, en los cuales, se definieron metodologías como la generación de núcleos problemáticas por localidad, para así poder hacer una identificación de los principales aspectos afectados de la población y sus entornos.

De igual manera, desde el espacio educación se hizo una recopilación de la información que se ha venido trabajando en las instituciones educativas donde se hace presencia y se identificaron las acciones y necesidades de las poblaciones diferenciales.

Finalmente, en asociación con Gobernanza y la líder del componente de rutas, la cual socializó la base de datos con los casos que necesitan activación de las mismas para la atención en la cual se debe diligenciar el componente poblacional, se hizo un proceso para poder conocer los casos de las poblaciones priorizadas y así poder entender qué necesidades tienen o han manifestado.

Tanto la identificación de necesidades como el abordaje de las poblaciones, tal como se dijo anteriormente, no puede ser generalizado y debe ir acorde al concepto y la variable diferencial de cada una de las poblaciones, por lo que resulta pertinente explicar que en este apartado se buscara una aproximación con la información recolectada que aproxime el análisis de las poblaciones priorizadas en cada una de las localidades de la Subred Norte.

### **Población priorizada: Étnicas énfasis indígenas**

Para la comunidad indígena que se ha asentado en el distrito capital, se ha identificado una necesidad en el fomento del cuidado de la salud oral, dado que se han canalizado una buena cantidad de población con problemas bucales, principalmente niños y niñas de pueblos indígenas. Las principales problemáticas identificadas son la gingivitis, el componente cariado y manchas dentales, que dificultan el desarrollo y alteran el estado de salud de los individuos.

Se han generado alertas frente a la identificación de comunidad infantil con ERA sin tratamiento ni seguimiento. Estas dificultades respiratorias son propias de la migración rural-urbana, que se presenta en las comunidades indígenas, donde sus territorios cuentan con un ambiente sin tanta contaminación propia de la industrialización de las grandes metrópolis.

El poco interés por parte de la comunidad hacia los servicios en salud mental y de los procesos de seguimiento de este cuidado, hace que se presenten situaciones asociadas a la conducta suicida, en algunos casos por el apego a sus territorios ancestrales y el descontento que genera, ser migrantes en sus propias tierras.

El control perinatal se convierte en una necesidad de seguimiento por parte de las entidades, dado que en muchos casos no hay un interés por parte de la comunidad indígena a acceder a estos servicios en el periodo gestacional, lo cual se puede presentar por la desconfianza a la medicina occidental moderna o a que cuentan con controles a través de su ancestralidad y con su medicina propia, que les genera más confianza y un apego personal a sus saberes. El hecho que las mujeres gestantes no asistan al control médico (occidental), no significa que no lo estén haciendo o no le presten atención a su embarazo, situación que no se ha entendido por los médicos occidentales.

El control médico de los niños y niñas menores de 5 años que pertenecen a alguna comunidad indígena, presenta diferentes problemáticas para su desarrollo y seguimiento, principalmente por las condiciones económicas de los padres, que no cuentan con los medios para acceder a los servicios de salud o incluso para el transporte hasta los centros de atención; seguido por dificultades de portabilidad para las comunidades que llegaron en los últimos años a la ciudad por motivos personales o ajenos, que obligan al hecho de una residencia en un lugar que no es propio y finalmente el seguimiento a nivel interno de la comunidad. La situación parece complicarse en el sentido que se identificaron muchos casos en los que la desnutrición es una realidad para la comunidad infante indígena.

La mala alimentación, ya sea por motivos económicos o por creencias propias de la comunidad, en donde la dieta se basa en alimentos que no están catalogados nutricionalmente como saludables, hace que se evidencien condiciones crónicas desde edades tempranas y dificultades en el crecimiento y desarrollo de los niños, niñas y adolescentes indígenas.

Se han identificado necesidades en la comunidad indígena, específicamente en las mujeres, esta situación reúne dos complicaciones en salud expuesta previamente, que es el cuidado oral y el seguimiento gestacional. Las gestantes no tienen consultas odontológicas y cuentan con complicaciones bucales.

Al no tener un seguimiento odontológico en el momento del embarazo, se está saliendo de lo planteado por el plan de prevención gestacional y las complicaciones bucales pueden repercutir en problemáticas para el feto y la materna, cualquier infección que se presente en la mujer, pueden alterar el desarrollo gestacional e incluso generar embarazos pre-término.

Finalmente, dentro de las generalidades de los pueblos indígenas se identifican las problemáticas de salud mental, asociado al consumo de sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales, que generan problemáticas de tipo psicosocial para los individuos y su comunidad

En el caso específico de la comunidad Quichua de Engativá, se presenta la necesidad del fortalecimiento de la medicina ancestral, del conocimiento y saberes de las personas mayores y de los tratamientos alternativos que según se manifiesta, cada vez, llama más la atención de la comunidad bogotana.

Como un pueblo migrante, los Quichuas expresan la necesidad de la disminución de la barrera de acceso a los servicios de salud a través del idioma dado que el entendimiento con los prestadores del servicio es mínimo, acompañado de una complicación migratoria acentuada por la condición económica y los altos costos de los trámites para acceder a un documento nacional como la cedula de ciudadanía.

Frente a la alimentación, los problemas nutricionales deben captar la atención, el consumo de sal, gaseosa y grasas dentro de la comunidad es significativo y hace que no se tenga el mejor estado nutricional, desde la infancia hasta la vejez. Para la comunidad que es migrante a causa del comercio, es más fácil y económico poder consumir este tipo de alimentos, que hacer una preparación y planificación alimentaria.

La forma del uso del suelo de la comunidad y la necesidad de poder sembrar tanto alimentos, como hierbas medicinales, hace que la comunidad se haya interesado y movilizado frente a la adquisición, de espacios que les puedan mejorar sus condiciones en salud, pero estos programas, al parecer no cuentan con un apoyo ni privado ni público para poder lograrlo.

Para las maternas, las condiciones económicas hacen que su situación en salud sea complicada, no se cuentan con los medios para poder cumplir los periodos de dieta y descanso posparto y deben salir a trabajar prácticamente inmediatamente después de tener su parto y generando así la necesidad de una atención integral a las madres y sus hijos.

La comunidad indígena depende en gran medida del comercio y la venta ambulante de tejidos, sin embargo, la ubicación de los puestos de trabajo se enmarca en la venta ambulante, lo que evidencia la necesidad de una ubicación estratégica para la venta de sus productos

### **Necesidades Población LGBTI**

La comunidad LGBTI en la localidad tiene la falencia de la caracterización y la falta de participación de la misma en los procesos incluyentes de las Instituciones Distritales. La necesidad de caracterizar la población, no permite una identificación de las necesidades más próximas de la comunidad. Se evidencia, por parte del sector salud, que una gran proporción de personas de la comunidad LGBTI, no se han afiliado a ningún régimen de salud por apatía o por una falta de corresponsabilidad e importancia al proceso de afiliación.

### **Necesidades población ciudadano habitante de calle**

Una de las necesidades que se identifican en la población habitante de calle, es la poca adherencia de los mismos a los programas de vinculación ofrecidas por la institucionalidad en cabecera por la Secretaría de Integración Social.

Otra necesidad que dificulta la atención en salud en las diferentes Unidades de Servicios de Salud de la localidad, es que, en algunas personas captadas, no tienen la carta de habitabilidad en calle. Lo que aumenta la demora y el riesgo en salud del habitante de calle.

### **Necesidades Población víctimas del conflicto y discapacidad**

Es necesario generar estrategias, utilizar medios alternativos para dar a conocer la oferta institucional o conocer la percepción de la población frente a la misma, ya que se han identificado barreras de acceso en cuanto las rutas de atención y el aseguramiento de los individuos, por el desconocimiento, lo cual puede obedecer a un desinterés o desencanto de los mismos.

### **Necesidades población con discapacidad**

Una de las necesidades de la población con discapacidad se enmarca en las dificultades para el desplazamiento y movilización a los diferentes centros de atención en salud; de la misma

manera, existe una necesidad de mejorar el registro y caracterización de la población con discapacidad; por último, la poca adherencia a las ofertas institucionales, principalmente desde la Secretaría de Cultura Recreación y Deporte y el IDR (Instituto Distrital de Recreación y Deporte).

#### 4.6 Acciones y respuestas en salud

Dentro del modelo de salud de la Bogotá Mejor Para Todos, en donde la salud urbana se convierte en un eje principal del accionar del modelo de atención en salud para la población que hace parte del distrito capital. La urbanización de las poblaciones en los últimos años, ha hecho que la atención de la salud pública se preocupe por los efectos en la calidad y desarrollo de vida de los individuos y su entorno en esa transición y cambio a las grandes metrópolis mundiales.

Bogotá, D. C. se ubica en el conjunto de las diez ciudades con mayor población en América Latina, ocupa el sexto lugar en el continente y el primero en el país. (27) Lo que convierte al distrito capital en un territorio en donde el modelo de atención en salud debe estar enfocado a las características de vida, consumo, trabajo, desarrollo y educación entre otras de la urbanización que ha llevado el país en su modelo de desarrollo.

Para poder generar el enfoque de salud urbana, se intervienen los espacios de desarrollo de vida y el trasegar de los individuos y la comunidad residente de la ciudad capital. Estos espacios son: la vivienda, escuela, el trabajo y el espacio público.

Los modelos de urbanización mundial implican unos cambios en el devenir de la comunidad de un país, generando situaciones y modificaciones en los medios de producción, de socialización y de desarrollo de las comunidades. Las grandes metrópolis se convierten en lugares receptores de la población de toda la nación y los movimientos demográficos enmarcados en la globalización hacen que los movimientos de urbanización trasciendan las fronteras políticas de las naciones.

En el caso particular de la ciudad de Bogotá, la recepción de población de diferentes lugares, culturas y comportamientos, hace que se genere una atención con enfoque diferencial, en el

cual, en búsqueda de la equidad, se pueda respetar y reconocer las diferencias de cada uno de las comunidades que hacen presencia en el territorio y sus particularidades. Las poblaciones diferenciales priorizadas en las localidades de la Subred Norte, tienen una atención enmarcada en los cuatro espacios de desarrollo de vida y así poder identificar, reconocer y generar estrategias y acciones que respondan a su situación en salud e incidir positivamente en sus determinantes sociales de la salud.

Para las comunidades indígenas que residen en el distrito capital, principalmente las que no pertenecen originariamente a este territorio o que incluso vienen de otras naciones que hacen presencia en el territorio bogotano por algún fenómeno demográfico, se han venido trabajando en las últimas dos décadas, acciones relacionadas a la formulación, generación y puesta en marcha, de planes de políticas públicas y herramientas políticas que buscan generar las mayores formas de representación de la comunidad y el respaldo de su participación y respeto a la singularidad de su pueblo.

La transformación organizacional que han tenido las comunidades étnicas y la dinámica distrital con la implementación de políticas públicas se puede evidenciar en el carácter incluyente que se ha ido insertando en la dinámica de la ciudad, generando tensiones y conflictos en las diferentes esferas pero que van de la mano con el proceso de inclusión y aceptación a estas comunidades.

La diversificación al interior de los mismos grupos es evidente, en la población indígena cuenta con diferentes comunidades con singularidades en temas de lenguaje y cultura. En los afrocolombianos se generó una división en el año 2011 con la separación de su política pública y la generación de una nueva solo para el pueblo raizal, ya que, espacialmente se ubicaban a los afrocolombianos en la cuenca del pacifico y no se tenía en cuenta la singularidad de los raizales provenientes de la isla de San Andrés y Providencia y Santa Catalina.

Como acciones afirmativas para el sector salud, el proceso de participación social es la salud de la comunidad ha sido un esfuerzo y labor que se ha desarrollado en los últimos años, con el fin de reconocer, validar y fortalecer los saberes propios de la medicina ancestral de los pueblos indígenas del país y el continente. Se realizan encuentros de medicina ancestral para poder evidenciar los puntos de convergencia con la medicina tradicional occidental y se puedan

generar estrategias de cooperación y reconocimiento de los dos saberes por parte del personal que cuenta con este conocimiento, ya sea de forma heredada o a través de los centros educativos.

En el modelo de salud urbana, se buscan identificar las dinámicas y el accionar que interfiere en el desarrollo y calidad de vida de los ciudadanos, así también poder hacer un reconocimiento y fortalecimiento de los saberes propios y la difusión de los mismos, para la comunidad en general, que encuentre en ellos una alternativa de solución a su situación en salud.

Los individuos de la comunidad que llegan a residir en la ciudad por algún fenómeno migratorio que no está asociado a la libre elección de la persona, sino por alguna acción o contexto externo como lo es el conflicto armado interno que ha afrontado el país en los últimos 60 años, necesitan una atención en salud, que no solo supla las necesidades físicas, sino que también haga un apoyo psicosocial que ayude al desarrollo y asentamiento de las familias o los individuos en un nuevo contexto, una dinámica diferente y lo que implica el vivir en una metrópoli; para esto, se ha dispuesto el PAPSIVI que es: un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias que le permite a los diferentes actores atender los impactos psicosociales y los daños en la salud física y mental de las víctimas ocasionados por o en relación con el conflicto armado, en los ámbitos individual, familiar y comunitario (incluido en este los sujetos de reparación colectiva), con el fin de mitigar su sufrimiento emocional, contribuir a la recuperación física y mental y a la reconstrucción del tejido social en sus comunidades.

Las acciones afirmativas lideradas por la Secretaría Distrital de Integración Social, busca capacitar a 584 hogares indígenas, en temas relacionados a la educación nutricional y el fortalecimiento y uso de costumbres desde el componente social por parte de los diferentes cabildos indígenas que hacen presencia en el territorio distrital. Una acción específica, se encuentra asociada a la alimentación, la cual es una estrategia que busca garantizar una seguridad alimentaria necesaria para el desarrollo de sus individuos, familias y comunidad. La SDIS busca captar el 100 % de la población vulnerable y así poder generar una canasta complementaria de alimento que busca minimizar los riesgos en salud asociados a la nutrición.

Finalmente, frente a las acciones afirmativas, desde el sector gobierno, se generan campañas en contra de la discriminación racial, de género, credo y sexo principalmente, que afecten la calidad de vida y el desarrollo tanto de individuos como de comunidades no hegemónicas en el distrito capital, como lo es la comunidad étnica.

También se ha generado la estrategia conveniente para poder garantizar la continuidad de la casa del pensamiento indígena, en la cual se busca fortalecer, documentar y conservar los saberes ancestrales, en todas las esferas que la cosmovisión indígena haga presencia.

Desde las estrategias del modelo de salud urbana, para la Subred Norte, en el Espacio Público, se realizan acciones específicas para la ciudadanía que cuenta con algún tipo de discapacidad, acompañado de la comunidad Raizal, la cual por política pública nacional pertenece al pueblo Afro, pero en el caso del distrito se encuentran separadas, con acciones específicas, se cuentan con las “Iniciativas Comunitarias” en donde se realiza un proceso de fortalecimiento de temáticas y necesidades priorizadas por el periodo de tres meses. Al igual que para la comunidad LGBTI, se realizan actividades en el marco de la acción integrada 2 – la cual es descrita en el capítulo 5 del presente documento- con las iniciativas comunitarias.

Como acciones que se realizan a la comunidad en general, en las cuales se puede incluirá los individuos, familias y grupos pertenecientes a la comunidad indígena, se encuentra la estrategia “Cuídate y sé feliz” en donde se realizan acciones de tamizaje y condiciones en salud y la estrategia “Vincúlate” para la atención a personas con consumo inicial o problemático de SPA.

En el espacio educativo, donde asisten principalmente niños, niñas y adolescentes, existe una barrera en el accionar del espacio y es la falta de identificación de comunidad étnica en los colegios priorizados, lo cual no significa que no haya presencia de población diferencial al interior de los mismos, solo que las instituciones educativas no cuentan con la información de pertenencia a alguna comunidad por parte de su estudiantado y en las acciones que se realizan directamente con las personas, no se logra recolectar esta información. Para los colegios privados, la situación está asociada a la confidencialidad del dato y de la información persona, por lo tanto, es difícil el acceso al reconocimiento étnico de los estudiantes. Con eso las acciones realizadas van a toda la comunidad, pertenezca o no a una población diferencial.

El espacio vivienda cuenta con grupos de trabajo para la población indígena en toda la Subred Norte, con el actual se realizan caracterizaciones de las familias identificadas con riesgo en salud y la respectiva canalización a los servicios de salud. Frente a este accionar se han presentado diferentes complicaciones asociadas a que los trabajadores de los equipos étnicos son elegidos por la misma comunidad, por lo tanto, el poder conformar los equipos de trabajo de forma completa y poder tener una dedicación de tiempo completo ha sido complicado y se viene trabajando en estrategias para mejorar esta situación.

Para la gestión de programas y acciones de interés en salud, no se cuentan con acciones específicas para la población diferencial, dentro del quehacer del grupo se encuentra el desarrollo de asistencias técnicas a las IPS priorizadas y así poder garantizar el cumplimiento de programas y acciones de interés en salud de acuerdo a la normatividad establecida. En las jornadas que se realizan en el trasegar de la vigencia, se dirigen a la población en generar y así atender a población diferencial.

Desde el componente 1 de Gobernanza, en el caso de la comunidad Kichwa de la localidad de Engativá, se hace la articulación correspondiente en las jornadas de hábitos de vida saludable en donde se realizan acciones relacionadas a la promoción de la actividad física, la toma de tamizaje y presión arterial y los hábitos de vida saludable relacionados a la alimentación en una ciudad como Bogotá.

Como logro se cuenta con la participación de 106 indígenas pertenecientes al cabildo Kichwa de Engativá, en donde el pasado mes de septiembre se realizó una jornada de hábitos de vida saludable con la articulación de IDR y SDIS.

El trabajo mancomunado con el cabildo indígena Kichwa desde salud pública en la localidad de Engativá, ha hecho que se genere una integración de saberes, en donde el complemento de la atención tanto tradicional occidental como ancestral, ha hecho que se formulen espacios para poder enfrentar situaciones en salud y así mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida de la población en general.

## 5. CAPÍTULO V. ACCIONES EN SALUD PÚBLICA

La salud urbana se compone de cuatro espacios para la gestión colectiva del riesgo y la generación de acciones de acuerdo al Plan Territorial de Salud 2016-2020, las cuales se integran hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad: educativo, trabajo, espacio público y vivienda.

El presente apartado contiene la caracterización de los espacios, la respuesta brindada, la ubicación de las acciones y problemáticas identificadas, obtenidas como resultado de las unidades de análisis con los equipos de salud, por cada espacio de vida cotidiana de la Subred Norte, para lo cual se utilizó como metodología cartografías sociales e instrumentos de recolección de información que junto a la matriz 1186, sirvieron como fuente de información para la construcción de este capítulo.

### 5.1 Espacio de educativo

El espacio educativo mediante la estrategia “Sintonizarte”, desarrolla acciones pedagógicas por medio cinco componentes y dos ejes estratégicos transversales: gestión de la salud para el mejoramiento de entornos escolares (articulación sectorial e intersectorial con la comunidad educativa para identificación de riesgos colectivos) y promoción de vida saludable (acciones lúdico pedagógicas enfocadas a desarrollar prácticas saludables y mejorar la calidad de vida). El propósito de la acción es fomentar la salud y el bienestar en niños, niñas, adolescentes y jóvenes favoreciendo prácticas cotidianas, entornos y estilos de vida saludables en el espacio educativo (28) (Tabla 23).

**Tabla 23. Acciones desarrolladas por Espacio Educativo, localidad de Engativá, 2017.**

Componente	Actividades
Acompañarte (Salud mental)	Convocatoria, conformación y fortalecimiento de grupos promotores de la convivencia
	Identificación de estudiantes con riesgos psicosociales y activación de ruta pertinente

Amarte (Salud sexual y reproductiva)	Revisión conjunta del programa educativo de la unidad, para transversalización e implementación del Proyecto de Educación para la Sexualidad y construcción de ciudadanía (PESCC)
Disfrutarte (Hábitos saludables)	Promoción de hábitos de alimentación saludable y práctica de actividad física
Cuidarte (Prácticas saludables, salud oral, discapacidad)	Fomento de prácticas saludables y autocuidado
	Conformación y seguimiento de Grupos de Facilitadores para el socio cuidado de la población con discapacidad
	Jornada en higiene oral y lavado de manos
	Promoción y seguimiento a la adopción de prácticas en salud oral (auxiliar y Odontólogo) dos veces por año dirigida a niños de primaria
Explorarte (Salud ambiental)	Gestión con el Proyecto Ambiental Escolar -PRAES-
	Jornadas de salud ambiental

Fuente: Anexo Operativo Espacio Educativo SDS 2017

Todos los componentes se implementan mediante el desarrollo de grupos conversacionales con docentes y estudiantes, de igual manera se formulan iniciativas (piezas comunicativas) en los temas priorizados por componente, las cuales son divulgadas según los medios disponibles en la institución. De forma complementaria desde el espacio se realiza la activación de rutas y notificación de eventos de interés en salud pública (nutricionales, trastornos mentales, uso SPA, salud bucal, cáncer, infecciones, agresiones, accidentes y traumas, trastornos visuales y auditivos, gestantes, discapacidad, alteraciones en desarrollo psicomotor y regulación de la fecundidad). Así mismo, está la conformación de grupos prioritarios con orientación a eventos de alto impacto en salud mental, gestantes y lactantes.

Las situaciones de riesgo sobre las que interviene el espacio son las prácticas y estilos de vida saludables y la gobernabilidad, que incide en los riesgos colectivos e individuales contribuyendo a un entorno escolar seguro y saludable (28).

Para el periodo enero a diciembre 2017 se realizaron las siguientes acciones: bajo la estrategia Sintonizarte se obtuvo una cobertura de 10.903 personas, de las cuales el 12,5 % (1.365) fueron docentes, el 79,2 % (8.639) estudiantes y el 8,2 % (899) padres, a quienes se dirigieron las acciones educativas en temas como: identificación del riesgo en salud, alimentación

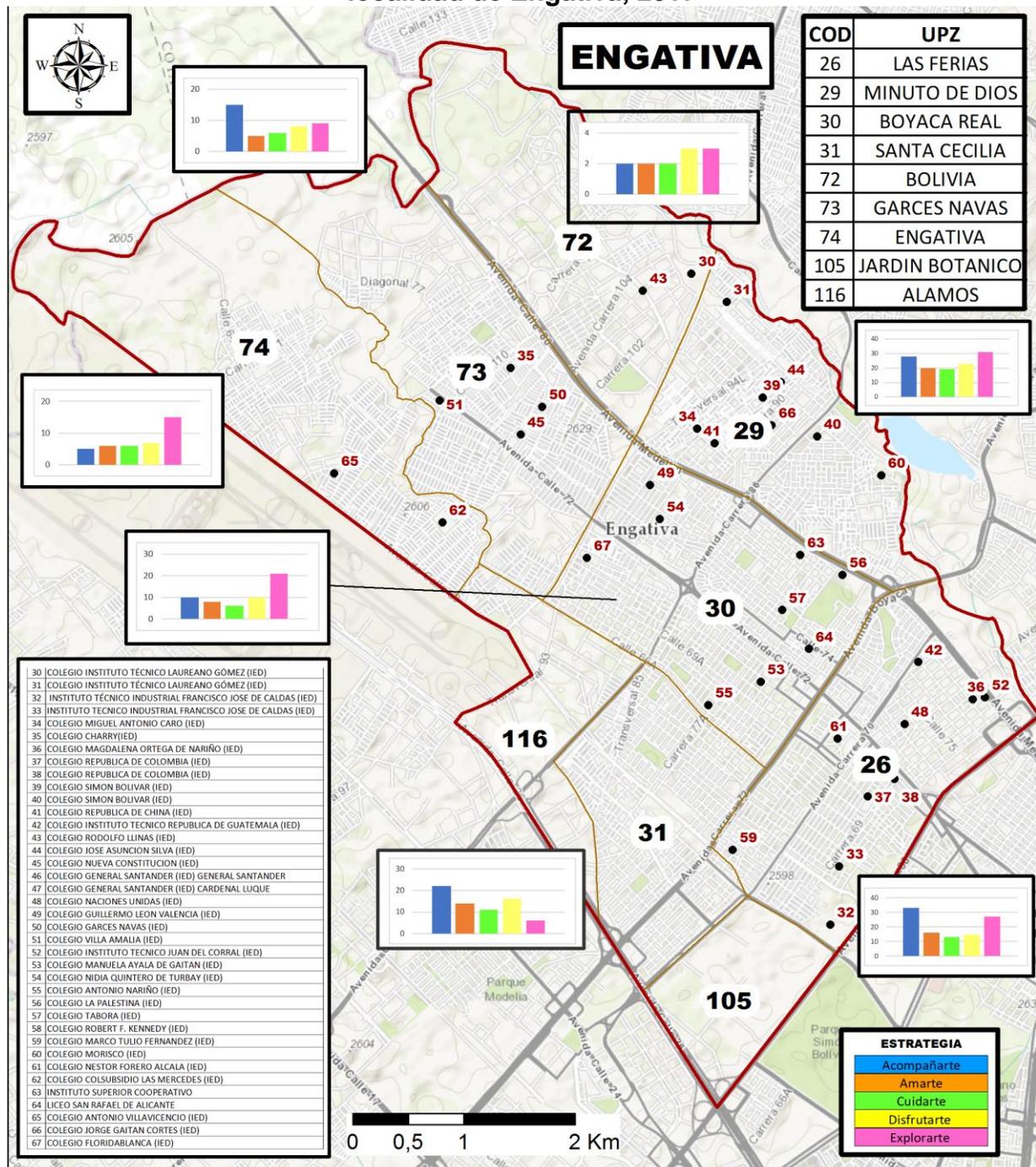
adecuada, prevención de la violencia escolar, promoción del grupo gestor en salud, entornos escolares seguros, pautas de crianza, comunicación asertiva, corporalidad, derechos sexuales y reproductivos, desarrollo emocional y promoción de la línea 106.

Por componente, en Acompañante se logró que el 29 % de los estudiantes tuvieran modificaciones positivas en torno a la resignificación de prácticas y hábitos de salud mental. Así mismo, en amarte el 62,8 % de los adolescentes y jóvenes con seguimiento tuvieron modificaciones positivas en torno a los derechos sexuales y reproductivos. Para Disfrutarte, el 93,7 % de los alumnos con seguimiento mostraron modificaciones positivas en torno a las mejores prácticas, hábitos en seguridad alimentaria, nutricional y actividad física.

En Cuidarte, desde la intervención de mejores prácticas en salud oral, en la localidad de Engativá primó el riesgo bajo con el 74 % de los estudiantes valorados, seguido por el riesgo alto en el 20 %; en el primer monitoreo se evidenció que el 89,3 % de los estudiantes adoptaron el cepillado libre y el 85 % mejoraron las prácticas de higiene oral. Desde el componente explorarte el 71,9 % de los estudiantes mostraron resignificación favorable en torno a mejores prácticas y hábitos en salud ambiental.

Como resultado de las unidades de análisis con las instituciones educativas, entre los meses de febrero y marzo se priorizaron problemáticas a través de la acción integrada “Sintonizarte”, encontrándose que el mayor número de instituciones educativas (sede) identificaron las relacionadas con la convivencia (17,8 %), entornos escolares con énfasis en salud sexual y reproductiva (17,3 %) y alimentación saludable (15,9 %) (Mapa 7).

**Mapa 7. Instituciones educativas y acciones, espacio educativo, localidad de Engativá, 2017**



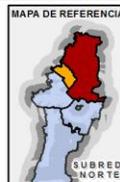
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA  
SUBRED NORTE ESE

BOGOTÁ DC  
2018



**ACCIONES REALIZADAS EN LA LOCALIDAD DE ENGATIVA POR EL ESPACIO EDUCACION EN LA ESTRATEGIAS ACOMPAÑARTE, AMARTE, CUIDARTE, DISFRUTARTE, EXPLORARTE OCTUBRE 2017**

**Limite Localidad**  
**Limite UPZ**  
**Manzanas**



Sistemas de Coordenadas:  
MAGNA SIRGAS  
Fuente Cartográfica:  
IDECA 2017  
Fuente de datos:  
ESPACIO EDUCACION 2017  
Documentos Grupo ACCVSYE  
Elaboración:  
Equipo ACCVSE

Fuente: Matriz de identificación de acciones, Espacio Educativo y equipo ACCVSYE 2017.

Frente a las dos principales problemáticas, en convivencia se identificaron falencias en las pautas de crianza relacionadas con negligencia y abandono de los padres o cuidadores, de igual forma se evidenció consumo y expendio de sustancias psicoactivas. Desde la estrategia “Acompañarte” se propuso la conformación de grupos promotores de la convivencia con padres y con estudiantes.

Se realizaron reuniones de gestión para transversalizar los temas de alimentación saludable y actividad física, como lo especifica la estrategia Disfrutarte, en la institución, alimentación saludable, grupos alimenticios, seguimiento a casos de obesidad detectados por docentes y ley 1355/2009, en las UPZ Minuto de Dios 27 %, Santa Cecilia 20 % y Ferias 18 % especialmente.

En cuanto a las problemáticas en entornos escolares, se identificó un manejo inadecuado de residuos sólidos dentro y fuera del plantel, para lo cual se propuso desde “Explorarte” sensibilizar a la comunidad educativa en la importancia de la separación en la fuente, generar espacios de reflexión encaminados a la transformación de imaginarios culturales para el cuidado del entorno y realizar campañas que promuevan la disposición adecuada de residuos sólidos. De igual forma, para manejo del agua y contaminación auditiva se propone propiciar espacios para el desarrollo de prácticas, que permitan reconocer la importancia del recurso hídrico para el desarrollo de la vida y generar estrategias que permitan generar una cultura del "no grito" en las aulas de clase.

Se realizaron sesiones de gestión para articular de acuerdo a los riesgos identificados y que generan impacto negativo sobre el entorno ambiental escolar, identificación de riesgos colectivos y recuperación de 185 puntos críticos. Los lugares que más concentraron las acciones de esta perspectiva fueron las UPZ Minuto de Dios 27 %, Ferias 24 % y Boyacá Real 18%.

Las problemáticas identificadas como las de mayor impacto en los colegios, a partir de las unidades de análisis, son el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), las riñas y pandillismo, matoneo, hurtos; en menor medida sin desconocer su importancia la conducta

suicida y embarazos no planeados, situaciones que fueron prioridad en las actividades del espacio.

Se fomentaron Grupos conversacionales con temas como acoso escolar, autoestima, conducta suicida, factores protectores, líneas de salud mental, habilidades para la vida, redes sociales y pautas de crianza, asistencia mesa de entornos, jornadas de salud, atención de grupos prioritarios de conducta suicida en colegios diferentes a los intervenidos, apoyo a VSP para casos de sífilis en colegios no intervenidos, articulación con salud mental VSP por ser una localidad de alto riesgo para la conducta suicida. Principalmente en las UPZ Ferias 28 %, Minuto de Dios 24 %, Santa Cecilia 19 % y Garcés Navas 13 %.

El limitado talento humano se ha convertido en una problemática para poder influir en las situaciones de salud priorizadas en los espacios escolares, acompañado de la imposibilidad de hacer un seguimiento individual a los casos identificados de los estudiantes. Respecto al trabajo con los docentes, no se presentan la oportunidad para poder realizar capacitaciones y guía en la identificación de problemáticas en salud mental de los niños, niñas y adolescentes.

Las situaciones que se puedan identificar en los espacios escolares y que se deberían trabajar con los profesores, como personas con las cuales conviven los estudiantes la mayor parte de su día, obedecen a patrones estructurales como lo son: el fraccionamiento de la institución familiar y de los lazos sociales que esta genera, como red inmediata de apoyo de los individuos. La adquisición de roles como la paternidad o la responsabilidad de ser el benefactor de medios económicos para el desarrollo de sus familias, se convierte en determinantes, que afectan en la salud de los escolares y se pueden ver manifestados en problemáticas de salud mental.

## 5.2 Espacio de trabajo

En este escenario se materializa la política para la salud y calidad de vida de los trabajadores del sector informal, con el fin de impactar de forma positiva la salud de la población trabajadora, a través de la implementación de dos estrategias: “Habilidades para la vida en el Espacio Trabajo” dirigida a Niños, Niñas y Adolescentes –NNA- trabajadores para que adquieran las aptitudes necesarias en el desarrollo humano mediante el trabajo de diez habilidades, y “Entornos saludables y Espacio Trabajo” que hace relación a acciones promocionales,

preventivas y participativas para proteger la salud de los trabajadores de Unidades de Trabajo Informal –UTI- y la sustentabilidad del ambiente de trabajo; dichas estrategias se implementan en el accionar del espacio a través de dos acciones integradas (29) (Tabla 24).

**Tabla 24. Acciones desarrolladas por Espacio Trabajo, localidad de Engativá, 2017**

Acción Integrada	Producto	Actividades
Ruta para alejarse del trabajo infantil. Desvinculación progresiva de los niños niñas y adolescentes de las peores formas de trabajo infantil	Niños y niñas con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil	Identificación y caracterización de casos
		Acompañamiento en implementación de plan de trabajo con padres o acudientes
		Seguimiento y cierre del proceso
	Adolescentes con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil o promoción del trabajo protegido	Identificación y caracterización de casos
		Acompañamiento en implementación de plan de trabajo con padres, acudientes o adolescentes
		Seguimiento y cierre del proceso para desvinculación o promoción del trabajo adolescente protegido
Acciones colectivas para promover la desvinculación de las peores formas de trabajo infantil	Caracterización de NNA ubicados en zonas de alta concentración comercial	Sesiones de promoción de habilidades para la vida
Estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud.	UTIS de alto y mediano impacto con estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo.	Caracterización y concertación del plan de trabajo
		Promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud de los trabajadores, según plan de trabajo concertado
		Seguimiento y evaluación de la implementación de la estrategia, cierre del proceso
	Grupos organizados de trabajadores informales - GOTIS-	Identificación y caracterización de trabajadores de UTIS de bajo impacto
		Sesiones en promoción de la salud, derechos en salud y trabajo
	Centros de escucha para personas en ejercicio o vinculadas a la prostitución	Escucha activa, recorridos en calle
		Actividades lúdicas pedagógicas
		Tamizaje y asesoría VIH/Sífilis
		Fortalecimiento de redes
		Asesoría Psicosocial

Fuente: Anexo Operativo Espacio Trabajo SDS 2017

Las acciones implementadas en población infantil y adolescente buscan su desvinculación al trabajo así como el desarrollo de habilidades para la vida promoviendo en sus familias la crianza humanizada, la orientación para el restablecimiento de roles, garantía y restitución de derechos en salud; además en las actividades colectivas en espacios comunitarios y de concentración comercial en calle o donde haya presencia de niños y adolescentes trabajadores, se activan rutas sectoriales e intersectoriales (29).

Con relación a las UTI, se priorizan según la afectación a la salud de los trabajadores, siendo las de alto impacto aquellas en las que se realizan procesos productivos con uso de agentes ocupacionales cancerígenos; en mediano impacto se priorizan bodegas de reciclaje, comercio al por mayor de desperdicios, desechos, chatarra, elaboración de productos textiles, peluquerías (no expuesta a riesgo químico) y procesos productivos asociados a la transformación de alimentos. En el grupo de bajo impacto se ubican las UTI que desarrollan acciones de supervivencia como plazas de mercado, ventas ambulantes y otras utilidades con venta en calle (29).

Las situaciones de riesgo sobre las que se interviene desde este espacio se relacionan con cuatro factores asociados a la situación de salud y la modificación de los mismos: estilo de vida, factores ambientales relacionados con las condiciones de trabajo, características individuales (edad, sexo, entre otros); acceso a oferta institucional y canalización a servicios sociales o de salud (29).

Para Engativá, desde la acción integrada uno, mediante búsqueda activa se identificaron 287 menores y 100 adolescentes, lo que corresponde a un total de 387 NNA caracterizados, de los cuales 18 (4,6 %) se encontraban desescolarizados y 27 (6,9 %) sin afiliación al sistema de seguridad en salud. Con corte a diciembre de 2017 se han realizado 285 cierres de proceso, alcanzando un 75,1 % de NNA con desvinculación laboral o trabajo protegido, igualmente se realizaron 12 actividades colectivas en lugares de ventas ambulantes. En total, se realizó la activación de 20 rutas, donde el 70 fueron intersectoriales (menores desescolarizados o sectores que ofertan servicios dirigidas al uso adecuado del tiempo libre), mientras el porcentaje restante, fue a rutas sectoriales, principalmente por falta de aseguramiento.

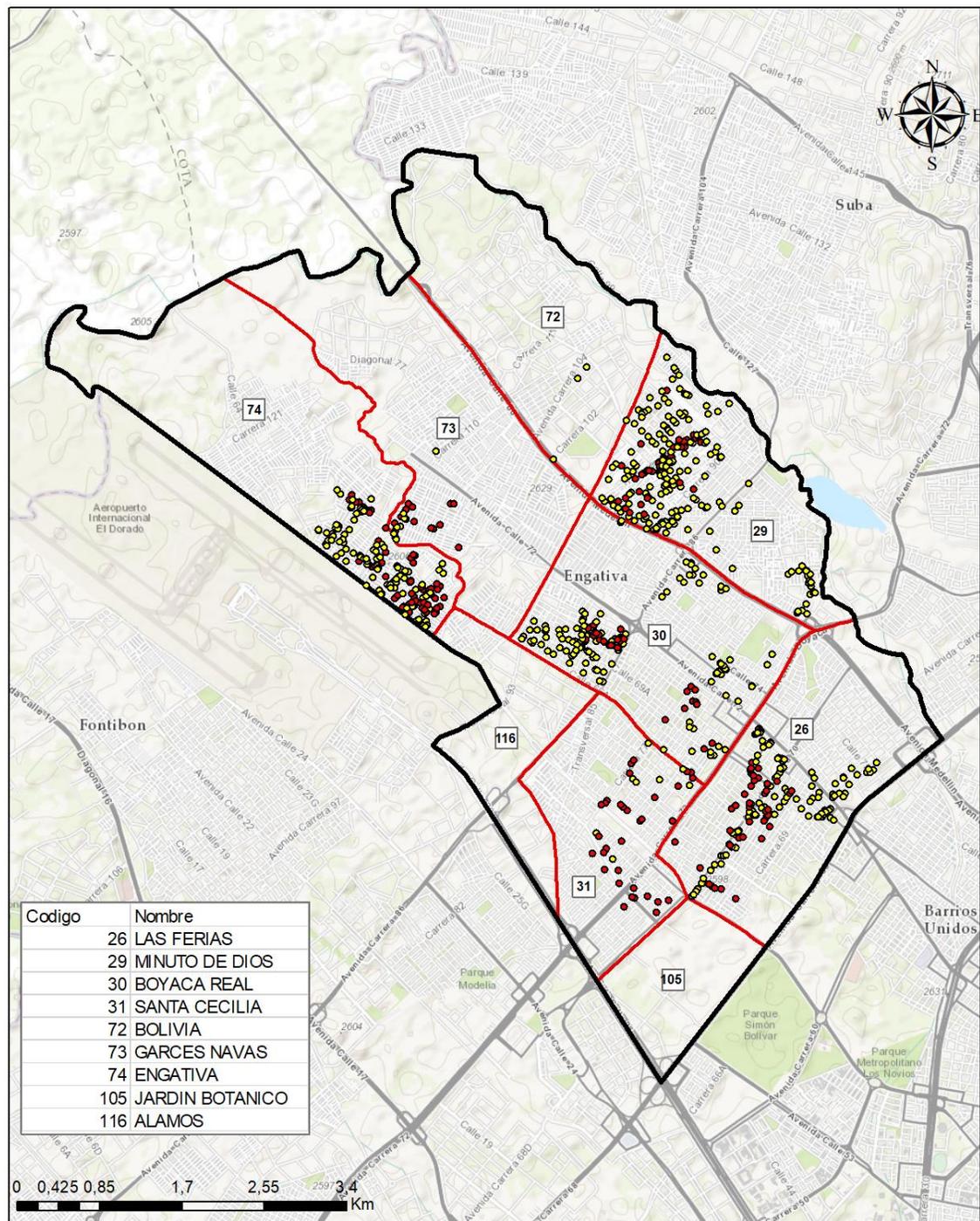
Las principales actividades económicas en las cuales fueron identificados los NNA en Engativá, fueron ventas ambulantes “líchigo”, panaderías y misceláneas. El comercio ambulante, genera unos riesgos implícitos de la labor, relacionados a la ubicación territorial, es decir, al ser labores que principalmente se encuentran en el espacio público, por lo que se está expuesto a la accidentalidad con los medios de transporte. En una ciudad como Bogotá y sus múltiples cambios de clima, los NNA trabajadores pueden estar inmersos en problemas respiratorios que afecten su salud.

Las labores comerciales ambulantes, implican el manejo y transporte de dinero en efectivo, lo que se convierte en un atractivo para la delincuencia, por la facilidad con la que pueden hurtar tanto los bienes materiales como los económicos, exponiendo a las personas que se dedican a esta labor, a lesiones de causa externa. Las acciones colectivas se dirigieron principalmente a menores ubicados en ventas ambulantes, trabajando temas como derechos y deberes de la infancia, autoconocimiento, manejo de emociones y proyecto de vida.

En el marco de la Política Pública para la salud y calidad de vida de las trabajadoras y los trabajadores de Bogotá D.C dentro de sus líneas de acción, se encuentra la prevención del trabajo infantil y promoción del trabajo protegido para adolescentes. En cuanto al trabajo digno y decente, la Política hace énfasis particular en la relación que este tiene con la salud en el trabajo y la seguridad social, por cuanto existe una asociación directa entre las condiciones de empleo y la salud de la población trabajadora.

Respecto a la acción integrada dos, en Engativá se identificaron y caracterizaron 946 UTI, siendo 31,3 % de alto impacto y 68,7 % de mediano impacto, concentrándose principalmente en las UPZ Minuto de Dios, Boyacá Real, Engativá y Ferias (Mapa 8), la priorización para el abordaje de las UTI se debe a procesos de búsqueda activa mediante recorridos en zonas de la localidad no abordadas con anterioridad o aquellas que se destacan por la actividad comercial. Con corte a diciembre de 2017 se logró la implementación de la estrategia en el 64,5 % y el 58 % de las UTI de alto y mediano impacto respectivamente.

Mapa 8. Concentración de UTI, espacio trabajo, localidad de Engativá, 2017



Código	Nombre
26	LAS FERIAS
29	MINUTO DE DIOS
30	BOYACA REAL
31	SANTA CECILIA
72	BOLIVIA
73	GARCÉS NAVAS
74	ENGATIVA
105	JARDÍN BOTÁNICO
116	ALAMOS

MAPA UTIS INTERVENIDAS  
ESPACIO TRABAJO ENGATIVA 2017

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD  
SUB SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD  
SUBRED NORTE  
BOGOTÁ  
2018



- UTIS**
- Tipo de Impacto**
- ALTO
  - MEDIANO
  - ▭ ENGATIVA
  - ▭ UPZ



Sistema de coordenadas:  
MAGNA SIRGAS  
Fuente cartográfica:  
IDECA 2017  
Fuente de dato: Base Espacio Trabajo  
Enero a Diciembre 2017  
Elaboración: Equipo ACCVSE

Fuente: Base de datos UTI –Espacio Trabajo Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, 2017.

Según la actividad económica las UTI de alto impacto fueron principalmente peluquerías, salones de belleza y carpinterías, mientras que las de mediano impacto fueron restaurantes, panaderías y comidas rápidas. Respecto a las actividades económicas de alto impacto se identifican los riesgos por la manipulación de químicos. Según la Organización Internacional del Trabajo –OIT-, la expresión “producto químico” designa los elementos y los compuestos químicos, y sus mezclas, bien sean naturales o sintéticos, tales como los obtenidos a través de los procesos de producción. Son peligrosos y se clasifican en función del tipo y el grado de la afectación física y los riesgos para la salud. Por consiguiente, es deber, tanto de trabajadores como de empleadores, el velar por las normas de seguridad, en el almacenamiento, manejo y marcado de cada uno de los productos utilizados.

Según la OMS, las enfermedades profesionales más comunes son el cáncer atribuible a la exposición a sustancias peligrosas, las enfermedades musculoesqueléticas, las enfermedades respiratorias, la pérdida de audición, las enfermedades circulatorias y las enfermedades transmisibles causadas por exposición a agentes patógenos.

A nivel mundial llama la atención las complicaciones en salud, que se pueden presentar en la labor relacionada con la manipulación y transformación de un recurso natural como lo es la madera. Algunas situaciones que se pueden presentar, están relacionada al polvillo de la madera del Abeto y el Arce por citar algunas, pueden provocar dermatitis; el Nogal puede producir dermatitis y conjuntivitis; el Pino, el Cedro y el Roble, además de las dos mencionadas anteriormente también puede ocasionar rinitis y asma.

Para la OIT La mayoría de los accidentes se derivan del contacto con cuchillas y herramientas de corte, pero los resbalones, los tropiezos, el polvo y el ruido también son peligros comunes que causan accidentes y enfermedades.

En la preparación y venta de alimentos, los riesgos relacionados a las altas temperaturas en las cocinas, los pequeños espacios que carecen de ventilación y la falta de pausas por la dinámica acelerada de estas labores, generan problemáticas en la salud de los trabajadores, principalmente los riesgos biomecánicos. En este tipo de lugares, son necesarias la señalización y almacenamiento correspondiente, que disminuya el riesgo de sufrir algún tipo de accidente, principalmente por líquidos calientes como agua y aceite.

De igual forma se realizaron cuatro GOTIS cuya orientación fue la promoción de los derechos y garantías sociales relacionadas con el trabajo, se implementaron seis centros de escucha y se activaron 11 rutas sectoriales.

En Colombia, la Seguridad Social es un derecho irrenunciable de todo ciudadano ya que constituye una de las garantías mínimas del trabajo, sin embargo, no necesariamente son garantizadas para los trabajadores del sector informal. La tarea de muchas acciones que se mencionan en este espacio de trabajo promueven la vinculación al sistema, que por razones como una falta de continuidad en los procesos, limitantes en el acompañamiento por falta de tiempos y la reducción de programas intersectoriales que fortalecen y promueven la información y formalización, no se ha materializado el hecho. Estos son aspectos que motivan la reflexión sobre la manera de amparar al trabajador informal en un proceso de acompañamiento continuo.

Si bien el Estado ha promulgado una serie de normas que han beneficiado a la población trabajadora del sector informal en el ingreso al sistema de riesgos laborales, la situación que se evidencia es la vulnerabilidad inmersa en el contexto de cada trabajador informal, es decir, la existencia de una baja e incierta productividad diaria, una labor precaria y de subsistencia, asociada a una baja cobertura en seguridad social en pensiones y riesgos laborales, a pesar de que el régimen subsidiado preste los servicios de salud. Es precisamente esta razón por la que el empleo informal requiere de las acciones preventivas de la salud ocupacional o del trabajo, con el fin de reducir los riesgos laborales a los que están expuestos, mitigando deterioros de la salud de las personas, la prevalencia de enfermedades crónicas y accidentes laborales que finalmente se traduce en un alivio financiero para el sistema de salud.

Por otra parte, con la desvinculación laboral de NNA se busca retomar el curso de la vida que se debe tener en estos momentos y que se convierte en parte del goce efectivo de los derechos de esta población. Cuando se toman responsabilidades, económicas, familiares o sociales, que no corresponden al momento de vida del individuo, esto puede repercutir en el desarrollo integral de la comunidad y el resquebrajamiento de instituciones fundamentales para el desarrollo como lo es la familia. Dadas las características actuales de Bogotá, la búsqueda de un medio económico de sobrevivencia, ha hecho que el ingreso al sector laboral a

temprana edad se convierta en una realidad propia de las comunidades, en especial las más vulnerables; por ende, las acciones deben garantizar una desvinculación real, acompañada de procesos de integración o en su defecto de promover condiciones óptimas dentro de una formalidad establecida.

La efectividad de las acciones que realiza el Espacio dependen de la voluntad individual, dado que son labores que no se encuentran en el marco de la obligatoriedad. En este sentido, la tradicionalidad en el ejercicio de la labor, enmarcada en su idiosincrasia no facilitan el cambio, dado que históricamente su accionar le ha dado resultado. A esto se suma la incomodidad en el uso de elementos de protección, que junto a la implementación de las acciones o mejoras recomendadas por el Espacio incrementaría los gastos dentro de su proceso productivo.

### 5.3 Espacio público

El espacio público es el entorno de todos los espacios de vida cotidiana abierto a los ciudadanos para el goce y beneficio igualitario de la población, que favorece la interacción social para la expresión comunitaria. Pretende desarrollar las intervenciones en salud, en escenarios de movilidad, recreación y esparcimiento, haciendo énfasis en los riesgos colectivos e individuales para las condiciones crónicas, salud mental y derechos sexuales y reproductivos (30) (Tabla 25).

**Tabla 25. Acciones desarrolladas por espacio público, localidad de Engativá, 2017**

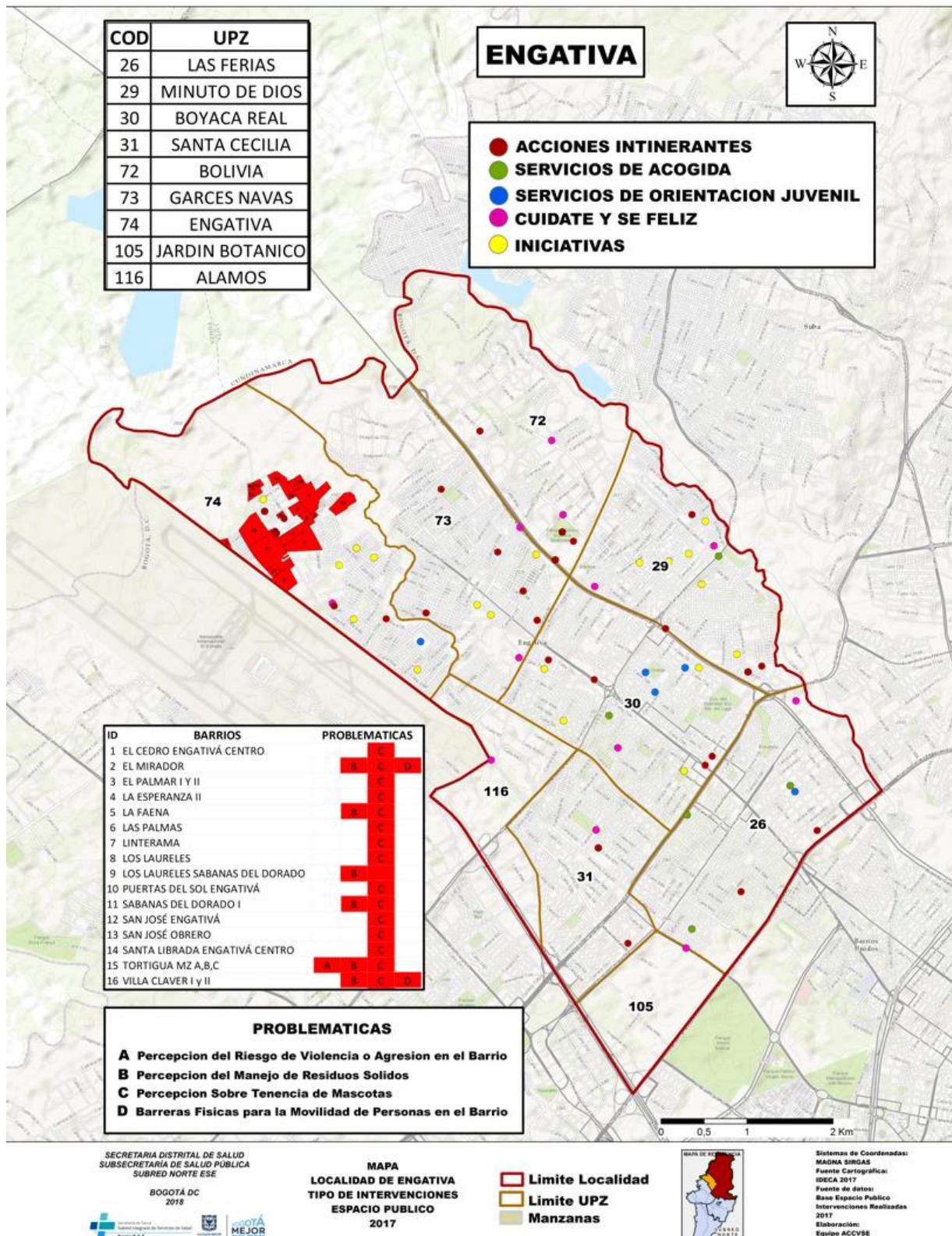
Acción integrada	Componentes	Actividades
Gestión del riesgo en salud en el espacio público	Constructores del espacio público	Caracterización del riesgo en salud, acciones itinerantes, puntos “Cuidate se feliz” y jornadas.
	Vincúlate	Servicios de Orientación a Jóvenes (SOJU) y de Acogida, para el abordaje del consumo de SPA.
Comunidades promotoras y protectoras de la salud	Acciones basadas en comunidad	Procesos de iniciativas (concertación, implementación y evaluación).

Fuente: Anexo operativo Espacio Público. SDS 2017

Las situaciones de riesgo en las que interviene el espacio mediante la primera acción integrada, son las relacionadas con estilos de vida no saludables para prevenir la aparición de condiciones crónicas, el consumo de sustancias psicoactivas y el goce de los derechos sexuales y reproductivos. Desde la segunda acción integrada se abordan actividades promocionales con estrategias colectivas para el mejoramiento de las condiciones de la calidad de vida, fortaleciendo redes protectoras y promotoras de la salud (30).

En el 2017, desde constructores del espacio público en la localidad, la caracterización de los barrios se realiza en las UPZ Engativá (7 con riesgo alto y 36 con riesgo medio) y Boyacá Real (uno con riesgo medio). Se intervinieron 8 UPZ en las cuales se desarrollaron 34 acciones itinerantes y se captó la atención de 9.439 personas donde los temas y UPZ de mayor frecuencia fueron Infección Respiratoria Aguda y Prevención del uso de la pólvora en las UPZ Garcés Navas y Minuto de Dios. En cuanto a los puntos de “Cuidate y sé feliz” se tamizaron 10.211 personas en los 12 puntos de la localidad encontrando que el 30,9 % estaban en riesgo cardiovascular medio y el 6,3 % en riesgo alto. Respecto a los Servicios de Orientación a Jóvenes, de 672 jóvenes captados en el 3,3 % se logró la superación del consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) con la intervención y de 204 casos canalizados solo en el 8,8 % tuvieron efectividad en la atención. Finalmente, en cuanto a los procesos de iniciativas se alcanzó una adherencia de los asistentes del 28,2 % (Mapa 9).

**Mapa 9. Acciones y problemáticas espacio público, localidad de Engativá, abril - diciembre 2017**



Fuente: Base de datos Espacio Público subred Integrada de Servicios de Salud Norte. 2017.

Si bien las intervenciones realizadas muestran un efecto en la población, es necesario crear puntos de articulación entre las acciones y demás componentes de Plan de Intervenciones Colectivas. La mayoría de las acciones itinerantes se ubican en UPZ con condiciones de vulnerabilidad de la localidad, sin embargo, debería fortalecerse en territorios de las UPZ Engativá y Ferias, así mismo los temas abordados aunque importantes deberían orientarse a las alertas generadas por el equipo ACCVSE sobre los eventos de interés en salud pública, donde el consumo de SPA y la prevención del uso de la pólvora en las UPZ antes nombradas es relevante; de igual forma, este insumo puede orientar la elección de los barrios a caracterizar para identificación de los riesgos. Respecto a la estrategia Vincúlate, mediante los SOJU se ha realizado clasificación del consumo de SPA en riesgo alto y medio, mostrando que las estrategias (farra en la buena) deberían trascender los bares y discotecas para complementarse con la medición en instituciones de educación (colegios y universidades) y en los barrios donde el consumo se considere problemático; así mismo, se deben fortalecer los procesos de canalización, dada la poca efectividad de las mismas.

El espacio público es finalmente un escenario de interacción y construcción social de la comunidad y en especial con las entidades estatales, donde el ejercicio de ciudadanía y de identidad está determinado por contextos específicos de cada territorio. En ese sentido, existiendo en la localidad una diversidad de equipamientos económicos, residenciales, educativos que funcionan como lugares de construcción de ciudadanía y encuentro social, se debe trabajar los intereses de todos los grupos poblacionales; la respuesta institucional como se evidencia ha buscado permitir abundantes y distintas prácticas culturales e intercambios sociales dentro de los distintos escenarios.

A pesar de estos esfuerzos, el espacio público sigue siendo el territorio permanente donde se exponen infinidad de relaciones sociales que se entretajan en un sin número de posibilidades de resolución de las mismas. Esta complejidad de las relaciones dentro del espacio público de la localidad dificulta que las acciones realizadas para dar solución a las problemáticas dentro del espacio público, tengan un impacto positivo para disminuirlas o erradicarlas definitivamente.

Sin embargo, a pesar de la gran variedad de actividades ya descritas desde el sector, estas se han visto limitadas por la necesidad de cambios en los patrones culturales de comportamiento frente al uso y cuidado de los ambientes naturales y construidos; las acciones no son continuas ni trascendentales en su impacto pues no han podido ser mantenidos a través del tiempo por razones diferentes y por ende la población no conserva los procesos de sensibilización y transformación cultural. (31). La tarea se ve limitada frente a la gran demanda de acciones que requiere la transformación de los usos y las costumbres que acontecen en los espacios públicos, sea que tengan el carácter de tradiciones, tendencias generales o eventos esporádicos, para que contribuyan al bienestar de personas y grupos. Son procesos de larga duración que para ser evaluados es menester notar los cambios que determinan los grados de integración social, el sentido de pertenencia, los niveles de democracia, el sentido de la justicia, la cohesión social y las capacidades de apropiación de lo público.

#### 5.4 Espacio de vivienda

El Espacio Vivienda se entiende como un escenario de refugio, acogida y afecto el cual constituye un espacio de residencia y convivencia permanente o transitoria; es fundamental para el desarrollo y establecimiento de vínculos y relaciones sociales de base para la vida social, cultural y política de las personas y las familias. El propósito del espacio es desarrollar las potencialidades y capacidades de las personas, familias y cuidadores, promoviendo y protegiendo la salud; así mismo disminuir y controlar la exposición a riesgos sociales y ambientales a través de acciones integradas, que le permita a las comunidades de transformar su realidad a partir de sus propias decisiones (32) (Tabla 26).

**Tabla 26. Acciones “cuidado para la salud familiar”, espacio vivienda, localidad de Engativá, 2017**

Acción integrada	Componente	Actividades
Cuidado para la Salud Familiar	Gestión del Riesgo	Caracterizar, valorar el riesgo, realizar seguimiento y asignación de cita a usuarios de Capital Salud inasistentes al programa de Protección Específica y Detección Temprana

	Acciones Familiares	Selección y priorización de familias a partir de los eventos canalizados por VSP (Morbilidad materna extrema, Sífilis Gestacional, Desnutrición Aguda, Bajo Peso al Nacer, Salas ERA, Conducta Suicida y Violencia Sexual y Económica).
		Caracterización social y ambiental de las familias a partir del análisis de condiciones para la formulación del plan familiar
		Seguimiento, monitoreo y evaluación a la adopción del plan familiar
	Acciones en Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar	Identificación, caracterización de riesgos colectivos para la implementación de la estrategia AIEPI comunitario mediante acciones de Información, Educación y Comunicación -IEC-
		Formulación, implementación, seguimiento y monitoreo al Plan de Hogares Comunitarios de Bienestar
Cuidado para la salud familiar institucional	Instituciones de Protección y Atención Integral a Personas Mayores	Caracterización social y ambiental de las instituciones con concepto Desfavorable dado por Inspección Vigilancia y Control -IVC-, para la formulación del plan Institucional
		Seguimiento, monitoreo y evaluación a la adopción del plan Institucional y Valoración por equipos de Inspección, vigilancia y control IVC para nuevo concepto sanitario
	Centros Carcelarios y Penitenciarios	Identificación y seguimiento de eventos de interés de salud pública
		Formulación, implementación y seguimiento del plan institucional con la metodología de centros de escucha (Salud Mental, SPA, Violencias, Autocuidado)
		Realización de Tamizajes (Pruebas rápidas VIH, TB y Sífilis)

Fuente: Base de datos Espacio vivienda Subred Integrada de Servicios de Salud Norte 2017

A nivel distrital el Espacio desarrolla acciones de Atención Psicosocial dirigida a víctimas del conflicto armado, en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI), las cuales son desarrolladas por la Subred Sur.

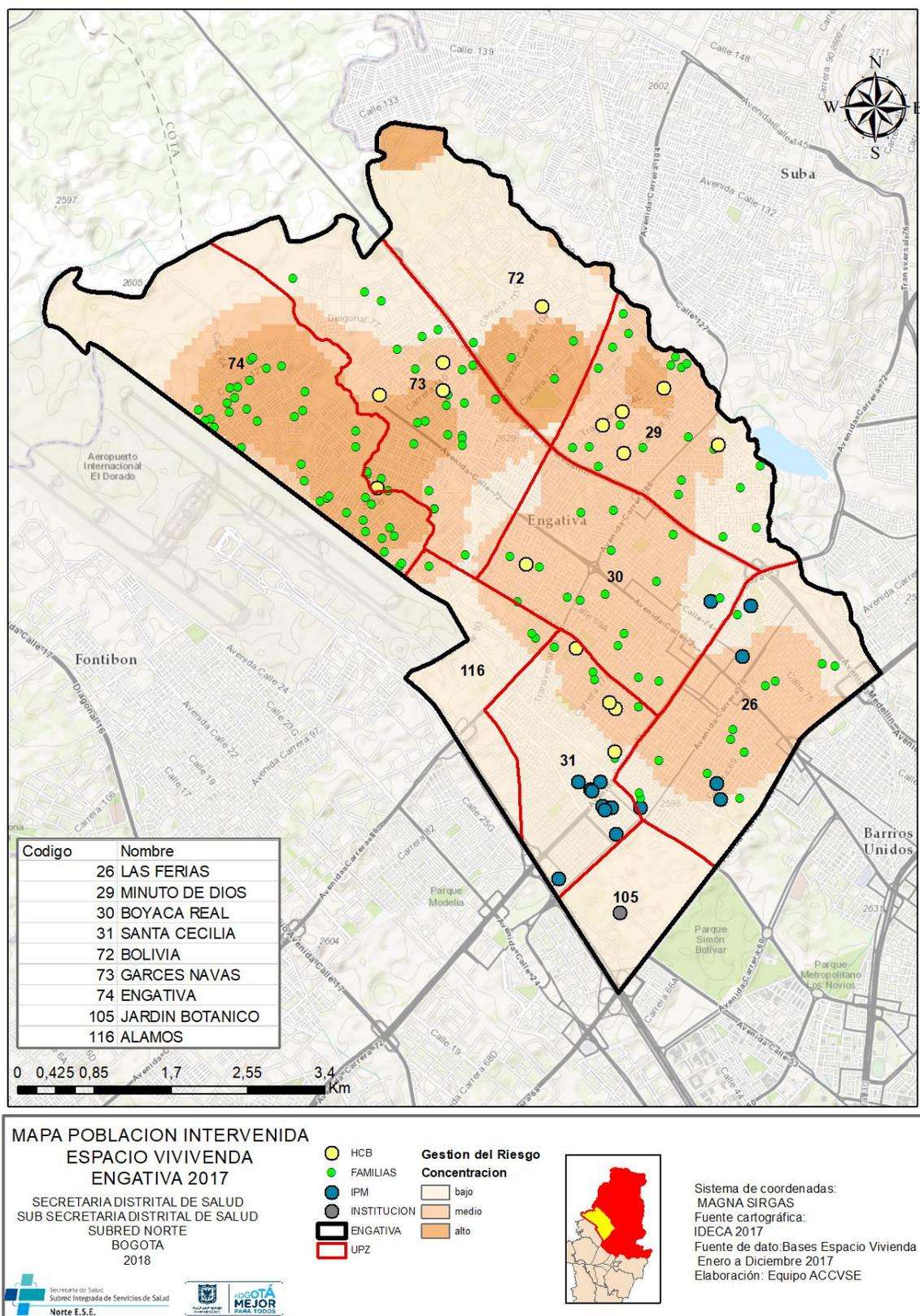
Por el componente de gestión del riesgo se atendieron 1.376 individuos, con una asignación de citas en el 48 % de los casos, especialmente en los programas de crecimiento y desarrollo

(43,3 %) y Cáncer de Cuello Uterino (41,4%); en cuanto al componente 2 los eventos con mayor número de casos fueron bajo peso al nacer y morbilidad materna extrema, en los cuales tuvieron coberturas del 54,4 % y 40,1% respectivamente. Las mayores coberturas estuvieron en desnutrición (74,3 %), sífilis gestacional (73,1 %) y ERA (66,7 %). En salud mental no se intervinieron casos de conducta suicida, mientras que los porcentajes de atención de violencias estuvieron entre 54 % y 57,1 %. En el componente 3 se atendieron 25 HCB con porcentajes de apropiación de las 18 prácticas AIEPI por encima del 68 %.

Mediante la acción Integrada dos se intervinieron 17 instituciones de protección y atención integral a personas mayores, donde a partir de la construcción, implementación y evaluación planes institucionales se alcanzó el cambio de concepto de IVC en el 64,7 % de los hogares. Con las intervenciones en centros carcelarios y penitenciarios se logró tratamiento en el 100% de personas con tratamiento de sífilis, VIH/SIDA y tuberculosis, al igual que el 100 % de sintomáticos respiratorios tuvo activación de la ruta.

A través de la cartografía social realizada para la localidad de Engativá se encontró que las acciones de gestión del riesgo, familias y HCB estuvieron distribuidas en las UPZ Engativá, Garcés Navas, Boyacá Real y Ferias, así como en la zona del Quirigua de la UPZ Bolivia, zonas en las que se concentran condiciones de vulnerabilidad y deterioro social por problemáticas de inseguridad, consumo de SPA, violencias, entre otros, mientras que las intervenciones de la respuesta integral 2 estuvieron en la zona oriental de la localidad (mapa 10)

Mapa 10. Acciones espacio vivienda, localidad de Engativá, 2017



Fuente: Bases de datos Espacio Vivienda 2017.

En la localidad se ha hecho evidente la falta de adherencia a los servicios de salud por parte de la comunidad en general, especialmente de las gestantes, las cuales, por diferentes factores, no cuentan con la continuidad necesaria en los controles prenatales y esto se ve reflejado en el incremento de la morbilidad neonatal e infantil. Engativá cuenta con una oferta de servicios de salud significativa que podría disminuir dicha situación, pero factores como la falta de tiempo, la preponderación de actividades laborales o educativas en las personas hace que el seguimiento a controles y el desconocimiento de la oferta de servicios se convierta en un determinante de la condición en salud. En este sentido, desde el espacio vivienda se hacen búsquedas activas de gestantes, las cuales se categorizan en algún tipo de riesgo, se sensibilizan frente a los cuidados gestacionales y se informan frente a los servicios de PyD de los cuales pueden ser benefactores.

En la actualidad se vienen desarrollando acciones sobre bases de datos entregadas desde nivel central, para lo cual se requiere de una depuración previa para garantizar la veracidad de información y reducir las visitas fallidas. Esta orientación reduce las acciones de promoción y prevención a las familias con eventos identificados, dejando de lado población vulnerable que también requiere de las intervenciones del espacio.

### **5.5 Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública (GPAISP)**

Desde el GPAISP se realiza asistencia técnica y seguimiento a la implementación de las estrategias, planes y programas de acciones de interés en salud pública a partir de las personas, familias y comunidad en su curso de vida, al interior de las IPS (Públicas y Privadas) y espacios de vida cotidiana, en el marco de la Gestión de la Salud Pública (GSP) en Bogotá (33).

Para lograr este objetivo, se definieron las siguientes prioridades enmarcadas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 que incluyen los siguientes riesgos y eventos:

- Condiciones crónicas: Contempla la exposición a riesgos (sedentarismo, alimentación no saludable, consumo nocivo de tabaco y alcohol y riesgos ambientales) y eventos

precursores y de desenlace (cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes y cáncer)

- Salud Oral
- Seguridad Alimentaria y Nutricional.
- Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.
- Convivencia y Salud Mental.
- Dimensión Transversal de Gestión Diferencial de Población
- Transmisibles
- Infancia

De esta forma desde el GPAISP se desarrollan actividades extramurales y de seguimiento a las IPS caracterizadas, mediante la aplicación de listas de chequeo y generación de planes de mejora (Tabla 27).

**Tabla 27. Acciones desarrolladas por GPAISP, localidad de Engativá, 2017**

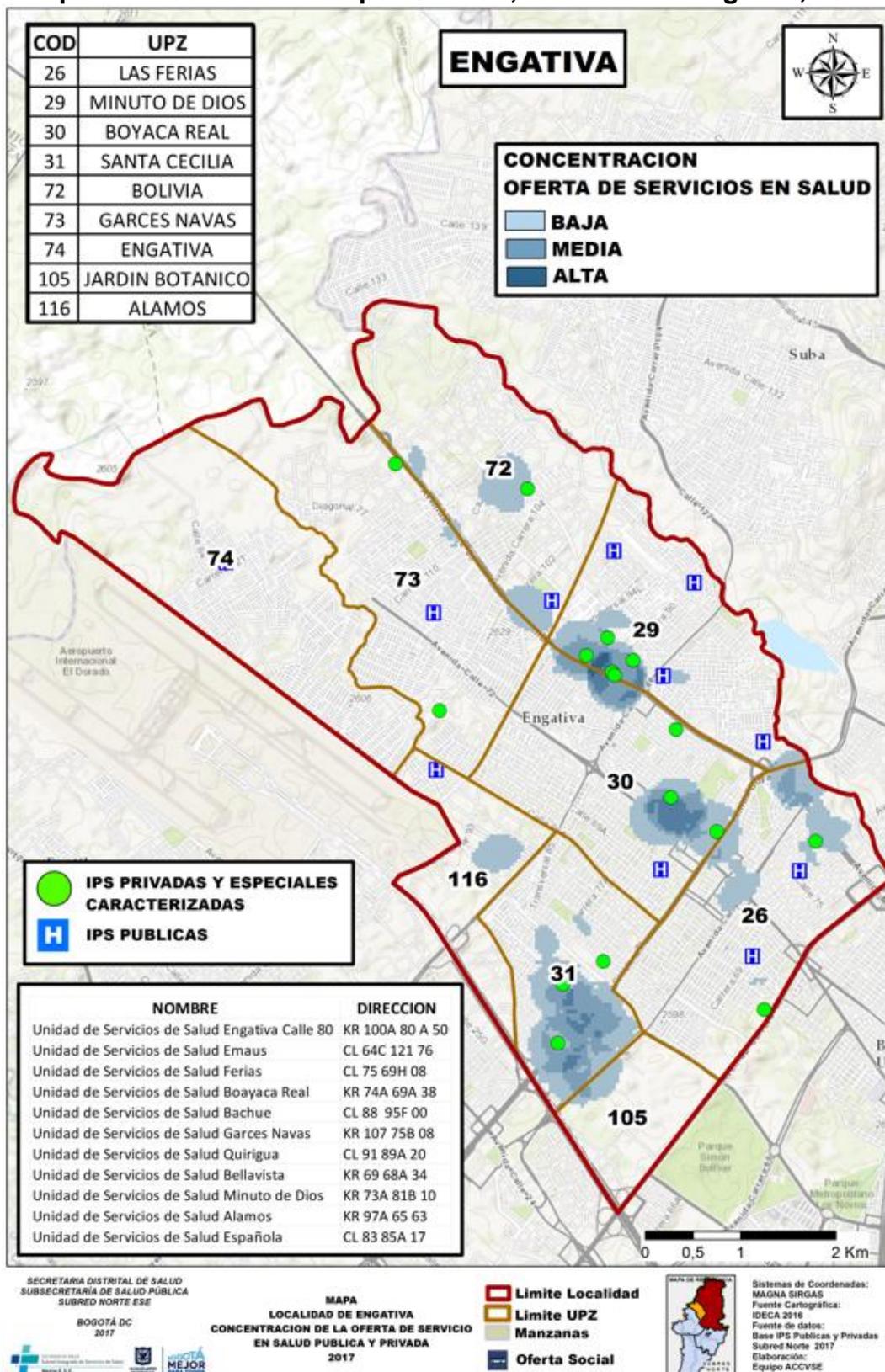
Componente	Producto	Actividades
Gestión y ejecución de acciones extramurales	Jornadas extramurales de intensificación y rutinaria	En los siguientes temas: Salud oral, PAI, Infancia, Lavado de manos, SSR, Crónicas, Salud mental, SAN
		Para PAI se utiliza: casa a casa, jornadas, concentración y seguimiento a cohorte
	Bloqueos de casos notificados	Bloqueos de los casos notificados de enfermedades prevenibles por vacuna (Meningitis, Tos ferina, Sarampión, Parálisis flácida, Rubéola congénita)
		Identificación y seguimiento de los casos de ETV, TB, Hansen, TB/VIH farmacoresistente, EPOC, Diabetes en alta vulnerabilidad.
Gestión en IPS	IPS intervenida con Plan de acción	Asistencia Técnica para fortalecer el cumplimiento de los Programas y Acciones de interés en salud pública, con énfasis en los temas priorizados (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar)

	Casos gestionados y seguidos reportados a las EAPB	Activación de rutas: Gestión del Riesgo individual, prioridad alta con EAPB
	Gestión de medicamentos, insumos y dispositivos médicos	Solicitud, distribución, seguimiento, consolidado e informe de los medicamentos (biológicos), dispositivos médicos e insumos, de acuerdo a la necesidad

Fuente: Anexo Operativo GPAISP SDS 2017

Es así como en la localidad de Engativá, para el 2015 se identificaron 191 IPS de tipo privado y 11 públicas, para las cuales entre agosto de 2016 a diciembre de 2017 se caracterizaron y aplicaron listas de chequeo a 21 (10,9 %) privadas y al total de las públicas. Según la distribución territorial, la mayor proporción de la oferta privada se encuentra en las UPZ Minuto de Dios, Boyacá Real y Santa Cecilia mientras que la pública se observa en mayor proporción desde la calle 80 hacia el norte (Mapa 11).

Mapa 11. IPS intervenidas por GPAISP, localidad de Engativá, 2017



Fuente: Base de datos GPAISP, Subred Integrada de Servicios Norte 2017.

Mediante la aplicación de las listas de chequeo por parte del equipo GPAISP en las IPS públicas y privadas, se encontró cumplimiento apropiado de los requerimientos (mayor al 89 %) en el 26,8 % y 45,1 % de los programas respectivamente. Para la red pública los puntajes más altos se obtuvieron en infancia y seguridad alimentaria, mientras en la red privada fueron los relacionados con cuidadores y Tuberculosis (Tabla 28).

**Tabla 28. Cumplimiento de planes de trabajo en IPS públicas y privadas, localidad de Engativá, 2017**

Tipo	Programa	Rojo		Amarillo		Verde		Total IPS
		n	%	n	%	n	%	
Pública	Cáncer	0,0	0,0	7,0	70,0	3,0	30,0	10
	Crónicos	2,0	20,0	6,0	60,0	2,0	20,0	10
	Enfermedades Transmitidas por Vectores	0,0	0,0	5,0	62,5	3,0	37,5	8
	Higiene manos y etiqueta de Tos	1,0	12,5	5,0	62,5	2,0	25,0	8
	Hx Salud mental	1,0	50,0	1,0	50,0	0,0	0,0	2
	Infancia	0,0	0,0	3,0	33,3	6,0	66,7	9
	Instrumento con Sala ERA	1,0	33,3	2,0	66,7	0,0	0,0	3
	Instrumento sin sala ERA	1,0	16,7	5,0	83,3	0,0	0,0	6
	PAI	0,0	0,0	6,0	66,7	3,0	33,3	9
	RBC Barreras	2,0	28,6	5,0	71,4	0,0	0,0	7
	RBC Explorativa	1,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1
	Salud mental	4,0	80,0	1,0	20,0	0,0	0,0	5
	Salud Oral	6,0	60,0	4,0	40,0	0,0	0,0	10
	Salud Sexual y Reproductiva	0,0	0,0	5,0	55,6	4,0	44,4	9
	Seguridad Ali mentalria y Nutricional	1,0	16,7	2,0	33,3	3,0	50,0	6
	Tuberculosis	3,0	33,3	2,0	22,2	4,0	44,4	9
Privadas	Cáncer	2,0	11,1	8,0	44,4	8,0	44,4	18
	Crónicos	2,0	12,5	7,0	43,8	7,0	43,8	16
	Enfermedades Transmitidas por Vectores	0,0	0,0	10,0	52,6	9,0	47,4	19
	Higiene manos y etiqueta de Tos	1,0	4,8	10,0	47,6	10,0	47,6	21
	Hx Salud mental	0,0	0,0	2,0	50,0	2,0	50,0	4
	Infancia	1,0	5,6	10,0	55,6	7,0	38,9	18
	Instrumento con Sala ERA	0,0	0,0	2,0	33,3	4,0	66,7	6
	Instrumento Cuidadores	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	100,0	1
	Instrumento sin sala ERA	1,0	7,7	7,0	53,8	5,0	38,5	13
	PAI	0,0	0,0	8,0	50,0	8,0	50,0	16
	RBC Barreras	6,0	30,0	13,0	65,0	1,0	5,0	20
	Salud mental	13,0	68,4	5,0	26,3	1,0	5,3	19
	Salud Oral	3,0	30,0	2,0	20,0	5,0	50,0	10
	Salud Sexual y Reproductiva	1,0	5,3	12,0	63,2	6,0	31,6	19
	Seguridad Ali mentalria y Nutricional	1,0	6,7	9,0	60,0	5,0	33,3	15
	Tuberculosis	0,0	0,0	5,0	25,0	15,0	75,0	20

Rojo: Cumple < 70 %; amarillo: cumple entre el 70 % y 89 %; verde cumple >89 % de requerimientos.

Fuente: Base de datos GPAISP, Subred Integrada de Servicios Norte 2017.

Para el seguimiento de las IPS por parte de programas, en todas sus acciones integradas, se presenta una dificultad relacionada con los tiempos de atención de las IPS y la disponibilidad para realizar el seguimiento y aplicar la lista de chequeo. De igual forma, la cobertura de las IPS se limita debido a la distancia que se deben recorrer entre las localidades que integran la Subred Norte. La organización de la Subred Norte no solo no integra acciones, sino que no facilita los procesos y, sumado al desconocimiento de los programas al interior de sus funcionarios, conlleva a se les reste importancia a las actividades por desarrollar; de allí que se sugiera un fortalecimiento de insumos para la movilización de profesionales.

Se ha evidenciado en el trabajo práctico que el sistema de información para las historias clínicas no está estructurado y estandarizado, que junto al hecho de el continuo cambio de talento humano que no tienen un buen proceso de inducción para el manejo de las herramientas, truncan los procesos adelantados. Específicamente de ámbito público, las herramientas e infraestructura de la red son insuficientes, y la centralización no permite acceder con facilidad a la información por lo cual se desconoce la población que se está atendiendo en realidad.

Por otro lado, es de resaltar que las IPS privadas permiten y tienen la voluntad de articularse para generar el trabajo mancomunado, les parece que les permite mejorar su accionar. De esta manera, los procesos de las IPS privadas están fortalecidas y se pueden apropiar a las IPS públicas en esfuerzos de trabajo más prolongados y continuos, no obstante, a que los indicadores no miden las acciones realizadas ni tampoco el impacto real.

## 6. CAPÍTULO VI. ANÁLISIS Y SÍNTESIS

Este capítulo sintetiza la información del documento ACCVSE, donde a partir de la descripción de los nodos se evidencian las principales tensiones en salud con sus más relevantes problemáticas que se distribuyen en la localidad de Usaquén. Estos nodos contemplan las situaciones en salud y sus determinantes, la respuesta institucional e intersectorial, promoviendo la generación de propuestas y la orientación a la toma de decisiones.

Como bien se describe en el PDSP, la salud es el producto de las interacciones a las que ven sujetas las dimensiones del desarrollo en un contexto específico. En ese sentido, se debe abordar de una manera integral tanto los determinantes sociales de la salud como sus principales eventos en un tiempo y espacio, es decir, comprender las condiciones y situaciones características de un territorio que configuran el desarrollo óptimo de las comunidades.

### **6.1 Descripción metodológica**

En concordancia con la implementación de la metodología de Balance de las Tensiones en las Interacciones entre las dinámicas Poblacionales, Ambientales, Sociales y Económicas -BIT PASE- a la Equidad en Salud, se llevó a cabo la construcción de tensiones y formulación de nodos para cada una de las localidades de la Subred Norte. Este ejercicio se desarrolló en tres momentos: preparación de insumos, definición de tensiones y generación de nodos.

Para la preparación de insumos se realizó un balance de la información en articulación con los líderes de los diferentes espacios y procesos transversales, con quienes se consolidó una matriz de información que incluyó la tendencia de los indicadores en salud, las problemáticas y potencialidades de los territorios, la información disponible de los espacios de vida cotidiana y los diagnósticos locales de años anteriores; de igual forma, con el Componente 1 de Gobernanza se identificó la respuesta sectorial e intersectorial disponible para cada localidad; también se contó con el trabajo territorial de los recorridos rápidos, mesas locales y fuentes de información secundaria como boletines, revistas indexadas, noticias, entre otros.

En la definición de las tensiones se identificaron las situaciones de salud prioritarias para la localidad, ya que al comprender los eventos prioritarios se permite describir las interacciones, condiciones, circunstancias y causas que conllevan a una situación problemática en salud, por lo que fue analizada conforme a los siguientes parámetros:

- Generadores: Situaciones o condiciones que originan la tensión, según las dimensiones PASE.
- Reforzadores: Elementos que aumentan o cronifican la tensión e impiden su resolución.
- Liberadores: Elementos que contribuyen a la superación de la tensión.
- Implicaciones: Consecuencias que ponen en riesgo el equilibrio territorial.

A partir de estos insumos, en un trabajo articulado con los espacios de vida cotidiana, procesos transversales de la Subred Norte y SDS, se construyeron las tensiones teniendo como ordenador los momentos de curso de vida; para estructurarlas se utilizaron dos matrices, una de valoración de las situaciones en salud y de análisis, consolidación y priorización de las tensiones. Cabe anotar que cada tensión obtenida fue analizada a la luz de su magnitud, tendencia y lugar de ocurrencia, elementos que conducen a una debida valoración y comprensión.

En el tercer momento se construyeron los nodos, donde se estableció la relación de las tensiones, mediante la identificación de generadores comunes y su ubicación territorial, que a su vez resaltó los impactos sociales, poblacionales, económicos, ambientales, entre otros. Adicionalmente, se incluye la respuesta sectorial e intersectorial de la Localidad. Es en definitiva un “momento de comprender” en la cual se entiende de forma integral la salud mediante la configuración (nodo) dada de la relación entre tensiones sobre un eje territorial particular.

## 6.2 Descripción de nodos

Al realizar la espacialización de las tensiones de la localidad de Engativá se identificaron tres nodos que concentran condiciones sociales, ambientales y económicas, las cuales determinan la salud y calidad de vida de los residentes del territorio. De esta forma, a continuación se describen las interacciones entre generadores, reforzadores y liberadores que caracterizan las situaciones en los espacios geográficos delimitados para la localidad (

Mapa 12)

## **Nodo 1: Espacio público de entretenimiento, enfermedades respiratorias y violencia de género**

El espacio físico de la localidad determina que el 40,9 % del territorio de Engativá corresponde a zonas no estratificables (parques, vías, zonas verdes), mostrando una mayor extensión en la UPZ Engativá, debido a que esta área pertenece a la ronda del río Bogotá.

La amplia extensión de zonas verdes puede convertirse en un factor que protege la salud de los habitantes del territorio, dada la facilidad para la práctica de actividad física, recreación y deporte; sin embargo, en la localidad se evidencia que la comunidad cuenta con un descontento dado que estos espacios se convierten en territorios de miedo, en los cuales se desarrollan actividades como robos, atracos, consumo de sustancias psicoactivas, entre otras.

Las múltiples zonas verdes generarían un imaginario de buen estado ambiental de la localidad, sin embargo, a causa del manejo inadecuado de residuos sólidos (quema y aglomeración) y líquidos (vertimientos), derivados de las actividades domésticas, comerciales e industriales, se crean ambientes propicios para la proliferación de vectores plaga, olores ofensivos, inseguridad y deterioro del entorno. De esta forma, la exposición a contaminantes aumenta en las UPZ Engativá y Garcés Navas, con la consecuente presentación de enfermedades respiratorias y digestivas en los diferentes cursos de vida, especialmente en la infancia.

Así mismo, en la UPZ Engativá por su cercanía al río Bogotá, la población residente tiene una percepción de inseguridad; lo anterior se asocia a la poca iluminación artificial y a la presencia de diferentes grupos (barras futboleras, recuperadores y ciudadanos habitantes de calle) quienes hacen un mal uso del espacio público por el consumo de Sustancias Psicoactivas-SPA, inadecuado manejo de residuos, riñas, hurtos y detrimento del espacio público.

Las prácticas de antaño como el patriarcalismo, en el cual se representa en el empoderamiento de la figura masculina, como benefactor del hogar, genera dependencia económica de la mujer, lo que puede acarrear algún tipo de violencia, por lo general de género. La repetición de estas acciones, produce una naturalización, llevando a que se mantengan prácticas al ser heredadas por los menores.

La dependencia económica de la mujer hacia el hombre en la UPZ sigue siendo fuerte. La mujer mantiene un lugar subordinado dentro de las familias, además de la desigualdad del ingreso económico frente a los hombres, factor que sigue incidiendo en la vulneración de los derechos de la mujer e incrementar la vulnerabilidad de la misma.

Así mismo, esta situación de vulnerabilidad económica genera en las adolescentes una manera particular de concebir la vida, siendo el embarazo una herramienta para salir de la casa familiar y las condiciones de violencia que allí se viven.

## **Nodo 2: Enfermedades respiratorias**

La percepción de inseguridad en el espacio público no es la única representación de las violencias en la localidad. Se presenta un incremento en la incidencia de enfermedades respiratorias en contextos de situaciones económicas menos aventajadas y con características en la composición familiar compartidas (familias fragmentadas, adolescentes, jóvenes y adultos inmersos en la comercialización de sustancias psicoactivas), especialmente en las UPZ Minuto de Dios.

Dichos contextos facilitan las situaciones de enfermedades respiratorias además de la mala disposición de los residuos sólidos, la contaminación del aire a partir de las emisiones de material particulado, el cual en su mayoría es producido por motores a combustión interna.

Así mismo, la situación de informalidad que se ubica en la zona del Quirigua dentro de la UPZ, puede llegar a generar condiciones de riesgo por horarios de 12 o más horas al día, exposición al aire contaminado de la zona, incrementando la probabilidad de padecer alguna o varias enfermedades. Esta situación produce además en la población adulta molestias físicas, las cuales sin un debido tratamiento y supervisión médica pueden convertirse en alteraciones o enfermedades crónicas, dificultando con esto la realización de la actividad que genera su sustento diario.

Por su parte, el consumo de SPA en la UPZ se manifiesta en la zona universitaria y alrededores, junto con la ronda del canal Salitre, donde se ubican establecimientos de esparcimiento y baile acompañando del consumo de alcohol. Los jóvenes son los que a

menudo visitan estos lugares, lo que se convierte en un foco de compra y venta de Sustancias Psicoactivas en determinados días y horas de la semana.

### **Nodo 3: Enfermedades respiratorias asociadas al ambiente y embarazo adolescente**

En las UPZ Boyacá Real y Ferias suelen reflejarse las falencias en la atención infantil por parte de cuidadores: familiares (que se encuentran en condiciones socioeconómicas bajas) institucionales y comunitarios con dificultades en la prevención y manejo de enfermedades prevalentes en la infancia, incidiendo en la ocurrencia de mortalidad por IRA y Neumonía en menores de 5 años y el consumo de SPA en adolescentes.

Adicionalmente, en la UPZ Ferias, la mala disposición de los residuos sólidos en el espacio público, acompañado de un contexto industrial debido a los cambios en el uso del suelo y la presencia de vías arteriales con alto flujo vehicular, hacen que el aire esté cargado de material particulado que afecta en especial a la población infantil con infecciones respiratorias agudas, a lo cual se suman las deficientes prácticas de cuidado en las familias y las dificultades de acceso a los servicios de salud, aumentando la vulnerabilidad de la infancia.

Si bien estas UPZ se encuentran separadas por aproximadamente 3 kilómetros, muestran similitudes entre sus tensiones y problemáticas identificadas. En la UPZ Ferias, se incrementa la inseguridad generada por la dinámica que la Plaza de Mercado de las Ferias, la cual produce la llegada de trabajadores informales a su alrededor, que a su vez facilita la venta y consumo de SPA, así como el aumento en la percepción de inseguridad de la población residente contigua a la Plaza de Mercado.

El consumo de SPA en la UPZ Ferias, está asociado a la formación de grupos de expendio de sustancias psicoactivas y a un contexto de bajas oportunidades laborales para los jóvenes. Estas condiciones de vulnerabilidad de la población joven y adulta en materia económica y bajo un contexto de pobreza, genera a su vez una mentalidad en algunas de las jóvenes adolescentes de ser madres a temprana edad, pues dentro de su concepción de la vida, apropian la idea de que tener un hijo es sinónimo de asegurar una estabilidad emocional y económica con un compañero sentimental.

A pesar del pensamiento femenino del embarazo adolescente, las prácticas de antaño como el patriarcalismo, en el cual se representa en el empoderamiento de la figura masculina como benefactor del hogar, genera dependencia económica de la mujer, lo que puede acarrear en dificultades manifestándose en algún tipo de violencia, sobretodo en violencia de género. La repetición de estas acciones, produce una naturalización, llevando a que mantengan prácticas heredadas por los menores.

### **Metáfora: Medusa**

La localidad de Engativá se encuentra en un territorio conformado por zonas de humedales y no estratificables que permiten mitigar cambios climáticos como inundaciones y son el hogar de varias especies animales. Este territorio se asemeja a una Medusa, la cual habita en aguas cálidas y tropicales, pero su adaptación les permite soportar temperaturas menores a los -6° Celsius, similares a las aguas de los humedales de la localidad.

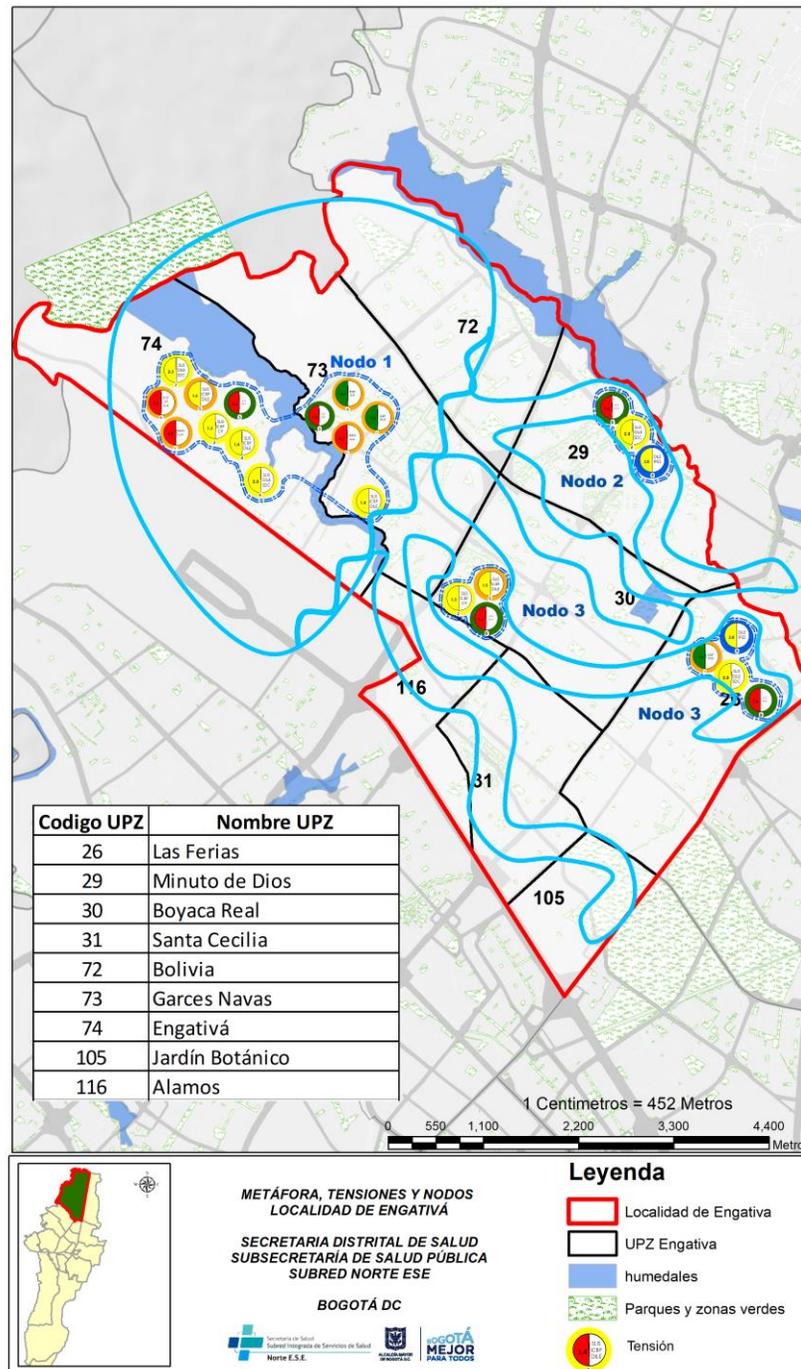
Las medusas son conocidas por sus picaduras y su veneno, una de sus características es que no se pueden percibir a simple vista por su color transparente y son capaces de acabar con la vida de un ser humano. Esto se asemeja con la percepción de inseguridad que existe en los parques y zonas verdes que tiene la localidad; también al peligro invisible del cambio climático que afecta directamente la supervivencia de los humedales con consecuencias negativas para la población aledaña.

La picadura de medusa se representa comúnmente por medio de dolor y ardor en la zona, que muchas veces es pasajera, sin embargo, en otros casos se pueden presentar shocks anafilácticos (fallas circulatorias) y tener el peligro de ahogarse. Esto se relaciona con la amenaza de inundación y de proliferación de vectores y malos olores, que, si bien no son constantes, suelen generar enfermedades y muy alta probabilidad de mortalidad.

Cabe mencionar que una medusa, aún muerta, puede causar irritaciones y tener activo el veneno por varias semanas, al igual que la mala disposición de desechos y residuos sólidos, que con el pasar del tiempo, sin una debida intervención, pueden generar costos financieros, ambientales y sociales de gran impacto para la comunidad.

La dinámica de la Localidad se muestra enlazada a la dimensión ambiente (ambiente construido) del PASE, puntualizando situaciones que se buscan impactar en el Plan Decenal de Salud Pública en las metas relativas a las situaciones de salud relacionadas a condiciones que hacen parte de la dimensión salud ambiental.

**Mapa 12. Tensiones, nodos y metáforas, localidad de Engativá, 2017**



Fuente: Elaboración propia. Equipo ACCVSYE Subred Integrada de Servicios de Salud Norte 2017

### 6.3 Validación de contenidos

El proceso de validación se realizó en tres momentos; inicialmente, en un trabajo articulado con los espacios de vida cotidiana y con el direccionamiento técnico de la SDS, se definieron las tensiones a partir de información histórica cualitativa y cuantitativa de Usaquén, de esta forma se acordaron las situaciones de salud prioritarias de la localidad.

Durante el segundo momento, al interior de la Subred en los grupos funcionales por curso de vida, donde participan representantes de los espacios de vida cotidiana y de los procesos transversales, las tensiones se presentaron, ajustaron y complementaron con la respuesta sectorial.

A partir de los momentos previos, el equipo de ACCVSyE identificó los determinantes comunes entre las tensiones de la localidad para la construcción del nodo; de acuerdo con la georreferenciación de las mismas se elaboró la metáfora correspondiente.

### 6.4 Análisis de la respuesta

Frente a las complejidades territoriales y teniendo en cuenta las problemáticas descritas, se evidencia una gran concentración de acciones que difieren en cada UPZ.

Para el nodo 1, que describe las condiciones del espacio público e inseguridad en las UPZ Engativá y Garcés Navas, el Espacio Trabajo concentra sus acciones en la reubicación de menores trabajando en el comercio ambulante, mediante la sensibilización en temas de derechos y deberes de la infancia, autoconocimiento, manejo de emociones y proyecto de vida. Estas acciones tienen como objetivo prevenir los riesgos que conlleva el comercio laboral, que implica el manejo y movimiento de dinero en efectivo, lo que se convierte en un atractivo para la delincuencia, ya que son personas sin protección y vulnerables a robos materiales y a lesiones de causa externas.

Si bien esta acción aborda el curso de vida más vulnerable (infancia) en el espacio público, no se atacan las causas que generan la percepción de inseguridad, ni la necesidad de los infantes de trabajar, situaciones que están relacionadas con los determinantes estructurales identificados.

Frente al manejo inadecuado de residuos sólidos en zonas públicas como parques y rondas de humedales descritos en el nodo 1, se realizaron acciones enmarcadas dentro de la estrategia “Explorarte” del Espacio Educativo para la recuperación de puntos críticos, jornadas de salud ambiental y la gestión con los PRAE. Así mismo, desde Espacio Público se realizó una iniciativa en salud ambiental. En adición, como parte de la EAT, se implementaron acciones dirigidas a la recuperación de puntos críticos ambientales de la localidad, donde salud participa con acciones educativas. A pesar de estas acciones, es necesario mantener las acciones en el tiempo para lograr un cambio cultural en torno a la importancia del reciclaje y disposición de residuos.

En cuanto a la problemática concentrada en la UPZ Engativá de violencia contra la mujer, no existen acciones específicas en ningún espacio que aporten en su prevención; desde GPAISP se genera un control y vigilancia en la aplicación correcta del protocolo a las personas violentadas sexualmente en la Subred Norte.

Frente a los nodos 2 y 3, donde se describe la problemática de enfermedades respiratorias manifestadas con mayor intensidad en las UPZ Minuto de Dios, Boyacá Real y Ferias, por parte del Espacio Público se desarrollaron acciones itinerantes que aportaron en temas de prevención de Infecciones Respiratorias Agudas. En estas UPZ se desarrollan acciones desde el Espacio Trabajo en torno a la promoción de los derechos y garantías sociales relacionadas con el trabajo en UTIS de bajo impacto, mediante centros de escucha y activación de rutas, sin embargo, el accionar del Espacio no genera un cambio de los riesgos expuestos en materia de exposición a gases perjudiciales para la salud.

Con respecto a las problemáticas de enfermedades asociadas al ambiente y el consumo de SPA en la UPZ Ferias descritas en el nodo 3, se generaron acciones desde el Espacio Vivienda, en torno a la identificación de condiciones ambientales y generación de estrategias para la prevención de enfermedades prevalentes en la infancia, sin embargo, el abordaje se limita a población perteneciente a Capital Salud o a eventos canalizados desde Vigilancia Epidemiológica. Así mismo, desde el Espacio Educativo con la estrategia “Sintonizarte” se realizan acciones para población escolar dirigidas a la prevención del consumo de SPA y

mejoramiento de los entornos escolares; sin embargo, la limitante es que la estrategia está dirigida a IED priorizadas por la SDS.

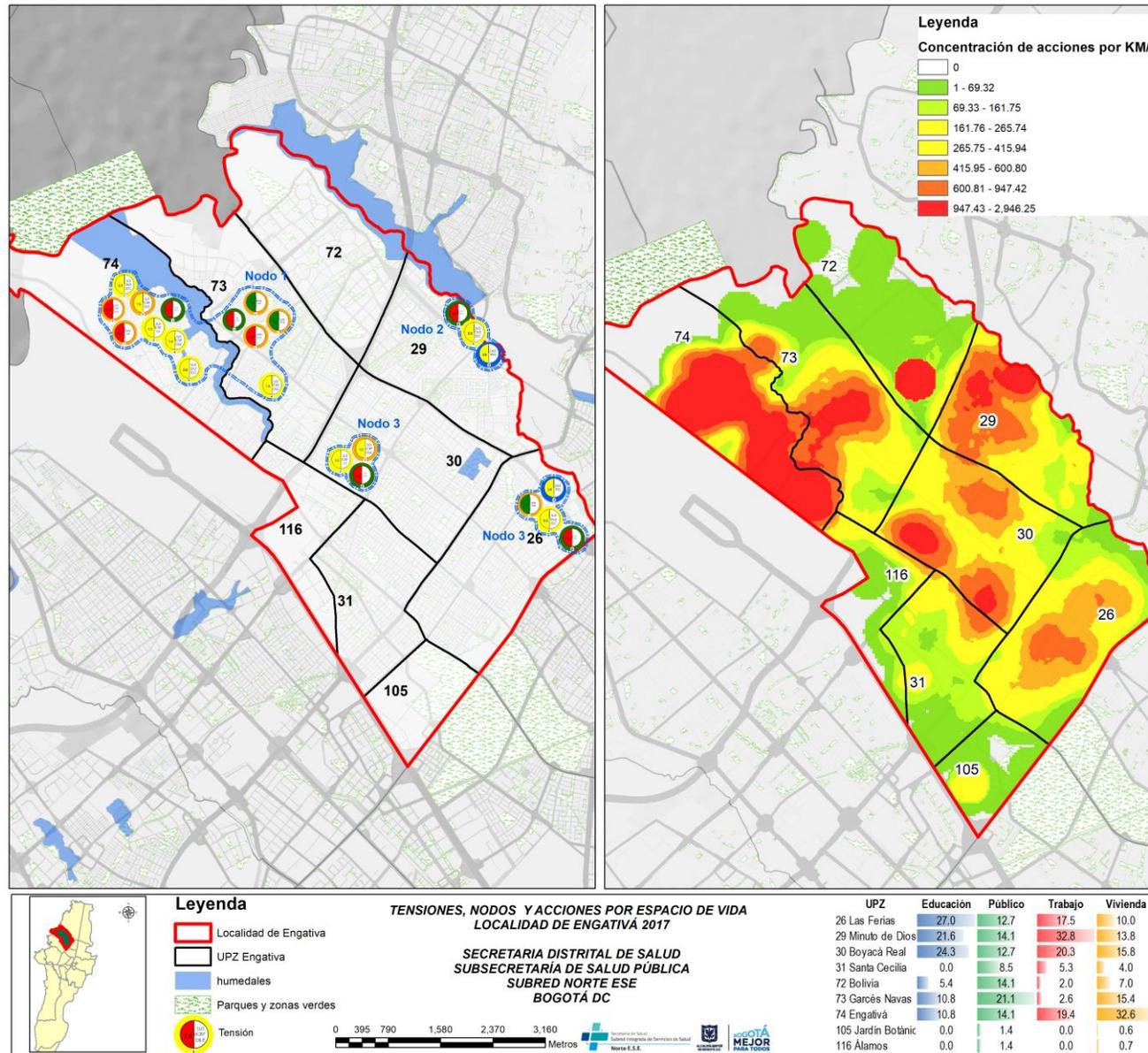
Para la intervención del consumo de SPA, desde el Espacio Público se realizaron dos iniciativas en salud mental, además de las actividades de la estrategia “Vincúlate”, con los Servicios de Orientación Juvenil y servicios de acogida para consumos iniciales y acciones preventivas, a lo cual se suma el seguimiento realizado por el subsistema ODISPA a casos con consumos problemáticos en gestantes y menores de 13 años.

Como se evidencia, las acciones enfocadas en la prevención del consumo de SPA son diversas y apuntan a diferentes cursos de vida de la población de las UPZ críticas. Sin embargo, la problemática viene siendo permanente y sin una disminución considerable. Esta situación genera preguntas referentes al modo cómo se está abordando a la población, la pertinencia de las metodologías utilizadas en la prevención del consumo, y a las limitantes del accionar en salud para impactar los determinantes estructurales causantes del consumo problemático de SPA.

Por otra parte, para las condiciones crónicas desde el Espacio Vivienda se intervienen hogares de persona mayor, con miras al cumplimiento de los requisitos de funcionamiento establecidos en la norma; el actuar del Espacio se limita a la detección de alteraciones en la adultez que pueden convertirse en enfermedades crónicas. El accionar se queda en esta fase de identificación, sin realizar una segunda etapa de seguimiento, dificultando con esto el análisis que determine el nivel de adherencia a los programas de pacientes crónicos recién diagnosticados.

Adicionalmente, desde el Espacio Educativo se realiza, por medio del componente “amarte”, el fortalecimiento del proyecto de Educación para la Sexualidad y construcción de ciudadanía, siendo la población objeto, colegios de la UPZ Boyacá Real, que aporta en la vinculación de las adolescentes gestante a los programas para el cuidado de su salud y calidad de vida (Mapa13)

Mapa 13. Tensiones, nodos y acciones por espacio de vida cotidiana, localidad de Engativá, 2017



Fuente: Elaboración propia. Equipo ACCVSYE Subred Integrada de Servicios de Salud Norte 2017

Para situaciones identificadas que afectan la salud mental, principalmente en NNA, a nivel intersectorial se participa en el Comité Operativo Local de Infancia, adolescencia y Familia – COLIAF-, donde se tratan temas relacionados a la violencia intrafamiliar, orientados a la prevención. Este espacio se complementa con las acciones del Consejo Red de Buen Trato, en el cual se busca realizar un posicionamiento de la Política Pública de Salud Mental y la difusión de la información relacionada a la notificación y activación de rutas; desde este espacio se coordina la Semana del Buen Trato que vincula a las diferentes instituciones y jardines de la localidad, en la cual, mediante actividades lúdicas y recreativas, se busca fomentar la prevención de las violencias con un enfoque positivo, dirigido a los diferentes integrantes de la familia.

Así mismo, en los espacios intersectoriales hace presencia la SLIS, con quienes se articula para el desarrollo de actividades con padres, niños y niñas en los jardines infantiles de dicha entidad en temas relacionados con la prevención de violencia intrafamiliar.

Por otra parte, la SLIS realiza sensibilizaciones dirigidas a funcionarios de la Secretaría y sus usuarios, con el fin de prevenir la violencia sexual e intrafamiliar. Adicionalmente, la Secretaría de la Mujer realiza talleres y foros para la prevención de violencias contra las mujeres.

En relación al consumo de SPA, dentro del Consejo Red de Buen Trato se busca el posicionamiento de la Política Pública en temas relacionados a la prevención del consumo y se gestiona la articulación en los espacios de participación que sea necesaria la presencia del accionar del Espacio Público de Salud Pública en la localidad. En el parque del barrio Villas de Granada se realizó una mesa de trabajo desde la cual se articularon acciones de líderes comunitarios e instituciones públicas para disminuir el consumo de SPA mediante la contratación de personal de seguridad e instalación de bombillas de iluminación, según los factores de riesgo identificados desde el espacio.

Adicionalmente, la Casa de la Juventud, ubicada en la UPZ Boyacá Real, realizó acciones que promueven la participación ciudadana, el aprovechamiento de tiempo libre y la afectación de factores de riesgo frente al consumo. En la misma línea, en la Jornada del Buen Trato en el parque San Andrés, se participó socializando las rutas de atención y realizando sensibilización en temas relacionados a la prevención del consumo de SPA.

La salud oral, es un tema con una preponderación mínima en los espacios intersectoriales y la participación ha estado orientada al posicionamiento de la Política Pública de Salud Oral; las acciones han estado orientadas principalmente a la articulación con los espacios de vida cotidiana para hacer presencia en las actividades que se realicen en la localidad, así como la socialización del accionar y la activación de la ruta SISVESO, principalmente en el COLIAF.

Específicamente para el cuidado de la salud oral en NNA se realizan acciones en los jardines infantiles del ICBF, como el acompañamiento al lavado de dientes, en donde se orienta y se busca acercar a los estándares de un buen cepillado; a esto se suman las jornadas de aplicación de Barniz de Flúor en las USS Emaús y Garcés Navas

El cuidado de la salud oral está relacionado con la nutrición infantil; en los jardines infantiles del ICBF se hace el reconocimiento por parte del personal médico acompañado de un odontólogo. Labor similar a la que se realiza en los jardines infantiles de la SLIS en donde se busca generar prácticas de higiene en relación con el cuidado oral y el lavado de manos.

Frente al embarazo en adolescentes, se participó en las jornadas de prevención de maternidad y paternidad temprana, acompañado de la socialización trimestral de los indicadores en salud en el COLIAF, permitiendo la generación de la alerta local para la articulación de las intervenciones institucionales. Para los casos identificados de embarazos adolescentes en menores de 14 años, se activa la ruta SIVIM en el marco del Consejo Red de Buen Trato y posteriormente se socializan los hallazgos del seguimiento por el subsistema en el comité de Víctimas.

Una de los factores de riesgo para las Enfermedades Respiratorias son las condiciones ambientales, para lo cual, en articulación con la empresa Aguas Bogotá se han realizado jornadas con carácter educativo y de prevención, se han enfocado al sellamiento de los jugares que no cumplieron lo establecido. En las zonas como canales y humedales se participó en jornadas de reconocimiento y limpieza. Adicionalmente se busca posicionar la política pública en los espacios donde haga presencia la Subred Norte.

## 6.5 Recomendaciones

En la localidad se ha evidenciado tensiones en cuanto a las enfermedades respiratorias asociadas a una mala calidad del aire, percepción de inseguridad en el espacio público relacionado al consumo de SPA y la violencia de género como resultado de las dinámicas socioeconómicas, con los modelos culturales repetitivos se promueve la violencia de género; hábitos no saludables desencadenantes de enfermedades crónicas; y desconocimiento de la importancia del cuidado del ambiente, generan un conjunto de problemáticas que pueden mitigarse a través de acciones que afecten los generadores de dichas tensiones.

Si bien las intervenciones realizadas muestran un efecto en la población evaluada por la reducción de los indicadores, es necesario crear puntos de articulación entre las acciones y demás componentes de Plan de Intervenciones Colectivas. La mayoría de las acciones itinerantes se ubican en las UPZ con condiciones de vulnerabilidad de la localidad, sin embargo, debería fortalecerse el accionar en los territorios de las UPZ Engativá y Ferias. Así mismo, los temas abordados, aunque importantes, deberían orientarse a las alertas generadas por el equipo ACCVSE sobre los eventos de interés en salud pública, como, por ejemplo, las Infecciones Respiratorias Agudas ligadas al mal estado del aire.

De acuerdo a la Política Pública para la Atención y Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, se recomienda reforzar las acciones que le apunten a la línea estratégica 2, donde se vincule a la población desescolarizada en procesos preventivos que desarrollen potencialidades para la vida desde la adolescencia y la juventud en la localidad. Por otra parte, la Política Distrital de Salud Mental, desde su componente 2 que corresponde a la gestión del conocimiento, sería necesario orientar la respuesta a la profundización del análisis y generación de información que permita entender la realidad de las personas a partir del contexto en el que se desenvuelven, lo anterior con la finalidad de comprender los intereses y causas que generan las problemáticas en salud mental de la población de Engativá

La nula aplicación de acciones específicas frente a la violencia sexual contra la mujer en la localidad y en la Subred Norte, genera automáticamente la necesidad de crear estrategias que ayuden en la mitigación de los eventos violentos hacia la mujer, no solo en materia informativa

de las rutas y conocimiento de derechos, sino en materia de prevención e identificación de potenciales agresores sexuales, dirigido a mujeres y población en general.

En cuanto la percepción de inseguridad en el espacio público, la Secretaría Distrital de Ambiente, ha generado las siguientes políticas para el Distrito Capital:

- Protección y bienestar animal
- Gestión de la conservación de la biodiversidad
- Manejo del suelo de protección en el distrito capital
- Educación ambiental
- Humedales del distrito capital
- Ruralidad
- Protección sostenible
- Eco-urbanismo y construcción sostenible
- Salud ambiental

Al respecto se recomienda enfatizar en las estrategias que lleven al reforzamiento de la gestión por parte de la comunidad, a la gestión de la conservación de la biodiversidad y a la recuperación y cuidado de humedales y parques de la localidad, para que se permita mitigar las tensiones en diferentes aspectos como en enfermedades respiratorias, malnutrición, condiciones crónicas, violencia en el espacio público, baja oferta laboral y educativa, y aspectos negativos en la disposición de los residuos sólidos.

Adicionalmente, en cuanto al accionar de la Política Distrital de Salud Ambiental y sus ocho líneas de intervención, se recomienda enfatizar en las acciones preventivas que garanticen la reducción de la contaminación del aire, ligado a la línea de acción de Hábitat, Espacio Público y Movilidad, donde se refuerce la articulación con las diferentes instituciones como la Secretaría de Ambiente, no solo en materia de prevención y concientización en la población acerca de la importancia y las consecuencias de un aire contaminado para la salud respiratoria, sino enfocarse en acciones que propicien un cambio en las formas de movilidad alternativas no contaminantes como la bicicleta, transporte público e impulsar el desarrollo de combustibles limpios a nivel industrial.

Se recomienda ampliar el abordaje de las problemáticas relacionadas en el accionar de los Espacios, no por aseguramiento, sino por las condiciones sociales de vulnerabilidad de la población afectada; es decir menores, gestantes y adultos con enfermedades respiratorias. Así mismo, las problemáticas ligadas al mal uso del tiempo libre en los jóvenes y adultos, genera la necesidad de presentar una propuesta que promocioe la los eventos culturales y deportivos, con el objetivo de disminuir el consumo de SPA con el fortalecimiento de las iniciativas comunitarias.

## BIBLIOGRAFIA

1. Secretaría Distrital de Planeación. Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos de Engativá. 2011..
2. Departamento Nacional de Estadística. Proyecciones Poblacionales 2005-2020. 2016..
3. FOSYGA B. Base afiliados régimen contributivo y subsidiado. corte a 31 de diciembre de 2016. Contributivo y subsidiado.
4. Planeación DNd. Base de datos SISBÉN certificada DNP. Noviembre de 2016, vigente a 31 de diciembre de 2016..
5. Secretaría Distrital de Salud DANE. Bases RUAF Nacimientos y Defunciones. 2017 Enero 19. Base 2011 a 2014 Oficiales. Bases 2015 y 2016 preliminares.
6. Z. Gant MLHIHXHXGaRS. A County-Level Examination of the Relationship Between HIV and Social Determinants of Health: 40 States. The Open AIDS Journal. 2006-2008; 1(6).
7. Duy Nguyen LJBMG. Asian-American elders' health and physician use: An examination of social determinants and lifespan influences.. Health. 2012; 4(11).
8. Semana. semana.com. [Online].; 2017 [cited 2018 diciembre 11].
9. Chapinero E. Diagnostico Social Con Participación Social 2014. 2015..
10. ACCVSYE. Diagnostico Local. Analítico, descriptivo. Bogotá D.C.: Subred Norte de Servicios de Salud, Bogotá D.C.; 2015.
11. Tiempo E. El Tiempo.com. [Online].; 2016 [cited 2018 diciembre 11].
12. ASIS. Diagnóstico Local. analítico, descriptivo. Bogotá D.C.: Hospital de Engativá, Bogotá D.C.; 2014.
13. PLaneación SDd. Secretaría de Planeación. [Online].; 2014 [cited 2017 junio 15].
14. DANE. DANE.COM. [Online].; 2017 [cited 2017 noviembre 13].
15. Planeación SDd. Secretaría Distrital de Planeación. [Online].; 2014 [cited 2017 junio 13].
16. Espectador E. "Food trucks": buen negocio, pero falta la regulación. El Espectador. 2017 febrero.
17. SIVISTRA. Base de datos SIVISTRA. 2016..

18. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Mortalidad general, agrupación 6/67, causas por localidad, sexo y edades quinquenales 2012-2014. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; Junio 2016.
19. Salud SDd. Base de Nacimientos y Defunciones RUAF. 2009 a 2016..
20. Secretaría Distrital de Salud. Base de datos RIPS, población Vinculada, Desplazada y Atenciones no POS. 2016..
21. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Base de datos IPS publicas y privadas. 2015..
22. Secretaría Distrital de Salud. Base de datos RIPS, población vinculada, desplazada y atenciones no POS. 2015..
23. Secretaría Distrital de Salud. Base de datos Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública. 2016..
24. Secretaría Distrital de Salud. Bases de datos Subsistemas de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública. 2016..
25. Salud SDd. Plan de Intervenciones Colectivas. [Online].; 2011 [cited 2014 Abril 15].
26. Capital S. [Online]. [cited 2017 07 01].
27. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá DC. Plan Territorial de Salud para Bogotá, D. C. 2016-2020. 2016 Jun 09..
28. Secretaría Distrital de Salud. Anexo operativo espacio educación..
29. Secretaría Distrital de Salud. Anexo Operativo Espacio Trabajo. 2017..
30. Secretaría Distrital de Salud. Anexos Operativos Espacio Público. 2017..
31. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Informe PIC abril a junio. 2017..
32. Secretaría Distrital de Salud. Anexo operativo espacio vivienda. 2017..
33. Secretaría Distrital de Salud. Anexo operativo Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública. 2017 Abril..

## ANEXO MATRIZ DE DETERMINANTES

DESCRIBA LA CONDICION QUE SE IDENTIFICA	REALICE UN ANALISIS DE PORQUE SE PODRIA CONSTITUIR EN UN POTENCIAL DETERMINANTE (YA SEA POSITIVO O NEGATIVO PARA EL ANALISIS DE CALIDAD DE VIDA SALUD Y ENFERMEDAD)	CURSO DE VIDA MAS AFECTADO	DIMENSION PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA	LUGAR DE OCURRENCIA (UPZ, BARRIO, Institución)
Dinámica poblacional	La distribución poblacional muestra una marcada reducción en los menores de 20 años, contrastando con el incremento de los mayores de 45 años entre el 2005 y el 2016; este comportamiento evidencia el proceso de envejecimiento de la población donde el número de menores cinco años por cada 100 mujeres en edad fértil se redujo un 7,4% con respecto a 2005 y existen 19 mayores de 65 años más, por cada 100 menores de 15 años, comparado con 2016, respectivamente.	Adultez y Vejez	Dimensión transversal de gestión diferencial de poblaciones vulnerables: Envejecimiento y vejez	Las UPZ Boyacá Real, Engativá, Ferias, Minuto de Dios y Garcés Navas, son las de mayor densidad poblacional de la localidad de Engativá; concentran el 55% de las personas mayores de 65 años.
Alto índice de accidentalidad	El 44% de los accidentes asociados a la movilidad ocurrieron en automóvil, 28% con camión o camioneta y 14% en Bus o Buseta, es importante resaltar que el 2% de los accidentes se relacionaron con el uso de la bicicleta. La cifra que corresponde a la localidad es de 15,2% de los accidentes ocurridos en la Subred Norte.	Adultez	Salud Ambiental: Hábitat saludable	Calle 80 con avenida Boyacá
Alto riesgo de inundación	La localidad tiene una extensión aproximada de 224,7 Ha, identificadas con riesgo alto de inundación, estas zonas se ubican en la parte Occidental de la Engativá, sobre la margen derecha del río Bogotá (en dirección Sur-Norte) con vinculación del territorio que hace parte del humedal Jaboque en su parte central, impactando en las UPZ Engativá y Garcés Navas. Adicionalmente se identifica como zona de riesgo el límite Norte de la localidad bordeado por el Humedal Juan Amarillo prolongándose aproximadamente por 8,2Ha después de este, con dirección al Oriente.	Adultez	Salud pública en emergencias y desastres: Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres.	UPZ Bolivia, Garcés Navas, Engativá y Minuto de Dios
Bajos índices de movilidad en velocidad por hora	A partir de el número de personas por UPZ, el número de autos, bicicletas y motos por persona, sus posibles discapacidades, el tiempo de viaje y el número de personas que ingresan por UPZ, fue posible estimar el índice de movilidad, que en el 2013 para la localidad se clasificó como media y donde solo en la UPZ Garcés Navas se estableció como muy alta, contrastando con Minuto de Dios que tuvo la más baja movilidad de la localidad. De igual forma, el promedio de velocidad en las vías principales de la localidad estuvo en 10,4 Km/h, con variaciones en la Avenida Calle 80 y Ciudad de Cali que tuvieron el mayor registro (14 Km/h).	Adultez	Salud Ambiental: Hábitat saludable	Avenida Rojas Pinilla y las Calles 59ª, 67ª y 75, tuvieron la menor velocidad promedio (8 Km/h)
Alto número de equipamientos recreativos	Un gran cumulo de equipamientos recreativos de aglomeración además de ser un elemento de ocio y socialización ciudadana ha conllevado a un riesgo de inseguridad y riñas por presencia de población flotante en el espacio público. Al generarse ciertos eventos masivos que atrae gran parte de la población de la ciudad los migrantes de otras localidades efectúan un impacto en las zonas residenciales aledañas debido al consumo de SPA, hurtos, violencias y vandalismo hacia las viviendas y elementos del espacio público (señalizaciones, utensilios, letreros). Esto se debe a que culturalmente no hay sentido de pertenencia y de respeto hacia las zonas de esparcimiento y a que la planeación y ordenamiento del territorio no tuvo en cuenta el desbordamiento de población a los barrios residenciales aledaños de las cuales buscan un beneficio por trabajo informal, robos, consumos, violencias. Históricamente ha marcado una diferencia desde la llegada de personas con pautas de comportamiento agresivas en especial en barras futboleras. La situación afecta a toda persona residente o transeúnte pero en especial la residente cerca al escenario residente en escenarios deportivos y parques barriales.	Infancia y vejez	Convivencia y Salud mental: Promoción de la Salud mental y la convivencia	UPZ:engativá, Boyacá real, minuto

Alto índice de violencias	Se presenta un incremento en la incidencia de las violencias en la localidad, esto sucede en contextos de situaciones económicas menos aventajadas y con características en la composición familiar compartidas (familias fragmentadas, adolescentes, jóvenes y adultos inmersos en la comercialización de sustancias psicoactivas). Esta situación se viene presentando desde hace más de una década, con tendencia al aumento de las violencias. El comportamiento puede clasificarse dentro de los determinantes proximales, frente a la conducta y estilo de vida del individuo; así mismo, los determinantes intermedios como la composición familiar desfragmentada y la pobreza, ésta causada por políticas distributivas desiguales de los ingresos económicos del país.	Juventud y Adulthood	Convivencia social y salud mental: prevención y atención integral a problemas, trastornos mentales y diferentes formas de violencia.	UPZ: Engativá, Ferias, Minuto, Garcés Navas.
Enfermedades gastrointestinales	Los establecimientos donde venden comidas preparadas como almuerzos, desayunos o comidas rápidas, no tienen un control adecuado en la manipulación de los alimentos y en su preparación. Esto sucede por consecuencia de un bajo control por parte de las instituciones sanitarias, y de un vacío legal que regule con sanciones, los restaurantes o puestos de comida rápida callejera. esto quiere decir, que los determinantes sociales son de carácter intermedio y estructural respectivamente.	Adulthood	Seguridad alimentaria y nutricional: calidad e inocuidad de los alimentos.	UPZ:engativá, ferias, Boyacá real, minuto (barrio Luis Carlos Galán)
Hábitos de vida no saludable	Una forma de vida no saludable se convierte en un factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas, esto se debe al estilo de vida acelerado de los individuos, regido por dinámicas laborales donde no se destina poco tiempo para la actividad física, el manejo adecuado del estrés y la preparación de alimentos de alto contenido nutricional, llevando a asumir conductas desfavorables para la salud como el sedentarismo y una alimentación basada en el alto consumo de grasas, carbohidratos y azúcares. Sumado a lo anterior se tienen los aspectos culturales de otras regiones relacionados con la alimentación y los patrones adquiridos desde la infancia donde se imparten estos estilo de vida.	Adulthood y Vejez	Vida saludable y condiciones no transmisibles: Modos, condiciones y estilos de vida saludables.	Toda la localidad
Altos índices de conducta suicida	Se presentan varios casos de conducta suicida en los colegios (ideación, amenaza, intento y consumo). Si bien se activan las rutas, éstas parecen no tener la cobertura deseada para generar un impacto positivo y de reducción de la problemática. Lo anterior sucede por una situación crítica en la vida individual de los estudiantes (falta de afecto, falta de compañía familiar, soledad) parece seguir tendencias o elementos identitarios al interior de los jóvenes por lo cual muchos llegan al autoflagelo por situaciones o influencias de grupo. Esto se ha convertido en un efecto domino que se ha asociado a una "moda" generacional. Los determinantes asociados a esta problemática son intermediarios como la descomposición familiar, la presión social y/o Bullying.	Juventud y Adulthood	Convivencia social y salud mental: promoción de la salud mental y la convivencia.	UPZ: Ferias, Engativá y Boyacá Real
Presencia y dificultad con la Discapacidad	El 83,35% de las personas ingresadas al registro de identificación y caracterización de personas en condición de discapacidad se encuentran en la adultez o en la vejez, mientras que el 7,90% son menores de 18 años; el proceso de envejecimiento y la aparición de enfermedades crónicas hacen que las primeras causas de consulta estén relacionadas con el movimiento del cuerpo, las manos, los brazos y las piernas, con mayor manifestación entre las mujeres, en quienes se concentra el 22,5% del total de población registrada que presenta dicha anomalía; la segunda alteración más frecuente es la relacionada con el sistema nervioso en la que se encuentra el 30,4% de la población registrada y el 17% de los hombres. En la afectación a los diferentes órganos de los sentidos (ojos, oídos y demás órganos) se concentra el 12,8% de las personas con discapacidad registradas.	Adulthood y vejez	Vida saludable y condiciones no transmisibles: Modos, condiciones y estilos de vida saludables.	UPZ, Minuto de dios, las ferias y Boyacá real
Cambio arquitectónico y deterioro del espacio público	Durante los recorridos rápidos realizados se identificó que existe un cambio en el uso del suelo junto a una nueva urbanización transformando la forma arquitectónica tradicional de los varios lugares cuyas viviendas se han deteriorado, abandonado, convertidas en refugios o sitios de expendio y micrográfico, o en su defecto afectadas por los edificios de gran altura. Esto ha conllevado, a su vez, a la falta de pertenencia con el entorno lo que causa un abandono de parques para la recreación, disminución de zonas verdes y al fomento de construcción de fronteras invisibles entre grupos conflictivos, a una marcada densidad demográfica y un constante flujo de vehículos. Es así que, aunque el fenómeno es general, es apreciable en magnitud en barrios como los cerezos, molinos del viento, Unir y Villas de Granada, que, a pesar de ser zonas residenciales de aspectos tradicional, se han venido transformando en zonas de comercio con procesos de invasión y asentamiento cambiando no solo el hábitat construido sino el ambiente natural de los entornos de los humedales. Así mismo, la urbanización junto al gran flujo migratorio ha conllevado a un deterioro ambiental a causa del mal manejo de residuos sólidos y líquidos	Vejez, Infancia	Hábitat saludable	Barrios los cerezos, Molinos de viento, Unir, Villas de granada