



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD

BOGOTÁ

Alcaldesa Mayor de Bogotá
Claudia Nayibe López Hernández

Secretario Distrital de Salud
Alejandro Gómez López

Subsecretario de Salud Pública
Manuel Alfredo González Mayorga

Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva
Diane Moyano Romero

Subdirectora de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública
Gina Paola González Ramírez

Equipo local Accvsye
María Helena Gómez (Referente Análisis y Políticas)
Adriana Rocío Blanco Martínez (Líder Equipo de Análisis)
Yeimy Florido Bejarano (Epidemióloga)
Cindy Nathali Baquero Ocampo (Epidemióloga)
Gina Paola Paez Olaya (Epidemióloga)
Ivette Katherine Sosa Portela (Epidemióloga)
Johana Carolina García Ortiz (Socióloga)
Samir Andrés Guio Peñón (Sociólogo)
Ruth Milena Álvarez Ávila (Socióloga)
Dajana Paola Duarte Franco (Salubrista)
María Cristina Muñoz Suarez (Salubrista)
Carlos Andrés Fernández Contreras (Geógrafo)
Javier Camilo Aguilón Pérez (Geógrafo)
Freddy Andrés Chitiva Zamudio (Ingeniero Catastral y Geodesta)

Fotografía portada
Fuente: Puente Aranda- Alcaldía de Bogotá

Tabla de Contenido

Presentación	10
Introducción.....	11
Objetivos	12
Metodología	13
1. CAPITULO I: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA LOCALIDAD	15
1.1.1. Breve reseña histórica de la localidad	15
1.1.2. Localización y división política	16
1.1.3. Uso del suelo.....	19
1.1.4. Características ambientales	19
1.1.5. Riesgos naturales.....	29
1.1.6. Equipamientos colectivos concentración de oferta institucional	30
1.1.7. Espacio público	31
1.1.8. Generalidades de la accesibilidad geográfica	33
1.1.9. Salud ambiental y sanitaria	39
1.1.10. Vigilancia comunitaria	42
1.2 Estructura Demográfica – Poblacional.....	44
1.2.1. Población total desagregada.....	44
1.2.2. Hogares y viviendas	46
1.2.3. Estructura demográfica	47
1.2.4. Dinámica demográfica	51
1.2.5. Poblaciones diferenciales	56
1.2.6. Población Migrante.....	65
1.3 Perfil Epidemiológico Local	65
1.3.1. Configuración de morbilidad en la localidad	65
1.3.1.1. Morbilidad General	66
1.3.1.2. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria	91
1.3.1.3. Reporte de la morbilidad debida a IRAG por virus nuevo, Sars-Cov2/Covid 19	93
1.3.2 Configuración de mortalidad general	103
1.3.2.1 Mortalidad General	103
1.3.2.2 Mortalidad por Grandes Causas 6/67	105
1.3.2.3 Mortalidad específica subgrupos, Grandes Causas 6/67	108
1.3.2.4 Mortalidad Materno – infantil y en la niñez.....	120

1.3.2.5 Identificación de prioridades para mortalidad general, específica y materno infantil y en la niñez	124
1.4 Relación morbi-mortalidad – población.....	125
2. CAPITULO II: ANÁLISIS DE RELACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS EN EL TERRITORIO	136
2.1 Condiciones de trabajo y la relación con la salud.....	136
2.1.1 Tasa de ocupación.....	136
2.1.2 Principales tipos de ocupación en la localidad	137
2.1.3 Tasa de desempleo.....	138
2.2 . Condiciones socio económicas.....	139
2.2.1 Indicadores de pobreza.....	139
2.2.2 Ingreso per cápita.....	142
2.2.3 Estrato socioeconómico	143
2.3 .Acceso o restricción a bienes y servicios	145
2.3.1 Condiciones de la vivienda	145
2.3.2 Seguridad	147
2.3.3 Nivel Educativo.....	150
2.3.4 Deserción escolar.....	152
2.3.5 Acceso a servicios de salud.....	153
2.3.6 Acceso a servicios públicos	154
2.3.7. Seguridad alimentaria y nutricional	155
2.4 . Organización social local	156
2.4.1 Instancias locales normadas de coordinación institucional	156
2.4.2 Instancias autónomas	158
2.4.3 Instancias de participación mixtas	159
2.4.4 Formas de participación.....	160
2.4.5 Formas de participación en salud (JAC, COPACOS, Asociaciones de Usuarios) ..	160
2.4.6 Organizaciones sociales y comunitarias	161
2.5 . Relación morbi-mortalidad, ambiente, sociedad y economía en el territorio	162
3. CAPITULO III: PROFUNDIZACIÓN EN EL ANÁLISIS TERRITORIAL POR UPZ	165
3.1 Consumo de sustancias psicoactivas.....	166
3.2 Mortalidad perinatal	169
3.3 Morbimortalidad por enfermedades Crónicas	170
3.4 Violencia intrafamiliar.....	174
3.5 Calidad del aire	176

3.6. Disposición de residuos sólidos	179
4. CAPITULO IV: RESPUESTA INSTITUCIONAL – SOCIAL – COMUNITARIA Y POTENCIALIDADES DEL TERRITORIO	183
4.1 Consumo de sustancias psicoactivas.....	184
4.2 Mortalidad perinatal	185
4.3 Morbimortalidad por enfermedades crónicas	187
4.4 Violencia intrafamiliar.....	191
4.5 Calidad del aire	194
4.6 Disposición de residuos solidos	198
5. CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	200
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	208
ANEXOS	214

Índice de tablas

Tabla 1. Clasificación de la Malla vial, UPZ Ciudad Montes, Bogotá D.C., 2020.....	34
Tabla 2. Clasificación de la Malla vial, UPZ Muzú, Bogotá D.C., 2020	34
Tabla 3. Clasificación de la Malla vial, UPZ San Rafael, Bogotá D.C., 2020	35
Tabla 4. Clasificación de la Malla vial, UPZ Zona Industrial, Bogotá D.C., 2020	35
Tabla 5. Clasificación de la Malla vial, UPZ Puente Aranda, Bogotá D.C., 2020.....	35
Tabla 6. Estado malla vial, localidad de Puente Aranda, Bogotá D.C., 2020.....	36
Tabla 7. Rutas de transporte del SITP, localidad de Puente Aranda, Bogotá D.C., 2020	38
Tabla 8. Población y densidad poblacional por UPZ por sexo, localidad de Puente Aranda año 2021	45
Tabla 9. Distribución hogares y viviendas por UPZ, localidad de Puente Aranda 2021	46
Tabla 10. Distribución de la población por momento de curso de vida, localidad de Puente Aranda, años, 2011, 2016, 2021, 2026	48
Tabla 11. Otros indicadores de estructura demográfica, localidad de Puente Aranda, años 2016, 2021, 2026	51
Tabla 12. Resumen de indicadores demográficos, localidad de Puente Aranda 2011, 2016, 2021, 2026	51
Tabla 13. Número de nacimientos, tasa general de fecundidad y tasa global de fecundidad, localidad de Puente Aranda, años 2011 a 2021p	54
Tabla 14.Tasa de fecundidad por grupo de edad en quinquenios, localidad de Puente Aranda, años 2011 a 2020p	55
Tabla 15. Autorreconocimiento étnico, localidad de Puente Aranda, año 2018.....	56
Tabla 16. Distribución población con autorreconocimiento étnico y grupo de edad, localidad de Puente Aranda, 2018	58
Tabla 17. Descripción de la población por quinquenios, localidad Puente Aranda años 2018 - 2020	66
Tabla 18. Morbilidad por quinquenios, localidad de Puente Aranda, años 2018-2020	69

Tabla 19. Morbilidad por sexo, localidad de Puente Aranda, años 2018-2020	70
Tabla 20. Morbilidad por tipo de atención, localidad de Puente Aranda, años 2018-2020	71
Tabla 21. Morbilidad según causas CIE 10, localidad de Puente Aranda, años 2018-2020	72
Tabla 22. Grandes causas de morbilidad por grupos quinquenales, localidad de Puente Aranda años 2018-2020	80
Tabla 23. Proporción de Morbilidad según grandes grupos, subgrupos de causas CIE-10 y sexo localidad de Puente Aranda años 2018-2020	86
Tabla 24. Semaforización y tendencia de los eventos de notificación obligatoria, localidad de Puente Aranda, años 2016 – 2020	91
Tabla 25. Distribución de los casos confirmados por SARS-CoV-2/COVID-19 y proporciones de incidencia, según grupos de edad, localidad Puente Aranda, Bogotá D.C. años 2020 a 2021	98
Tabla 26. Características sociodemográficas de los casos, proporciones de incidencia y porcentajes por SARS-CoV-2/COVID-19, localidad Puente Aranda, Bogotá D.C. años 2020 a 2021	99
Tabla 27. Distribución de los casos confirmados y proporciones de incidencia por SARS-CoV-2/COVID-19, de acuerdo a la UPZ, localidad Puente Aranda, Bogotá D.C. años 2020 a 2021	100
Tabla 28. Patologías más incidentes y relacionadas con los casos confirmados de COVID-19, localidad Puente Aranda, Bogotá D.C. años 2020 a 2021	101
Tabla 29. Ámbito de atención al ingreso de casos confirmados COVID-19, localidad Puente Aranda, Bogotá D.C. años 2020 a 2021	103
Tabla 30. Tasas brutas de mortalidad para signos y síntomas mal definidos, localidad de Puente Aranda, años 2016 – 2020p	120
Tabla 31. Tasas Específicas de Mortalidad Infantil y en la Niñez según Lista de tabulación de la Mortalidad Infantil y del Niño – Menores de 1 Año (16 Grandes Causas). Localidad de Puente Aranda. Años 2016 a 2020p	122
Tabla 32. Tasas Específicas de Mortalidad Infantil y en la Niñez según Lista de tabulación de la Mortalidad Infantil y del Niño – Menores de 1 a 4 años (16 Grandes Causas). Localidad de Puente Aranda. Años 2016 a 2020p	123
Tabla 33. Tasas Específicas de Mortalidad Infantil y en la Niñez según Lista de tabulación de la Mortalidad Infantil y del Niño – Menores de 5 años (16 Grandes Causas). Localidad Puente Aranda Años 2016 a 2020p	124
Tabla 34. Indicadores de Mortalidad Materno Infantil y en la Niñez. Localidad Puente Aranda, Bogotá D.C. Años 2016 a 2020p	125
Tabla 35. Comparación de las grandes causas de morbimortalidad, localidad de Puente Aranda año 2020	126
Tabla 36. Comparación de la morbimortalidad por subgrupos de enfermedades transmisibles, localidad de Puente Aranda año 2020	128
Tabla 37. Comparación de la morbimortalidad por subgrupos de Enfermedades cardiovasculares y enfermedades del sistema circulatorio, localidad de Puente Aranda año 2020	130
Tabla 38. Comparación de la morbimortalidad por subgrupos de causa externa, localidad de Puente Aranda año 2020	131
Tabla 39. Comparación de la morbimortalidad por subgrupos de cáncer, localidad de Puente Aranda año 2020p	133
Tabla 40. Comparación de la morbimortalidad por subgrupos de afecciones del periodo perinatal y ciertas afecciones del periodo perinatal, localidad de Puente Aranda año 2020	134
Tabla 41. Tasa de desempleo por UPZ. Localidad Puente Aranda Bogotá D.C. 2017	138
Tabla 42. Ingreso promedio mensual de los hogares por UPZ. Localidad de Puente Aranda Bogotá D.C. 2017	142

Tabla 43. Tenencia de vivienda para la localidad de Puente Aranda 2020	145
Tabla 44. Indicadores de seguridad por UPZ para la localidad de Puente Aranda 2021	147
Tabla 45. Reporte de narcóticos para la localidad de Puente Aranda años, 2020-2021.....	150
Tabla 46. Índice de deserción escolar inter-anual por sector educativo para la localidad de Puente Aranda en el 2014-2018.....	152
Tabla 47. Cobertura de servicios públicos para la localidad de Puente Aranda, años 2014 y 2017	154
Tabla 48. Indicadores de malnutrición para la localidad de Puente Aranda 2019-2021.....	155
Tabla 49. Instancias locales normadas para la localidad de Puente Aranda 2019	157
Tabla 50. Instancias locales autónomas para la localidad de Puente Aranda 2019	158
Tabla 51. Instancias locales mixtas para la localidad de Puente Aranda 2019.....	159
Tabla 52. Formas de participación en salud para la localidad de Puente Aranda 2019	161
Tabla 53. Distribución de la violencia intrafamiliar por sexo y quinquenios del curso de vida vejez, localidad de Puente Aranda, UPZ 43 San Rafael. Subred Sur Occidente, enero-diciembre año 2020 y 2021.....	174
Tabla 54. Morbilidad según momento de curso de vida y grandes grupos de causas CIE-10, hombres, localidad de Puente Aranda, 2018-2020.....	214
Tabla 55. Morbilidad según curso de vida y grandes grupos de causas CIE-10, mujeres, localidad de Puente Aranda, 2018-2020	218
Tabla 56. Morbilidad según grandes grupos, subgrupos de causas CIE-10 en hombres, localidad de Puente Aranda años 2018-2020	222
Tabla 57. Morbilidad según grandes grupos, subgrupos de causas CIE-10 en mujeres, localidad de Puente Aranda años 2018-2020	224
Tabla 58. Patologías más incidentes y relacionadas con los casos confirmados de COVID-19 proporciones por UPZ, y concentración en la localidad de Puente Aranda, Bogotá D.C. años 2020 a 2021.	227
Tabla 59. Ámbito de atención de casos confirmados COVID-19 con comorbilidades, UPZ de la localidad Puente Aranda, Bogotá D.C. años 2020 a 2021.	230

Índice de mapas

Mapa 1. Localización de Localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2021	16
Mapa 2. División político administrativa, Localidad de Puente Aranda 2021	17
Mapa 3. Estructura Ecológica Principal, Localidad de Puente Aranda, 2021	20
Mapa 4. Tipos de parques, localidad de Puente Aranda, 2021	22
Mapa 5. Calidad del aire y agua, Localidad de Puente Aranda, 2021	27
Mapa 6. Calidad del suelo, Localidad de Puente Aranda, 2021	28
Mapa 7. Amenazas Naturales y Tecnológicas, localidad de Puente Aranda, 2021	29
Mapa 8. Equipamientos colectivos, Localidad de Puente Aranda, 2021	30
Mapa 9. Indicadores de Espacio Público, Localidad de Puente Aranda, 2021	32
Mapa 10. Clasificación vial, localidad de Puente Aranda	36
Mapa 11. Accesibilidad a CAPS, Localidad de Puente Aranda, 2021	38
Mapa 12. Problemáticas colectivas ambientales, localidad de Puente Aranda, años 2017-2020	44
Mapa 13. Densidad poblacional, localidad de Puente Aranda, año 2021	45
Mapa 14. Morbilidad por sexo y tipo de Atenciones, localidad de Puente Aranda, año 2020	68

Mapa 15. Proporción de incidencia de casos acumulados por SARS-CoV-2/COVID-19, de acuerdo a la UPZ, localidad Puente Aranda, Bogotá D.C., año 2020	101
Mapa 16. Mortalidades, localidad de Puente Aranda, año 2020p	105
Mapa 17. Comparación de las grandes causas de morbimortalidad, localidad de Puente Aranda año 2020	127
Mapa 18. Ingreso Mensual Promedio y Estrato socioeconómico, localidad de Puente Aranda años 2017 y 2021	143
Mapa 19. Estrato socioeconómico, Localidad de Puente Aranda, año 2021	144
Mapa 20. Distribucion de atenciones por consumo de SPA, por momento de curso de vida localidad Puente Aranda, año 2021	168
Mapa 21. Atenciones por enfermedades crónicas y estrato socioeconómico, Localidad de Puente Aranda años 2020, 2020.....	173
Mapa 22.Distribucion de atenciones por violencia intrafamiliar, por curso de vida Localidad puente Aranda, año 2021.....	176
Mapa 23. Calidad del aire, Localidad Puente Aranda, año 2020 – 2021	179
Mapa 24. Residuos sólidos y atenciones a enfermedades transmitidas por vectores, Localidad de Puente Aranda año 2017 a 2020	181
Mapa 25. Puntos Cuídate Se Feliz, Localidad Puente Aranda, años 2018 –2021.....	188
Mapa 26. Abordaje Territorial del Entorno Cuidador Hogar, Localidad Puente Aranda, años 2021 – 2022	189
Mapa 27. Barrios de Entorno Cuidador Laboral y UTIS con adaptación de la norma, Localidad Puente Aranda, años noviembre 2021 – abril 2022	190
Mapa 28. Comportamiento de vacunación animal y control de vectores, Localidad Puente Aranda, años 2019-2021	199

Índice de Graficas

Grafica 1. Establecimientos intervenidos en la localidad de Puente Aranda, 2017-2021 I semestre p	41
Grafica 2. Vacunacion antirrábica canina y felina, Bogota D.C, localidad de Puente Aranda, años 2016-2020	42
Grafica 3. Pirámide poblacional localidad de Puente Aranda, años 2016, 2021 y 2021	47
Grafica 4. Tasa bruta de natalidad, tasa bruta de mortalidad y tasa de crecimiento natural, localidad de Puente Aranda, años 2011 a 2020p	53
Grafica 5. Nacidos vivos y tasa de mortalidad infantil, localidad de Puente Aranda entre los años 2011 y 2020p	54
Grafica 6. Pirámide poblacional población con autorreconocimiento étnico, localidad de Puente Aranda, 2018.....	58
Grafica 7. Población con discapacidad por sexo, 2020	60
Grafica 8. Estructura de población por edad y sexo, de la morbilidad por Covid – 19. localidad Puente Aranda – Colombia, 2020 a 2021	94
Grafica 9. Curva epidémica de casos acumulados por Covid-19, según fecha de inicio de síntomas de la localidad Puente Aranda, Bogotá D.C. 2020 a 2021	95
Grafica 10. Comportamiento del R(t) por SARS-CoV-2/COVID-19, localidad de Puente Aranda, Bogotá D.C. 2020 a 2021	96

Grafica 11. Curva epidémica de los casos confirmados por grupos decenales de edad, según fecha de inicio de síntomas de la localidad Puente Aranda, Bogotá D.C. 2020 a 2021	97
Grafica 12. Distribución casos confirmados de COVID-19 por UPZ año 2020-2021 y proporción de incidencia por 10.000 habitantes año 2020, localidad Puente Aranda, Bogotá D.C.	100
Grafica 13. Tasas brutas de Mortalidad total por Grandes Causas 6/67, Localidad Puente Aranda, años 2016-2020p	107
Grafica 14. Tasas brutas de Mortalidad total por Grandes Causas 6/67 en hombres, localidad Puente Aranda, años 2016-2020p.....	107
Grafica 15. Tasas brutas de Mortalidad total por Grandes Causas 6/67 en mujeres, Localidad Puente Aranda, años 2016-2020p.....	108
Grafica 16. Tasas brutas de mortalidad para las enfermedades transmisibles, localidad de Puente Aranda, años 2016 – 2020p.....	109
Grafica 17. Tasas brutas de mortalidad para las neoplasias, localidad de Puente Aranda años 2016 – 2020p	111
Grafica 18. Tasas brutas de mortalidad para las enfermedades del sistema circulatorio, localidad de Puente Aranda, años 2016 – 2020p	113
Grafica 19. Tasas brutas de mortalidad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, localidad de Puente Aranda, años 2016 – 2020p.....	115
Grafica 20. Tasas brutas de mortalidad para causas externas, localidad de Puente Aranda, años 2016 – 2020	117
Grafica 21. Tasas brutas de mortalidad para todas las demás causas, localidad de Puente Aranda, años 2016 – 2020p	119

Presentación

Este documento se realiza tomando como referencia el Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2012 a 2021, el cual es un pacto social y un mandato ciudadano donde se define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia (1).

Otro referente es la Resolución 1536 de 2015, en la cual “se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud”, de tal forma que el Plan Territorial de Salud –PTS- contenga entre otras cosas, el Análisis de Situación de Salud -ASIS-, bajo el modelo de determinantes de la salud, por medio de metodologías cualitativas y cuantitativas las cuales permiten la identificación, análisis y comprensión de los factores influyentes en la salud y enfermedad de la población en un contexto determinado.

Por lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS- establece una guía conceptual y metodológica para la elaboración de los ASIS que contempla el contexto territorial y demográfico, el comportamiento de la morbilidad y la mortalidad de la población, y sus posibles determinantes para priorizar las necesidades en salud y orientar la toma de decisiones.

En este orden de ideas, el presente documento responde a la necesidad de analizar las condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad de la población de Puente Aranda con el fin de convertirse en un insumo para orientar la toma de decisiones sectoriales y transectoriales, teniendo en cuenta las características propias del territorio, permitiendo la identificación de los principales efectos de salud que aquejan a la población y sus determinantes, el reconocimiento de brechas y situaciones de inequidad, para la toma de decisiones gerenciales y administrativas en la formulación y direccionamiento de políticas públicas y planes de la localidad Puente Aranda.

Introducción

Puente Aranda es la localidad número 16 dentro de la división administrativa del Distrito Capital, y de acuerdo a proyecciones del censo realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE- 2018 y proyección 2021 está conformada por 253.367 habitantes siendo la 11 localidad con mayor población en el Distrito, de los cuales el 49,1% (n=124.463) son hombres y el 50,9% (n=128.904) son mujeres. Su población se concentra en la edad adulta (44,9%) seguida de la joven (19,03%).

De acuerdo a la Encuesta Multipropósito 2017, el estrato predominante en la localidad es el 3, con 96,9% de las viviendas encuestadas (el porcentaje más alto de la ciudad para este estrato), seguido del estrato 1 con 2,4% y el estrato 2 con 0,8%. De las cuatro localidades que integran la Subred Sur Occidente E.S.E., Puente Aranda es la cuarta en lugar de complejidad, por sus características territoriales y en ésta, emergen problemas de tipo ambiental, social y económico los cuales inciden en la calidad de vida y en las dinámicas de la población.

Así pues, el análisis de los eventos relacionados con la salud y la enfermedad de las poblaciones obedece a situaciones de fragilidad social estructurales y deben orientarse no sólo a entender la influencia de factores de riesgo de diversa índole y su impacto sobre la salud, sino también a abordar la complejidad de las relaciones y los procesos históricos a través de los cuales se han configurado dichas condiciones de vulnerabilidad social junto con su resultado en el estado de salud. Así mismo, las respuestas deben estar orientadas al diseño de políticas sociales y acciones tendientes a disminuir las brechas estructurales en los grupos humanos, mediante acciones que involucren a los diferentes sectores, donde la salud es sólo uno de los actores involucrados.

La construcción del documento de análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad en la localidad, se ejecutó a través de tres fases (alistamiento y concertación, análisis descriptivo, explicativo y crítico y análisis de las relaciones), para su análisis, comprendido en cinco capítulos que integran este documento.

Objetivos

Objetivo general

Generar conocimiento sobre las relaciones entre las condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad de la población, perteneciente a la localidad de Puente Aranda de la ciudad de Bogotá, que sirva para orientar la toma de decisiones y la planeación distrital, local e institucional.

Objetivos específicos

Identificar niveles y patrones de distribución espacial y temporal de indicadores que afectan el estado de salud de la población, mediante la descripción de las características ambientales, la dinámica demográfica y el perfil epidemiológico.

Establecer relaciones entre los niveles de morbilidad y mortalidad, los determinantes sociales de la salud y las condiciones de vida en el territorio.

Desarrollar ejercicios de síntesis para la comprensión de la situación en salud en los territorios, con información de carácter sectorial, intersectorial y comunitaria, para la definición y análisis de prioridades en salud.

Analizar relaciones entre la respuesta institucional y las potencialidades en el territorio como unidad de cuidado.

Dar recomendaciones de política pública para la planeación de las acciones en los territorios, en el marco del modelo de salud distrital.

Metodología

El presente documento se realizó, con base en la plantilla diseñada por el MSPS, con enfoque en determinantes sociales adaptada por la Secretaría Distrital de salud –SDS- para el año 2021. Por su parte el equipo de análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad, particularmente de la estrategia ACCVSYE *locales* de la Subred Sur Occidente E.S.E., aportaron de manera significativa en el desarrollo y análisis del mismo.

El documento comprende 3 fases que se desarrollaran en los 5 capítulos que lo componen. La Fase 1 Alistamiento y concertación de fuentes primarias, secundarias y actores clave, que se desarrollara en el primer y segundo capítulo. La Fase 2 Análisis descriptivo, explicativo y crítico, se desarrollará en todos los capítulos, sin embargo, estará focalizada en los capítulos I, II y III, y la Fase 3 Análisis de las relaciones que configuran el desarrollo de la autonomía, se espera desarrollar esta fase en el III, IV y V capítulo. Dicho análisis, se realizó con la información disponible de bases oficiales entre las cuales se destacan las fuentes propias de la subred, del sistema de salud distrital, y otras entidades como el Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE-.

Teniendo en cuenta la estructura de análisis planteada, para el *Capítulo I Características generales de la localidad*, se tuvo en cuenta información disponible de la Infraestructura de Datos Espaciales –IDECA- de Bogotá, año 2021, bases e informes institucionales, diagnósticos locales anteriores, análisis de determinantes e información discutida en salas de crisis. Para el análisis demográfico, se usaron como fuentes de información las estimaciones y proyecciones poblacionales del DANE, obtenidas en el Censo Nacional de Población y Vivienda –CNPV- 2018, así como datos de autoreconocimiento étnico y hogares y vivienda por localidad y por UPZ año 2021. Para el análisis de dinámica demográfica, se utilizaron los indicadores demográficos por Localidades y Bogotá años 2010-2021, de la Secretaría Distrital de Salud.

Para el análisis de morbilidad, se usaron de las fuentes información que corresponden a los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS- años 2018-2020, esta información contó con un procesamiento distrital para obtener la dirección de residencia por lo que los análisis incluirán aproximaciones territoriales de ubicación donde se enferman y no donde los atienden, Eventos de notificación obligatoria del Sistema de Vigilancia de la Salud Pública – Sivigila- años 2016 a 2020 y base de casos positivos, SARS-CoV-2/COVID-19, datos parciales 2020 a 2021, consultada 06/10/2021 de la Subred Sur Occidente. Para el análisis mortalidad, se emplearon bases EEVV suministradas por SDS años 2016 a 2020 siendo este último preliminar.

El Capítulo II Análisis de relaciones sociales y económicas en el territorio, pretende orientar el análisis de las condiciones laborales, socioeconómicas, organizativas y de acceso a

bienes y servicios de cada localidad en relación con la salud, aterrizando estas condiciones al nivel territorial más concreto posible, bien sea localidad, UPZ, barrios, entre otros.

Para dar respuesta a las condiciones a analizar se tuvieron en cuenta diversas fuentes secundarias que estuvieran abaladas por las distintas instituciones para garantizar la veracidad de la información. En ese sentido se consultaron los resultados de las encuestas multipropósito del año 2014 y 2017, los diagnósticos locales para la formulación de los Planes de Desarrollo y del Plan de Ordenamiento Territorial, así como los boletines e informes de la Cámara de Comercio de Bogotá, el Observatorio de Desarrollo Económico Distrital y el Departamento Nacional de Planeación.

Adicionalmente, para el análisis de acceso o restricción a bienes y servicios, se tuvieron en cuenta los resultados del Censo Nacional de Vivienda 2018, los boletines mensuales de la Secretaría de Seguridad, Convivencia y Justicia para el año 2021 y las caracterizaciones del sector educativo por localidad realizados por la Secretaría de Educación. Por último para consolidar la información correspondiente a la organización social local, se consultó el Decreto 448 de 2007 y la Ley 1757 de 2015, y se complementó la información con los diagnósticos de participación realizados por el Instituto Distrital de Participación y Acción Comunitaria, y la información suministrada por la Secretaría de salud en el portal web de la Subred Sur Occidente.

El Capítulo III Profundización en el análisis territorial por UPZ, da cuenta de la profundización del análisis territorial y poblacional por cada Unidad de Planeación Zonal, donde se retomaron los análisis anteriores, y las mesas territoriales intersectoriales, con el fin de establecer situaciones problemáticas que se traducen en inequidades en salud.

En el Capítulo IV Respuesta institucional – social – comunitaria y potencialidades del territorio, se visibiliza la respuesta institucional, social y comunitaria en cada territorio por situación problemática, reconociendo potencialidades del territorio, e identificación de la ruta y orientación de las posteriores intervenciones en las UPZ.

Finalmente, el *Capítulo V Conclusiones y recomendaciones*, describe información clara y precisa sobre los hallazgos en el territorio y las posibles recomendaciones de intervención frente a lo evidenciado en el desarrollo del ACCVSYE.

1. CAPITULO I: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA LOCALIDAD

1.1 Características generales de la localidad

Para comprender las condiciones estructurales que determinan la salud de los habitantes del territorio, es necesario abordar los componentes históricos, geográficos, ambientales, demográficos y epidemiológicos propios; pretendiendo lograr una desagregación territorial local, zonal y barrial, con base en la información oficial disponible. A continuación, se presenta la descripción y análisis de la información recolectada.

1.1.1. Breve reseña histórica de la localidad

Puente Aranda hizo parte de los terrenos cenagosos del Sur Occidente de la antigua Santafé. Su nombre, se deriva del puente que atravesaba un terreno húmedo sobre el río Chinua, hoy llamado San Francisco. Este puente fue construido por Francisco de Anunciaba, quien llegó a la Nueva Granada hacia 1573 e inició la construcción de un camellón que atravesaba la sabana hacia el occidente, con el fin de facilitar a los viajeros el paso por el humedal de Aranda y crear así una vía de comunicación con Honda, principal puerto sobre el río Magdalena. “De esta forma se comunicó a Honda con Fontibón, por donde entraban las mercancías y se desarrollaba el comercio con la costa Atlántica (2).

El puente de Aranda existió hasta 1944, fue demolido para dar paso a la construcción de la avenida de las Américas, que constituyó un proyecto promovido por la Sociedad Colombiana de Arquitectos y que se unía con la Calle 13 hoy actual Carrera 50, dividiéndose en dos vías: la Calle 13 rumbo a Fontibón y Las Américas; el sector donde se cruzan estas vías en el nuevo Puente de Aranda, y al barrio que se encuentra a su alrededor toma el nombre de Puente Aranda, y cuyo carácter hasta hoy ha sido un barrio obrero (3).

De acuerdo a la norma urbanística adoptada en 1968 y el Decreto 159 de 1974, Puente Aranda se constituyó como un corredor industrial de la capital, debido al desarrollo manufacturero y de diferentes industrias, trayendo como consecuencia la expansión del territorio distrital, como se expone desde la Secretaría Distrital de Planeación (3).

La dinámica con las localidades vecinas permitió la ampliación del tamaño de la ciudad ya que se extendió hacia Fontibón por el occidente y hacia el sur con Antonio Nariño y Rafael Uribe Uribe y la ecuación de territorios próximos al barrio original de Puente Aranda (3).

En la actualidad la localidad es sede de numerosas empresas con diferentes actividades, como producción de plásticos, textiles, químicos, así como metalmecánica, gaseosas, concentrados e industrias alimenticias, entre otras.

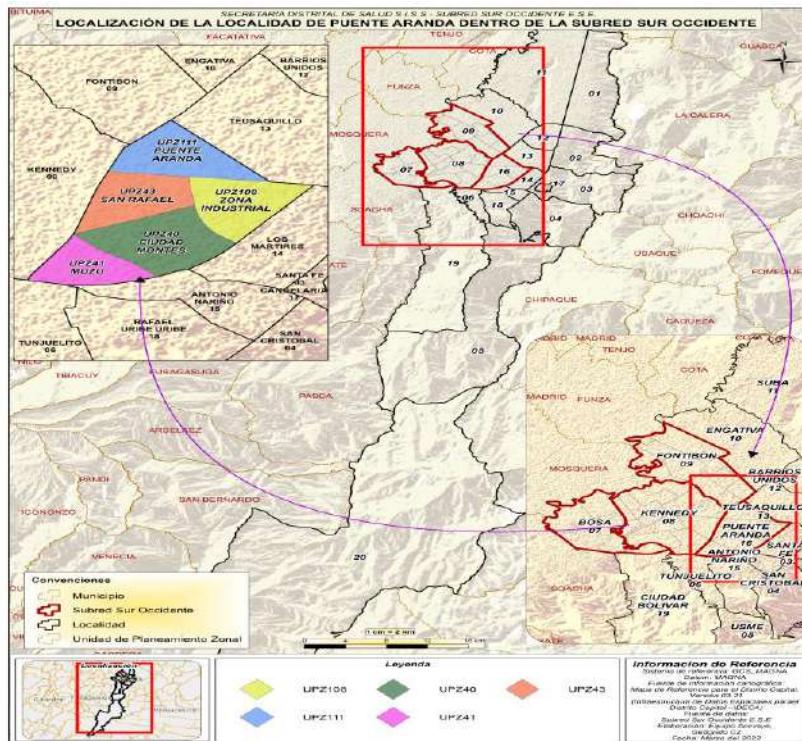
La localidad de Puente Aranda fue creada mediante el Acuerdo 26 de 1972, que creó 16 Alcaldías Menores del Distrito Especial de Bogotá. Posteriormente, la Constitución de 1991 le dio a Bogotá el carácter de Distrito Capital; en 1992 la Ley 1^a reglamentó las funciones de las Juntas Administradoras Locales, de los Fondos de Desarrollo Local y de los alcaldes locales, y determinó la asignación presupuestal de las localidades. Bajo esta normativa, se constituyó la localidad de Puente Aranda, conservando sus límites y nomenclatura, administrada por el alcalde local y la Junta Administradora Local.

1.1.2. Localización y división política

Según Acuerdo 641 de 2016 por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá Distrito Capital, modificado en el Acuerdo 257 de 2006, se crean cuatro subredes: Sur, Centro Oriente, Norte y Sur Occidente cada una agrupando un número de localidades.

La localidad 16 de Puente Aranda está ubicada en la Subred Sur Occidente, la cual se compone por las localidades 07 Bosa, 08 Puente Aranda, 09 Fontibón y 16 de Puente Aranda (ver mapa 1).

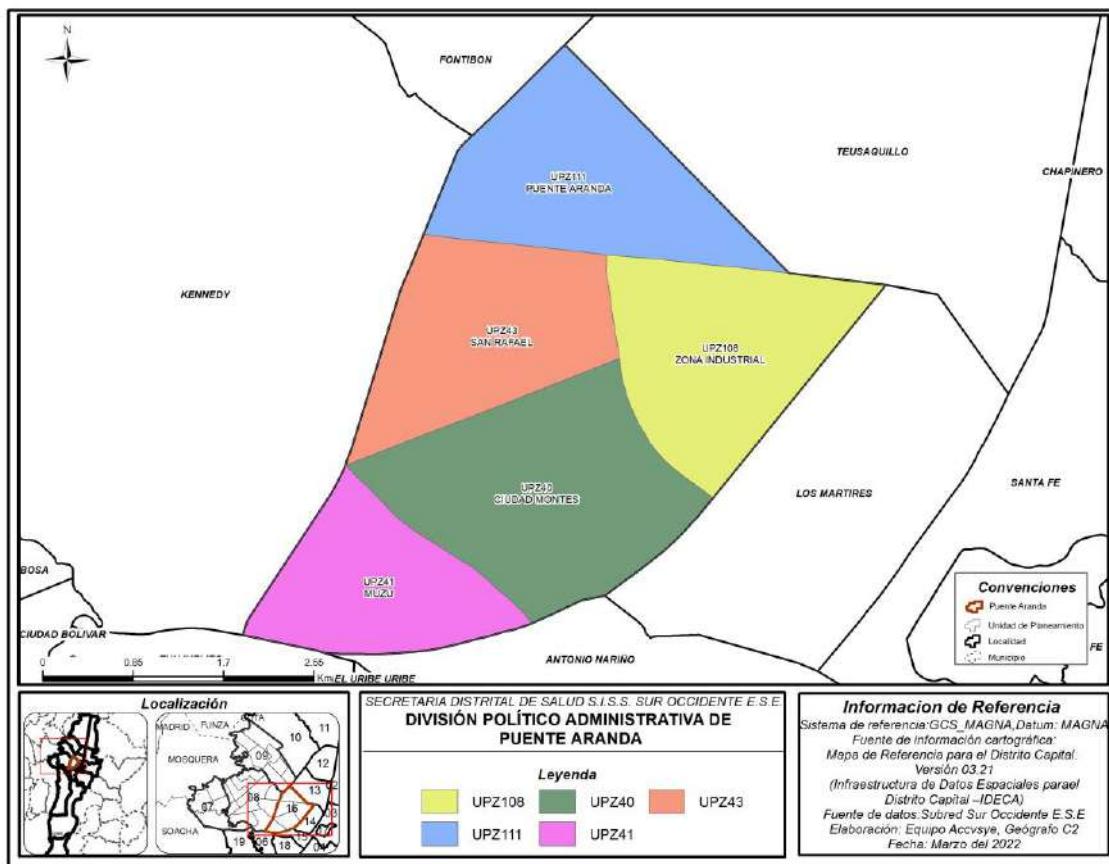
Mapa 1. Localización de Localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente, 2021



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2021. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

La localidad de Puente Aranda, al estar ubicada de manera estratégica, permite recibir insumos provenientes de otras zonas del país y del extranjero, facilitando la intervención activa de pequeños, medianos y grandes empresarios los cuales se han especializado en productos químicos, de textiles, de alimentos y de ensamble de vehículos automotores. Así mismo, las empresas están concentradas en el comercio de alimentos y bebidas, ropa y textiles y accesorios para vehículos automotores, entre otros (ver mapa 2).

Mapa 2. División político administrativa, Localidad de Puente Aranda 2021



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2021. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

El Territorio está conformado por 75 barrios y cinco UPZ reglamentadas: UPZ 40 Ciudad Montes, UPZ 41 Muzu, UPZ 43 San Rafael, UPZ 108 Zona Industrial y UPZ 111 Puente Aranda.

A continuación, se presenta la descripción general de cada UPZ:

UPZ 40 Ciudad Montes: Se ubica en el costado sur oriente de Puente Aranda, su extensión representa el 25,7% del total de la localidad. Limita al norte con las UPZ 43 San Rafael y 108 Zona Industrial, al occidente con la UPZ 43 San Rafael, al sur con la UPZ 41 Muzu y al oriente con la UPZ 37 Santa Isabel en la localidad de Mártires y la UPZ 38 Restrepo en la localidad de Antonio Nariño. Sus límites viales están conformados desde avenida carrera 30 la hasta transversal 53 y desde la avenida calle 6 hasta la avenida Primera de mayo. Esta UPZ se clasificó como una UPZ de tipo residencial consolidado (3).

UPZ 41 Muzu: Se localiza al sur de la localidad, su extensión equivale al 14,6% del total del área de la localidad. Limita al norte con las UPZ 40 Ciudad Montes, 43 San Rafael y 44 Américas de la localidad de Puente Aranda, al occidente con la UPZ 45 Carvajal en la localidad de Puente Aranda, al sur con las UPZ 38 Restrepo San Rafael en la localidad de Antonio Nariño y 42 Venecia en la localidad de Tunjuelito y al oriente con las UPZ 40 Ciudad Montes y 38 Restrepo San Rafael en la localidad de Antonio Nariño. Sus límites viales están conformados desde la autopista Sur hasta la avenida carrera 68 y desde la avenida Primera de mayo hasta la autopista Sur. Sobre la autopista Sur, existe una importante actividad empresarial e industrial generadora de empleo y adicionalmente conecta a la ciudad de Bogotá con la región. Esta UPZ se clasificó como una UPZ de tipo residencial consolidado (3).

UPZ 43 San Rafael: Se localiza al occidente y su área equivale al 19,0% del total. Es una zona con buena accesibilidad por la ubicación de vías principales. Limita al norte con las UPZ 111 Puente Aranda y 113 Bavaria de la localidad de Puente Aranda, al occidente con la UPZ 44 Américas de la localidad de Puente Aranda, al sur con la UPZ 40 Ciudad Montes y al oriente con la UPZ 108 Zona Industrial. Sus límites viales están conformados desde la transversal 42 hasta la avenida carrera 68 y desde la avenida calle 9 a la calle 22 sur. Esta UPZ se clasificó como una UPZ de tipo residencial consolidado (3).

UPZ 108 Zona Industrial: Su área es de 20,1%, a nivel espacial cuenta con una zona comercial: San Andresito 38 y zona de *outlets*, así como una zona industrial en donde se identifica principalmente producción alimenticia y de aceites industriales, elaboración de vidrios, manufacturas metalmecánicas y actividades de reciclaje. Adicionalmente cuenta con equipamientos de seguridad. Limita al norte con las UPZ 107 Quinta Paredes en la localidad de Teusaquillo y la UPZ 111 Puente Aranda, al occidente con las UPZ 40 Ciudad Montes y la UPZ 43 San Rafael, al sur con las UPZ 37 Santa Isabel de la localidad de Los Mártires y la UPZ 40 Ciudad Montes; y al oriente con la UPZ 102 La Sabana de la localidad de los Mártires. Sus límites viales están conformados la Avenida de las Américas, la avenida calle 6 y la avenida carrera 30. Esta UPZ se clasificó como una UPZ de tipo predominantemente Industrial (3).

UPZ 111 Puente Aranda: Representa el 20,7 del área total del territorio y el uso del suelo es predominante industrial con casi el 70 % destinado a dicha actividad, el 20 % al comercio metal mecánica y el 10 % residencial. Se identifica un alto volumen de población flotante,

mientras que la población residente está dedicada al reciclaje recibiendo ingresos inestables. Limita al norte con las UPZ 112 Granjas de Techo y 110 Ciudad Salitre Occidental de la localidad de Fontibón y la UPZ 109 Ciudad Salitre Oriental de la localidad de Teusaquillo, al occidente con las UPZ 112 Granjas de Techo en la localidad de Fontibón y la UPZ 113 Bavaria en la localidad de Puente Aranda, al sur con la UPZ 43 San Rafael y con la UPZ 108 Zona Industrial; y al oriente con las UPZ 107 Quinta Paredes de la localidad de Teusaquillo y con la UPZ 108 Zona Industrial. Sus límites viales están conformados la Avenida de las Américas, la avenida calle 22 y la avenida carrera 68. Esta UPZ se clasificó como una UPZ de tipo predominantemente Industrial (3).

1.1.3. Uso del suelo

Según la Ley 388, en el artículo 31 el suelo urbano se define como “las áreas del territorio Distrital o municipal destinadas a usos urbanos por el POT que cuenten con infraestructuras viales y redes de energía, acueducto, alcantarillado y posibiliten su urbanización y edificación (1)”. En Bogotá, existen tres tipos de suelo reglamentados, área de expansión urbana, área rural y área urbana.

Para la localidad décimo sexta de Puente Aranda, de acuerdo con el Decreto 190 del 22 de junio del 2004, el área en su totalidad es urbana con 17,855 km²(4). Con el Decreto Distrital número 555 del 29 de diciembre del 2021 se mantiene la clasificación del suelo en la localidad .

A su vez el área urbana tiene reglamentada las siguientes zonas de actividad: zona residencial con zonas delimitadas de comercio y servicios, zona residencial con actividad económica en la vivienda, parques zonales, zona de servicios empresariales, zona de servicios urbanos básicos, zona de equipamientos colectivos, zona de equipamientos deportivo y recreativo, zona múltiple, zona de comercio cualificado y zona de comercio aglomerado.

El uso predominante por manzana, de acuerdo con la información catastral a 2020, es en primer lugar el residencial, en segundo las bodegas, luego los parques urbanos, posterior el comercio, después las áreas destinadas a instituciones educativas, posterior al uso de oficinas y finalmente otros usos.

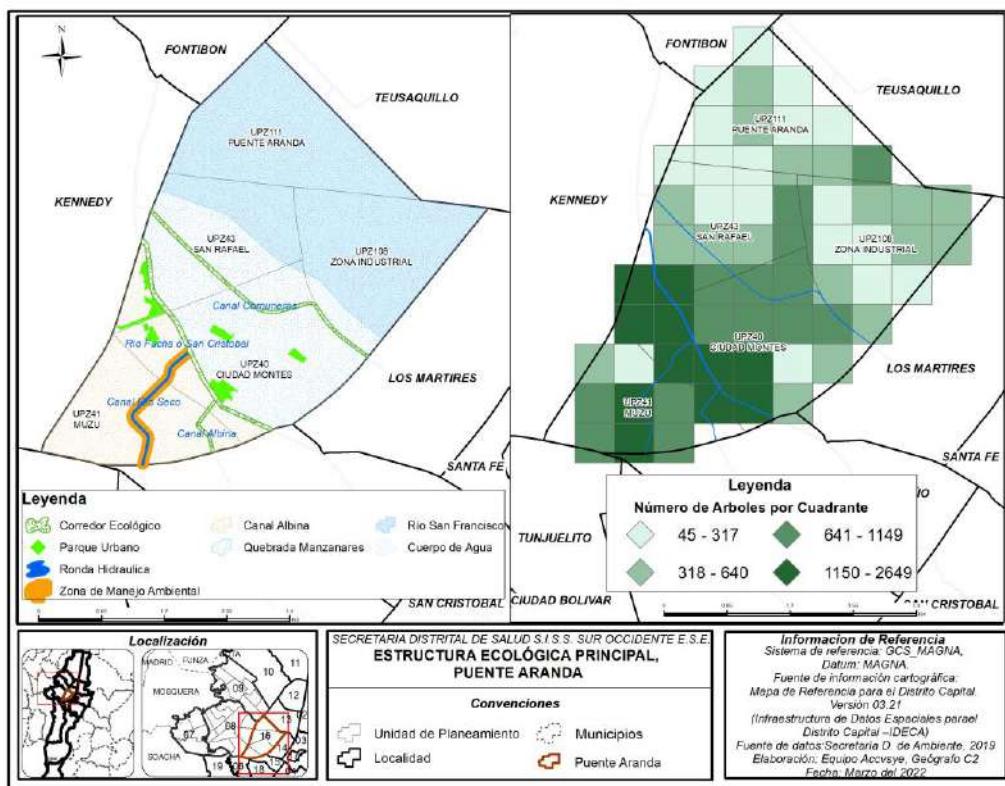
1.1.4. Características ambientales

Estructura ecológica principal

Según la Secretaría Distrital de Ambiente para el año 2020, la estructura ecológica principal está compuesta por corredores ambientales que generan conectividad entre diversos ecosistemas y se encargan de darle vida a todo Bogotá. Algunos elementos de esta

estructura ecológica son: áreas protegidas, corredores ecológicos de ronda hídrica, cuencas hídricas, parques urbanos, rondas hidráulicas y zonas de manejo y preservación ambiental (ver mapa 3).

Mapa 3. Estructura Ecológica Principal, Localidad de Puente Aranda, 2021



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2021. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

En la Estructura ecológica principal, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 190 del 2004 (5), se encuentra que la Zona de Manejo y Protección Ambiental coinciden con la ronda hidráulica del Canal Rio Seco destacándose como la principal corriente de agua de la localidad, donde se deben concentrar los esfuerzos institucionales para su preservación y reducción de su contaminación. Adicionalmente cuenta con algunos de los parques urbanos zonales del sistema distrital de parques (Ciudad Montes, Milenta Tejar San Eusebio, El Jazmín y Veraguas) que desempeñan un papel importante en la estructura ecológica de la localidad dado que, mejoran la calidad de vida, y funcionan como pulmones en el territorio pues ayudan a regular la calidad del aire y tienen valor ambiental, social, cultural, histórico y económico en sus alrededores; Sin embargo, es importante mencionar que la localidad no cuenta con elementos de áreas protegidas y registró un 3,4 % de su territorio destinado a la estructura ecológica principal, el cual es poco significativo, si es comparado con el total del territorio del distrito capital (58.6%), lo que a corto y largo plazo podría estar relacionado directa o indirectamente al bienestar de la salud (Ver mapa 3).

Arbolado urbano

La localidad cuenta con 43.119 árboles a junio del 2021, presenta una densidad de 2.490,4 árboles por km² y 0,17 árboles por habitante; sin embargo, la cantidad total de árboles de la localidad es de 51,06% de la cantidad total de árboles urbanos recomendados por la OMS (6) por habitante (1 árbol por cada 3 habitantes) que debería tener la localidad, por lo tanto, se presenta un déficit de 41.337 árboles urbanos (7) (ver mapa 3).

Las primeras especies que se encuentran en la localidad en su orden son: Sauco, Urapán, Fresno, Jazmín del cabo, Laurel huesito, Cauchó sabanero, Eugenia, Cauchó benjamín, Falso pimiento, Holly liso, Chicala, Chirlobrlo, Flor amarillo y Cayeno.

La mayoría de los árboles se encuentran en la UPZ 40 Ciudad Montes (17.810), seguido de la UPZ 41 Muzu (9.357), la UPZ 43 San Rafael (7.703), la UPZ 108 Zona Industrial (4.307) y por último la UPZ 111 Puente Aranda (3.942) árboles urbanos.

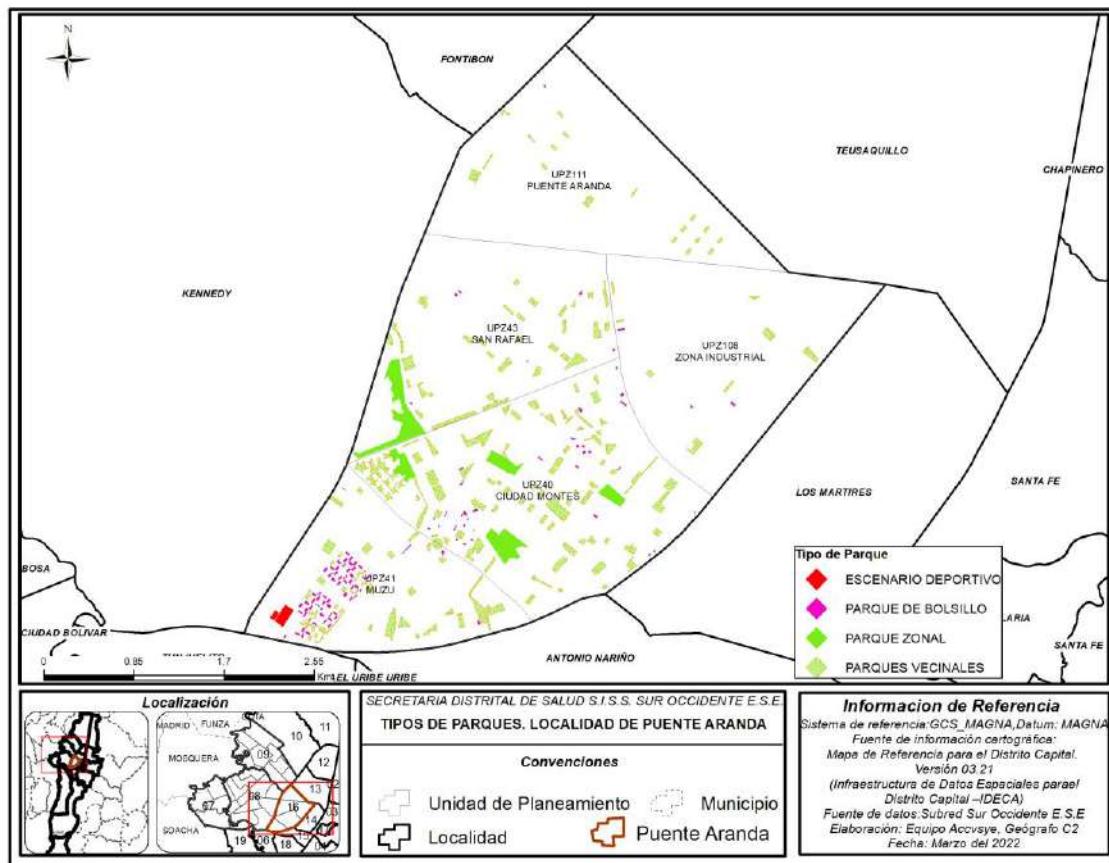
El arbolado urbano en la localidad tiene su mayor concentración en las rondas del río Fucha y el canal Río Seco, y barrios aledaños a estos cuerpos de agua; también en los barrios cercanos a los parques el Jazmín, Ciudad Montes y Muzu. Las concentraciones secundarias de arbolado, se dan en los separadores y andenes de las avenidas de las Américas, Batallón Caldas, Calle 3, Ferrocarril del Sur y Los Comuneros (7).

Parques Urbanos

Los parques urbanos, juegan un papel importante en la estructura ecológica de la localidad, pues son espacios que mejoran la calidad de vida, funcionan como pulmones en el territorio y ayudan a regular la calidad del aire; tienen valor ambiental, social, cultural, histórico y dan valor económico en sus alrededores. La localidad cuenta con los parques Milenta, Tejar, San Eusebio, El Jazmín, Ciudad Montes y Veraguas (ver mapa 4).

Según la IDECA (7), la localidad de Puente Aranda cuenta con 269 parques de los cuales 1 es parque zonal propuesto, 3 son parques zonales, 1 es escenario deportivo, 110 son parques de bolsillo y 154 son parques vecinales. Debido a que es la localidad con menos población total y que tiene una baja densidad poblacional en comparación con el resto de la Subred Sur Occidente, es la localidad en donde hay mayor índice de espacio público para los residentes.

Mapa 4. Tipos de parques, localidad de Puente Aranda, 2021



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2021. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

El déficit de parques de las UPZ 108 Zona Industrial y 111 Puente Aranda, se explica por la vocación industrial de estos sectores de ciudad. En contraste con la UPZ 40 Ciudad Montes la cual tiene más parques, incluyendo tres zonales y cuatro canchas de fútbol sintéticas de las cinco existentes en la localidad

La UPZ 41 Muzo es la segunda con mayor número de parques, destacándose por la cantidad de parques de bolsillo que se encuentran en los centros de manzana del barrio Muzo Ospina Pérez. Por el contrario, la UPZ 43 San Rafael, tiene más parques vecinales que de bolsillo, en esta se encuentra la otra cancha de grama sintética en el barrio Pradera.

Hidrografía

Los cuerpos de agua presentan gran importancia dentro de las necesidades ambientales que manifiesta la población de la localidad, existen 4 fuentes hídricas, tres de estas son los canales creados para el transporte de agua lluvia, que son: Canal Río Seco (1.800 m), Canal Albina (1.600 m y Canal Comuneros (2.200 m), los cuales vierten sus aguas al cuerpo hídrico principal, el Canal Río Fucha. (7)

En cuanto a las corrientes de agua, por la localidad circula el Río Fucha del cual se desprenden los canales Comuneros, Río Seco y La Albina, que atraviesan la extensión del suelo de oriente a occidente de Puente Aranda; por otro lado, el territorio no cuenta con humedales. (7)

Por la UPZ 40 Ciudad Montes, pasan las quebradas Fucha, San Agustín, La Albina y Seco. La UPZ 41 Muzu, está atravesada por fuentes hídricas (canales Albino y río Seco). En cuanto a la UPZ 43 San Rafael, está atravesada por el Río Fucha y el Canal de los Comuneros; que, de acuerdo con el POT año 2021 están altamente contaminados por desechos arrojados por las personas con habitabilidad en calle y la comunidad en general, debido a la disposición inadecuada de residuos sólidos y escombros, que favorecen proliferación de bacterias, microorganismos, fauna nociva que son alto foco de infección para la salud humana.

La localidad de Puente Aranda, se encuentra en un territorio integrado por tres microcuencas; la del Canal Albina la cual abarca principalmente la UPZ 41 Muzu, la de la Quebrada Manzanares que cubre mayoritariamente las UPZ 40 Ciudad Montes y UPZ 43 San Rafael. (7)

Finalmente se encuentra la microcuenca del Río San Francisco, el cual incluye las UPZ 108 Zona Industrial y la UPZ 111 Puente Aranda. Por la cuenca de la Quebrada Manzanares atraviesa un corredor ecológico esencial (corredor ecológico del Río Fucha), el cual funciona como conector ambiental entre los Cerros Orientales y el Río Bogotá pasando por la ciudad de oriente a occidente. Otros articuladores ambientales, se encuentran en el corredor ecológico del Canal Comuneros y el del Canal Albina.

Altitud y relieve

La topografía de Puente Aranda es plana, al interior de esta no se encuentran estribaciones montañosas por estar ubicada en zona plana levemente inclinada. Las alturas en la localidad varían entre 2.569 y 2.548 metros sobre el nivel del mar, por debajo de la altura de Bogotá la cual corresponde a 2.640 metros sobre el nivel del mar (7).

Temperatura

El clima la localidad presenta una temperatura promedio anual de 15°C para el año 2020 igual al año previo y presentando un incremento de un grado respecto a los años 2018 y 2019. La precipitación anual acumulada para el año 2020 fue de 842 mm aumentando en tan solo en 14 mm al año previo y en 20 mm al 2018 (7).

Calidad del Aire

En esta sección, se describe la calidad del aire por medio del material particulado disperso en la atmósfera producido de forma natural o por actividades antrópicas y son mayores o iguales a 10 micras -PM₁₀-, y el material particulado con las mismas características, pero igual o inferior a 2,5 micras -PM_{2,5}-. Estas partículas diminutas (PM_{2,5}) pueden ser 100% respirables puesto que viajan profundamente hacia los pulmones, penetrando en el aparato respiratorio y depositándose en los alvéolos pulmonares e incluso pasar al torrente sanguíneo (8).

Según la Organización Panamericana de la Salud, la mala calidad del aire en América Latina y el Caribe, se exponen más de 100 millones de personas a la contaminación atmosférica, y de este dato calculan que anualmente fallecen alrededor de 35.000 por contaminación del aire urbano (9)

En Bogotá D.C., para el año 2019 se contaba con trece estaciones de calidad del aire, ubicadas en zonas estratégicas a lo largo del territorio capitalino, que reportan datos actualizados cada hora sobre la calidad del aire en la ciudad y las cuales han sido administradas por la Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá (RMCAB) y presentadas por el Índice Bogotano de Calidad del Aire-IBOCA. Su propósito ha sido monitorear los contaminantes como son material particulado (PM₁₀ y PM_{2,5}), gases (Ozono -O₃-, Óxidos de Nitrógeno, Monóxido de carbono-CO- y Dióxido de Azufre-SO₂-), y variables meteorológicas (Dirección y velocidad del viento, precipitación, temperatura, humedad relativa, Radiación solar, y Presión) y de esta manera comunicar oportunamente el riesgo ambiental por contaminación atmosférica, las afectaciones y recomendaciones en salud y las medidas voluntarias para que la ciudadanía contribuya a mantener o mejorar la calidad del aire de la ciudad (10)

EL IBOCA en el contaminante PM_{2,5}, reportó en el año 2021, un nivel moderado para la localidad, ubicando el 74,43% de las mediciones realizadas en la estación de monitoreo en un rango de 12,1 µg/m³ a 35,4 µg/m³. Respecto a la temporalidad de las mediciones a partir en los meses de abril a julio del 2021 la calidad del aire tendió a ser favorable, dado que, se presentó un incremento en las mediciones ubicadas en el rango entre 0 µg/m³ a 12 µg/m³. La estación de medición en la localidad presentó en sus mediciones realizadas un promedio

anual de 20,07 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ lo cual la ubico en una calidad del aire promedio moderada para el contaminante PM_{2,5} (10).

Comparativamente hablando las concentraciones de material particulado fino menor e igual a 2,5 micrones, cuyas fuentes de emisión van desde las combustiones de los vehículos, incendios forestales y algunos procesos industriales, presenta una mala calidad del aire para el PM_{2,5} dado que los valores que presenta (15 a 17 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) son superiores a los recomendados en el promedio anual por la OMS para este material particulado (5 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de media anual) (11) y se evidencia que las mismas zonas de mayor afectación de PM₁₀ coinciden para este material particulado, pero con la adición de un área cercana a las avenidas calles 24 (avenida Esperanza) y 26 (El Dorado) en la UPZ 111 Puente Aranda. (7)

En cuanto a las concentraciones de material particulado grueso, mayor o igual a 10 micrones (PM₁₀), como el polvo, cenizas, hollín, partículas metálicas, cemento o polen; las zonas más afectadas se encuentran en las UPZ 41 Muzú, en su totalidad, y unas áreas de las UPZ 40 Ciudad Montes y 43 San Rafael cercanas a la avenida carrera 68, las cuales presentan altos índices de PM₁₀ respecto a lo recomendado por la OMS (15 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) (11) de exposición promedio anual, Sin embargo, las otras UPZ no están exentas de tener una mala calidad del aire dado que están por encima del valor recomendado por la OMS, (ver mapa 5) (7)

A nivel local se encuentran factores que contribuyen a la generación de material particulado como lo son el parque automotor público y privado, que transita por las vías arteriales, en las que se concentran las principales fuentes móviles e industrias como importantes fuentes de emisión (12).

Respecto al ruido ambiental en la localidad, las fuentes sonoras de tráfico aéreo, tráfico rodado y fuentes asociadas actividades industriales, comerciales y de servicios en decibeles –dB– entre el año 2016 y 2017 en una jornada diurna ordinaria (lunes a sábado de 7:00 a.m. a 9:00 p.m.) la UPZ 111 Puente Aranda es la que mayores registros de ruido ambiental presentó con valores de 55,1 a 65 dB en la zona comprendida entre la avenida Batallón Caldas y la avenida del Congreso Eucarístico, tanto para manzanas residenciales, como comerciales e industriales, con valores en las vías residenciales de 70,1 a 75 dB, en las intermedias de 75,1 a 80 dB (7).

Otra de las zonas afectadas los niveles de ruido, es la comprendida entre la avenida carrera 36 y la avenida Batallón Caldas, la cual presentó valores menores con 50,1 a 60 dB, tanto

en manzanas de uso residencial como en las comerciales, dotacionales e industriales; pero con el mismo comportamiento del ruido en las vías.

La UPZ 43 San Rafael presenta los valores de ruido más altos, los cuales desde la carrera 53 A hasta la avenida del Congreso Eucarístico, registran 55,1 a 60 dB en las manzanas residenciales, comerciales e industriales. Por su parte, dependiendo de las vías, los dB aumentan, registrando el menor valor en las zonas residenciales con 60,1 a 70 dB, en las vías intermedias entre 70,1 a 75 dB y para las vías principales dB de 75 a mayores de 80.

La UPZ 41 Muzu es similar a la anterior, con la diferencia que la zona de mayor ruido se encuentra cerca de la avenida del Congreso Eucarístico en un área de influencia entre 50 a 200 m de las manzanas cercanas a la vía.

Las UPZ 40 Ciudad Montes y 108 Zona Industrial, tienen el mismo comportamiento en ruido ambiental en donde las zonas residenciales, comerciales e industriales presentaron valores de 45,1 a 50 dB y de 50,1 a 55 dB en las manzanas cercanas a vías principales e intermedias. Los valores de ruido en las vías residenciales fueron de 60,1 a 70 dB, en las intermedias fue de 70,1 a 75 y en las vías principales 75,1 a mayores de 80 dB.

Analizando la jornada ordinaria nocturna (lunes a sábado de 9:00 p.m. a 7:00 a.m.) se evidenció una reducción general de hasta 20 dB en las zonas con mayor ruido ambiental y de 10 dB en las zonas de jornada diurna ordinaria con menor ruido ambiental.

Calidad del Agua

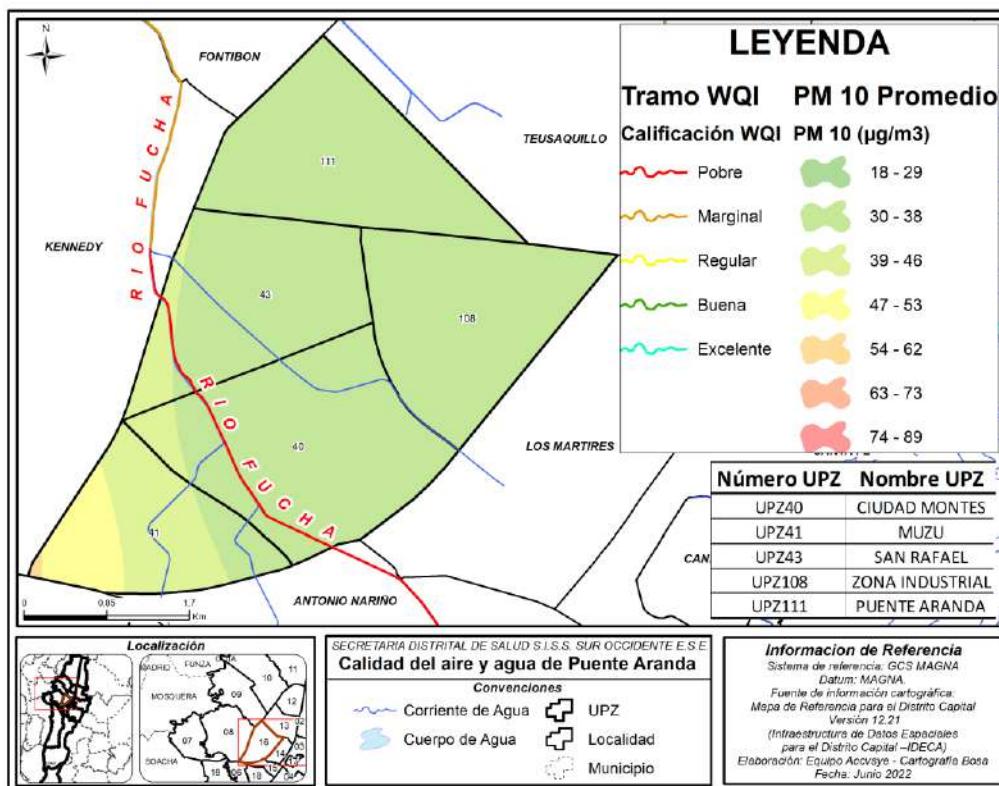
La calidad del agua medida por el índice -WQI- (13) permite identificar puntos críticos de arrojo clandestino de residuos en el Río Fucha y Canal Río Seco, donde se puede estar afectando la capacidad ambiental de esos cuerpos de agua. El río Fucha es un canal receptor de aguas negras y emana olores que perjudican el bienestar de la comunidad aledaña, a lo anterior se suma personas en habitabilidad de calle quienes presuntamente acrecientan la contaminación de estas fuentes de agua, debido al arrojo de excrementos humanos y animales (7).

En la localidad, se identifican puntos de descarga directa a fuentes hídricas, lo que no permite un recorrido en el cual se oxigene el vertimiento antes de llegar a cuerpos hídricos como el Río Fucha, Canal Río Seco y Canal Comuneros.

En consecuencia, de lo anterior, la calificación de índice WQI para el tramo del río Fucha en la localidad es pobre, es decir que la calidad del agua de los ríos de la localidad no tiene condiciones óptimas para ningún uso o consumo, generando olores ofensivos para la población, indicando la necesidad de una mejora significativa en las condiciones de calidad

de los ríos urbanos y el agua, como determinante ambiental en la calidad de vida de la población residente en Puente Aranda (ver mapa 5).

Mapa 5. Calidad del aire y agua, Localidad de Puente Aranda, 2021



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2021. Elaboración equipo ACCVSyE
Subred Sur Occidente

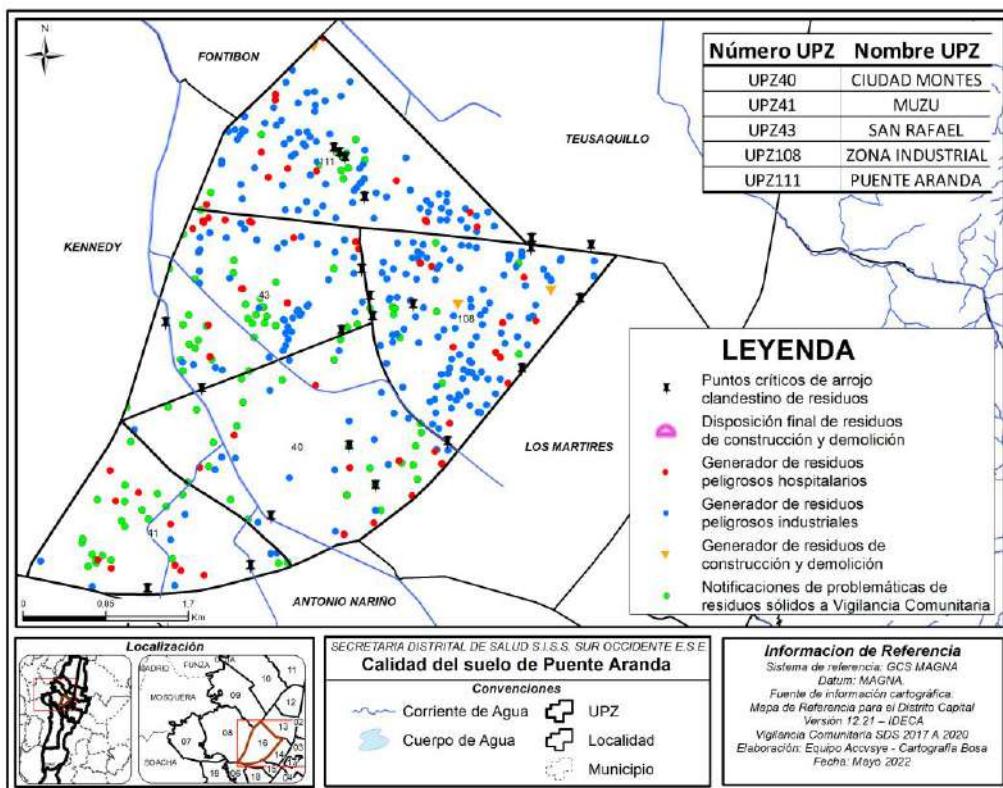
A continuación, se presenta el mapa que relaciona dos características ambientales fundamentales para el estado de salud de los residentes de la localidad.

Calidad del Suelo

De acuerdo a las problemáticas colectivas plasmadas en las bases del subsistema de Vigilancia Comunitaria de la SDS de los años 2017 a 2020, se evidenciaron las siguientes notificaciones en la localidad de Puente Aranda.

En el eje ambiental se registra, de manera general diversas problemáticas las cuales están presentes en todas las UPZ de la localidad, destacando la ocupación del espacio público, por vendedores ambulantes, acumulación de escombros como resultado de procesos manuales e industriales, tenencia inadecuada de mascotas, arrojo de excrementos humanos y animales a canales de agua y vías en mal estado las cuales incrementan la accidentalidad y generan zonas inseguras (ver mapa 6).

Mapa 6. Calidad del suelo, Localidad de Puente Aranda, 2021



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2021. Elaboración equipo ACCVSyE
Subred Sur Occidente

Los puntos de generación de residuos industriales se concentran principalmente en las 2 UPZ de predominancia industrial de la localidad (UPZ 108 Zona Industrial y 111 Puente Aranda); adicionalmente, se puede observar una alta concentración de industrias en la UPZ 43 San Rafael, en la zona fronteriza con las 2 UPZ de predominancia industrial ubicadas desde la avenida de las Américas hasta la avenida Ciudad Montes y entre las avenidas los Comuneros y carrera 68.

Se identificaron también, puntos clandestinos de arrojo de residuos sólidos ubicados heterogéneamente con la siguiente distribución: En la avenida de las Américas entre las avenidas Ciudad de Quito y Cundinamarca; en la cercanía de la cárcel nacional La Modelo, por la avenida de los Comuneros entre el Ferrocarril del Sur; y la avenida de las Américas, en varios puntos del tramo del río Fucha que cruza la localidad y del trayecto de las avenidas Ciudad de Quito y la autopista Sur.

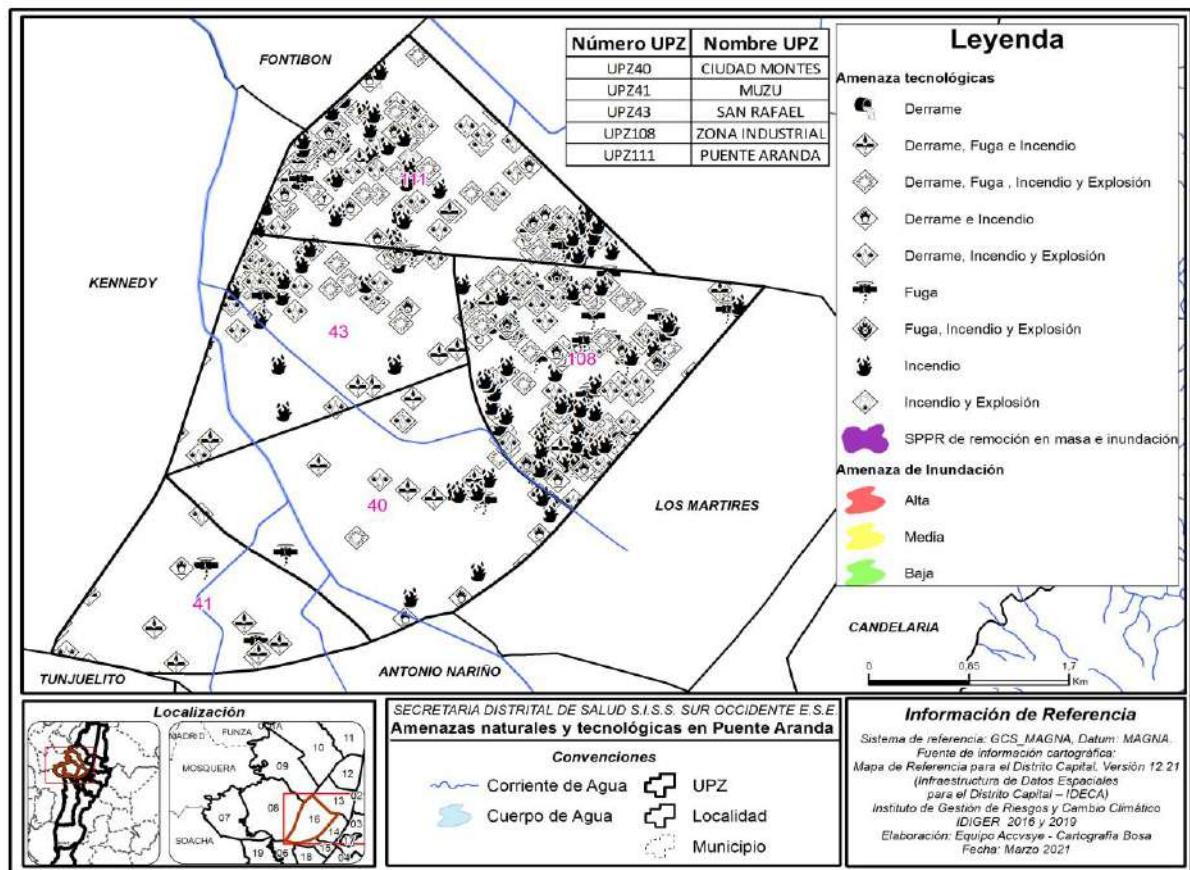
1.1.5 Riesgos naturales

Riesgos tecnológicos

Según el diagnóstico ambiental del Fondo de Desarrollo Local y la Corporación Investigativa del Medio Ambiente en 2014, Puente Aranda hizo parte de las dos zonas industriales de la ciudad, donde se establecieron circuitos productivos que desencadenaron actividades industriales con riesgos tecnológicos inherentes al tipo de actividad de cada una de ellas.

Por ser una localidad con fuerte actividad industrial, presenta ciertos factores de riesgo tales como derrames, incendios y fugas de gases, sustancias químicas y tóxicas, con una alta probabilidad de explosiones, concentrándose principalmente en las UPZ 108 Zona Industrial y UPZ 111 Puente Aranda. Por otro lado, en la localidad no se presentan riesgos por remoción en masa, ni por inundación. (Ver mapa 7).

Mapa 7. Amenazas Naturales y Tecnológicas, localidad de Puente Aranda, 2021

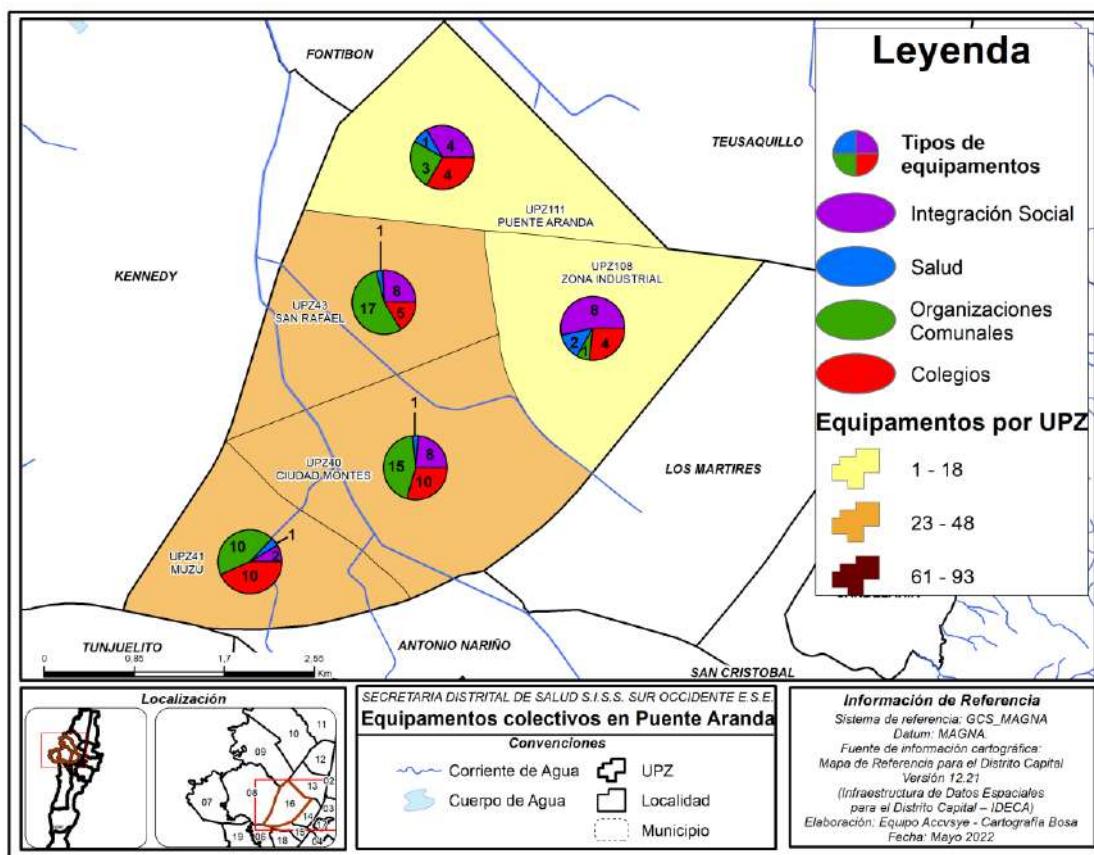


Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2021. Elaboración equipo ACCVSyE
Subred Sur Occidente.

1.1.6 Equipamientos colectivos concentración de oferta institucional

La estructura funcional de servicios de la localidad está conformada en primer lugar por las Unidades de Servicios de Salud-USS- de la red pública de salud, las sedes que ofertan servicios de la SDIS, así como su sede administrativa local (subdirección local), los colegios oficiales y las sedes de las organizaciones comunitarias más conocidas como, salones comunales de las juntas de acción comunal; para la localidad de Puente Aranda la oferta de servicios está concentrada de la siguiente manera para cada UPZ. (ver mapa 8).

Mapa 8. Equipamientos colectivos, Localidad de Puente Aranda, 2021



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2021. Elaboración equipo ACCVSyE
Subred Sur Occidente.

Equipamientos colegios públicos: La UPZ 43 San Rafael tiene la menor oferta educativa de la localidad a pesar de ser una de las UPZ de mayor población en edad escolar residente en estratos 2. En las otras UPZ la oferta es homogénea y proporcional con la población en ellas.

Equipamientos servicios SDIS: La oferta de Integración Social en las UPZ 108 Zona Industrial y 111 Puente Aranda es mayor en comparación a las otras UPZ, sin embargo, en las otras UPZ se evidencia una menor oferta institucional y una mayor demanda de la misma.

Equipamientos Red Pública de Salud: En cuanto a la oferta de instituciones de Salud, en todas las UPZ de la localidad de Puente Aranda se cuenta con al menos una Unidad de servicios de salud - USS, sin embargo, la cantidad de estas USS en las UPZ 40 Ciudad Montes, 41 Muzu y 43 San Rafael es menor a la demanda requerida para la cobertura territorial de la población. Es importante mencionar que una de las USS de la UPZ 108 Zona Industrial, al igual que la de la UPZ 111 Puente Aranda, son netamente administrativas; por lo cual la población de los barrios residenciales que se encontraban beneficiados por esta oferta de servicios institucionales, se debe trasladar a otras UPZ o localidades.

Equipamientos comunales: Para la localidad de Puente Aranda se evidenció una concentración importante de equipamientos comunales en las UPZ 40 Ciudad Montes, 41 Muzu y 43 San Rafael, las cuales son netamente residenciales, con ejes comerciales y las conforman barrios populares. No obstante, en las UPZ 108 Zona Industrial y 111 Puente Aranda no es marcada la participación comunal debido a que estas dos UPZ son predominantemente industriales.

1.1.7 Espacio público

Según el Observatorio de Espacio Público de Bogotá, es el indicador que establece la relación entre el Espacio Público Efectivo (14) respecto a la población habitante. Concerniente a los índices de espacio público en la localidad de Puente Aranda, se hace una relación entre Espacio Público Total- EPT-, Espacio Público Verde –EPV- y Espacio Público Efectivo –EPE- la cual permite observar los metros cuadrados disponibles por habitante en cada una de las UPZ. (15)

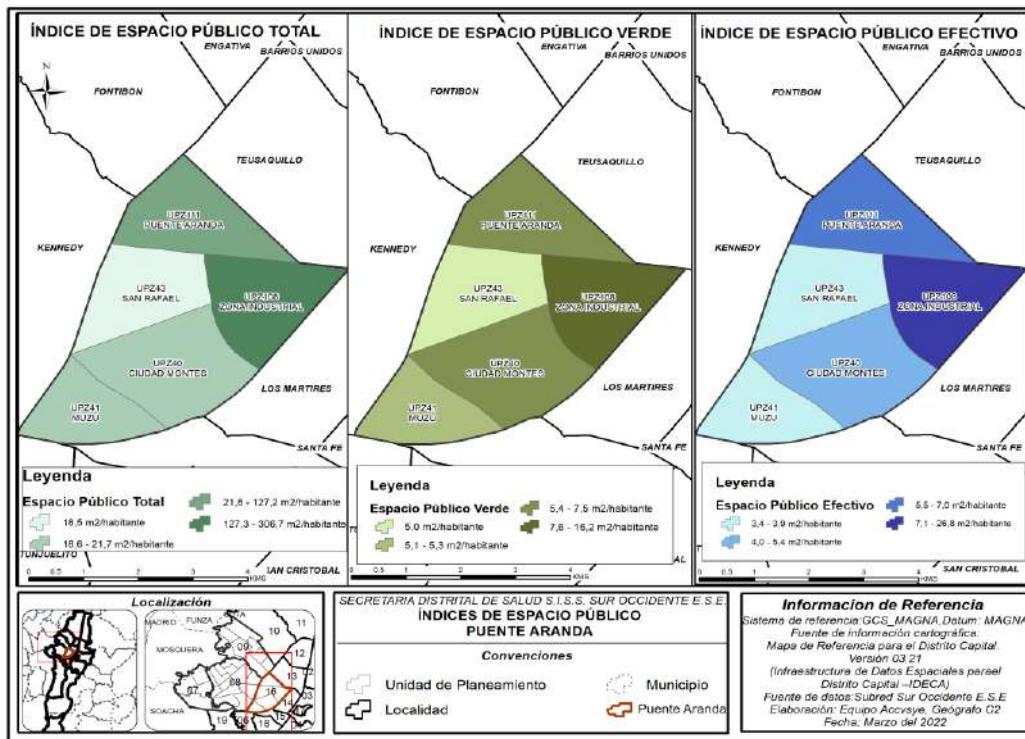
Espacio público efectivo (EPE)

El **EPE** es espacio público de carácter permanente, conformado por zonas verdes, parques, plazas y plazoletas, y el indicador se calcula estableciendo la relación del área de espacio de EPE y la población habitante en las UPZ.

El Decreto 1504 de 1998, en el artículo 14, considera como índice mínimo de EPE 15 m² por habitante. En la localidad de Puente Aranda solo hay una UPZ en donde se muestra el indicador aceptable según está referencia; es la UPZ 108 Zona Industrial la cual en este caso le favorece su baja población total. A pesar de que ninguna de las UPZ restantes

cumple con el índice mínimo recomendado por habitante, cabe resaltar que, Puente Aranda se encuentra con indicadores de EPE aceptables en comparación con las UPZ de otras localidades (16). (Ver mapa 9).

Mapa 9. Indicadores de Espacio Público, Localidad de Puente Aranda, 2021



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2021. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

Espacio público verde (EPV)

El **EPV** está constituido por las áreas para la conservación y preservación del sistema orográfico e hídrico, los parques y las zonas verdes. En la localidad de Puente Aranda contribuyen al índice los parques y zonas verdes, pero la densidad de población en UPZ como UPZ 40 Ciudad Montes, UPZ 41 Muzu y UPZ 43 San Rafael y la falta de zonas de conservación y preservación en toda la localidad hacen que el índice sea menor a 7,6 en cuatro de las 5 entidades territoriales de la localidad, lo cual es bajo en comparación con otras UPZ a nivel Distrital, y ubican a la localidad en el puesto número 15 de las 20 localidades de Bogotá, con un promedio de 4,5 m² por habitante (16) (Ver mapa 9).

Espacio público total (EPT)

El Espacio Público Total lo constituye el EPE y Espacio Público No Efectivo –EPNE- el cual lo constituyen alamedas, vías peatonales, andenes, ciclorrutas, sistemas de áreas protegidas, zonas de ronda hidráulica, calzada y separadores. Puente Aranda se ubica en

quinto lugar en la comparación del índice de EPT a nivel de localidades, esto es positivo, pues está entre las primeras con mayor m² disponible por habitante. Esto se da debido a que, las UPZ 40 Ciudad Montes y UPZ 41 Muzu se encuentran en rangos intermedios a nivel Distrital y las UPZ 108 Zona Industrial y UPZ 111 Puente Aranda se encuentran en el rango más alto de las 114 UPZ de Bogotá (16).

Las UPZ 108 Zona Industrial y UPZ 111 Puente Aranda tienen un uso mayormente industrial, lo que les favorece en la disponibilidad m² de EPT por habitante. Las UPZ 40 Ciudad Montes, UPZ 41 Muzu y UPZ 43 San Rafael cuentan con una distribución considerable de parques lo cual contribuye a la positividad del índice. Calzadas arteriales como la AC 30, Autopista Sur y AK 68, sus separadores y el sistema de ciclorutas en relación con la población podrían ser la explicación de la ubicación de la localidad en los primeros lugares a nivel Distrital en cuanto al índice de EPT.

Estos indicadores permiten observar el déficit cuantitativo de las UPZ como UPZ 40 Ciudad Montes, UPZ 43 San Rafael y UPZ 41 Muzu (en el caso de EPE y EPV); sin embargo, la cualificación y la accesibilidad del espacio público son determinantes para garantizar el disfrute colectivo y son variables que no se pueden observar con estos tres indicadores.

El espacio público debe estar diseñado como un sistema, el cual debe comunicarse por medio de andenes y malla vial para su correcto funcionamiento, las condiciones deben garantizar el acceso a todas las personas. Según el Decreto 1538 de 2005 (17) artículo 7, algunas características de la caminabilidad del espacio público son: franjas de circulación peatonal, andenes continuos y a nivel, cruces peatonales, rampas de acceso entre otros.

Algunas situaciones cotidianas interfieren en la accesibilidad y el disfrute de toda la población de estos espacios públicos, según la información cartográfica de la Secretaría Distrital de la Mujer (7), en Puente Aranda, existe percepción de inseguridad por parte de las mujeres alrededor de algunos elementos del espacio público como los parques zonales Milenta Tejar San José en la UPZ 43 San Rafael; parque el Jazmín y parque Ciudad Montes en la UPZ 40 Ciudad Montes; y el parque vecinal Villa Sonia en la UPZ 41 Muzu. Estas situaciones dan un carácter de inaccesibilidad a estos elementos del espacio público. (Ver mapa 9).

1.1.8 Generalidades de la accesibilidad geográfica

La localidad de Puente Aranda cuenta en total con 427,5 km de vías clasificadas en los tipos definidos por el Decreto 190 de 2004 (Malla vial arterial, Malla vial intermedia y Malla vial local).

Malla vial

A continuación, se presenta la distribución de la malla vial en cada una de las cinco UPZ de Puente Aranda.

La UPZ 40 Ciudad Montes cuenta con un total de 44,8 km de vías entre las clases de vías arterial e intermedio, el mayor porcentaje pertenece a la malla local (58,7%) y un porcentaje bajo para las vías de tipo peatonal y sin definir (3,5%); la malla arterial e intermedia presentan las siguientes características: 15,0 km son de 1 y 2 calzadas y 11,0 km de 3 y 4 calzadas y 17,3 km son de 1 y 2 calzadas y 1,5 km de 3 y 4 calzadas.

Tabla 1. Clasificación de la Malla vial, UPZ Ciudad Montes, Bogotá D.C., 2020

Tipo de Vía	Longitud (km)	% de la Malla Vial en la UPZ
Arterial	26	21,9
Intermedia	18,8	15,9
Local	69,6	58,7
Vía Peatonal	3,2	2,7
Sin Definir	0,9	0,8
Total	118,5	100,0

Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital (IDECA), 2020

La UPZ 41 Muzú cuenta con un total de 33,1 km de vías entre las clases de vías arterial e intermedio, el mayor porcentaje pertenece a la malla local (54,3%) y un porcentaje bajo para las vías de tipo peatonal y sin definir (6,6%); la malla arterial e intermedia presentan las siguientes características: 10,5 km son de 1 y 2 calzadas y 8,1 km de 3 y 4 calzadas; 14,2 km son de 1 y 2 calzadas y 1,3 km de 3 y 4 calzadas.

Tabla 2. Clasificación de la Malla vial, UPZ Muzú, Bogotá D.C., 2020

Tipo de Vía	Longitud (km)	% de la Malla Vial en la UPZ
Arterial	17,6	20,7
Intermedia	15,5	18,2
Local	46,3	54,3
Vía peatonal	4,6	5,4
Sin definir	1	1,2
Proyectada	0,2	0,2
TOTAL	85,2	100,0

Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital (IDECA), 2020

La UPZ 43 San Rafael cuenta con un total de 36,1 km de vías entre las clases de vías arterial e intermedio, el mayor porcentaje pertenece a la malla local (56,2%) y un porcentaje bajo para las vías de tipo peatonal y sin definir (1,0%); la malla arterial e intermedia presentan las siguientes características: 10,9 km son de 1 y 2 calzadas y 5,0 km de 3 y 4 calzadas, y 15,1 km son de 1 y 2 calzadas y 4,1 km de 3 y 4 calzadas.

Tabla 3. Clasificación de la Malla vial, UPZ San Rafael, Bogotá D.C., 2020

Tipo de Vía	Longitud (km)	% de la Malla Vial en la UPZ
Arterial	16,9	20,0
Intermedia	19,2	22,7
Local	47,4	56,2
Vía peatonal	0,1	0,1
Sin definir	0,8	0,9
TOTAL	84,4	100

Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital (IDECA), 2020

La UPZ 108 Zona Industrial cuenta con un total de 50,9 km de vías entre las clases de vías arterial e intermedio, el mayor porcentaje pertenece a la malla arterial (39,4%) y un porcentaje bajo para las vías sin definir (0,6%); la malla arterial e intermedia presentan las siguientes características: 18,4 km son de 1 y 2 calzadas y 13,3 km de 3 y 4 calzadas, y 7,8 km son de 1 y 2 calzadas y 11,4 km de 3 y 4 calzadas.

Tabla 4. Clasificación de la Malla vial, UPZ Zona Industrial, Bogotá D.C., 2020

Tipo de Vía	Longitud (km)	% de La Malla Vial en la UPZ
Arterial	31,7	39,4
Intermedia	19,2	23,9
Local	29	36,1
Sin definir	0,5	0,6
Total	80,4	100

Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital (IDECA), 2020

La UPZ 111 Puente Aranda cuenta con un total de 37,2 km de vías entre las clases de vías arterial e intermedio, el mayor porcentaje pertenece a la malla arterial (36,3%) y un porcentaje bajo para las vías sin definir (2,8%); la malla arterial e intermedia presentan las siguientes características: 11,4 km son de 1 y 2 calzadas y 9,7 km de 3 y 4 calzadas, y 12,2 km son de 1 y 2 calzadas y 3,9 km de 3 y 4 calzadas.

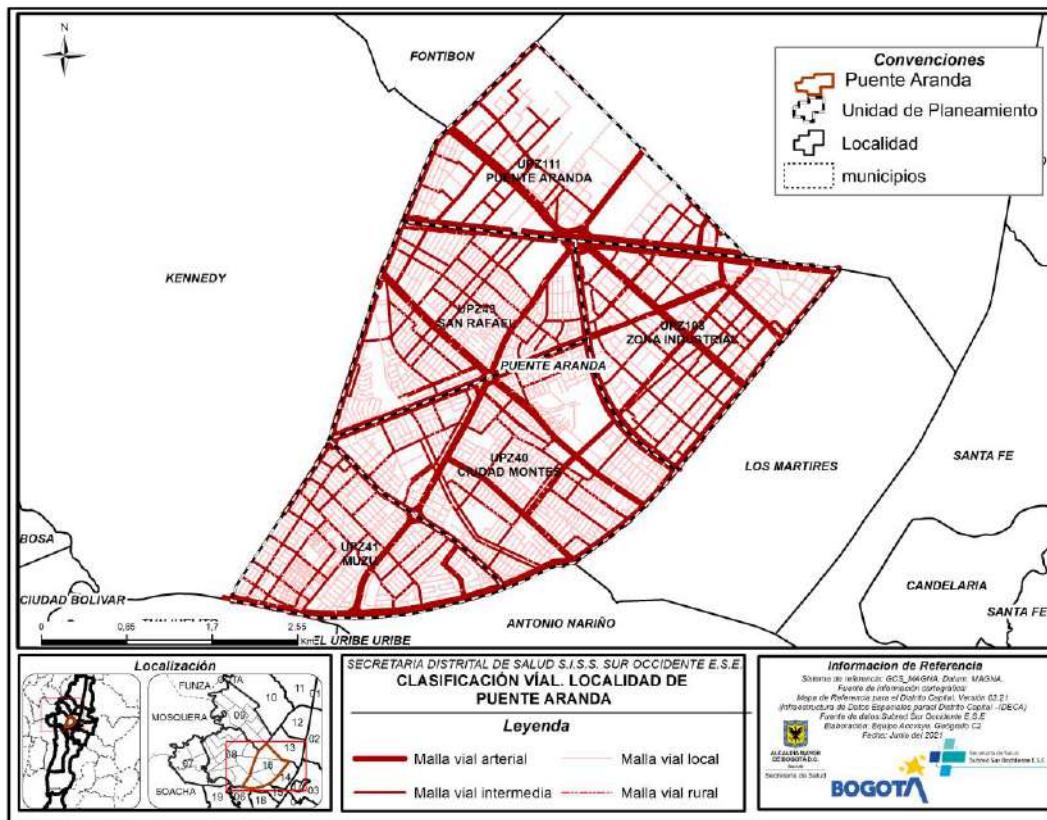
Tabla 5. Clasificación de la Malla vial, UPZ Puente Aranda, Bogotá D.C., 2020

Tipo de Vía	Longitud (km)	% de La Malla Vial en la Upz
Arterial	21,1	36,3
Intermedia	16,1	27,7
Local	19,3	33,2
Sin definir	1,6	2,8
Total	58,1	100

Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital (IDECA), 2020

Puente Aranda la atraviesan avenidas principales tales como Las Américas, AC 13, AC 3, AC 6, AC 8 SUR, AC 26 SUR, AK 68, AK 50, AK 30 y Autopista Sur; Cuenta con buenas vías de acceso, y una ubicación central en la ciudad (ver mapa 10).

Mapa 10. Clasificación vial, localidad de Puente Aranda



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2021. Elaboración equipo ACCVSyE
Subred Sur Occidente.

El estado de la malla vial para la localidad indica que el 36,16% de su estado es bueno, siendo esta malla vial solo susceptible a pequeñas intervenciones; por su parte el 35,50% de la malla vial requiere intervenciones de mayor área con mantenimiento de rutina, siendo estas correspondientes a los estados satisfactorio y justo con el 18,70% y el 16,80% respectivamente; mientras que el 28,34% de la malla vial requiere rehabilitación o reconstrucción, siendo estos los estados de pobre hasta fallado como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 6. Estado malla vial, localidad de Puente Aranda, Bogotá D.C., 2020

Estado Malla Vial	Kilometro - Carril
Bueno	304,87
Satisfactorio	157,62
Justo	141,67
Pobre	91,57
Muy Pobre	65,55
Grave	46,11
Fallado	35,7

Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2021

Este 28,34% de malla vial que requiere intervenciones más grandes es de principal interés en salud dado que por los estados de esta se encuentran vías que desprenden material particulado en el aire con el tránsito de automotores y por ende repercuten en la calidad del aire que respiran las personas que viven, transitan y trabajan en cercanías de estas. El 28,34% se ubica en la localidad de manera homogénea en de cada UPZ, pero con la excepción de la UPZ 111 donde se concentra principalmente desde la avenida carrera 50 hasta la avenida carrera 68 y entre la avenida calle 13 y la calle 16.

Sin embargo, el 71,66% restante de la malla vial es de importancia para el sector salud, dado que estos estados están relacionados a la accidentabilidad vial por los baches y huecos que presentan en estas vías, y a su vez afectan la movilidad, generando más tiempo de recorrido en un trayecto.

Movilidad y transporte

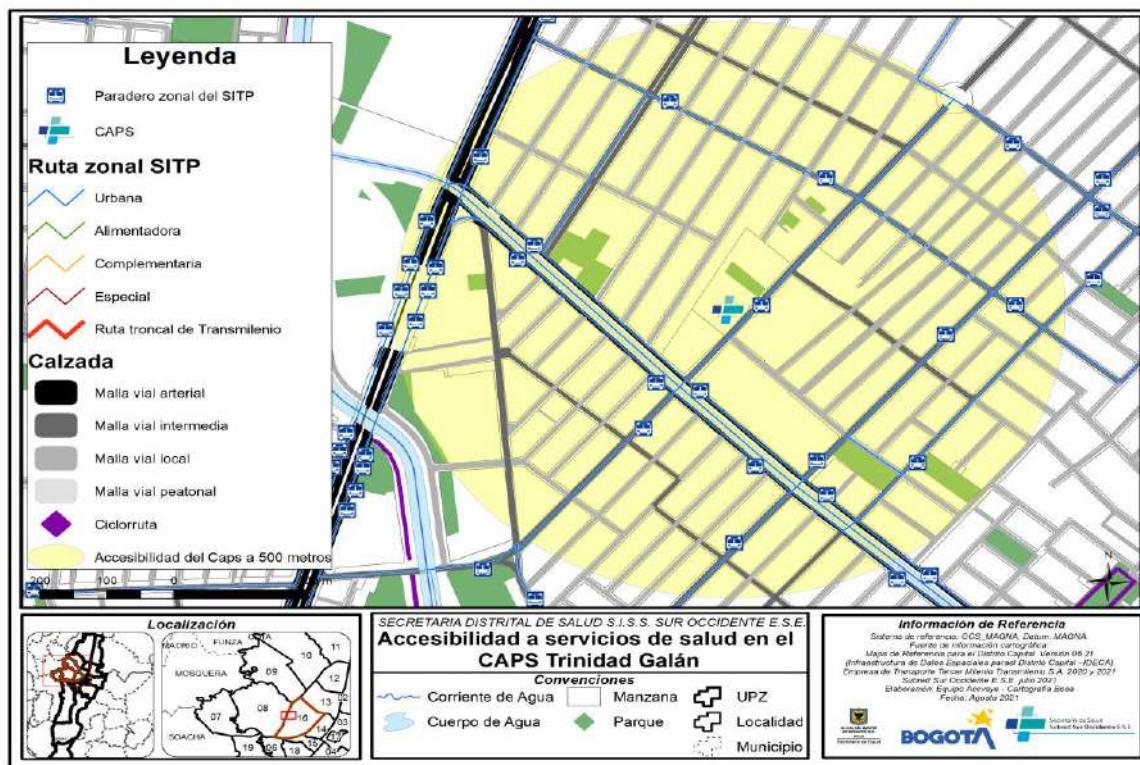
La localización central de la localidad y sus condiciones favorables de accesibilidad a estaciones de Transmilenio y diferentes rutas de buses, a través de la avenida de las Américas, genera para la población un desarrollo pleno y sostenible.

Según la Encuesta de Movilidad 2015, los habitantes de Puente Aranda realizan cerca de 619.000 viajes diariamente, de los cuales el 28,6% se hacen a través del Sistema Integrado de Transporte Público o bus tradicional, el 28,5% se desplazan a pie, el 10,8% se realizan a través del Transmilenio y 10,6% en automóvil particular respectivamente. En menor proporción, se realizan viajes en motocicletas con el 6,7% y taxis con el 5,5%.

Malla vial cercana-paraderos SITP y radio de 500 m al CAPS

En el CAPS de Trinidad Galán en Puente Aranda, la población que se concentra en los barrios centrales de las UPZ 40 Ciudad Montes, UPZ 41 Muzú y UPZ 43 San Rafael tarda tiempos promedios de desplazamiento de 15 minutos y es necesaria solo una ruta de transporte, por el contrario, en los barrios que están hacia el Sur Occidente del CAPS los tiempos promedios están entre los 30 y 50 minutos (ver mapa 11).

Mapa 11. Accesibilidad a CAPS, Localidad de Puente Aranda, 2021



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2021. Elaboración equipo ACCVSyE
Subred Sur Occidente.

En la siguiente tabla se observa la disponibilidad en cuanto a sistema integrado de transporte urbano con la que cuenta la localidad.

Tabla 7. Rutas de transporte del SITP, localidad de Puente Aranda, Bogotá D.C., 2020

CAPS Trinidad Galan		Número de rutas
Rutas de Sistemas de Transporte		
Ruta troncal de Transmilenio		0
Ruta zonal SITP	Urbana	57
	Alimentadora	0
	Complementaria	0
	Especial	0
Paradero zonal del SITP		22
Ciclorruta (metros)		0

Fuente: Empresa de Transporte Tercer Milenio S.A., 2020 y 2021.

En un área de 500 metros alrededor del CAPS se encuentran cincuenta y siete (57) rutas zonales de SITP y veintidós (22) paraderos de SITP, lo cual le da una accesibilidad desde cualquier punto de la localidad a una persona que se movilice por medio de sistema integrado de transporte con sus ventajas y debilidades.

Los servicios a los que se pueden acceder en este CAPS son:

- Consulta externa: Enfermería, Ginecoobstetricia, Medicina General, Medicina Interna, Odontología General, Nutrición y dietética, Psicología, Psiquiatría, Ortopedia y/o traumatología, Pediatría, Urología y Consulta prioritaria.
- Apoyo diagnóstico y terapéutico: Tamización de cáncer cuello uterino, Laboratorio Toma de Muestras, Diagnóstico Cardiovascular, Radiología e imágenes diagnósticas, Servicio farmacéutico, Ultrasonido, Terapia ocupacional, Terapia respiratoria y Fisioterapia.
- Detección temprana: Alteraciones de la agudeza visual, Alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor de 10 años), Alteraciones del desarrollo joven (de 10 a 29 años), Alteraciones del embarazo, Alteraciones en el adulto (mayor a 45 años), Cáncer de cuello uterino y Cáncer seno.
- Protección específica: Atención en planificación familiar hombres y mujeres, Atención preventiva en salud bucal y Vacunación.
- Hospitalización: General adultos.
- Urgencias: 24 horas.

1.1.9 Salud ambiental y sanitaria

La salud ambiental es la interacción entre los grupos humanos y los factores físicos, químicos, biológicos y sociales que se encuentran en el medio de hábitat modulado por la estructura social. El ambiente que interactúa con todos los seres vivos puede incidir de manera positiva o negativa las interacciones; estas pueden ser individuales y colectivas. En relación a la pandemia por COVID-19 se habla de una interacción colectiva con el territorio.

Por lo anterior, la política distrital de salud ambiental está consignada en el Decreto 596 de 2011, la cual tiene como objeto orientar la gestión para el mejoramiento de la salud ambiental en el territorio urbano y rural del Distrito Capital mediante el fortalecimiento institucional, el trabajo articulado de la administración y la construcción de espacios de coordinación, investigación y acción participativa en las diferentes líneas de intervención, las cuales permiten generar una alta calidad de vida y salud para todas las personas que en el habitan.

De esta manera, las acciones desarrolladas desde la Subred se encuentran enmarcadas en las 8 líneas de acción de la política que, cuenta con su grupo específico de acción en la mayoría de estas. Las líneas de acción son las siguientes:

1. Aire, Ruido y REM
2. Alimentos Sanos y Seguros
3. Calidad del Agua y Saneamiento Básico.

4. Cambio Climático
5. Hábitat, espacio público y movilidad
6. Medicamentos Seguros
7. Seguridad Química
8. Eventos transmisibles de origen zoonótico ETOZ.

La operativización de las 8 líneas de acción se realiza a través de 5 estrategias que son:

1. Fortalecimiento de la gestión de la salud ambiental
2. Vigilancia en salud ambiental
3. Acciones en el marco de los Entornos
4. Gestión del riesgo
5. Gestión del conocimiento, la cual es transversal.

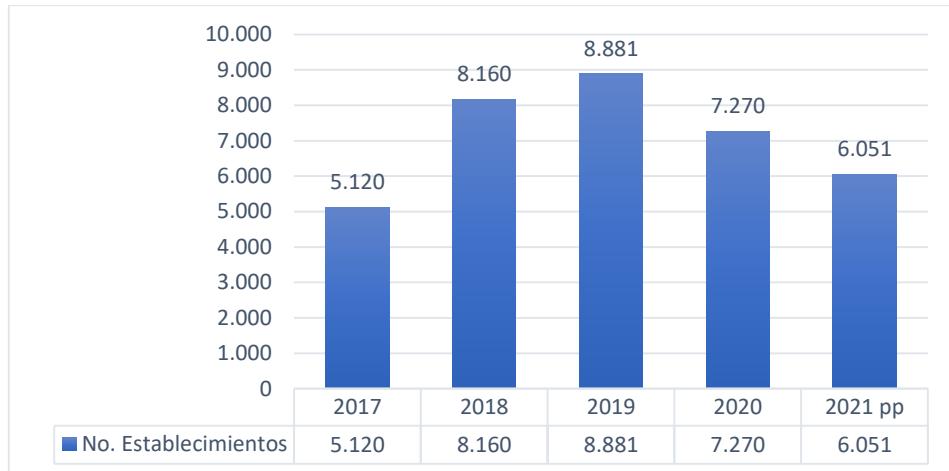
A continuación, se describe la línea acción operativa número dos de la localidad de Puente Aranda.

Inspección Vigilancia, Control de establecimientos

Las acciones de establecimiento vigilado y controlado, están enmarcadas legalmente por la Ley 9 de 1979, que cobra vital importancia en las intervenciones realizadas a cualquier establecimiento que tenga venta al público por parte de la alcaldía y la subred a través de vigilancia en salud ambiental. Las acciones se desarrollan por medio de visitas, donde a través del uso de piezas comunicativas, se sensibiliza acerca del cumplimiento de las normas de saneamiento básico y se aplica un acta de revisión (tipo lista de chequeo) que aclara que los establecimientos pueden registrar más de una visita mensual, sobre todo cuando son objeto de medidas sanitarias o preventivas que consisten en clausura, decomiso y/o destrucción de alimentos, la cual desarrolla implementación, adherencia y verificación a protocolos de limpieza y desinfección, actualización de planes de saneamiento y sensibilización en cuanto a las medidas de bioseguridad en los cuadrantes priorizados.

Durante el periodo 2017 a 2021p, se visitaron 48.824 establecimientos en toda la subred. Para la localidad de Puente Aranda se visitaron en el periodo 35.482 establecimientos, siendo el año 2019 en el que mayor número de visitas se realizaron 8.881.

Grafica 1. Establecimientos intervenidos en la localidad de Puente Aranda, 2017-2021 I semestre p



Fuente: Fuente: Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA D.C., Secretaría Distrital de Salud, Observatorio de salud de Bogotá-SaluData 2021, Consultado en: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osp/>, noviembre de 2021

Los establecimientos que tienen mayor intervención de IVC en la localidad de Puente Aranda son los de alimentos y bebidas, seguido de las peluquerías y talleres de mecánica.

En la localidad se visitan en promedio 8 mil establecimientos al año. Durante el periodo 2017 a 2021 se clausuraron 350 establecimientos, se realizaron 296 decomisos y se tomaron 115 medidas de suspensión con mayor énfasis en el sector industrial, ubicado en la UPZ Zona Industrial.

En cuanto a las barreras presentadas en el territorio, están relacionadas con la pandemia, pues el cambio de las dinámicas sociales, ambientales y económicas, han expuesto otros riesgos para los establecimientos; además, se resalta que la normatividad para el funcionamiento de los mismos ha cambiado constantemente durante la pandemia, lo que ha generado descontento en el sector industrial de la localidad y por ende poca receptividad en algunas de las acciones implementadas.

Vacunación animal

En complementariedad de las acciones de Vigilancia Sanitaria, se encuentra la cobertura útil de vacunación antirrábica canina y felina, correspondiente a la sumatoria entre la vacunación antirrábica animal ejecutada por la SDS y la reportada por los consultorios y clínica veterinarias de la ciudad. En relación con la vacunación antirrábica animal, se resalta que es un servicio gratuito, que se presta a las mascotas mayores de tres meses de edad y que no estén lactando. En particular, la cobertura que se presenta a continuación corresponde a la vacunación antirrábica canina y felina aplicada por la SDS. Respecto a los datos de cobertura de la subred para el año 2019 se aplicaron 99.501 vacunas, 52.509 en el año 2020 y en lo corrido del año 2021 a corte mes de agosto 61.918 dosis aplicadas.

Para el año 2020, la cobertura de vacunación antirrábica para la localidad fue del 11% registrando un descenso de 8 puntos porcentuales, frente al año 2019 (n=19%) y 2018 (n=51%), denotando el impacto de la pandemia por COVID-19, que afectó notablemente la ejecución de actividades en salud pública.(ver grafica 2).

La limitación a la movilidad de las personas, el temor generalizado al contagio por el virus, la reducida demanda de servicios médicos veterinarios, generó afectación tanto en el sector público como privado respecto a la vacunación antirrábica, dichas coberturas óptimas de vacunación según lineamientos nacionales e internacionales es del 80%, meta que no se ha cumplido en la localidad ni a nivel distrital, durante el periodo 2016 a 2020.

Grafica 2. Vacunación antirrábica canina y felina, Bogota D.C, localidad de Puente Aranda, años 2016-2020



Fuente: SIVIGILA D.C. 2013 - 2021 Bases definitivas, Estudio poblacional SDS 2013, Estudio poblacional SDS 2018., Secretaría Distrital de Salud, Observatorio de salud de Bogotá-SaludData 2021, Consultado en: <https://saluddata.saludcapital.gov.co/osb/>, noviembre de 2021

1.1.10. Vigilancia comunitaria Problemáticas colectivas ambientales

Las problemáticas colectivas recopiladas por el subsistema de Vigilancia Comunitaria en Salud Pública-VCSP-son el resultado del ejercicio de reconocimiento del territorio, percepción de ciudadanos, reportes de las unidades comunitarias y ciudadanos anónimos, etc., frente a las condiciones de calidad de vida que afectan a la comunidad. Este ejercicio se logra gracias al fortalecimiento técnico de las unidades comunitarias, el desarrollo de las Investigaciones Epidemiológicas de Campo-ISEC-, los Comités de Vigilancia Comunitaria-COVECOM- y las identificaciones de riesgos correctivos, desarrollados y/o acompañados por el equipo de VCS.

De acuerdo con lo anterior, el equipo de Vigilancia Comunitaria Distrital entregó, la consolidación de problemáticas colectivas (n=287) identificadas en el periodo comprendido de 2017 a 2020, las cuales tienen 3 ejes principales: ambiental 52,2% (n=150), social 30,6% (n=88), y salud 17,7% (n=49).

Dentro de las problemáticas **ambientales colectivas**, identificadas en la localidad de Puente Aranda, es importante mencionar que en todas las UPZ, que la conforman se presentan agotamiento de las fuentes hidráticas, el uso y abuso por parte de la industria (UPZ 108 Zona Industrial y 111 Puente Aranda) lo que causa contaminación en vertederos, aumento de residuos de demolición y construcción sobre la estructura ecológica de parques, canales como el río Fucha y Zonas arborizadas; ambientes insalubres, mala disposición de residuos sólidos, crecimiento de asentamientos sin servicios públicos, invasión del mismo, disposición de basuras sobre vía pública y zonas verdes y no utilización de tecnologías limpias. Este incremento de residuos, genera un impacto directo en la salud de la comunidad pues origina problemáticas adversas como las asociadas a olores ofensivos, vectores (roedores, cucarachas, moscas, etc.), por mencionar algunas, (ver mapa 12).

Por lo anterior, desde la Política Pública -PP- se han generado reiterativamente diversas estrategias para el aprovechamiento de estos residuos; no obstante, no se ha logrado una reducción importante de los mismos. Se sabe que entre el 17% y 20% de estos residuos son susceptibles de aprovechamiento, es decir son separados y aprovechados por la población recicladora de oficio e incluidos en los ciclos productivos; sin embargo, aún no hay una respuesta ciudadana favorable frente a su separación a pesar de contar con el Decreto 1077 del 2015 el cual obliga a los ciudadanos a hacer la separación de los residuos domiciliarios, de tal forma que sea fácil su identificación por parte de los prestadores de servicio de reciclaje y quienes funcionan como empresas prestadoras de servicio público.

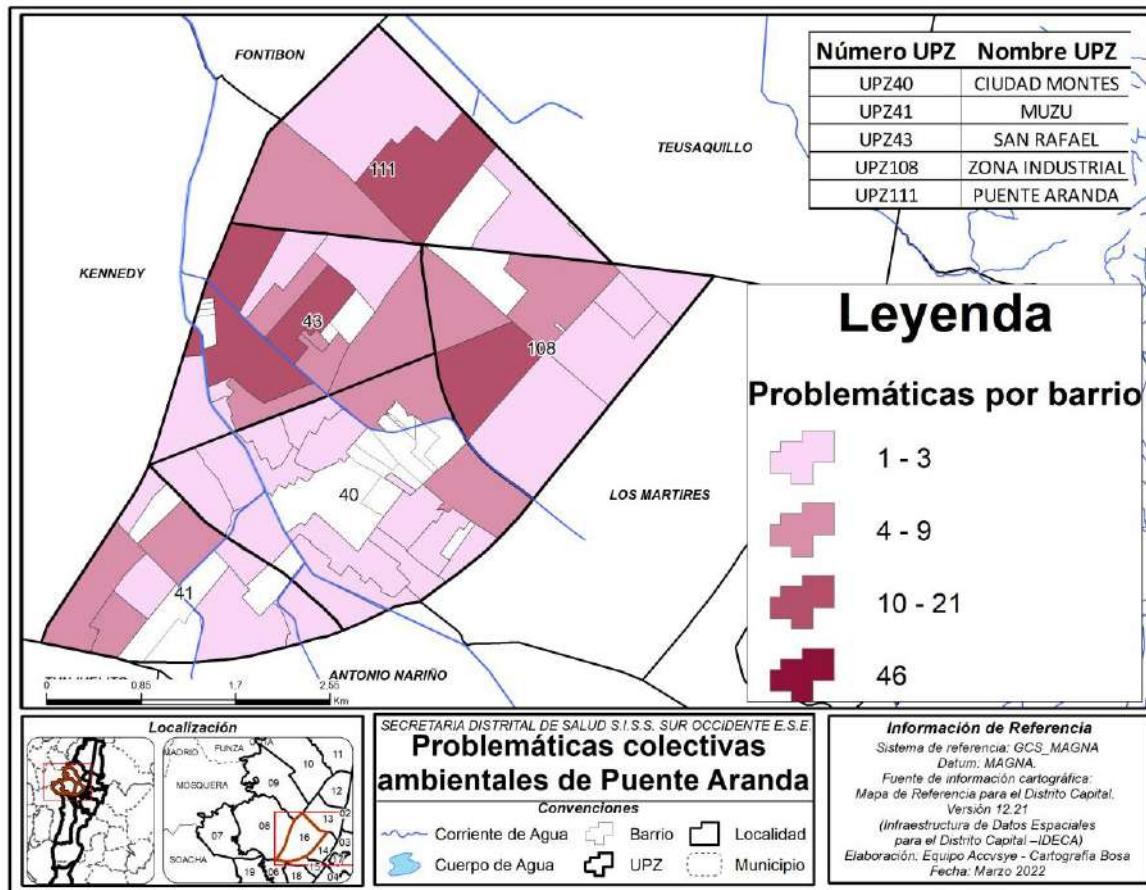
Adicionalmente, está la Ley 1801 del Código Nacional de Policía, la cual sustenta evitar afectar a las comunidades por una disposición irresponsable de los residuos en el hogar; pero desde la política se encuentran dificultades en su cumplimiento, ya que desde el sector salud no se puede ejercer ninguna acción policial o imposición de sanciones, por lo que la problemática se agudiza en lugares en donde no hay presencia de la fuerza pública.

Dentro de las **problemáticas sociales** (que también afectan el ambiente) en las UPZ 40 Ciudad Montes, 41 Muzu, 43 San Rafael, 108 Zona Industrial y 111 Puente Aranda, la comunidad refiere llegada transitoria o permanente de personas recicladoras y habitantes de calle, los cuales generan diferentes tipos de desechos que obstaculizan el paso peatonal, sumado también al arrojo clandestino de escombros por parte de la comunidad y algunas fábricas de producción de muebles, confección entre otros, que a través del tiempo se han convertido en puntos críticos y aumento de zonas de inseguridad.

Las **problemáticas de salud**, identificadas en la localidad, se relacionan principalmente al consumo de sustancias psicoactivas, en las UPZ 40 Ciudad Montes, 41 Muzu, 43 San Rafael, 108 Zona Industrial y 111 Puente Aranda, con el 11,4% (N=33); El aumento de excrementos humanos, de animales y tenencia inadecuada de mascotas, en las UPZ 40 Ciudad Montes, y 43 San Rafael, con el 2,7% (n=8), favorece la llegada de roedores,

moscas, lo que podría relacionarse con aumento de enfermedades gastrointestinales, respiratorias y dermatológicas.

Mapa 12. Problemáticas colectivas ambientales, localidad de Puente Aranda, años 2017-2020



Fuente: Problemáticas colectivas – Vigilancia Comunitaria SDS, 2017 - 2020. Elaboración equipo ACCSyE Subred Sur Occidente.

1.2 Estructura Demográfica – Poblacional

1.2.1. Población total desagregada

Según proyecciones del Censo Nacional de Población y Vivienda realizado por el DANE año 2018, la Subred Sur Occidente cuenta con una población total de 2.404.766 para el año 2021 y la localidad de Puente Aranda contó con una población de 253.367 habitantes, de los cuales el 50,8% (n=128.904) son mujeres, y el 49,1% (n=124.463) son hombres; La población de la localidad representa el 10,53% de la población de influencia de la Subred Sur Occidente y el 3,23% del Distrito Capital.

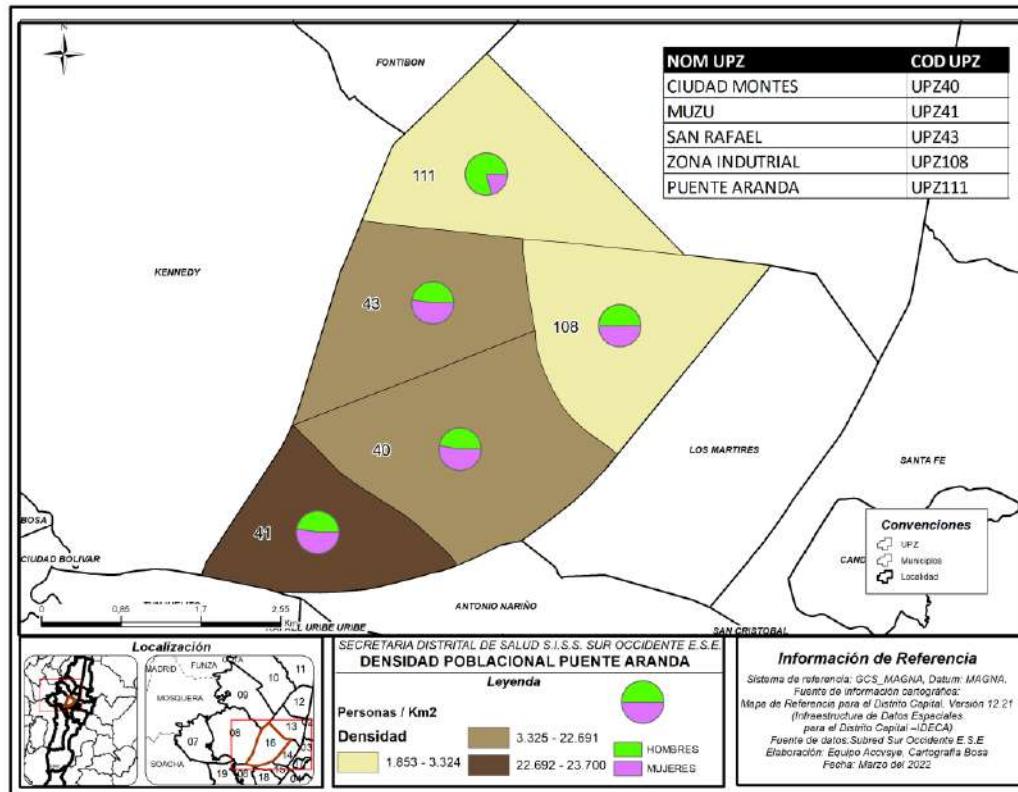
La localidad de Puente Aranda tiene una extensión de 17,3 km², con una densidad poblacional de 14.645 habitantes/ km². A nivel de UPZ, se encuentra Muzu con 23.700 habitantes/km² es la que presenta mayor densidad poblacional, con una proporción de 23,4% y la UPZ de menor densidad es Zona Industrial, con una densidad poblacional de 3.324 habitantes/km² y una proporción poblacional de 4,7%. (Ver mapa 13).

Tabla 8. Población y densidad poblacional por UPZ por sexo, localidad de Puente Aranda año 2021

Código UPZ	Nombre UPZ	Hombres	Mujeres	Total	Densidad poblacional (habitantes /km ²)	Proporción poblacional
108	Zona Industrial	3.264	3.221	6.485	1.853	2,6
111	Puente Aranda	9.447	2.520	11.967	3.324	4,7
43	San Rafael	35.157	38.397	73.554	22.289	29
40	Ciudad Montes	48.383	53.727	102.110	22.691	40,3
41	Muzu	28.212	31.039	59.251	23.700	23,4
TOTAL		124.463	128.904	253.367	14.190	100

Fuente: Proyecciones poblacionales DANE - CNPV 2018, y Secretaría Distrital de Planeación. Base de Datos Geográfica Corporativa-BDGC

Mapa 13. Densidad poblacional, localidad de Puente Aranda, año 2021



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2021. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

1.2.2. Hogares y viviendas

Según el censo DANE 2018, para el año 2021, en la localidad de Puente Aranda se proyectaron 89.904 hogares, y se calcula un promedio de 2,9 personas por hogar. La UPZ con el mayor número de hogares, es Ciudad Montes con un total de 36.732 hogares para un promedio de 1,2 personas por hogar, estando por debajo del promedio de la localidad, seguido de la UPZ San Rafael con 27.381 hogares para un promedio de 2,9 personas por hogar.

Con relación a las viviendas se encuentran 86.624 de las cuales 96,7% (n=83.800) están ocupadas en la localidad, en cuanto a la UPZ con mayor ocupación de viviendas es Ciudad Montes con el 96,7% (n=35.937), seguido por la UPZ San Rafael con el 28,9% (n=24.213) viviendas y la de menor ocupación es la UPZ Puente Aranda con el 93,28% (n=2.002).

De acuerdo con el Quinto Boletín del Observatorio poblacional diferencial y de familias, para el año 2017 la localidad de Puente Aranda registró un mayor número de hogares nucleares con hijos (34,42%), seguido por hogar unipersonal (16,09%) y hogares familiares extensos (15,08%)(13). Por lo anterior, la incidencia de viviendas tipo apartamento da cuenta de la alta densidad poblacional familiar considerando la cantidad de personas que estarían habitando en un mismo espacio reducido.

Lo anterior tuvo varias implicaciones para la salud de las familias, que se incrementaron con la presencia de la pandemia COVID-19, puesto que, se dificultó el cumplimiento de las medidas de bioseguridad dentro de los hogares aumentando el riesgo de contagios dentro de los mismos.

Tabla 9. Distribución hogares y viviendas por UPZ, localidad de Puente Aranda 2021

Código UPZ	UPZ	Población	Hogares	Viviendas totales	Viviendas Ocupadas
40	Ciudad Montes	102.110	36.732	37.154	35.937
41	Muzu	59.251	21.016	19.623	19.409
43	San Rafael	73.554	27.381	25.357	24.213
108	Zona Industrial	6.485	2.258	2.344	2.239
111	Puente Aranda	11.967	2.517	2.146	2.002
Total		253.367	89.904	86.624	83.800

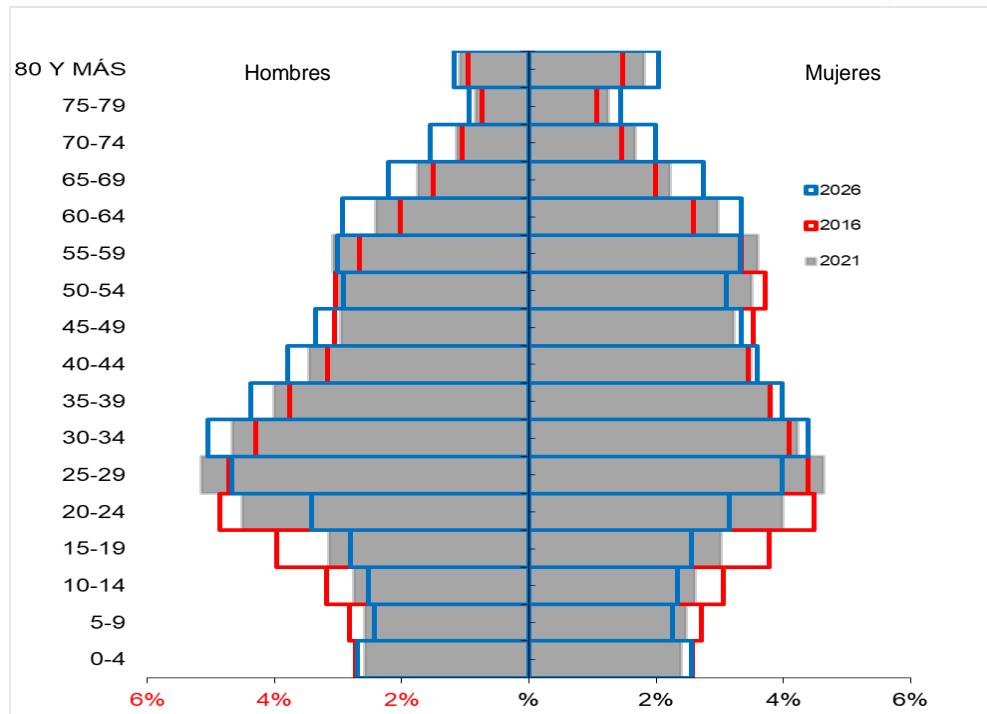
Fuente: DANE - CNPV 2018. Proyecciones.

1.2.3. Estructura demográfica

Para el año 2016, la estructura de población de la localidad de Puente Aranda, presentó una forma característica de pirámide regresiva, pues se aprecia que se ha reducido levemente la base de la pirámide, indicando descenso de la natalidad, adicionalmente la estructura en los grupos **jóvenes** de edades productivas es amplia, y la cúspide presenta un ensanchamiento en el grupo de mayores de 80 años y más adultos mayores.

Para el año 2021, la pirámide continúa siendo regresiva, se destaca una disminución moderada en el grupo poblacional de infancia y adolescencia, se concentra la mayor parte de la población en las edades productivas, en especial se observa en el grupo poblacional de 25 a 29 años, tanto en hombres como en mujeres, también se aumenta la población en mayores de 55 años, en adelante, notándose un significativo aumento en los mayores de 80 años en especial en mujeres (1% más que el año 2016), superando en número a las personas de 75 a 79 años. A nivel general, se observó un aumento de la población en especial en las mujeres, representando una población más envejecida y con mayor expectativa de vida. (Ver grafica 3).

Grafica 3. Pirámide poblacional localidad de Puente Aranda, años 2016, 2021 y 2026



Fuente: Proyecciones poblacionales DANE - CNPV 2018

Al comparar los años 2016, 2021 y la proyección al año 2026, se destaca una leve disminución en los grupos poblacionales de infancia, adolescencia y juventud, adicionalmente se observa un aumento poblacional, para el año 2021 en el grupo de 25 a 29 años, al igual que un aumento poblacional para la proyección 2026 en el grupo de vejez tanto en hombres como en mujeres. Con el paso de los años analizados, se observó que la localidad ya se encuentra en el proceso de transición demográfica, cambios que han incidido en la transformación progresiva de su estructura poblacional, es decir, que se siga estrechando su base, que aumente la población en edades avanzadas y se ensanchen los grupos intermedios.

La relación hombre mujer para el año 2021, se encuentra que por cada 100 mujeres hay 97 hombres, evidenciando una población homogénea por sexo para la localidad.

Distribución por momentos de curso de vida: Los momentos por cursos de vida, analizados en este documento obedecen a la reglamentación generada en las diferentes políticas públicas en el territorio nacional, por lo tanto, se entenderá como primera infancia a los menores de 5 años de edad, infancia a los niños y niñas entre 6 a 11 años, adolescentes a las personas entre 12 a 17 años, jóvenes a personas entre 18 a 28 años, adultos entre 29 a 59 años y adulto mayor (vejez), personas mayores de 60 años.

De acuerdo al análisis por momento de curso de vida, primera infancia e infancia está reduciendo su peso porcentual frente al total de la población, en el año 2011 con el 7,33% y 8,17% en el año 2016 con el 6,38% y 6,84% para el año 2021 con el 5,9% y 6,1% mientras que para el año 2026 se observa un aumento en la proporción de primera infancia con el 6,24% pero el grupo de infancia la proporción continua en disminución con 5,62%.

En el momento de curso de vida de adolescencia disminuye en la transición de 2011 a 2016 en dos puntos porcentuales, al igual que para el año 2021, proyectándose un aumento porcentual para el 2026 de 4 puntos. (Ver tabla 12).

Tabla 10. Distribución de la población por momento de curso de vida, localidad de Puente Aranda, años, 2011, 2016, 2021, 2026

Momento de curso de vida	2011		2016		2021		2026	
	Número Absoluto	Porcentaje						
Primera infancia (0 - 5 años)	17.778	7,33	15.348	6,38	15.185	5,99	16.260	6,24
Infancia (6 a 11 años)	19.831	8,17	16.463	6,84	15.490	6,11	14.628	5,62
Adolescencia (12-17 años)	24.324	10,03	19.807	8,23	17.252	6,81	29.691	11,40
Juventud (18 a 28 años)	48.003	19,79	48.201	20,03	48.211	19,03	26.618	10,22

Adulvez (29 a 59 años)	102.062	42,07	105.115	43,68	113.773	44,90	120.094	46,12
Persona Mayor (60 años y más)	30.590	12,61	35.739	14,85	43.456	17,15	53.080	20,39
Total	242.588	100,00	240.673	100,00	253.367	100,00	260.371	100,00

Fuente: Proyecciones poblacionales DANE - CNPV 2018

El momento de curso de vida juventud presenta un aumento porcentual leve del 0,24% en la transición del año 2011 a 2016, a diferencia de lo proyectado para el año 2026, donde se observa un descenso significativo en 9 puntos. El momento de curso de vida de adulvez presenta un comportamiento de aumento en la proporción en especial en la transición 2016 a 2021 con el 44,9%, para el año 2026 según las proyecciones se espera continuar en aumento con el 46,1%.

Para el momento de curso de vida vejez, se presenta un comportamiento ascendente en las proporciones poblaciones, pasando de 12.61% en el 2011 a 17.15% en el 2021, y se estima que aumente 3 puntos porcentuales más para el año 2026 (n=20.39%), evidenciando el tránsito de la localidad hacia la edad adulta.

Otros indicadores de estructura demográfica

Esta serie de indicadores, permiten el análisis de la estructura poblacional por edades y los distintos ámbitos territoriales:

Relación hombres/mujer: Hace referencia a la relación entre hombres y mujeres. En el año 2016 por cada 94 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2021 por cada 97 hombres, hay 100 mujeres, se espera que para el 2026 por cada 99 hombres haya 100 mujeres

Razón niños/mujer: Da cuenta de la relación entre niños y mujeres en edad fértil. En el año 2016 por cada 19 niños y niñas (0-4 años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49 años), dato que se mantiene para el año 2021, donde por cada 19 niños y niñas (0-4 años), hay 100 mujeres en edad fértil. Se proyecta que el indicador aumente para el año 2026, donde por cada 21 niños haya 100 mujeres en edad fértil.

Índice de infancia: Describe la relación entre los menores de 15 años y la población total. En el año 2016 de 100 personas, 17 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2021 este grupo poblacional es de 15 personas. La tendencia en el tiempo es estable, el indicador para el año 2026 se proyecta igualmente en 15 personas menores de 15 años por cada 100 personas de la población.

Índice de juventud: Expresa la relación entre la cantidad de personas de 15 a 29 años y la población total. En el año 2016 de 100 personas, 26 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2021 este grupo poblacional es de 24 personas, se espera que para el año 2026 llegue a 21, muy relacionado con la reducción de los grupos de infancia y adolescencia de la pirámide poblacional.

Índice de vejez: Hace referencia la relación entre la población mayor de 65 años y la población total. En el año 2016 de 100 personas, 15 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2021 este grupo poblacional es de 17 personas, se proyecta un aumento a 20 personas de este grupo para el año 2026, indicando el aumento de la vejez en la población.

Índice de envejecimiento: Da cuenta la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes. En el año 2016 de 100 personas, 87 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2021 este grupo poblacional es de 111 personas, se espera que para el 2026 aumente a 138 personas mayores de 65 años. Indicando un aumento en el proceso de envejecimiento de la población.

Índice demográfico de dependencia: Expresa la relación entre la población menor de 15 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2016 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 38 personas menores de 15 años o de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2021 este grupo poblacional es de 37 personas y para el 2026 se calcula en 41. Este indicador presenta una tendencia al aumento, debido al incremento de la población económicamente activa.

Índice de dependencia infantil: Hace referencia a la relación entre la población menor de 15 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2016, 23 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2021 es de 21 personas. Para el 2026 se calcula que se mantenga en 21 personas menores de 15 años. La tendencia en el tiempo del indicador es a estar estable.

Índice de dependencia mayores: Representa la relación entre la población mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2016, de 14 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2021 es de 16 personas y en el 2026 se proyecta que aumente a 21. Lo que indica, un proceso de envejecimiento de la población, concordante con la pirámide poblacional.

Índice de Friz: hace referencia al porcentaje de población menor de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población

envejecida. En la Localidad de Puente Aranda para el año 2016 el índice de Friz fue de 85,11 mientras que para el año 2021 se tiene un índice de Friz de 72,35 considerando una población madura. Se proyecta que para el 2026 el índice de Friz disminuya a 63,3 indicando un aumento en las proporciones de población mayor de 60 años.

Tabla 11. Otros indicadores de estructura demográfica, localidad de Puente Aranda, años 2016, 2021, 2026

Índice Demográfico	Año		
	2016	2021	2026
Población total	240.673	253.367	260.371
Población Masculina	116.758	124.463	129.784
Población femenina	123.915	128.904	130.587
Relación hombres: mujer	94,22	96,55	99
Razón niños: mujer	19	19	21
Índice de infancia	17	15	15
Índice de juventud	26	24	21
Índice de vejez	15	17	20
Índice de envejecimiento	87	111	138
Índice demográfico de dependencia	37,56	37,28	40,69
Índice de dependencia infantil	23,48	21,12	20,83
Índice de dependencia mayores	14,08	16,15	19,86
Índice de Friz	85,11	72,35	63,30

Fuente: Proyecciones poblacionales DANE - CNPV 2018

1.2.4. Dinámica demográfica

A continuación, se presentan algunos indicadores de dinámica demográfica de la localidad años 2011 y 2016, cabe anotar que no se cuenta con datos de mortalidad para los años 2021 y 2026 (ver tabla 14):

Tabla 12. Resumen de indicadores demográficos, localidad de Puente Aranda 2011, 2016, 2021, 2026

INDICADOR	2011	2016	2021	2026
Proyecciones de población	242.588	240.673	253.367	260.371
Tasa de crecimiento poblacional (%)		-0,8	5,3	2,7
Tasa de crecimiento natural	7,65	6,86	SD	SD
Tasa bruta de natalidad -TBN	12,27	12,65	7,47	SD
Tasa bruta de mortalidad - TBM	4,63	5,79	SD	SD
Tasa de mortalidad infantil - TMI por mil ambos sexos	10,7	9,3	SD	SD
Tasa global de fecundidad (TGF)	1,45	1,64	0,92	SD
Nacimientos	3.172	2.849	1.893	SD
Mujeres en edad fértil	69.963	66.213	66.764	65.032

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE a partir de indicadores demográficos Localidades y Bogotá 2010-2021, — Secretaría Distrital de Salud, bases descargadas en marzo de 2022. Año 2021 datos preliminares

Tasa de crecimiento poblacional

Para el año 2011, la localidad tenía 242.588 habitantes, y para el año 2016, un total de 240.673 habitantes, lo que indica un decrecimiento poblacional del -0,8% equivalente a una disminución de 1.915 personas probablemente por factores de disminución en la natalidad, y por factores de emigración. Al comparar la población de la localidad del año 2021 (n=253.367) con respecto al año 2016 (n=240.673) habitantes, se observó un crecimiento poblacional del 5,3%, es decir, de 12.694 habitantes más en la localidad. Para el año 2026 (n=260.371), se proyecta un aumento poblacional del 2,7% para, para un total de 7.004 habitantes más comparado con el año 2021.

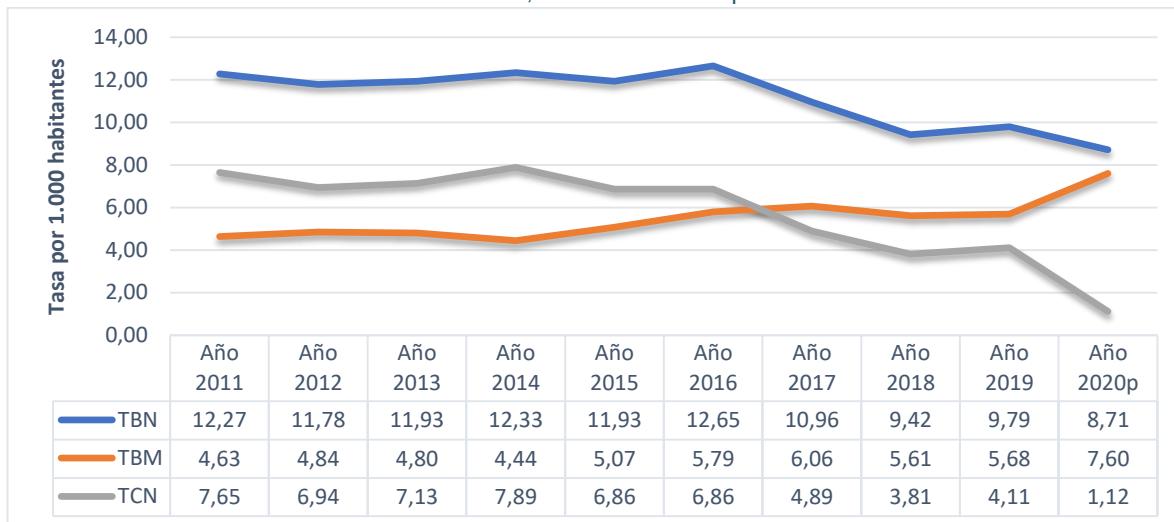
Tasa bruta de natalidad, tasa bruta de mortalidad y tasa de crecimiento natural

La *tasa bruta de natalidad* –TBN- es la cantidad de nacidos vivos en el año por cada 1.000 habitantes. De acuerdo al análisis de la dinámica demográfica de la localidad, se observa que la tasa bruta tiene una tendencia relativamente estable pasando de 12,27 nacimientos por cada 1.000 nacidos vivos en el año 2011 a una tasa de 8,71 para el año 2020, un descenso de 3,56 puntos en el indicador. Dados estos datos, se mantiene una capacidad reproductiva de la localidad.(Ver grafica 4).

La *tasa bruta de mortalidad* –TBM-, es la cantidad de muertes en el año por cada 1.000 habitantes. Para la localidad de Puente Aranda, las tasas comportaron de manera estable entre los años 2011 a 2015 y a partir del año 2016 se observa un aumento gradual del indicador. Al comparar el año 2011 y 2020, se observa un aumento de 2,97 puntos en el indicador y del 64,19%. Situación que puede ser debida a la pandemia de COVID-19.(Ver Grafica 4).

La *tasa de crecimiento natural* –TCN- a la diferencia entre la tasa de natalidad menos tasa de mortalidad de una población, si el número de nacimientos en un año es superior al número de defunciones en ese mismo año se dice que la tasa de natalidad es mayor a la de mortalidad, es decir, la población aumenta. Dicho lo anterior, se puede evidenciar que la localidad de Puente Aranda es una población con crecimiento positivo. A pesar que la tasa de crecimiento natural es fluctuante y con tendencia al descenso (específicamente desde el año 2016), se mantiene un crecimiento de la población a expensas principalmente del crecimiento vegetativo de la misma, dado que el balance entre los nacimientos y defunciones es positivo. Se concluye que la localidad de Puente Aranda es un territorio que se encuentra en proceso de transición demográfica, que sigue manteniendo su capacidad reproductiva, a pesar del descenso de la tasa de crecimiento natural desde el año 2016. (Ver Grafica 4).

Grafica 4. Tasa bruta de natalidad, tasa bruta de mortalidad y tasa de crecimiento natural, localidad de Puente Aranda, años 2011 a 2020p



Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE a partir de indicadores demográficos Localidades y Bogotá 2010-2021, — Secretaría Distrital de Salud, bases descargadas en marzo de 2022

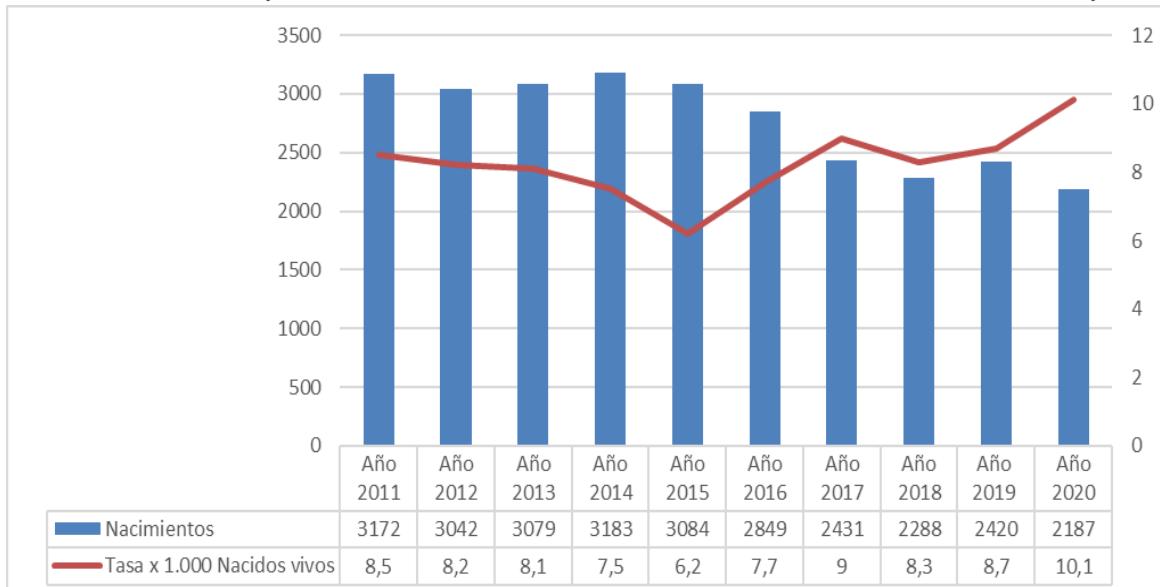
Tasa de mortalidad infantil

Este indicador, mide la frecuencia de las defunciones ocurridas en niños menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos en un área y periodo determinado. La mortalidad infantil se define como “*la probabilidad que tiene un recién nacido de morir antes de cumplir un año de vida. La medición de este indicador refleja las condiciones de salud de los niños y las niñas de la localidad y sus determinantes sociales*”¹.

Durante los años 2011 a 2020p se observa un comportamiento fluctuante del indicador con tendencia al ascenso. Para el inicio del periodo se presentaron 27 defunciones infantiles y una tasa calculada de 8,5 por cada 1000 nacidos vivos, y finalizo en el 2020p con una tasa de 10,7 por cada 1000 nacidos vivos y un total de 22 muertes infantiles. Cabe resaltar que el número de nacimientos, así como el número de defunciones infantiles han disminuido de manera gradual en la localidad desde el año 2011.(Ver grafica 5).

¹ Definición tomada de Observatorio de Bogotá, SALUDATA disponible en URL: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/demografia/tm-infantil/>

Grafica 5. Nacidos vivos y tasa de mortalidad infantil, localidad de Puente Aranda entre los años 2011 y 2020p



Fuente: Aplicativo Web RUAFA_ND, EEVV -SDSPRELIMINAR, corte 08-07-2021- ajustado 12-07-2021, Secretaría Distrital de Salud, Observatorio de salud de Bogotá-SaluData 2021, Consultado en: <https://saludcapital.gov.co/osb/>, junio de 2021

Tasa general y global de fecundidad

La tasa global de fecundidad hace referencia al número promedio esperado de hijos que tendría una mujer durante su periodo fértil, en una cohorte hipotética de mujeres no expuestas a la mortalidad, y expuestas al patrón de fecundidad de la población de interés en el momento específico de su cálculo. En la localidad de Puente Aranda, la tasa general de fecundidad calculada para el año 2011, estima que se presentaron 35,11 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil, mientras que para el año 2021, se presentaron 23,01 nacimientos por cada mil mujeres en edad reproductiva, evidenciándose así, una disminución de 12,01 puntos en el indicador, frente a lo registrado en el año 2011.

La tasa global de fecundidad tiene una tendencia estable, pues el promedio de hijos esperados pasó de 1,45 a 1,07 en los años 2011 a 2020 respectivamente, desciende en mayor medida para el año 2021, que según datos preliminares se estima en 0,92.

Tabla 13. Número de nacimientos, tasa general de fecundidad y tasa global de fecundidad, localidad de Puente Aranda, años 2011 a 2021p

Año	Nacimientos	Tasa general de fecundidad	Tasa global de fecundidad
Año 2011	3172	35,11	1,45
Año 2012	3042	33,93	1,41
Año 2013	3079	34,67	1,44

Año 2014	3183	36,23	1,51
Año 2015	3084	35,56	1,48
Año 2016	2849	38,63	1,64
Año 2017	2431	33,86	1,44
Año 2018	2288	27,86	1,15
Año 2019	2420	29,41	1,20
Año 2020p	2187	26,56	1,07
Año 2021p	1893	23,01	0,92

*Año 2020 y 2021 Datos preliminares

Fuente: Indicadores demográficos Localidades y Bogotá 2010-2021, — Secretaría Distrital de Salud, bases descargadas en marzo de 2022

Tasas específicas de fecundidad

El periodo reproductivo de una mujer generalmente comprende el grupo etario entre los 15 a 49 años, sin embargo, la edad fértil de una mujer (que es la capacidad de ovular y quedar embarazada) se encuentra en el rango de edad de los 10 a 54 años, razón por la cual se incluyen en la tasa específica de fecundidad. La gestación en edades extremas de gestación (mujeres menores de 20 años y mayores de 45 años) cobra especial importancia, ya que en este grupo de edades el aspecto fisiológico y los factores psicosociales, pueden jugar un rol relevante para el desarrollo de otras condiciones tales como complicaciones del embarazo, parto y puerperio que conlleven a desenlaces como la mortalidad materna, perinatal e infantil, que son eventos de gran importancia en Salud Pública.

Tabla 14. Tasa de fecundidad por grupo de edad en quinquenios, localidad de Puente Aranda, años 2011 a 2020p

Grupo de edad de la madre	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020p	2021p
10 a 14	1,12	0,69	0,47	0,73	0,50	0,57	0,29	0,43	0,87	0,59	0,45
15 a 19	40,34	37,73	43,21	40,22	32,39	34,60	28,55	23,88	23,44	19,17	16,60
20 a 24	76,03	72,80	74,48	75,33	68,53	85,29	76,78	49,84	57,34	48,61	40,35
25 a 29	73,98	68,39	73,24	77,83	80,22	91,52	79,62	56,64	56,12	57,66	48,56
30 a 34	58,55	57,62	54,52	62,71	67,28	67,57	58,86	33,25	54,61	48,80	40,94
35 a 39	31,91	34,75	32,78	36,13	37,17	39,07	35,35	57,52	36,76	28,20	28,90
40 a 44	7,35	8,69	8,93	7,98	8,36	8,09	8,80	8,43	9,89	9,24	7,12
45 a 49	0,94	1,06	0,96	0,54	0,99	1,05	0,55	0,59	0,61	0,86	0,98
50 a 54	0,25	0,24	0,12	0,12	0,47	0,13	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00

Fuente: RUAf/DANE Certificado de nacidos vivos de mujeres entre los 10 - 14 años y 15 a 19 años. Proyecciones de población por localidades para Bogotá D.C, DANE y SDP 2000 - 2015 de junio 13 del 2008. Secretaría Distrital de Planeación. Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos. Dirección de Estudios Macro. Boletín No. 69, diciembre 2014. Proyecciones de población por localidades para Bogotá 2016 – 2020. Secretaría Distrital de Salud,

Observatorio de salud de Bogotá-SaluData 2021, Consultado en: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>, marzo de 2022

En la localidad de Puente Aranda, la tasa específica de fecundidad en el grupo de niñas entre los 10 a 14 años presento un comportamiento fluctuante a lo largo del periodo analizado, para el año 2011 se encuentra en 1,12 nacimientos por cada mil niñas y para el año 2021, en 0,45 nacimientos por cada mil niñas, donde se evidencia una disminución de 0,67 nacimientos a lo largo del periodo y un leve decrecimiento en este indicador, lo cual es positivo para contribuir a unas mejores condiciones en este grupo de la localidad.

Para el grupo de adolescentes de 15 a 19 años también se presenta una reducción de la tasa de fecundidad, encontrando 40,34 nacimientos por cada mil adolescentes para el año 2011 y para el año 2021 una tasa en 16,60 nacimientos por cada mil adolescentes, con una disminución de 23,74 nacimientos.

Las mayores tasas específicas de fecundidad se ubican entre los 20 a 24 años en todo el periodo analizado, a pesar, de presentar una tendencia fluctuante.

1.2.5. Poblaciones diferenciales

“El autorreconocimiento étnico hace referencia al sentido de pertenencia que expresa una persona frente a un colectivo de acuerdo con su identidad y formas de interactuar en y con el mundo. Se refiere a la conciencia individual de compartir ciertas creaciones, instituciones y comportamientos colectivos de un determinado grupo humano. En este contexto, cada persona libremente y por sí misma se reconoce como perteneciente a un grupo étnico, por compartir, practicar, y/o participar de valores, conceptos, usos y costumbres específicos y distintivos”(18)

Para el año 2018, se autorreconocieron 1.894 personas de la localidad dentro de algún grupo étnico, lo que equivale al 0,73% de la población para este año, donde el 49,3% (n= 934) corresponde a mujeres y el 50,7% (n=960) corresponde a hombres. El grupo étnico de mayor representación en la localidad es el afrocolombiano o afrodescendiente con el 79,0% (n=1.496), seguido del grupo étnico indígena con el 17,5% (n=332), en tercer lugar, se encuentra el grupo étnico Raizal del Archipiélago de San Andrés con el 1,7% (n=32).

Tabla 15. Autorreconocimiento étnico, localidad de Puente Aranda, año 2018

Autorreconocimiento Étnico	Mujeres	Hombres	Total	%
Palanquero de San Basilio	2	3	5	0,3%
Rrom (gitana)	14	15	29	1,5%
Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia	10	22	32	1,7%
Indígena	168	164	332	17,5%
Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o Afrodescendiente	740	756	1.496	79,0%
Total	934	960	1.894	100,0%

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE a partir de proyecciones poblacionales DANE - CNPV 2018

La mayoría de los Rrom se encuentran ubicados en la localidad de Kennedy (80%), seguido de la localidad de Puente Aranda (8%) y en menor escala en Barrios Unidos, Chapinero y Engativá. Esta ubicación se da porque la *kumpaña* (comunidad) se encuentra en la localidad de Kennedy y prefieren permanecer cerca de su comunidad. Así mismo, la ocupación en estos territorios es debido a las dinámicas económicas y de asentamiento particulares que se dieron en los años 50 en Bogotá, así lo muestra el siguiente relato:

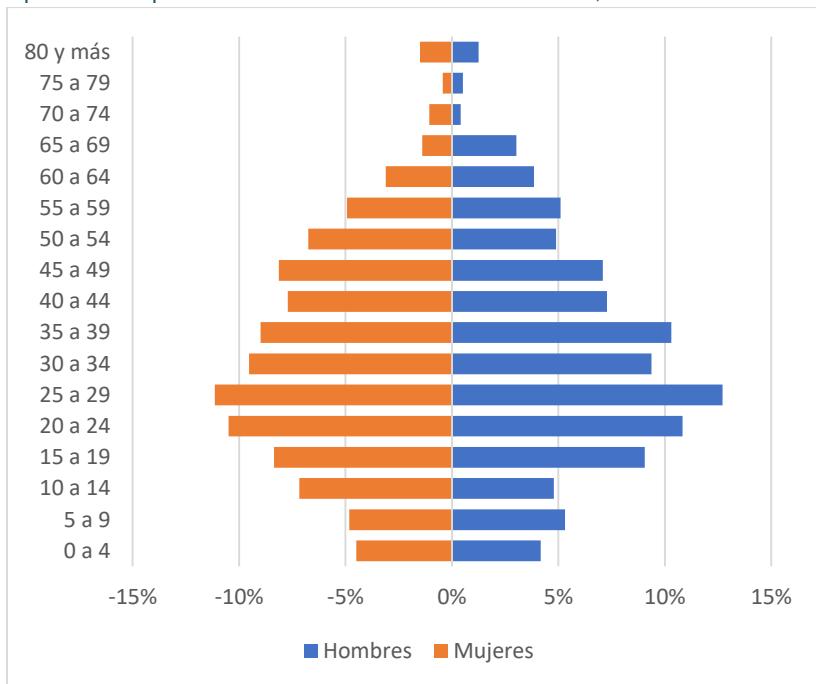
[...] En la localidad de Puente Aranda donde antiguamente era Nacional de Chocolates había una zona sin construcción donde llegaron los gitanos con sus carpas, en ese tiempo el alcalde de Bogotá, les ofreció ese terreno para que se quedaran y fuera territorio de gitanos, pero el pensamiento del gitano no era quedarse y hacer raíces en un lugar, sino recorrer, conocer, andar, viajar de lugar en lugar y no aceptaron. Con algunas excepciones, una de ellas, el señor José Demetrio "Cacobaña" como lo llamamos nosotros, se hizo a un lote muy cerca de ahí, diagonal a la iglesia ubicada en la Cra. 56 con calle 17, donde tenía un local de mecánica y uno de latonería, donde por costumbre y cultura gitana, se recibía a todo aquel que viniese de cualquier lugar del mundo con mucho aprecio por ser gitano..." (19).

Pirámide poblacional étnica

A nivel general, se evidencio una pirámide poblacional regresiva con su base estrecha y ancha en las edades medias, indicando disminución en la natalidad.

Referente a la distribución por grupos de edad, la mayor concentración de población autorreconocida se ubica en las edades de 20 a 29 años con el 22,6% (n=428), y en menor proporción en los mayores de 70 años en adelante con 2,6% (n=49), indicando que es una población joven económicamente activa, donde los jóvenes 25 a 29 años agrupa el mayor peso porcentual con el 11,9% de la población étnica autorreconocida en la localidad. (Ver Grafica 6).

Grafica 6. Pirámide poblacional población con autorreconocimiento étnico, localidad de Puente Aranda, 2018



Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE a partir de proyecciones poblacionales DANE - CNPV 2018

Se destaca en la población negro(a), mulato(a), afrocolombiano (a) o afrodescendiente los grupos de 15 a 49 años, con el 65,2% (n=975) de las personas auto reconocidas, mientras que los adultos mayores de 60 años agrupan el 8,8% (n=157).

En el grupo indígena los menores de 15 años representan el 18,7% (n=62) y los mayores de 60 años solo el 5,1% (n=5), indicando que hay una mayor proporción de personas jóvenes y adultas en este grupo poblacional, específicamente el grupo de 25 a 29 años con el 17.8% (n=59).

Tabla 16. Distribución población con autorreconocimiento étnico y grupo de edad, localidad de Puente Aranda, 2018

Grupo etario por quinquenio	Indígena	ROM (gitana)	Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia	Palanquero de San Basilio	Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o Afrodescendiente	Total general
0 a 4 años	18	2	0	0	62	82
5 a 9 años	22	1	0	0	73	96
10 a 14 años	22	0	0	0	91	113
15 a 19 años	30	1	1	0	133	165
20 a 24 años	42	5	5	2	148	202
25 a 29 años	59	7	2	0	158	226
30 a 34 años	29	0	4	1	145	179
35 a 39 años	28	2	4	0	149	183
40 a 44 años	17	0	2	1	122	142

45 a 49 años	19	3	2	0	120	144
50 a 54 años	14	2	4	1	89	110
55 a 59 años	15	2	3	0	75	95
60 a 64 años	12	1	0	0	53	66
65 a 69 años	1	1	2	0	38	42
70 a 74 años	2	0	1	0	11	14
75 a 79 años	0	1	0	0	8	9
80 años y más	2	1	2	0	21	26
Total general	332	29	32	5	1496	1894

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE a partir de proyecciones poblacionales DANE - CNPV 2018

De acuerdo con el análisis realizado por la Alcaldía Mayor de Bogotá relacionado con población afrodescendiente e indígena para el 2014, las problemáticas más relevantes se centran en los imaginarios y estereotipos negativos infundados alrededor de estas poblaciones, los cuales limitan sus posibilidades de acceder a derechos básicos como son educación, vivienda y empleo; adicionalmente, se registró elevada incidencia de abandono escolar asociado a precarias condiciones socioeconómicas, sumado a la baja de oferta de becas y su divulgación. Respecto a la vivienda, estos grupos poblacionales, presentan gran dificultad para conseguir casas o apartamentos en arriendo, debido al imaginario de sus costumbres contrastantes con las del entorno, sumado a condiciones de pobreza presentes en la mayoría de la población (situaciones más predominantes en la población afro) (20).

El espacio público se presenta como un escenario hostil asociado a episodios de discriminación, originados por sus rasgos físicos, color de piel, vestuario, etc., sumado a los imaginarios arraigados (mayor disponibilidad sexual y prostitución) a cerca de las mujeres afrodescendientes las cuales informaron el tema de acoso sexual, debido al imaginario arraigado en la sociedad.(20)

Con respecto al acceso a servicios de salud, tanto para la población Rrom como indígenas, no se evidencia un trato diferenciado frente a la población blanca-mestiza; se refieren barreras de acceso frente a la dificultad de expresarse en español y a la solicitud de documentos de identidad para acceder al servicio. Sin contar con aquellas personas con condición étnica que suman otra condición de vulnerabilidad y requieren ser atendidas en salud, como por ejemplo las afectaciones por desplazamiento, cuya atención se limita ante la solicitud del certificado que acredita su condición de desplazado en el territorio nacional (20).

Algo similar ocurre en la ciudad con la población Rrom, en particular en las mujeres, las cuales son marginadas por su forma de vestir y las prácticas de quiromancia y cartomancia, propias de la comunidad. Por otro lado, refieren una menor oferta educativa para su comunidad, que integre los modelos y currículos propios de la cultura Rrom. Todos estos elementos deben ser apropiados en los primeros niveles de enseñanza para que permitan un aprendizaje intercultural y se conserve la identidad del pueblo Rrom, como se evidencia

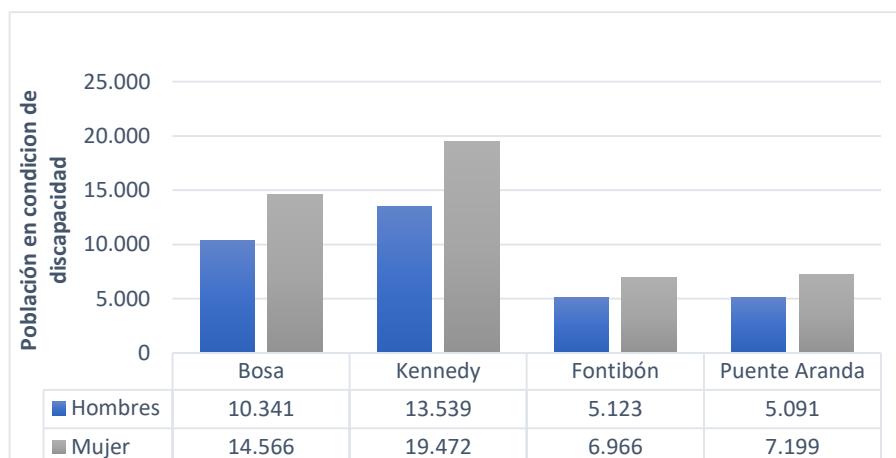
en la cartilla población étnica de Bogotá pueblo Rrom o gitano, realizada por la Secretaría Distrital de Gobierno en el año 2020(21).

Población con Discapacidad

De acuerdo con el Censo DANE 2018, en Colombia hay 1.784.372 personas con discapacidad, correspondientes al 4,07% de la población nacional y en Bogotá el 6,5 % (22). El Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad-RLCPD- en el mes de agosto de 2020 reportó en la ciudad la mayor cuota de personas con discapacidad en el momento de curso de vida vejez, con mayor prevalencia en las mujeres.

Para el 31 de agosto de 2020, el observatorio de Salud de Bogotá reconoce a la localidad de Puente Aranda en el décimo lugar de población con discapacidad. De igual forma llama la atención que al igual que las otras localidades, la población femenina representa la mayoría de la población con esta condición, tal como se observa en (Grafica 7).

Grafica 7. Población con discapacidad por sexo, 2020



Fuente: Registro para el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad-Certificación Ministerio de Salud y Protección Social-Secretaría Distrital de Salud. Corte de la información a agosto 31 de 2020

Según el estudio de Gómez et.al realizado en el 2015, las principales problemáticas de la población con discapacidad están asociadas a una mayor vulnerabilidad “debido a la presencia de una serie de características en las personas con discapacidad y sus hogares como son; a. Pobres condiciones de salud; b. Niveles educativos más bajos; c. Menor vinculación a actividades económicas y menores ingresos que la población sin discapacidad; d. Los hogares con algún integrante con discapacidad tienden a ser más pobres que aquellos donde no los hay; e. La discapacidad genera costos adicionales para el hogar, derivados de las necesidades particulares en salud, rehabilitación, transporte, cuidadores, dispositivos de asistencia, etc., y; f. Las barreras presentes (actitudinales, en el transporte, espacio público, etc.) presionan el aislamiento y la dificultad para lograr vidas independientes o una participación activa en la sociedad”. En ese sentido, los desafíos para

la población con discapacidad se basan en el desarrollo de vida independiente y autónoma, donde se garantice la inclusión efectiva en los entornos educativo, productivo, cultural, deportivo y artístico. (23)

Adicionalmente, en el marco de la pandemia por la COVID-19 se evidencian cambios en las dinámicas individuales y familiares, que han expuesto las brechas de desigualdad e inequidad para la población, mostrando una generalidad en el aumento a las necesidades básicas insatisfechas (24)

Recuperadores de Oficio

Según el Registro Único de Recicladores de Oficio -RURO-, con corte a diciembre de 2020 existen 24.310 recicladores, con presencia en todo el Distrito, ubicados principalmente en las localidades de Kennedy 20%, Ciudad Bolívar 12%, Suba y Bosa con el 10% respectivamente.

Una parte de la población recuperadora de oficio se encuentra distribuida por organizaciones gremiales, principalmente mediante asociaciones sin ánimo de lucro. Para la caracterización de organizaciones de recicladores de oficio realizada por la Secretaría de distrital de salud para el año 2018, registraron aproximadamente 126 prácticas organizativas en Bogotá, de las cuales 8 pertenecen a la localidad de Puente Aranda (25).

Las problemáticas generales que enfrenta la población radican en que su actividad laboral es principalmente informal, lo cual no da garantías económicas que se reflejen en la capacidad adquisitiva de los mismos; en este sentido un 5% del total de recuperadores caracterizados en el distrito tienen la condición de habitabilidad en calle y el 44% residen vivienda arrendada. Adicionalmente, solo el 6% de la población se encuentra afiliada al sistema de salud en el régimen contributivo y únicamente el 1% cuenta con afiliación a Aseguradora de Riesgos Laborales-ARL. (26).

Sumado a lo anterior, se evidencio un alto nivel de analfabetismo, puesto que el 43% de recuperadores de oficio no saben leer ni escribir, lo cual influye en la baja probabilidad de acceso a otro tipo de ocupación, que se ve reflejado en el 51% de la población recuperadora, que lleva entre 6 y 10 años en este oficio, sin contar que a este tipo de ocupación se suma la vinculación de los demás miembros de familia, lo cual conlleva a una reproducción de las condiciones socioeconómicas del entorno familiar. (26).

Habitante de Calle

El termino habitante de calle hace referencia a “todo ciudadano o ciudadana que permanece en calle durante días continuos o se ubica temporalmente en un lugar especial de alojamiento (instituciones privadas o públicas, paga diarios o lugares de consumo) y hace

de la calle su espacio físico, social y cultural en donde solventa todas sus necesidades” (27)

Para el 2017, según el censo de habitantes de calle realizado por el DANE, Puente Aranda, es la cuarta localidad después de Santa Fe, Mártires y Kennedy con mayor presencia de personas con habitación en calle. Frente a las localidades que integran la Subred, Puente Aranda ocupa el segundo lugar con mayor presencia de habitantes en condición de calle donde se registran 472 personas aproximadamente de las cuales el 47,2% corresponde a población masculina (28). De igual forma se identifica que el momento de curso de vida que más registra esta condición corresponde a la población adulta entre los 28 y 39 años. (10).

Respecto a las condiciones de salud pública se identifica que del 52,5% de los habitantes de calle entrevistados para la localidad de Puente Aranda, 93,5% es decir 232 personas duermen en la calle, lo que implica una mayor posibilidad de contraer enfermedades por las condiciones sanitarias y las temperaturas a las que se enfrenta la población, sumado al consumo de algún tipo de sustancia, ya que, para el caso de Puente Aranda, 237 personas de las 248 encuestadas manifestaron ser consumidores de algún tipo de sustancia. (10).

Dentro de las principales afectaciones de salud se destaca que el 9,6% de la población censada manifiesta tener algún tipo de enfermedad crónica como VIH, tuberculosis, cáncer, diabetes, o hipertensión (que además es una de las más frecuentes), y un 21.3% manifiesta tener algún tipo de discapacidad. (10).

En las UPZ 40 Ciudad Montes y UPZ 41 Muzú, en los Barrios Ciudad Montes y Alcalá según la base de datos de vigilancia comunitaria de Vigilancia en Salud Pública de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E años 2018 y 2020 evidencio que a lo largo del caño se encuentra gran número de habitantes de calle generando una considerable cantidad de residuos sólidos, malos olores y percepción de inseguridad para los habitantes del sector.

Víctimas del Conflicto Armado

La localidad de Puente Aranda es la segunda localidad con menor número de víctimas de conflicto, en comparación con las demás localidades de la subred, registrando 6.453 personas víctimas de conflicto armado, seguida por Fontibón; sin embargo, esta cifra ha presentado un aumento en comparación con el año 2018 en que se registraron alrededor de 3.488 víctimas de conflicto en la localidad, lo que indica que en un periodo corto de tiempo la localidad sigue recibiendo un alto número de población (11).

Adicionalmente, respecto al curso de vida predominante para la localidad, se destaca la población adulta femenina entre los 29 y 59 años, con cerca de 960 personas registradas (29).

Dentro del grupo poblacional de la localidad se registran además 97 personas en condiciones de discapacidad, siendo la cifra más baja para las 4 localidades de la subred, con predominancia en la población masculina mayor de 29 años. (11).

Según el informe de inclusión de víctimas y desmovilizados 2019, el conflicto armado que hemos vivido en el país durante décadas, perpetuó las condiciones para que hoy en día las víctimas y los desmovilizados continúen estando en desventaja frente al resto de la población en aspectos como la salud, los ingresos, la educación, y los derechos laborales. De acuerdo con la unidad para víctimas, el 40% de los hogares desplazados no generan ingresos y el 38% de la población víctima que se encuentra buscando trabajo, no reporta tener experiencia laboral, este porcentaje es mayor que el promedio de personas que buscan trabajo (34.1%). (30).

El 9,7% de la población víctima mayor de 15 años es analfabeta mientras que el promedio nacional es 5,7%. este porcentaje se incrementa para los mayores de 40 años donde asciende a 21% de la población, más del 65% de la Población víctima sufre de algún trastorno mental, pero menos del 25% busca atención psicológica; de los cuales menos del 20% logra recibir ayuda a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS. (30).

LGBTI

Las siglas LGBTI se utilizan para describir a los diversos grupos de personas que no se ajustan a las nociones convencionales o tradicionales de los roles de género masculinos y femeninos. La sigla es una forma de agrupar no es fija y evoluciona rápidamente, en la medida en que emergen nuevas formas identitarias que incluyen a personas como a los Queers (31).

Para el 2017, la Secretaría Distrital de Planeación –SDP- identificó que en Bogotá había 52.704 personas del sector LGBTI con mayor participación de hombres gais reconociendo a 25.073 dentro del mismo; por otro lado, el sector con menos representación son los hombres transgénero, en el que se reconocieron 322 para todo el distrito. Dentro de la misma caracterización se posiciona la localidad de Puente Aranda como la cuarta localidad de la subred respecto a la presencia del sector LGBTI, distribuidas de la siguiente forma; 163 personas lesbianas, 291 personas gais, 53 personas bisexuales, 52 mujeres trans, 24 hombres trans y 24 personas intersexuales (32).

En la Encuesta bienal de culturas 2015, realizada sobre representaciones sociales se analizó los imaginarios de la ciudadanía en relación con la prohibición a las personas de los sectores LGBTI de una serie de acciones, lo cual se conoce como indicador de prohibición. Al respecto en la localidad de Puente Aranda al preguntar ¿suele usted sentirse angustiado por temor a ser agredido (a) por su orientación sexual? la población femenina manifestó sentirse angustiada por temor a ser agredida por su orientación sexual

en un 8,7% (9.376), mientras que el 88,5% (95.382) expreso no tener ningún temor frente a estas circunstancias. En relación a la población masculina, el 4,8% (4.360) aseguró sentirse atemorizado frente al 93,9% (85.295) que no lo sienten así. Por lo tanto, se puede observar que la población femenina se ha sentido atemorizada en mayor proporción que la población masculina. (33).

De acuerdo con la OMS, la falta de información sobre la salud de la población LGBTI en América oculta la situación sanitaria de la misma y genera demoras en las acciones que puedan contribuir a mejorar su salud tanto física como emocional. En este sentido, la población LGBTI no solo está expuesta a enfermedades infecciosas de tipo VIH, hepatitis virales y otras de transmisión sexual, sino que además presentan un mayor grado de vulnerabilidad frente a situaciones de violencia extrema relacionadas con el prejuicio y la ignorancia sobre las realidades de los mismos afectando su integridad emocional (36); en ese sentido, dentro de las principales problemáticas, identificadas por los equipos de salud pública de la Subred Sur Occidente predominan las Barreras de acceso en atención en salud y el aumento en la percepción de inseguridad por parte de los sectores sociales LGBTI y de mujeres.

Personas con Actividades Sexualmente Pagas – ASP-

El observatorio de mujeres y equidad de género de la Secretaría Distrital de la mujer, desde el año 2017 ha venido adelantando el proceso de caracterización de las personas que realizan actividades sexuales pagas (ASP), es decir que reciben algún tipo de retribución económica o material por prestar servicios sexuales. Esta población se incluye dentro de los enfoques diferenciales de los sectores administrativos debido a la alta exposición a situaciones de vulneración de derechos a los que se enfrentan quienes realizan este tipo de trabajo, debido a la interacción de múltiples factores, identidades y actores que componen la actividad sexual.

En la caracterización del 2017 se logró entrevistar a 2.758 personas que realizan ASP, de las cuales el 1.6% se encontraba en la localidad de Puente Aranda, lo que indica que, el número de personas que realizan esta actividad no es muy alto, no obstante es importante prestar atención a las condiciones en que se desarrolla. Las modalidades de contacto son en un 80,8%, en bares, whiskerías y burdeles..., y el 19,2% entabla el contacto en la calle, específicamente en plazoletas, parques y frente a los establecimientos.

Por otra parte, es preocupante que tan solo el 53.8% (n=3.818), de las personas que ejercen este tipo de actividad, se encuentren afiliadas al sistema general de salud, cifra muy por debajo de la meta distrital 93.7, situación que perpetua su vulnerabilidad y exclusión. ((34)

1.2.6. Población Migrante

La migración puede entenderse como un movimiento en que la persona como agente social toma la decisión de salir de un determinado territorio y asentarse en otro (35). Esta decisión está permeada por una serie de motivos positivos (como el acceso a mejores condiciones de vida) o negativos (como el desplazamiento forzado o las condiciones precarias de vida en el territorio de origen). En los últimos años el país ha experimentado un aumento en los flujos migratorios de población venezolana que ha ingresado de forma masiva al país y que genera ciertos cambios en las dinámicas socioeconómicas internas.

Como señala Migración Colombia para 2020, Bogotá es la principal ciudad con población procedente de Venezuela (36) ($n=1.742.927$), seguida de Barranquilla, Cúcuta, Medellín, Cali y Cartagena, que albergan un poco más del 40% del total de los venezolanos que estarían radicados en el país. Las dinámicas de movilidad en Bogotá han tenido variaciones debido al aumento del flujo migratorio siendo los años 2017 y 2018 los que presentan mayor registro. (37)

En este sentido, se identifica que la puerta de entrada a Bogotá se da por la zona Sur Occidente, particularmente, La Terminal de Transporte Salitre, y Kennedy es la principal localidad de llegada en la subred Sur Occidente (38). Posteriormente, la precariedad en recursos económicos los conduce a buscar zonas periféricas y de bajo impacto económico como Soacha, Bosa, Kennedy y Ciudad Bolívar, como también lo han identificado otros casos de estudio sobre población migrante “el 79% de los venezolanos vive en estratos 2 y 3 en localidades como Kennedy 14,6% Suba 14,3%, Bosa 10,3% y Engativá 10,3%”, y en un menor porcentaje en la localidad de Puente Aranda con el 3,4 %. (39)

Pese a la escasa información desagregada para la localidad sobre este fenómeno, si es posible establecer que debido a la estratificación que tiene la localidad para la mayoría de su territorio, se dificulta la obtención de ayudas por parte del estado, así como la caracterización detalla de las mismas, tanto para la población migrante como para la población habitante de calle, aumentando la pobreza de las mismas y las condiciones de vulnerabilidad(40).

1.3 Perfil Epidemiológico Local

1.3.1. Configuración de morbilidad en la localidad

Se realizó un análisis de la morbilidad agrupada, haciendo uso de las fuentes información que corresponden a los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS por residencia, Eventos de notificación obligatoria del Sistema de Vigilancia de la Salud Pública

– Sivigila, base de casos positivos, SARS-CoV-2/COVID-19, datos parciales 2020 a 2021, consultada 06/10/2021.

1.3.1.1. Morbilidad General

Descripción de la población por momento de curso de vida y por UPZ

La población de la localidad de Puente Aranda representa el 10,50% del total de la población de la Subred de Sur Occidente para el año 2020, la mayor concentración de la población corresponde a población adulta 42,67% (n=107.104), seguido de los jóvenes 18,57% (n=107.104), los mayores de 60 años el 16,7%, (n=42.054) y con una menor concentración primera infancia, con un 5% (n=12.564), ver tabla 17.

La UPZ 40 Ciudad Montes concentra el 40,32% del total de población de la localidad, seguido de la UPZ 43 San Rafael con el 29,10% y en tercer lugar la UPZ 41 Muzu con el 23,39%

El comportamiento de la distribución de la población por UPZ tiene el mismo patrón que el de la localidad, una mayor concentración en población adulta, seguido de los jóvenes, adultos mayores y en menor concentración infancia y primera infancia.

Tabla 17. Descripción de la población por quinquenios, localidad Puente Aranda años 2018 - 2020

Grupo Edad	Hombre s 2018	Mujere s 2018	Total población n 2018	Hombre s 2019	Mujere s 2019	Total población n 2019	Hombre s 2020	Mujere s 2020	Total población n 2020
De 0 a 4 años	6.315	5.925	12.240	6.409	5.982	12.391	6.497	6.067	12.564
De 5 a 9 años	6.597	6.308	12.905	6.599	6.251	12.850	6.610	6.188	12.798
De 10 a 14 años	7.104	6.915	14.019	7.129	6.882	14.011	7.109	6.781	13.890
De 15 a 19 años	8.779	8.375	17.154	8.393	8.020	16.413	8.111	7.824	15.935
De 20 a 24 años	11.994	10.895	22.889	12.045	10.778	22.823	11.817	10.492	22.309
De 25 a 29 años	11.658	11.000	22.658	12.274	11.350	23.624	12.729	11.585	24.314
De 30 a 34 años	10.314	9.594	19.908	10.916	9.888	20.804	11.392	10.246	21.638
De 35 a 39 años	9.267	9.127	18.394	9.519	9.304	18.823	9.895	9.468	19.363
De 40 a 44 años	7.652	8.300	15.952	8.096	8.492	16.588	8.416	8.657	17.073
De 45 a 49 años	7.378	8.449	15.827	7.369	8.253	15.622	7.391	8.118	15.509
De 50 a 54 años	7.698	9.463	17.161	7.685	9.313	16.998	7.705	9.176	16.881
De 55 a 59 años	7.029	8.521	15.550	7.432	8.803	16.235	7.672	8.968	16.640
De 60 y más años	15.969	22.279	38.248	16.786	23.269	40.055	17.712	24.342	42.054
Total general	117.754	125.151	242.905	120.652	126.585	247.237	123.056	127.912	250.968

Fuente: proyecciones poblacionales DANE - CNPV 2018, y Secretaría Distrital de Planeación. Base de Datos Geográfica Corporativa-BDG

Para el año 2020, en la localidad de Puente Aranda habitaban un total de 250.968 personas, de las cuales el 50,96% eran mujeres y el 49,03% restantes hombres, proporción que se ha mantenido durante los últimos 3 años. En cuanto a crecimiento poblacional, se observa

que para el año 2019, la población aumento en un 2,05% con respecto al 2018, mientras que para el 2020 aumento en un 1,48% al comparar con el año 2019.

En lo concerniente a grupos poblacionales, para el año 2020 los quinquenios con mayor peso porcentual en la localidad, hacen referencia al grupo de 60 años y más, con el 16,76%, le sigue el grupo de jóvenes de 25 a 29 años con el 9,69% y de 20 a 24 años, con el 9,89% Es importante anotar que el grupo de 60 años y más, reporta un ligero aumento en cada año analizado, pasando de un 15,75% (n=38.284) en el 2018, un 16,20% (n=40.055) en el 2019 y finalmente un 16,76% (n=42.054) en el 2020.

En cuanto a UPZ para el año 2020, (UPZ 40) Ciudad Montes, (UPZ 43) San Rafael y (UPZ 41) Muzu, son los territorios que concentran la mayor cantidad de población de la localidad, con un 40,33%, 29,10% y 23,39% respectivamente. A diferencia de las (UPZ 108) Zona Industrial y Puente Aranda (UPZ 111), que aportan la menor cantidad de población a la localidad con un 2,53% y 4,64% cada una de ellas.

Frente a la distribución por quinquenios, la mayor proporción porcentual se encuentra en el grupo de 60 años y más para todas las UPZ, exceptuando: Puente Aranda, donde el grupo predominante corresponde a los jóvenes de 25 a 29 años (17,33%), las proporciones más altas de personas mayores, se ubican en la UPZ 41 Muzu con un 17,52% UPZ Ciudad Montes con un 17,47% y la UPZ 43 con un 17,05%. Ver tabla 17.

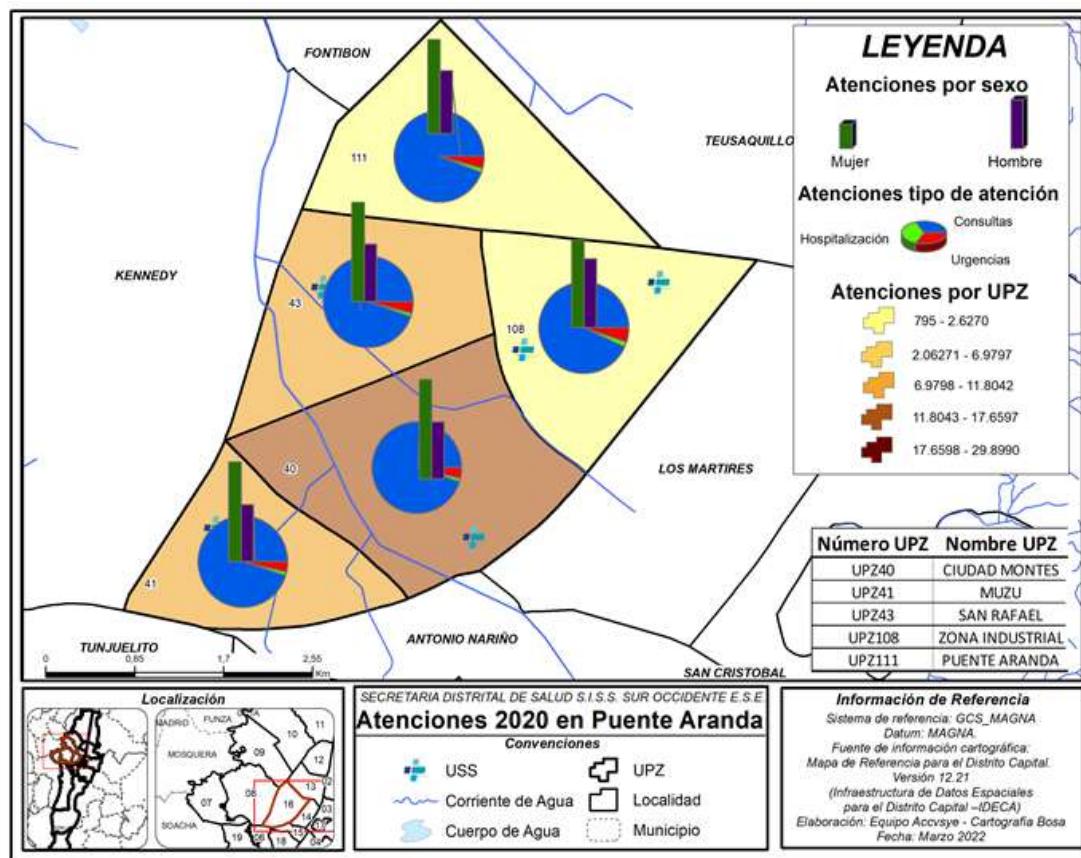
Morbilidad por Localidad y UPZ

En este apartado se realizará una descripción de las atenciones e individuos con residencia en la localidad, por UPZ, desagregado por momento de curso de vida, sexo, tipo de atención y aseguramiento.

Durante el año 2020, en la localidad de Puente Aranda se registraron 409.687 atenciones, que representaron el 13,45% de las atenciones de la Subred Sur Occidente. La UPZ 40 Ciudad Montes (n=155.668) registro el mayor número de atenciones de la localidad, con el 38,00%, en contraste con la UPZ 111 Puente Aranda que reportó el menor número de atenciones (n=13.766) con el 3,36%. (Ver tabla 18).

Por grupo de edad, en general las UPZ de la localidad presentaron un comportamiento homogéneo donde el mayor número de atenciones se dieron en el grupo de edad de 60 años y más con (n=148.331) atenciones, representando el 36,21% de las atenciones realizadas y el menor registro de atenciones se reportó en el quinquenio de 5 a 9 años, excepto la UPZ 40 Ciudad Montes cuyo menor reporte de atenciones se dio en el quinquenio de 0 a 4 años con (n=3.550) atenciones (Ver mapa 14).

Mapa 14. Morbilidad por sexo y tipo de Atenciones, localidad de Puente Aranda, año 2020



Fuente: RIPS SDS, 2020. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

Tabla 18. Morbilidad por quinquenios, localidad de Puente Aranda, años 2018-2020

Grupo Edad	# Atenciones 2018	# Individuos 2018	# Atenciones 2019	# Individuos 2019	# Atenciones 2020	# Individuos 2020	Proporción de atenciones 2018	Proporción prevalencia x 100000 habitantes, 2018	Proporción de atenciones 2019	Proporción prevalencia x 100000 habitantes, 2019	Proporción de atenciones 2020	Proporción prevalencia x 100000 habitantes, 2020
De 0 a 4 años	23.691	4.682	21.919	4.545	10.461	2.613	4,90%	38.251,63	36.679	36.679,85	0,03	20.797,52
De 5 a 9 años	19.435	4.835	18.615	4.843	9.265	2.894	4,02%	37.466,10	37.688	37.688,72	0,02	22.612,91
De 10 a 14 años	15.851	4.886	18.392	5.485	12.823	4.255	2,28%	34.852,70	39.147	39.147,81	0,03	30.633,55
De 15 a 19 años	20.487	5.801	21.375	6.254	14.546	4.478	4,23%	33.817,19	38.103	38.103,94	0,04	28.101,66
De 20 a 24 años	31.838	7.859	35.292	8.543	24.708	6.486	6,58%	34.335,27	37.431	37.431,54	0,06	29.073,47
De 25 a 29 años	35.041	8.456	40.464	9.475	30.889	7.425	7,25%	37.320,15	40.107	40.107,52	0,08	30.537,96
De 30 a 34 años	30.879	7.910	34.723	8.789	26.931	7.050	6,39%	39.732,77	42.246	42.246,68	0,07	32.581,57
De 35 a 39 años	29.865	7.623	32.942	8.581	25.130	6.680	6,18%	41.442,86	45.587	45.587,84	0,06	34.498,79
De 40 a 44 años	25.877	6.802	29.780	7.786	22.014	6.294	5,35%	42.640,42	46.937	46.937,55	0,05	36.865,23
De 45 a 49 años	27.794	6.882	31.063	7.822	22.572	6.038	5,75%	43.482,66	50.070	50.070,41	0,06	38.932,23
De 50 a 54 años	36.489	7.894	38.672	8.768	28.480	6.932	7,55%	45.999,65	51.582	51.582,54	0,07	41.063,92
De 55 a 59 años	38.959	7.822	45.556	9.208	33.537	7.597	8,06%	50.302,25	56.716	56.716,97	0,08	45.655,05
De 60 y mas años	146.996	30.059	191.274	37.969	148.331	31.494	3,04%	78.589,73	94.792	94.792,16	0,36	74.889,43
Total general	483.202	111.511	560.067	128.068	409.687	100.236	100,00%	45.907,25	51.799	51.799,69	1,00	39.939,75

Fuente: RIPS SDS año 2018-2020

Morbilidad general por Sexo

En el análisis de morbilidad por sexo en la localidad de Puente Aranda para el periodo 2018 a 2020, se realizó un total de atenciones a mujeres de (n=940.603) con el 64,74% y (n=512.353) con el 35,26% atenciones en hombres. Para el año 2020, se observa una disminución en las atenciones de las mujeres en un 27,77%, al igual que en las atenciones en hombres en el 25,23%, ver tabla 19.

Respecto al comparativo de UPZ y la localidad de Puente Aranda, para el año 2020 la mayor proporción de atenciones tanto en mujeres como en hombres se dio en la UPZ 40 Ciudad Montes con 24,15% (n=98.920) al igual que en hombres una proporción de 13,85% (n=56.748).

Tabla 19. Morbilidad por sexo, localidad de Puente Aranda, años 2018-2020

Sexo	# Atencio nes 2018	# Individ uos 2018	# Atencio nes 2019	# Individ uos 2019	# Atencio nes 2020	# Individ uos 2020	Proporción de atenciones 2018	Proporción prevalencia x 100000 habitantes, 2018	Proporción de atenciones 2019	Proporción prevalencia x 100000 habitantes, 2019	Proporción de atenciones 2020	Proporción prevalencia x 100000 habitantes, 2020
Femenino	325.772	66.792	356.984	73.356	257.847	57.205	0,6 7	27.497, 17	0,6 4	29.670, 32	0,6 3	22.793, 74
Masculino	157.430	44.719	203.083	54.712	151.840	43.031	0,3 3	18.410, 08	0,3 6	22.129, 37	0,3 7	17.146, 01
Total general	483.202	111.511	560.067	128.068	409.687	100.236	1,0 0	45.907, 25	1,0 0	51.799, 69	1,0 0	39.939, 75

Fuente: RIPS SDS años 2018-2020

Morbilidad por tipo de atención

Por tipo de atención en la localidad de Puente de Aranda las consultas y hospitalizaciones disminuyeron comparativamente del año 2019 al 2020, en un 30,84% y en el 0,78% al igual que las consultas de urgencias con el 5,09%, ver tabla 20.

Por UPZ, Ciudad Montes UPZ 40 es la que mayor número de consultas presentó para el año 2020 tanto en consulta externa, como hospitalización y urgencias, mientras que la UPZ 111 Puente Aranda es la de menor número de consultas comparativamente.

Tabla 20. Morbilidad por tipo de atención, localidad de Puente Aranda, años 2018-2020

Tipo atención	# Atenciones 2018	# Individuos 2018	# Atenciones 2019	# Individuos 2019	# Atenciones 2020	# Individuos 2020	Proporción de atenciones 2018	Proporción prevalencia x 100000 habitantes, 2018	Proporción de atenciones 2019	Proporción prevalencia x 100000 habitantes, 2019	Proporción de atenciones 2020	Proporción prevalencia x 100000 habitantes, 2020
Consultas	436.836	91.181	514.684	105.860	388.335	87.343	0,9	37.537,0	0,9	42.817,2	0,9	34.802,44
Hospitalizaciones	7.160	5.230	8.287	5.937	5.093	3.706	0,0	2.153,1	0,0	2.401,3	0,0	1.476,6
Urgencias	39.206	15.100	37.096	16.271	16.259	9.187	0,0	6.216,4	0,0	6.581,1	0,0	3.660,6
Total general	483.202	111.511	560.067	128.068	409.687	100.236	1,0	45.907,0	1,0	51.799,0	1,0	39.939,75

Fuente: RIPS SDS años 2018-2020

Morbilidad según causas CIE-10

A partir de los registros de prestación de servicios RIPS, entre 2018 y 2020 se presentaron 1.452.956 atenciones, donde el mínimo de atenciones se registró en el 2020 (n=409.687), en promedio cuatro atenciones por persona y el máximo de atenciones se registra para el 2019 (n= 560.067). En primer lugar, se registra como motivo de consulta gran causa signos y síntomas y afecciones mal definidas, con un máximo de atenciones para el 2020 (n= 122.173) con el 29,82% seguido de las afecciones cardiovasculares (n=35.762) con el 8,73%, en tercer lugar, las enfermedades no transmisibles (n=35.452) con el 8,65%, ver tabla 21.

Respecto a los subgrupos de causa para localidad se tiene para el 2020 como primer motivo de consulta los subgrupos de causa se encuentran, signos y síntomas y afecciones mal definidas, con una proporción del 30,0% de las atenciones, en segundo motivo de consulta se tiene hipertensión esencial con el 8,73% y en tercer lugar las enfermedades musculoesqueléticas, con el 8,65%.

El comportamiento de atenciones por UPZ igualmente que para la localidad se encuentra como primer motivo de consulta, para los subgrupos de causa se encuentran, signos y síntomas y afecciones mal definidas, para las UPZ 40 Ciudad Montes con (n=44.668) atenciones, con una proporción del 29%, la UPZ 41 Muzo, (n=29.599) atenciones, con el 30% en la proporción, la UPZ 43 San Rafael con (n=35.965) atenciones, con una proporción del 30%, en la UPZ 108 Zona Industrial con 7.600 atenciones con el 31% de proporción y UPZ 111 Puente Aranda con (n=6.743) atenciones con el 31% de proporción. Respecto al segundo motivo de consulta se tiene hipertensión esencial destacándose nuevamente la

UPZ 40 Ciudad Montes con (n=13.982) atenciones con el 9% de proporción, seguido de la UPZ 43 San Rafael con (n=10.379) atenciones, con el 9% de proporción, las enfermedades musculoesqueléticas como tercer motivo de consulta se encuentra en primer lugar la UPZ 40 Ciudad Montes con (n=13.757) atenciones, con el 9% de proporción.

Tabla 21. Morbilidad según causas CIE 10, localidad de Puente Aranda, años 2018-2020

Grandes causas, 2018	Subgrupos de causa, 2018	Proporción de atenciones 2018	Concentración de atenciones por dx, 2018	Proporción de atenciones 2019	Concentración de atenciones por dx, 2019	Proporción de atenciones 2020	Concentración de atenciones por dx, 2020
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	35,14%	7,20	29,80%	6,93	29,82%	5,78
Enfermedades cardiovasculares	Hipertensión Esencial	5,60%	9,57	6,48%	9,64	8,73%	8,92
Enfermedades no transmisibles	Enfermedades musculoesqueléticas	9,37%	4,27	9,49%	4,61	8,65%	4,14
Enfermedades no transmisibles	Condiciones orales	7,43%	5,00	8,65%	5,42	6,59%	4,47
Enfermedades no transmisibles	Enfermedades genitourinarias	5,74%	4,70	5,36%	4,39	5,72%	4,28
Enfermedades no transmisibles	Desordenes endocrinos	4,77%	3,68	5,19%	3,92	5,32%	3,89
Enfermedades no transmisibles	Enfermedades de los órganos de los sentidos	5,04%	2,55	5,63%	2,66	4,89%	2,40
Enfermedades no transmisibles	Enfermedades digestivas	4,10%	3,19	4,23%	3,29	3,83%	3,02
Salud mental	Condiciones Psicosociales	2,84%	2,98	3,39%	3,50	3,38%	3,50
Salud mental	Condiciones neuropsiquiátricas	2,11%	2,57	2,89%	2,87	3,38%	3,50
Enfermedades no transmisibles	Enfermedades de la piel	2,75%	2,13	2,84%	2,22	2,86%	2,13
Enfermedades no transmisibles	Enfermedades respiratorias	2,52%	3,42	2,62%	3,70	2,55%	3,51
Enfermedades Transmisibles	Otras Enfermedades Respiratorias ERA	2,39%	3,36	2,14%	3,35	1,48%	2,57
Diabetes Mellitus (DM)	No insulino dependiente	0,81%	6,36	0,97%	7,22	1,43%	6,90
Diabetes Mellitus (DM)	Insulino dependiente	0,78%	5,85	0,94%	6,57	1,33%	7,22

Enfermedades cardiovasculares	Otras Enfermedades Cardiovasculares Terminales	0,86%	2,33	0,96%	2,48	1,17%	2,72
Cáncer	Benignos	0,81%	1,97	0,86%	2,02	0,82%	1,91
Enfermedades cardiovasculares	Otras Enfermedades Cardiovasculares	0,74%	2,90	0,81%	3,28	0,81%	3,12
Enfermedades cardiovasculares	Enfermedades cerebro-vasculares (ECV)	0,00%	0%	0,00	0,00	0,62%	4,71
Condiciones maternas	Condiciones maternas	0,00%	0%	0,68%	2,13	0,60%	2,16
Enfermedades Transmisibles	Enfermedades infecciosas intestinales	0,67%	257%	0%	0%	0%	0,00
Causa externas	Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, inclusive secuelas	0,66%	967%	0,84%	13,48	0,00	0,00
Sub total primeras 20 causas		95,14%	4,52	94,78%	4,53	94,41%	4,21
Otros diagnósticos		4,86%	2,42	5,22%	2,66	5,59%	2,74
Total		100,00%	4,33	100%	4,37	100,00%	4,09

Fuente: RIPS SDS años 2018-2020

Morbilidad según causas CIE-10, momento de curso de vida y sexo

En este apartado se especifican subgrupos de causas de morbilidad de acuerdo con la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión, que permitirá la observación del comportamiento de la morbilidad por subgrupos y quinquenios de edad especificando para cada uno las 20 principales causas de atención en el periodo de tiempo comprendido entre 2018 y 2020; para la localidad de Puente Aranda se obtuvo la distribución en 34 subgrupos como se describen a continuación.

Morbilidad atendida por quinquenios

De **0 a 4 años** se realizaron en la localidad de Puente Aranda, entre el 2018 y el 2020, 55.415 atenciones a niños y niñas, con un promedio de 462 atenciones. El mínimo de atenciones se registró en el año 2020 con 10.323 y un máximo en el año 2018 con 23.434. Para el año 2020 se presenta una variación de -52,33% en referencia al año 2019; no se observan diferencias relevantes por sexo.

La primera causa de consulta a nivel local para el año 2020 son el subgrupo de síntomas, signos y afecciones mal definidas con un 56,11% (n=5.973) de las atenciones, seguido de condiciones orales con el 6,30% (n=650), en tercer lugar, enfermedades respiratorias que representan el 5,25% (n=542); en cuarto lugar, anomalías congénitas con el 4,53% (n=468) y en el quinto lugar otras enfermedades respiratorias ERA con el 4,33% (n=447).

En la disagregación por UPZ se encontró lo siguiente:

- En la UPZ 40 Ciudad Montes se conserva la tendencia local con las cinco primeras causas de morbilidad.
- En la UPZ 41 Muzu registra la misma tendencia que la UPZ 40 conserva la tendencia local
- En la UPZ 43 San Rafael conserva la misma tendencia de la localidad en las dos primeras causas, en tercer lugar, se encuentra otras enfermedades respiratorias ERA, cuarto lugar enfermedades respiratorias, y en quinto lugar anomalías congénitas
- En la UPZ 108 Zona Industrial conserva la tendencia de las tres primeras causas, en cuarto lugar, condiciones neuropsiquiátricas, en quinto lugar, enfermedades de la piel.
- En la UPZ 111 Puente Aranda se registra la misma tendencia de la localidad para el primer grupo de enfermedades, en segundo lugar, enfermedades digestivas, en tercer lugar, enfermedades respiratorias, en cuarto lugar, anomalías congénitas y en quinto lugar otras enfermedades respiratorias ERA y condiciones orales.

En el quinquenio de **5 a 9 años** se realizaron entre el 2018 y el 2020, 46.781 atenciones a niños y niñas, con un promedio de 393 atenciones. El mínimo de atenciones se registró en el año 2020 con 9.141 y un máximo en año 2018 con 19.204. Para el año 2020 se presenta una variación de -50,41% en referencia al año 2019.

La primera causa de consulta a nivel local, para el año 2020 son el grupo de síntomas, signos y afecciones mal definidas con un 44,60% (n=3.711) de las atenciones, seguido de las condiciones orales que representan el 12,97% (n=1.186); en tercer lugar, registran las condiciones neuropsiquiátricas con el 9,20% (n=841); en cuarto lugar, enfermedades respiratorias con el 6,80% (n=621); y en el quinto el grupo de enfermedades de órganos de los sentidos con el 4,75% (n=434).

En la disagregación por UPZ se encontró lo siguiente:

- En la UPZ 40 Ciudad Montes se conserva la tendencia local con las cuatro primeras causas de morbilidad, se incorpora en quinto lugar las anomalías congénitas
- En la UPZ 41 Muzu registra la misma tendencia que la localidad en las cuatro primeras causas, y en quinto lugar se incorporan las enfermedades de la piel.
- En la UPZ 43 San Rafael conserva la misma tendencia de la localidad en las cuatro primeras causas, en quinto lugar, se encuentra enfermedades de los órganos de los sentidos
- En la UPZ 108 Zona Industrial presenta el mismo comportamiento de la UPZ 43
- En la UPZ 111 Puente Aranda se registra la misma tendencia de la localidad para las cuatro primeras causas y en quinto lugar se encuentran los trastornos mentales y del comportamiento.

En el quinquenio de **10 a 14** años se realizaron entre el 2018 y el 2020, 45.971 atenciones a niños y niñas, con un promedio de 383 atenciones. El mínimo de atenciones se registró en el año 2020 con 12.468 y un máximo en año 2019 con 17.960. En el 2019 se presentó un aumento en la demanda respecto al 2018, cifra que disminuyó en 2020 con un porcentaje de variación de -30,57% en referencia a 2019.

La primera causa de consulta a nivel local, para el año 2020 son el grupo de síntomas, signos y afecciones mal definidas con un 43,75% (n=5.455) de las atenciones, seguido de las condiciones orales que representan el 10,52% (n=1.312); en tercer lugar, registran las condiciones neuropsiquiátricas con el 5,33%(n=665); en cuarto lugar, el grupo de enfermedades de la piel con 5,26% (n=656) y en quinto lugar enfermedades de los órganos de los sentidos con el 4,21% (n=526)

En la disagregación por UPZ se encontró lo siguiente:

- En la UPZ 40 Ciudad Montes se conserva la tendencia local con las dos primeras causas de morbilidad, en tercer lugar, se encuentran enfermedades de la piel, en cuarto lugar, enfermedades de los órganos de los sentidos y en quinto lugar condiciones neuropsiquiátricas.
- En la UPZ 41 Muzu registra la misma tendencia que la localidad en las tres primeras causas, en cuarto lugar, se registran enfermedades de la piel y en quinto lugar enfermedades musculoesqueléticas.
- En la UPZ 43 San Rafael conserva la misma tendencia de la localidad
- En la UPZ 108 Zona Industrial presenta el mismo comportamiento de la localidad con las dos primeras causas, en tercer lugar, se encuentran las enfermedades de la piel, en cuarto lugar, las anomalías congénitas y en quinto lugar otras enfermedades respiratorias ERA.
- En la UPZ 111 Puente Aranda se registra la misma tendencia de la localidad para las cuatro primeras causas y en quinto lugar se encuentra retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta

En el quinquenio de **15 a 19** años se realizaron entre el 2018 y el 2020, 55.193 atenciones a niños y niñas, con un promedio de 467 atenciones. El mínimo de atenciones se registró en el año 2020 con 14.285 y un máximo en año 2019 con 20.925 atenciones. En el año 2019 se presentó un aumento en la demanda con respecto al 2018, cifra que disminuyó en 2020 con un porcentaje de variación de -31,73% en referencia a 2019.

La primera causa de consulta a nivel local, para el año 2020 son el grupo de síntomas, signos y afecciones mal definidas con un 36,37% (n=5.196) de las atenciones, seguido de las condiciones orales que representan el 14,21% (n=2.031); en tercer lugar, registran enfermedades de la piel con el 7,02% (n=1.003); en cuarto lugar se encuentran las condiciones neuropsiquiátricas con el 6,25% (n=893); y en el quinto lugar las enfermedades musculoesqueléticas con el 5,93% (n=848).

En la disagregación por UPZ se encontró lo siguiente:

- En la UPZ 40 Ciudad Montes se conserva la tendencia local con las dos primeras causas de morbilidad, en tercer lugar, se encuentra enfermedades musculoesqueléticas, en cuarto lugar, condiciones neuropsiquiátricas y en quinto lugar enfermedades de la piel.
- En la UPZ 41 Muzu registra la misma tendencia que la localidad
- En la UPZ 43 San Rafael conserva la misma tendencia de la localidad en las dos primeras causas, en tercer lugar, se encuentra enfermedades musculoesqueléticas, en cuarto lugar, enfermedades de la piel y en quinto lugar enfermedades de los órganos de los sentidos.
- En la UPZ 108 Zona Industrial presenta el mismo comportamiento de la localidad con la primera causa, en segundo lugar, se encuentran las enfermedades respiratorias, en tercer lugar, se encuentran condiciones psicosociales, en cuarto lugar las condiciones orales y en quinto lugar las enfermedades de la piel.
- En la UPZ 111 Puente Aranda se registra la misma tendencia de la localidad para las dos primeras causas, en tercer lugar, se encuentran las condiciones neuropsiquiátricas, en cuarto lugar, las enfermedades de los órganos de los sentidos y en quinto lugar se encuentran enfermedades de la piel, digestivas, genitourinarias y respiratorias

De **20 a 24** años se realizaron entre el 2018 y el 2020, 90.103 atenciones a jóvenes, el 70,71% fueron mujeres, y el 29,28% fueron hombres. El promedio de las atenciones fue de 757. El mínimo de atenciones se registró en el año 2020 con 24.238 atenciones y un máximo en el año 2019 con 34.624 atenciones. En el año 2019 se presentó un aumento en la demanda con respecto al 2018, cifra que disminuyó en 2020 con un porcentaje de variación de -30,00% en referencia a 2019.

La primera causa de consulta a nivel local, para el año 2020 son el grupo de síntomas, signos y afecciones mal definidas con un 44,66% (n=10.825) de las atenciones, seguido de las condiciones orales que representan el 10,31% (n=2.499); en tercer lugar, registran las enfermedades musculoesqueléticas con el 5,78% (n=1.421); en cuarto lugar, las enfermedades genitourinarias con el 5,43% (n=1.317); y en el quinto lugar las condiciones neuropsiquiátricas con el 5,32% (n=1.290).

En la disagregación por UPZ se encontró lo siguiente:

- En la UPZ 40 Ciudad Montes se conserva la tendencia de la localidad.
- En la UPZ 41 Muzu registra la misma tendencia que la localidad en las cuatro primeras causas, en quinto lugar, se encuentran enfermedades de los órganos de los sentidos.
- En la UPZ 43 San Rafael conserva la misma tendencia de la localidad en las dos primeras causas, en tercer lugar, se encuentran las condiciones neuropsiquiátricas,

en cuarto lugar, enfermedades genitourinarias y en quinto lugar las enfermedades musculoesqueléticas

- En la UPZ 108 Zona Industrial presenta el mismo comportamiento de la localidad con las dos primeras causas, en tercer lugar, se destacan las condiciones maternas, en mujeres, en cuarto lugar, se encuentran las enfermedades genitourinarias y en quinto lugar las enfermedades neuropsiquiátricas.
- En la UPZ 111 Puente Aranda se registra la misma tendencia de la localidad para las cuatro primeras causas, en quinto lugar, se encuentran enfermedades genitourinarias.

De 25 a 59 años se realizaron entre el 2018 y el 2020, 645.497 atenciones, el 67,50% fueron mujeres y el 32,50% fueron hombres. El promedio de las atenciones fue de 7,73. El mínimo de atenciones se registró en el año 2019 con 151.243 atenciones y un máximo de 217.926 atenciones para el año 2018. En el año 2020 se presentó un aumento en la demanda con respecto al 2019, con un porcentaje de variación de 20,77% en referencia a 2020.

La primera causa de consulta a nivel local, para el año 2020 son el grupo de síntomas, signos y afecciones mal definidas con un 33,42% (n=61.058) de las atenciones, seguido de enfermedades orales que representa el 11,03% (n=20.152), en tercer lugar las enfermedades músculo-esqueléticas que representan el 8,02% (n=14.657); en cuarto lugar se registran las enfermedades genitourinarias con el 7,31% (n=13.358) y en quinto lugar las desórdenes endocrinos con el 5,05% (n=9.234).

En la disagregación por UPZ se encontró lo siguiente:

- En la UPZ 40 Ciudad Montes se conserva la tendencia de la localidad en la primera causa, en segundo lugar, se encuentran las condiciones orales, en tercer lugar, las enfermedades musculoesqueléticas, en cuarto lugar, los desórdenes endocrinos y en quinto lugar las enfermedades genitourinarias.
- En la UPZ 41 Muzu registra la misma tendencia que la localidad en la primera causa, en segundo lugar, se encuentran las enfermedades musculoesqueléticas, en tercer lugar, las condiciones orales, en cuarto lugar los desórdenes endocrinos y en quinto lugar se encuentran enfermedades genitourinarias.
- En la UPZ 43 San Rafael conserva la misma tendencia de la localidad en la primera causa, en segundo lugar, se encuentra las enfermedades musculoesqueléticas, en tercer lugar, las enfermedades orales, en cuarto lugar los desórdenes endocrinos y en quinto lugar las enfermedades genitourinarias.
- En la UPZ 108 Zona Industrial presenta el mismo comportamiento de la localidad con la primera causa, en segundo lugar, se encuentran las enfermedades musculoesqueléticas, en tercer lugar, las condiciones orales, en cuarto lugar, se encuentran las enfermedades neuropsiquiátricas y en quinto lugar las enfermedades genitourinarias.

- En la UPZ 111 Puente Aranda se registra la misma tendencia de la localidad para las tres primeras causas, en cuarto lugar, se encuentran los desórdenes endocrinos y en quinto lugar se encuentran enfermedades genitourinarias.

De **60 y más años** se realizaron entre el 2018 y el 2020, 461.127 atenciones a adultos mayores, con un promedio de 3.842. El mínimo de atenciones se registró en el año 2020 con 140.028 y un máximo en el año 2019 con 181.267 atenciones. En el año 2019 se presentó un aumento en la demanda con respecto al 2018, cifra que disminuyó en 2020 con un porcentaje de variación de -22,75% en referencia a 2019.

La primera causa de consulta a nivel local, para el año 2020 son los signos, síntomas y afecciones mal definidas con el 21,52% (n=299.988) en segundo lugar se encuentra el grupo de hipertensión esencial con un 19,22% (n=26.916) de las atenciones, seguido en tercer lugar, se registran las enfermedades músculo-esqueléticas con el 10,01%(n=14.025); en cuarto lugar, aparecen las enfermedades genitourinarias con el 7,10% (n=9.941); y en el quinto lugar las enfermedades de los órganos de los sentidos con el 5,87% (n=8.231).

En la disagregación por UPZ se encontró lo siguiente:

- En la UPZ 40 Ciudad Montes se conserva la tendencia de la localidad
- En la UPZ 41 Muzu registra la misma tendencia que la localidad
- En la UPZ 43 San Rafael conserva la misma tendencia de la localidad
- En la UPZ 108 Zona Industrial presenta el mismo comportamiento de la localidad
- En la UPZ 111 Puente Aranda se registra la misma tendencia de la localidad

Morbilidad según quinquenios y grandes grupos de causas CIE-10

Para estimar las principales causas de morbilidad atendida se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad agrupa los códigos CIE10, que permite analizar las siguientes grandes categorías de causas: Afecciones originadas en periodo perinatal, Cáncer, Causa externas, Condiciones maternas, Diabetes Mellitus (DM), Enfermedades Transmisibles, Enfermedades cardiovasculares, Enfermedades no transmisibles, Salud mental y Síntomas, signos y afecciones mal definidas.

En la localidad de Puente Aranda, el mayor número de atenciones se concentra en el grupo de enfermedades no trasmisibles en las edades de 15 a 19 años y de 24 y más años, con el 52 al 55% y de 0 a 14 años se destacan las atenciones por signos, síntomas y afecciones mal definidas, con el 52 al 55% sin embargo, se puede denotar un mayor número de atenciones en el grupo de 60 y más, donde las proporciones en los años de 2018 a 2020, se encuentran entre el 7% para el 2019 y del 8% para el año 2020.

Los síntomas, signos y afecciones mal definida, son la segunda gran causa de atención, en la localidad. Se puede observar, que en los primeros años de vida entre los 0 a los 14 años,

cobran mayor importancia, pues son las causas más frecuentes de consulta, con frecuencias relativas que oscilan entre un 42% al 55%.

En tercer lugar, otro grupo que toma relevancia, son las enfermedades mentales, que tienen una incidencia importante en la población de la localidad y ascienden progresivamente en cada uno de los grupos por edad, con pesos porcentuales del 3-12%

Otros grupos como las enfermedades transmisibles, que son más prevalentes en menores de 5 años, grupo donde se reportan atenciones del 7 al 12%. Para los menores de 5 a 9 años, las atenciones disminuyen y reportan proporciones del 3 a 6%. En los grupos de edad comprendidos entre 10 y 39 años, la concentración de atenciones por esta causa se mantiene entre un 2 a un 4%, finalmente se observa que, a partir de los 40 años, este grupo aporta solo el 1 a 2% de las atenciones.

Otros grupos como las enfermedades cardiacas y la diabetes mellitus, aportan menos del 4% de las atenciones, pero su frecuencia aumenta de manera proporcional a la edad.

En todas las UPZ, se puede observar que en mayor frecuencia se mantienen los signos y síntomas mal definidos y en las enfermedades no transmisibles.

En las UPZ 40, la tercera causa de atención se identifica las enfermedades mentales hasta los 40 años seguido de las enfermedades cardiovasculares a partir de los 45 años, en la UPZ 41 la tercera gran causa de atención hace referencia a las enfermedades mentales y transmisibles en los grupos de 0 a 49 años; a partir de los 50 años la tercera causa pasa a ser el grupo de enfermedades cardiovasculares seguido de las enfermedades mentales.

En la UPZ 43 de 0 a 4 años se identifican las enfermedades transmisibles seguido de las enfermedades mentales, a partir de los 5 años hasta los 39 años se destacan las enfermedades mentales seguido de las enfermedades transmisibles, de los 40 años a los 59 años se encuentra el grupo de enfermedades mentales seguido de las enfermedades cardiovasculares y a partir de los 60 años pasa el grupo de las enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus.

En la UPZ 108, la tercera gran causa de atención hace referencia a las enfermedades transmisibles en los grupos de 0 a 9 años; a partir de los 10 años pasa a ser el grupo de causas de salud mental, y luego de los 50 años, se identifican las condiciones cardiovasculares.

En la UPZ 111, como tercera gran causa de atención se ubican las condiciones transmisibles (0-4 años), salud mental (10 a 49 años) y condiciones cardiovasculares (50 años en adelante).

Tabla 22. Grandes causas de morbilidad por grupos quinquenales, localidad de Puente Aranda años 2018-2020

Grupo Edad	Grandes Causas de Morbilidad	2018	2019	2020	Δ pp 2019-2018	Δ pp 2020-2019
De 0 a 4 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,95	1,37	0,54	0,42	-0,83
	Cáncer	0,20	0,55	1,58	0,35	1,02
	Causas externas	0,39	0,31	0,31	-0,08	0,00
	Condiciones maternas	0,00	0,01	0,00	0,01	-0,01
	Diabetes Mellitus (DM)	0,00	0,01	0,00	0,01	-0,01
	Enfermedades Transmisibles	12,64	11,47	8,14	-1,17	-3,33
	Enfermedades cardiovasculares	0,23	0,26	0,17	0,03	-0,09
	Enfermedades no transmisibles	30,82	30,71	32,34	-0,11	1,63
	Salud mental	2,82	2,79	4,06	-0,03	1,27
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	51,95	52,52	52,87	0,56	0,36
De 5 a 9 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,36	0,29	0,00	-0,07	-0,29
	Cáncer	0,31	0,48	1,15	0,17	0,67
	Causas externas	0,52	0,28	0,05	-0,24	-0,22
	Condiciones maternas	0,00	0,01	0,00	0,01	-0,01
	Diabetes Mellitus (DM)	0,13	0,10	0,35	-0,02	0,25
	Enfermedades Transmisibles	7,38	8,30	3,87	0,92	-4,43
	Enfermedades cardiovasculares	0,46	0,35	0,40	-0,11	0,05
	Enfermedades no transmisibles	36,93	37,10	43,88	0,17	6,78
	Salud mental	6,73	10,12	12,59	3,38	2,48
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	47,18	42,97	37,70	-4,22	-5,26
De 10 a 14 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,11	0,92	4,84	0,81	3,92
	Cáncer	0,76	1,39	1,28	0,64	-0,11
	Causas externas	0,49	0,28	0,13	-0,22	-0,15
	Condiciones maternas	0,02	0,05	0,02	0,03	-0,02
	Diabetes Mellitus (DM)	0,35	0,23	0,11	-0,12	-0,12
	Enfermedades Transmisibles	4,36	5,16	4,65	0,81	-0,52
	Enfermedades cardiovasculares	0,60	0,43	0,40	-0,17	-0,03
	Enfermedades no transmisibles	41,97	42,68	39,97	0,71	-2,71
	Salud mental	8,34	8,44	6,84	0,10	-1,61
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	43,01	40,42	41,78	-2,59	1,35
De 15 a 19 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,19	0,09	0,10	-0,10	0,01

	Cáncer	2,04	0,86	1,15	-1,17	0,28
	Causas externas	0,58	0,47	0,06	-0,11	-0,41
	Condiciones maternas	0,61	0,67	0,73	0,06	0,06
	Diabetes Mellitus (DM)	0,26	0,69	0,46	0,43	-0,24
	Enfermedades Transmisibles	4,21	2,70	2,63	-1,51	-0,06
	Enfermedades cardiovasculares	0,98	0,98	1,27	0,00	0,29
	Enfermedades no transmisibles	42,09	47,24	47,47	5,15	0,23
	Salud mental	6,40	8,69	11,21	2,28	2,52
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	42,62	37,60	34,92	-5,02	-2,68
De 20 a 24 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,04	0,03	0,01	0,00	-0,02
	Cáncer	0,63	0,97	0,77	0,34	-0,20
	Causas externas	0,89	0,56	0,56	-0,32	0,00
	Condiciones maternas	1,60	1,99	1,49	0,38	-0,49
	Diabetes Mellitus (DM)	0,07	0,11	0,19	0,04	0,09
	Enfermedades Transmisibles	5,15	4,13	2,94	-1,02	-1,18
	Enfermedades cardiovasculares	0,95	0,80	0,99	-0,15	0,19
	Enfermedades no transmisibles	43,01	41,87	41,48	-1,14	-0,39
	Salud mental	6,48	8,41	9,29	1,93	0,88
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	41,19	41,14	42,28	-0,05	1,13
De 25 a 29 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,02	0,07	0,05	0,05	-0,02
	Cáncer	1,32	1,15	1,39	-0,17	0,24
	Causas externas	0,94	0,55	0,31	-0,40	-0,24
	Condiciones maternas	2,40	2,42	1,83	0,02	-0,59
	Diabetes Mellitus (DM)	0,19	0,13	0,30	-0,06	0,17
	Enfermedades Transmisibles	4,51	4,07	3,40	-0,44	-0,67
	Enfermedades cardiovasculares	1,25	1,38	1,01	0,13	-0,37
	Enfermedades no transmisibles	44,85	45,29	41,33	0,44	-3,96
	Salud mental	5,22	6,57	8,28	1,36	1,71
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	39,29	38,37	42,11	-0,92	3,75
De 30 a 34 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,01	0,05	0,00	0,04	-0,05
	Cáncer	1,69	1,34	1,33	-0,35	-0,01
	Causas externas	0,69	0,64	0,32	-0,05	-0,32
	Condiciones maternas	2,56	2,21	1,96	-0,36	-0,25
	Diabetes Mellitus (DM)	0,28	0,47	0,41	0,19	-0,06
	Enfermedades Transmisibles	4,19	4,20	3,50	0,01	-0,70

De 35 a 39 años	Enfermedades cardiovasculares	1,79	1,49	1,70	-0,30	0,21
	Enfermedades no transmisibles	45,85	47,27	45,42	1,42	-1,84
	Salud mental	5,62	6,31	7,66	0,69	1,35
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	37,33	36,02	37,69	-1,31	1,67
	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,00	0,04	0,01	0,04	-0,03
	Cáncer	2,21	2,01	1,95	-0,21	-0,06
	Causas externas	0,90	0,59	0,21	-0,31	-0,38
	Condiciones maternas	1,45	1,97	2,08	0,52	0,11
	Diabetes Mellitus (DM)	0,46	0,60	0,52	0,14	-0,08
De 40 a 44 años	Enfermedades Transmisibles	4,04	4,32	5,18	0,29	0,85
	Enfermedades cardiovasculares	3,17	2,81	2,75	-0,36	-0,06
	Enfermedades no transmisibles	47,99	49,68	44,09	1,69	-5,59
	Salud mental	5,45	7,52	8,22	2,07	0,70
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	34,32	30,44	34,99	-3,88	4,54
	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,01	0,00	0,00	-0,01	0,00
	Cáncer	3,05	3,50	2,18	0,45	-1,33
	Causas externas	0,60	0,66	0,18	0,06	-0,48
	Condiciones maternas	0,48	0,84	0,54	0,35	-0,29
De 45 a 49 años	Diabetes Mellitus (DM)	1,24	1,32	1,44	0,08	0,12
	Enfermedades Transmisibles	3,31	2,88	3,06	-0,43	0,19
	Enfermedades cardiovasculares	4,33	4,83	5,02	0,50	0,19
	Enfermedades no transmisibles	50,21	50,83	49,14	0,62	-1,69
	Salud mental	6,29	7,18	8,18	0,89	1,00
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	30,47	27,96	30,25	-2,51	2,28
	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01
	Cáncer	2,99	2,69	2,88	-0,30	0,20
	Causas externas	0,64	0,67	0,30	0,03	-0,37

De 50 a 54 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,00	0,03	0,08	0,03
	Cáncer	2,04	2,81	3,62	0,77
	Causas externas	0,66	0,67	0,44	0,02
	Condiciones maternas	0,01	0,13	0,01	0,11
	Diabetes Mellitus (DM)	2,27	2,11	2,73	-0,15
	Enfermedades Transmisibles	2,55	2,14	2,78	-0,41
	Enfermedades cardiovasculares	9,14	9,74	12,14	0,60
	Enfermedades no transmisibles	49,83	51,59	46,52	1,76
	Salud mental	5,55	5,71	7,36	0,16
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	27,95	25,07	24,32	-2,88
De 55 a 59 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00
	Cáncer	1,94	2,17	2,28	0,23
	Causas externas	0,75	0,79	0,44	0,03
	Condiciones maternas	0,00	0,01	0,00	0,01
	Diabetes Mellitus (DM)	3,07	3,26	4,74	0,19
	Enfermedades Transmisibles	2,33	1,69	1,73	-0,64
	Enfermedades cardiovasculares	11,75	11,86	13,76	0,11
	Enfermedades no transmisibles	46,83	49,97	47,02	3,14
	Salud mental	4,95	6,65	6,98	1,70
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	28,37	23,59	23,06	-4,78
De 60 y más años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,00	0,01	0,03	0,01
	Cáncer	2,55	2,93	3,20	0,38
	Causas externas	0,82	1,47	0,90	0,66
	Condiciones maternas	0,00	0,02	0,01	0,02
	Diabetes Mellitus (DM)	4,09	4,64	5,87	0,55
	Enfermedades Transmisibles	1,89	1,81	1,63	-0,08
	Enfermedades cardiovasculares	19,02	20,31	25,08	1,29
	Enfermedades no transmisibles	40,65	42,71	36,97	2,05
	Salud mental	5,02	5,74	6,51	0,72
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	25,96	20,35	19,80	-5,61

Fuente: RIPS SDS años 2018-2020

En el grupo masculino, las atenciones se concentran principalmente en dos grupos, los signos y síntomas mal definidos y las enfermedades no transmisibles. El primer grupo registra el mayor número de atenciones, en menores de 5 años (30 a 52% atenciones en el periodo), y desciende de manera inversamente proporcional a la edad, es decir, con el paso

de los años, su frecuencia disminuye, pues otras causas cobran importancia. Mientras que las enfermedades no transmisibles, aumentan gradualmente por cada grupo de edad en la localidad.

Las condiciones transmisibles son la tercera gran causa de atención en el grupo de 0 a 4 años, con el 11% de las atenciones. A partir de los 5 años, el grupo de atenciones de salud mental se posiciona como la tercera gran causa de atención en la localidad, comportamiento que se mantiene hasta los 44 años, con proporciones del 7 al 10% en los años analizados. Posterior a los 45 años, toman relevancia las enfermedades cardiovasculares, las atenciones aumentan gradualmente en cada quinquenio, comportamiento que se mantiene hasta los 60 años y más, las cifras oscilan entre el 7 a un 20% de las atenciones.

En las UPZ de la localidad de Puente Aranda se presenta el mismo comportamiento, donde el grupo de hombres en primer lugar de las atenciones se destaca signos síntomas mal definidos hasta los 14 años, a partir de los 15 años a 60 años y más las mayores atenciones se dan en el grupo de enfermedades no transmisibles. En tercer lugar, las condiciones transmisibles son la tercera gran causa de atención en el grupo de 0 a 4 años, las consultas por salud mental en los grupos de 5 a 54 años y en los grupos de 55 y 60 años y más las enfermedades cardiovasculares.

En las mujeres, las atenciones se concentran principalmente en dos grupos, los signos y síntomas mal definidos y las enfermedades no transmisibles. El primer grupo registra el mayor número de atenciones, en el grupo de 25 a 29 años (43% de atenciones en el periodo), a diferencia del grupo masculino su comportamiento es oscilante hasta los 29 años, pues otras causas cobran importancia.

Las enfermedades no transmisibles, aumentan gradualmente a partir de los 24 años, en este grupo las proporciones llegan a ubicarse hasta el 50% de las atenciones, a partir de allí, las atenciones van en aumento hasta el grupo de 60 años y más.

Las condiciones transmisibles al igual que en el grupo de los hombres, son la tercera gran causa de atención en el grupo de 0 a 4 años, con el 10% de las atenciones. A partir de los 5 años, el grupo de atenciones de salud mental se posiciona como la tercera gran causa de atención en la localidad, comportamiento que se mantiene hasta los 49 años, con proporciones del 5 al 7% en los años analizados.

Posterior a los 50 años, toman relevancia las enfermedades cardiovasculares, las atenciones aumentan gradualmente en cada quinquenio, comportamiento que se mantiene hasta los 60 años y más, las cifras oscilan entre el 9 a un 21% de las atenciones.

En las UPZ de la localidad de Puente Aranda en el grupo de mujeres presenta el mismo comportamiento como en el grupo de hombres, en primer lugar, de las atenciones se destaca signos síntomas mal definidos hasta los 14 años, a partir de los 15 años a 60 años y más las mayores atenciones se dan en el grupo de enfermedades no transmisibles. En

tercer lugar, las condiciones transmisibles son la tercera gran causa de atención en el grupo de 0 a 4 años, las consultas por salud mental en los grupos de 5 a 54 años y en los grupos de 55 y 60 años y más las enfermedades cardiovasculares.

Morbilidad según grandes grupos, subgrupos de causas CIE-10 y sexo

En la localidad de Puente Aranda se registra como principal causa de morbilidad el grupo de enfermedades no transmisibles, dentro de la cual se destacan las enfermedades musculo esqueléticas las cuales mostraron un ascenso entre 2018 y 2019 de 1,26, y un descenso para 2020 de 2,83, también se encuentran las condiciones orales con un aumento de 2,01 entre 2018 y 2019, y un descenso de 2,07 entre 2019 y 2020.

Las enfermedades genitourinarias registran un aumento de 0,37 de 2018 a 2019, tendencia que se disminuye en el 2020 en 1,06. En segundo lugar, los signos y síntomas mal definidos.

El tercer lugar es para las enfermedades cardiovasculares, dentro de las cuales se destaca el subgrupo de hipertensión esencial el cual registra una tendencia al aumento entre 2018 y 2019 con 6,42 de incremento, y entre 2019 y 2020 presenta una disminución de 2,46. El segundo lugar de este grupo es para otras enfermedades cardiovasculares terminales que entre 2018 y 2019 ha presentado un descenso de 0,8 y un aumento de 0,37

En cuarto lugar, se ubica el grupo de salud mental, donde se destacan las enfermedades psicosociales, que registran una tendencia al incremento de 5,69 entre 2018 y 2019, y una disminución de 5,58 entre 2019 y 2020.

Las enfermedades transmisibles registran en quinto lugar y el principal subgrupo es el de otras enfermedades respiratorias ERA, que registra un aumento de 0,94 entre 2018 y 2019, y una disminución de 12,75 entre 2019 y 2020.

En las UPZ de la localidad se encuentra como causa principal de atenciones las enfermedades no transmisibles dentro de las que se destaca condiciones orales, en primer lugar y las enfermedades musculoesqueléticas en las UPZ 40, UPZ 108 y UPZ 111, mientras que las UPZ 41 y 43 en primer lugar se encuentran las enfermedades musculoesqueléticas seguido de las condiciones orales.

Como segunda causa de consulta, se encuentran los signos y síntomas mal definidos en todas las UPZ de la localidad. En tercer lugar, como causa de consulta en las UPZ de la localidad se encuentran las enfermedades cardiovasculares en las UPZ 40, UPZ 41, UPZ 43 y UPZ 111 donde en primer lugar se encuentra la hipertensión esencial seguido de otras enfermedades cardiovasculares. Mientras que en la UPZ 108 en tercer lugar se encuentran las enfermedades mentales, en primer lugar, se destacan las condiciones neuropsiquiátricas, seguido de las condiciones psicosociales.

En cuarto lugar, se encuentran las enfermedades mentales en las UPZ 40, UPZ 41, UPZ 43 y UPZ 111 en primer lugar, se destacan las condiciones neuropsiquiátricas, seguido de las condiciones psicosociales.

Tabla 23. Proporción de Morbilidad según grandes grupos, subgrupos de causas CIE-10 y sexo localidad de Puente Aranda años 2018-2020

Grandes Causas de Morbilidad	Subgrupo de Causa de Morbilidad	2018	2019	2020	Δ pp 2019-2018	Δ pp 2020-2019
Afecciones originadas en periodo perinatal	Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido y kernicterus	1,53	0,40	1,26	-1,13	0,86
	Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	0,19	0,00	0,31	-0,19	0,31
	Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento	0,38	1,84	1,26	1,46	-0,59
	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	31,87	28,59	24,21	-3,28	-4,38
	Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta	44,47	44,40	42,77	-0,07	-1,63
	Sepsis bacteriana del recién nacido	4,20	1,32	4,56	-2,88	3,24
	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	17,37	23,45	25,63	6,09	2,18
Cáncer	Benignos	42,77	40,17	34,93	-2,59	-5,25
	Boca y Orofaringe	1,13	1,13	0,85	0,00	-0,27
	Colon y recto	5,10	5,64	4,93	0,54	-0,70
	Cuello uterino	0,82	0,89	0,67	0,08	-0,23
	Cuerpo uterino	1,01	0,80	1,02	-0,21	0,22
	Estómago	2,37	2,29	3,19	-0,08	0,90
	Esófago	0,12	0,54	0,45	0,42	-0,10
	Hígado	0,41	0,33	0,19	-0,09	-0,14
	Leucemia	2,11	2,76	3,77	0,65	1,01
	Linfomas y Múltiples mielomas	4,72	4,48	5,33	-0,24	0,85
	Mama	10,97	9,71	10,90	-1,26	1,19
	Melanoma y otros cánceres de piel	7,13	7,63	5,42	0,50	-2,20
	Otras Neoplasias Malignas	13,37	13,92	17,59	0,55	3,68
	Ovario	1,36	1,76	1,82	0,40	0,06
	Próstata	4,38	5,36	5,93	0,98	0,57
	Páncreas	0,77	1,48	1,08	0,71	-0,40
	Tráquea, Bronquios y Pulmón	0,67	0,63	1,52	-0,05	0,89
	Vejiga	0,78	0,49	0,41	-0,29	-0,09
Causas externas	Accidentes causados por disparo de armas de fuego	0,03	0,04	0,13	0,01	0,09

	Accidentes causados por máquinas y por instrumentos cortantes o punzantes	0,00	0,02	0,04	0,02	0,02
	Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	0,86	1,71	0,60	0,85	-1,11
	Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	1,49	0,88	2,01	-0,61	1,13
	Ahogamiento y sumersión accidentales	0,00	0,02	0,00	0,02	-0,02
	Caudas	1,05	0,59	0,73	-0,46	0,13
	Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, inclusive secuelas	88,65	90,67	88,96	2,02	-1,70
	Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	0,22	0,13	1,84	-0,09	1,71
	Eventos de intención no determinada, inclusive secuelas	0,14	0,10	0,00	-0,04	-0,10
	Exposición al humo, fuego y llamas	0,00	0,06	0,04	0,06	-0,01
	Intervención legal y operaciones de guerra, inclusive secuelas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), inclusive secuelas	0,75	0,34	0,13	-0,40	-0,22
	Otros accidentes de transporte y los no especificados, inclusive secuelas	0,03	0,00	0,00	-0,03	0,00
	Otros accidentes, inclusive secuelas	6,80	5,44	5,52	-1,35	0,07
Condiciones maternas	Condiciones maternas	100,00	100,00	100,00	0,00	0,00
Diabetes Mellitus (DM)	Especificada	2,64	3,98	2,37	1,34	-1,62
	Gestacional	0,21	0,13	0,06	-0,08	-0,07
	Insulino dependiente	41,63	41,52	43,02	-0,10	1,49
	No especificada	12,34	11,29	8,25	-1,06	-3,04
	No insulino dependiente	43,18	43,08	46,32	-0,10	3,23
Enfermedades Transmisibles	Ciertas enfermedades prevenibles por vacuna	0,12	0,02	0,01	-0,11	-0,01
	Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,06	0,06	0,05	-0,01	0,00
	Enfermedades infecciosas intestinales	18,24	13,90	10,68	-4,35	-3,22
	Hepatitis A	0,05	0,04	0,02	-0,01	-0,02
	Meningitis	0,24	0,20	0,15	-0,04	-0,05
	Otras Enfermedades Respiratorias ERA	65,32	66,72	54,70	1,39	-12,01
	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	5,70	6,72	10,25	1,02	3,53
	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias6	7,14	8,07	18,54	0,93	10,47

	Septicemia	0,01	0,00	0,05	-0,01	0,05
	Transmisión Sexual - Otras enfermedades	2,21	2,84	3,00	0,63	0,15
	Transmisión Sexual - Sífilis Gestacional	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00
	Transmisión Sexual - VIH	0,34	0,97	1,65	0,63	0,68
	Tuberculosis, inclusive secuelas	0,56	0,47	0,90	-0,09	0,42
Enfermedades cardiovasculares	Cardiomiopatía Miocarditis y Endocarditis	0,52	0,38	0,35	-0,14	-0,03
	Enfermedad Cardiaca Hipertensiva	0,72	0,83	0,62	0,11	-0,22
	Enfermedad Isquémica Cardiaca (IAM)	1,71	1,74	1,51	0,03	-0,22
	Enfermedad Isquémica Cardiaca Terminal (IAM)	4,71	3,98	3,99	-0,72	0,00
	Enfermedad Reumática	0,19	0,15	0,10	-0,05	-0,04
	Enfermedades cerebro-vasculares (ECV)	5,10	6,93	5,12	1,83	-1,81
	Hipertensión Esencial	67,73	67,47	71,99	-0,26	4,53
	Otras Enfermedades Cardiovasculares	8,91	8,48	6,67	-0,43	-1,81
	Otras Enfermedades Cardiovasculares Terminales	10,41	10,04	9,64	-0,37	-0,41
	Anomalías congénitas	1,14	0,97	1,06	-0,17	0,09
Enfermedades no transmisibles	Condiciones orales	17,49	19,31	16,00	1,82	-3,32
	Deficiencias nutricionales	0,71	0,71	0,79	0,00	0,07
	Desordenes endocrinos	11,21	11,58	12,93	0,37	1,34
	Enfermedades de la piel	6,46	6,35	6,94	-0,12	0,60
	Enfermedades de los órganos de los sentidos	11,86	12,59	11,88	0,73	-0,71
	Enfermedades digestivas	9,64	9,45	9,30	-0,18	-0,16
	Enfermedades genitourinarias	13,50	11,98	13,88	-1,52	1,91
	Enfermedades musculoesqueléticas	22,05	21,20	21,02	-0,86	-0,18
	Enfermedades respiratorias	5,93	5,85	6,20	-0,08	0,35
	Condiciones Psicosociales	54,88	52,29	45,43	-2,59	-6,85
Salud mental	Condiciones neuropsiquiátricas	40,72	44,62	51,48	3,90	6,86
	trastornos mentales y del comportamiento	4,40	3,10	3,09	-1,30	-0,01
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	100	100	100	0	0

Fuente: RIPS SDS años 2018-2020

En el grupo de hombres se registra como principal causa de morbilidad el grupo de enfermedades no transmisibles, dentro de la cual se destacan las enfermedades musculoesqueléticas, con un aumento entre 2018 y 2019 de 1,14, y una disminución para 2020 de 3,04 le siguen las condiciones orales con un aumento de 2,37 entre 2018 y 2019,

y un descenso de 2,21 entre 2019 y 2020. Las enfermedades de los órganos genitourinarios registran un aumento de 0,45 entre 2018 y 2019 y una tendencia a la disminución de 2019 a 2020, de 2,58.

El segundo grupo de causas que afecta a los hombres son los signos y síntomas mal definidos.

El tercer lugar es para las enfermedades cardiovasculares, dentro de las cuales se destaca el subgrupo de hipertensión esencial el cual registra una tendencia sostenida al aumento entre 2018 y 2019 con 0,28 de incremento, y entre 2019 y 2020 presenta una disminución de 5,35. El segundo lugar de este grupo es para otras enfermedades cardiovasculares terminales que entre 2018 y 2019 ha presentado un aumento de 0,24 y un descenso de 0,21 entre 2019 y 2020.

En cuarto lugar, se ubica el grupo de salud mental, donde se destacan las condiciones neuropsiquiátricas con una disminución de 5,01 entre 2019 a 2020 y en segundo lugar las condiciones psicosociales registrando una disminución entre 2019 y 2020 de 4,6.

Las enfermedades transmisibles registran en quinto lugar y el principal subgrupo es el de otras enfermedades respiratorias ERA, que registra un aumento de 12,39 entre 2019 y 2020.

En las seis UPZ de la localidad de Puente Aranda se encuentra como causa principal de atención para los hombres, las enfermedades no transmisibles, dentro de las que se destacan las condiciones orales, en primer lugar, seguido de las enfermedades musculoesqueléticas y de las enfermedades de los órganos de los sentidos

Como segunda causa de consulta, se encuentran los signos y síntomas mal definidos también en todas las UPZ de la localidad. En tercer lugar, como causa de consulta para los hombres, en las UPZ de la localidad de Puente Aranda 40, 41, 43 y 111 se encuentran las enfermedades cardiovasculares donde en primer lugar se encuentra la hipertensión esencial seguido de otras enfermedades cardiovasculares terminales. Mientras que en la UPZ 108 en tercer lugar se encuentran las enfermedades mentales, en primer lugar, se destacan las condiciones neuropsiquiátricas, seguido de las condiciones psicosociales.

En cuarto lugar, se encuentran las enfermedades mentales en las UPZ 40, UPZ 41, UPZ 43 y UPZ 111 en primer lugar, se destacan las condiciones neuropsiquiátricas, seguido de las condiciones psicosociales, mientras que en la UPZ 108 se destacan las enfermedades cardiovasculares con hipertensión esencial como primer subgrupo de causa, seguido de otras enfermedades cardiovasculares terminales. En quinto lugar, para todas las UPZ de la localidad se encuentran las enfermedades transmisibles, destacándose en primer lugar otras enfermedades respiratorias ERA, seguido por enfermedades infecciosas intestinales.

En el grupo de mujeres se registra como principal causa de morbilidad el grupo de enfermedades no transmisibles, dentro de la cual se destacan las enfermedades musculoesqueléticas, con un aumento entre 2018 y 2019 de 0,12, y una disminución para 2020 de 0,29 le siguen las condiciones orales con un aumento de 1,29 entre 2018 y 2019, y un descenso de 3,04 entre 2019 y 2020. Las enfermedades de los órganos genitourinarios registran un aumento de 1,94 entre 2018 y 2019 y una tendencia a la disminución de 2019 a 2020, de 1,53.

El segundo grupo de causas que afecta a los hombres son los signos y síntomas mal definidos.

El tercer lugar es para las enfermedades cardiovasculares, dentro de las cuales se destaca el subgrupo de hipertensión esencial el cual registra una tendencia sostenida al aumento entre 2018 y 2019 con 0,44 de incremento, y entre 2019 y 2020 presenta una disminución de 3,98. El segundo lugar de este grupo es para otras enfermedades cardiovasculares terminales que entre 2018 y 2019 ha presentado un aumento de 0,77 y un descenso de 0,51 entre 2019 y 2020.

En cuarto lugar, se ubica el grupo de salud mental, donde se destacan las condiciones psicosociales registrando un aumento entre 2018 y 2019 de 3,94, y una disminución de 8,37 entre 2019 y 2020, en segundo lugar, las enfermedades neuropsiquiátricas con una disminución de 8,11 entre 2019 a 2020

Las enfermedades transmisibles registran en quinto lugar y el principal subgrupo es el de otras enfermedades respiratorias ERA, que registra un aumento de 11,41 entre 2019 y 2020.

En las UPZ de la localidad de Puente Aranda se encuentra como causa principal de atención para las mujeres, las enfermedades no transmisibles, dentro de las que se destacan las condiciones orales seguido de las enfermedades musculoesqueléticas, en la UPZ 40, mientras que las UPZ 41, 43, 108 y 111 en primer lugar se encuentran las enfermedades musculoesqueléticas, seguido de las condiciones orales.

Como segunda causa de consulta, se encuentran los signos y síntomas mal definidos en todas las UPZ de la localidad para las mujeres. En tercer lugar, como causa de consulta para las mujeres, en las UPZ de la localidad de Puente Aranda se encuentran las enfermedades cardiovasculares donde en primer lugar de consulta se encuentra la hipertensión esencial, en las UPZ 40, 41, 43 y 108 como segunda causa de consulta se encuentran las enfermedades cardiovasculares, y en la UPZ 111, otras enfermedades cardiovasculares terminales.

En cuarto lugar, se encuentran las enfermedades mentales en todas las UPZ de la localidad en primer lugar, se destacan las condiciones psicosociales, seguido de las condiciones neuropsiquiátricas, como subgrupo de causa en las mujeres.

En quinto lugar, para todas las UPZ de la localidad se encuentran las enfermedades transmisibles, destacándose en primer lugar otras enfermedades respiratorias ERA, seguido por enfermedades infecciosas intestinales, en las mujeres como subgrupo de causa.

1.3.1.2. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

Se realizó descripción y análisis a partir del reporte la morbilidad de eventos de notificación obligatoria, de acuerdo los datos que suministro la SDS para cada uno de los eventos por localidad y para el distrito. Este reporte de eventos se realiza para el período 2016 - 2020; donde se efectúa una priorización a partir de los datos donde se analiza y compara el valor del último año de la localidad con el distrito. Para la localidad de Puente Aranda durante los años 2016 al 2020 se han reportado un total de 16.174 eventos de notificación obligatoria.

Según lo anterior, Los tres principales eventos que generan mayor carga en la morbilidad de la localidad durante el año 2020 (n=3.674), son las enfermedades similares a influenza – IRAG (vigilancia centinela) aportando el 34.6% (n=1.273), donde se observó un aumento significativo, El segundo lugar es para las agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia, la cual aporto el 16.7% (n=616) reportes, con una disminución en la incidencia para el año 2020, en comparación con el año 2019 (n=753) y en tercer lugar se encuentra la infección respiratoria grave (Irag inusitado) con el 9.0% (n=331) registrando un aumento exponencial respecto a los años analizados, ver tabla 24.

Por otra parte es importante mencionar, que la notificación de otros eventos como violencia intrafamiliar, sexual y de la mujer con 174 casos, VIH/SIDA 136 y cáncer (mama y cérvix) con 122 registros, presentan una tendencia ascendente a través del periodo analizado.

Tabla 24. Semaforización y tendencia de los eventos de notificación obligatoria, localidad de Puente Aranda, años 2016 – 2020

Causa de muerte-ENOS	Bogotá 2020	Puente Aranda 2020	Comportamiento					
			2015	2016	2017	2018	2019	2020
Causas externas								
Accidentes biológicos								
Accidente ofídico	6	0	-	-	-	-	↗	↘
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y rabia	18.128	616	-	↗	↗	↗	↗	↘
Lesiones por causa externa	45	9	-	↗	↗	↘	↘	↗
Eventos adversos de los servicios de salud								

Infeciones asociadas a la atención salud (IASO - IAD)	235	1	- ↗ ↗ ↘ ↘ ↗ ↗				
Intoxicaciones							
Exposición a flúor	464	17	- ↗ - ↗ ↗ ↗ ↘				
Intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y metanol, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas	2.245	55	- ↗ ↘ ↘ ↗ ↗ ↗ ↘				
Mental							
Conducta suicida	3.218	6	- ↗ ↗ ↘ ↘ ↘ ↘ ↘				
Violencia							
Lesiones por pólvora, minas antipersona y artefactos explosivos	96	1	- ↗ ↗ ↘ ↘ ↘ ↘ ↗				
Violencia intrafamiliar, sexual y de la mujer	15.755	174	- ↗ ↗ ↘ ↘ ↗ ↗ ↗				
No transmisibles							
Cáncer							
Cáncer (mama, cérvix)	3.105	122	- ↗ ↗ ↗ ↗ ↗ ↗ ↗				
Cáncer infantil	523	17	- ↗ ↘ ↗ ↗ ↘ ↘ ↗				
Congénitas							
Defectos congénitos	1.379	52	- ↗ ↗ ↘ ↘ ↗ ↗ ↗				
Enfermedades huérfanas - raras	2.876	0	- ↗ ↗ ↗ ↗ ↗ ↘ ↘				
Materno perinatal							
Bajo peso al nacer	4.210	100	- ↗ ↘ ↗ ↗ ↗ ↗ ↘				
Morbilidad materna extrema	5.384	124	- ↗ ↘ ↗ ↗ ↗ ↘ ↘				
Mortalidad materna	46	0	- - - - - ↗ ↘				
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	1.126	26	- ↗ ↗ ↗ - ↘ ↘				
Nutrición							
Desnutrición aguda en menores de 5 años	2.079	53	- ↗ ↗ ↗ ↗ ↗ ↗ ↘				
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años (IRA, EDA, Desnutrición)	40	0	- - - ↗ ↘ ↗ ↗ ↘				
Trasmisibles							
Inmunoprevenibles							
Difteria	6	0	- - - - - - -				
Evento adverso seguido a la vacunación	190	10	- ↗ ↗ ↗ ↘ ↘ ↘ ↗				
Meningitis	141	5	- ↗ ↗ ↗ ↗ - -				
Parálisis flácida aguda (menores de 15 años)	13	0	- - - - - - -				
Parotiditis	1.840	71	- ↗ ↗ ↗ ↗ ↗ ↘ ↘				
Sarampión-rubeola	446	12	- ↗ ↘ - - ↗ ↗				
Síndrome de rubeola congénita	237	8	- ↗ ↘ - - - -				
Tétanos accidental	1	0	- - - - - - -				

Tétanos neonatal	1	0	-	-	-	-	-	-
Tosferina	318	7	-	↗	↘	↘	↗	↗
Varicela	3.371	107	-	↗	↘	↗	↘	↘
Materno perinatal								
Sífilis gestacional	1.264	18	-	↗	↘	↗	↗	↘
Sífilis congénita	344	10	-	↗	↘	↗	↗	↗
Transmisión aérea y contacto directo								
Enfermedad similar a influenza-IRAG (vigilancia centinela)	40.040	1273	-	↗	↘	↘	↘	↗
Infeción respiratoria aguda grave (irag inusitado)	8.279	331	-	↗	↘	↗	↘	↗
Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar	1.137	44	-	↗	↗	↗	↘	↘
Transmisión sexual y sanguínea								
Hepatitis distintas a A	407	16	-	↗	↗	↗	↘	↗
VIH/SIDA	4.337	136	-	↗	↗	↗	↘	↗
Chagas crónico y agudo	14	1	-	↗	↗	↘	↘	↗
Dengue	1620	71	-	↗	↘	↘	↗	↗
Leishmaniasis	0	67	-	↗	↘	↘	↘	↘
Leishmaniasis cutánea	261	67	-	↗	↘	↘	↘	↘
Leishmaniasis mucosa	5	0	-	↗	↘	↘	↘	↘
Leptospirosis	122	7	-	-	↗	↗	↘	↗
Malaria	112	3	-	↗	↗	↘	↘	↘
Trasmitida por alimentos/suelo/agua								
Cólera	3	1	-	-	-	-	-	↗
Enfermedad Diarreica Aguda por rotavirus	69	2	-	↗	↘	↗	↘	↗
Fiebre tifoidea y paratifoidea	44	2	-	-	↗	↘	-	↗
Hepatitis A	86	5	-	↗	↗	↗	↘	↘
ETA	561	26	-	↗	↘	↗	↘	↘
Vectores								
Zika	52	1	-	↗	↘	-	↘	↗

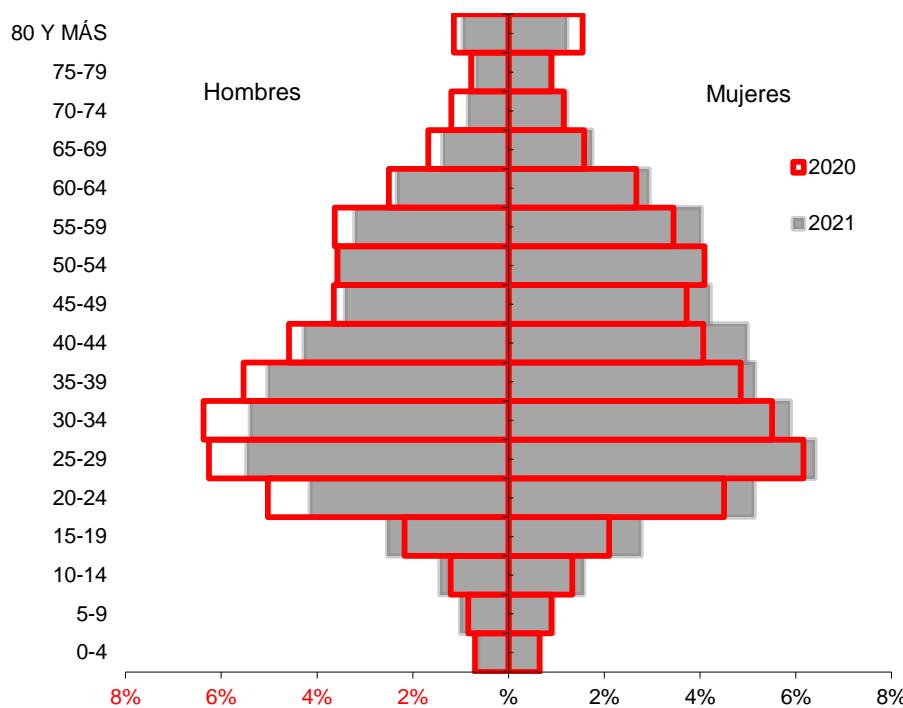
Fuente: Sivigila 2016- 2020

1.3.1.3. Reporte de la morbilidad debida a IRAG por virus nuevo, Sars-Cov2/Covid 19

Para el 6 de octubre de 2021, a nivel mundial se reportaron 237.059.450 de casos confirmados, de los cuales 4.965.847 se reportaron en Colombia, posicionándose como el 11º país con mayor número de casos. Para esta fecha el 0,6% (n=30560), de los reportes correspondieron a casos activos, y 126.487 (2,5%) a defunciones. De acuerdo con lo reportado por el Ministerio de Salud, Saludata y las bases de datos preliminares de la subred Sur Occidente, con corte al 6 de octubre, Bogotá tiene el 29,2% (n=1.450.682) de los casos nacionales y la Subred aporta el 30,8% de los casos al Distrito (n=44.114). La localidad de Puente Aranda acumula 61.285 casos confirmados para COVID-19, ocupando

el 10º lugar a nivel distrital con 4,2% de los casos y aporta el 13.7% de los casos a la Subred Sur Occidente.

Grafica 8. Estructura de población por edad y sexo, de la morbilidad por Covid – 19. localidad Puente Aranda, 2020 a 2021



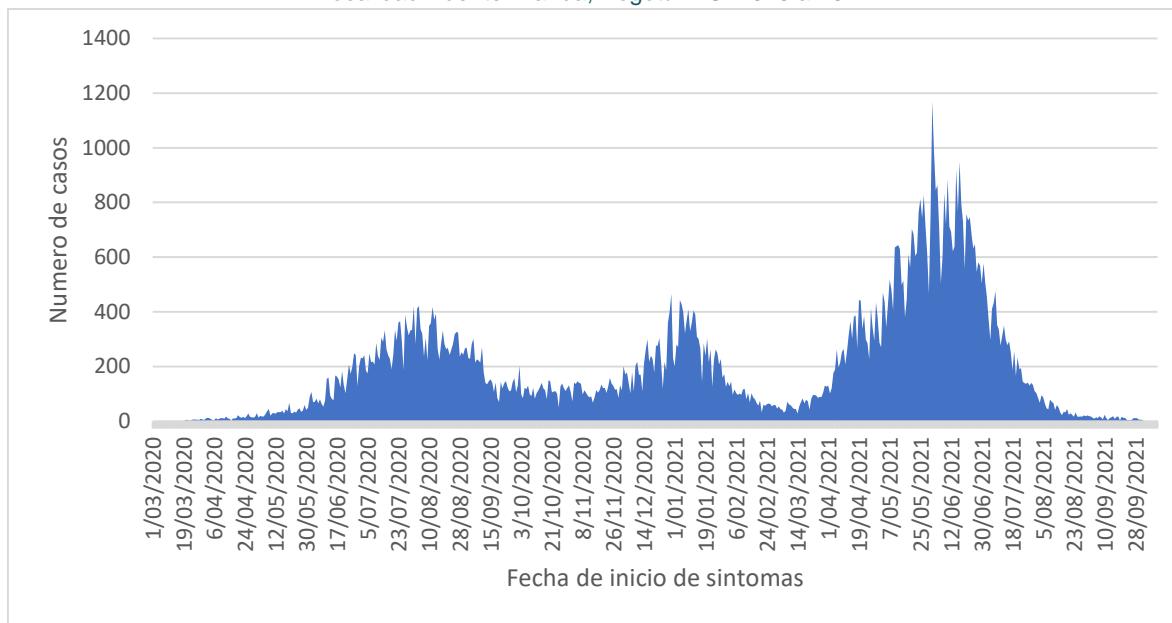
Fuente: Base de casos positivos, SARS-CoV-2/COVID-19, localidad Puente Aranda, datos parciales 2020 a 2021, consultada 06/10/2021

Los casos confirmados para COVID-19 en la localidad de Puente Aranda presentan una forma característica de pirámide regresiva (o en forma de bulbo), pues se aprecia una mayor proporción de casos en los grupos jóvenes y adultos, entre los 20 y 44 años, tanto en el año 2020 como en el año 2021. La pirámide poblacional, es estrecha en la base y en la cúspide, indicando menor afectación en los grupos de menores de 20 años y mayores de 60 años.

Respecto a la distribución de casos por grupos de edad, los menores de 14 años, aportan el 6% en cada año analizado, sin diferencia porcentual por sexo; el grupo de 15 a 64 años, representa el 84% de los casos confirmados en el año 2020 y el 85% para el año 2021 (diferencia porcentual del 1%), afectando en mayor medida el sexo femenino con un 41% en el 2020 y 46% en el 2021. Finalmente, los mayores de 65 años, pasan de un 10% en el 2020 a un 9% en el 2021.

Curva epidémica: La localidad de Puente Aranda, durante la pandemia COVID-19, reveló la ocurrencia de 3 picos u oleadas, situación similar a la experimentada por Bogotá y Colombia en general. La primera oleada se presentó durante los meses de junio-agosto del 2020, la segunda inicio a finales de noviembre del 2020 y se extendió hasta enero del 2021, y la última inicio en el mes de marzo del 2021 y se extendió hasta el mes de julio del mismo año. Este último pico, fue el más extenso y en el que se reportó mayor número de casos. Bajo este panorama, la curva epidémica de la localidad de Puente Aranda inicio como una curva típica de fuente común, sin embargo, el mantenimiento de casos, debido a la alta propagación del virus, la configura como una curva de fuente propagada, pues se caracterizó por presentar múltiples ondas, y la presentación de casos a lo largo del tiempo.

Grafica 9. Curva epidémica de casos acumulados por Covid-19, según fecha de inicio de síntomas de la localidad Puente Aranda, Bogotá D.C. 2020 a 2021



Fuente: Base de casos positivos, SARS-CoV-2/COVID-19, localidad Puente Aranda, datos parciales 2020 a 2021, consultada 06/10/2021

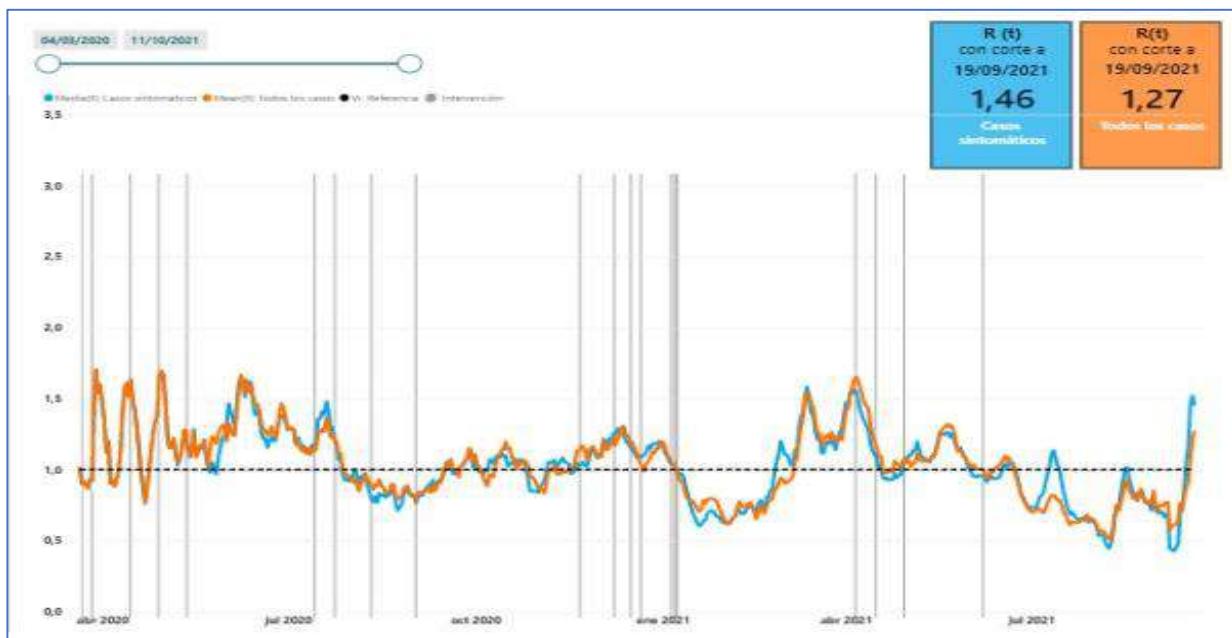
El R_0 o número básico de reproducción (*en inglés “reproduction number” o “reproductive number”*), es el número promedio de casos nuevos que genera un caso dado a lo largo de su período infeccioso. Es un parámetro teórico que proporciona cierta información acerca de la velocidad con que una enfermedad puede propagarse en una población determinada (41,42). Así pues, el R_0 es una estimación de la *contagiosidad en función del comportamiento humano y las características biológicas del patógeno*. No es una medida de la gravedad de una enfermedad infecciosa (41). Con base en lo anterior, el R_0 corresponde al número básico de reproducción al inicio de la epidemia y a R_t al número básico de reproducción en el tiempo t .

La localidad de Puente Aranda reporta un $R(t)$ de 1,46 en casos asintomáticos y de 1,27 en todos los casos confirmados, a fecha de corte del 11 de octubre del 2021. El comportamiento de este indicador a lo largo de la pandemia ha sido fluctuante (ver figura 10). Se estimó un R_t igual a 1,01 para el primer caso confirmado el pasado 21 de marzo, luego

oscilo entre 0,87 y 1,71 durante los primeros dos meses de la pandemia (marzo y abril del 2020), indicando mayor velocidad de contagio, es decir, por cada caso confirmado, se contagiaban entre 1 y 2 personas aproximadamente, posiblemente debido al mayor número de población susceptible, y menor cantidad de información reportada.

Para los meses siguientes el indicador se mantuvo por encima de 1 con una tendencia medianamente estable. En este periodo, alcanzo su valor máximo el dia 8 de junio de 2020 con un Rt de 1.64, fecha en la que la ciudad experimentaba el inicio de la primera oleada de COVID-19. Este valor descendió lentamente, y solo hasta el mes de agosto, el Rt logra descender por debajo de 1, dado que, en los meses de julio y agosto, se implementaron las cuarentenas estrictas y sectorizadas a nivel distrital, que lograron desacelerar la velocidad del contagio del virus.

Grafica 10. Comportamiento del R(t) por SARS-CoV-2/COVID-19, localidad de Puente Aranda, Bogotá D.C. 2020 a 2021.



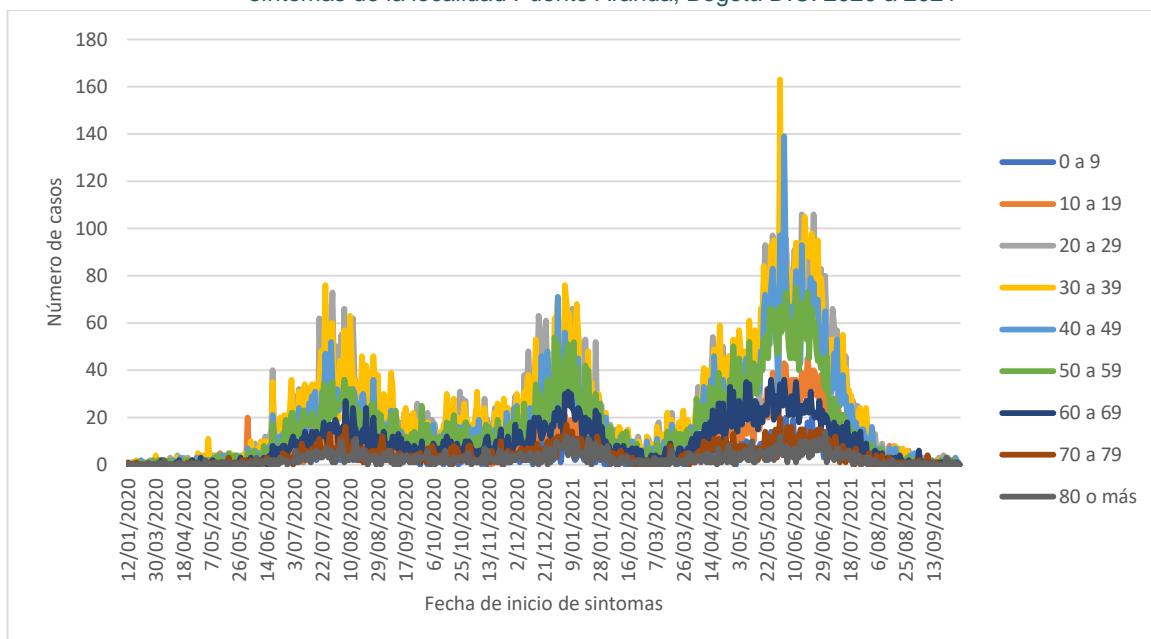
Fuente: Base de datos de casos confirmados COVID-19. Subsecretaría de Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud. 2020-2022.a. Fecha de Corte 19/09/202, Secretaría Distrital de Salud, Observatorio de salud de Bogotá-SaluData 2021, Consultado en: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>, octubre de 2021

Para los meses siguientes (septiembre a octubre), el Rt se comporta de manera irregular, con rangos entre 0,9 y 1,1. Para el mes de noviembre, fecha en que se estima inicia el segundo pico, el indicador empieza a ascender levemente, hasta llegar a 1,2 durante el mes de diciembre. El 5, 7 y 8 de enero de 2021, se decretan nuevas cuarentenas estrictas sectorizadas, dada la extensión del segundo pico, que tuvieron como efecto principal, la reducción del número de casos confirmados y por ende del Rt, los días posteriores a la medida, pasando de Rt de 1,20 (1 de enero) a 0,69 (31 de enero). Para el año 2021, el Rt nuevamente aumenta en los meses de marzo a junio, calculándose entre rangos de 1 a 1,5.

Finalmente, para los meses posteriores a esta tercera ola, el indicador se ha mantenido con datos inferiores a 1, siendo ligeramente mayor en casos sintomáticos.

Curva epidémica por grupos decenales: Al estratificar los casos confirmados presentados a lo largo de la pandemia por grupos decenales, se observa que, en los 3 picos epidémicos, los grupos de edad con mayor número de casos en su orden fueron: 30 a 39 años, 20 a 29 años y 40 a 49 años, situación que pudo ser debida principalmente a que corresponden a población económicamente activa (ver grafica 11)

Grafica 11. Curva epidémica de los casos confirmados por grupos decenales de edad, según fecha de inicio de síntomas de la localidad Puente Aranda, Bogotá D.C. 2020 a 2021



Fuente: Base de casos positivos, SARS-CoV-2/COVID-19, localidad Puente Aranda, datos parciales 2020 a 2021, consultada 06/10/2021

Adicional a esto, no eran grupos priorizados para la vacunación para covid-19, estrategia que inicio a nivel nacional el pasado 14 de abril de 2021, con personas mayores de 60 años.

El número máximo de casos en la localidad se presentó el pasado 31 de mayo de 2021, día en el que se confirmaron 553 casos, de los cuales el 29.5% (n=163) se ubicó entre los 30 a 39 años; el 21.7% (n=120) entre los 20 a 29 años y el 17.5% (n=97) entre los 40 a 49 años.

Distribución de casos por grupos quinquenales y proporciones de incidencia: Los casos confirmados por SARS-CoV-2 en la localidad acumulan un total de 61.285, de estos, el mayor peso porcentual se concentra en los quinquenios de 25 a 29 años, 30 a 34 años y 35 a 39 años con un 12.1%, 11.5% y 10.2% respectivamente, cifras concordantes con lo descrito anteriormente. En estos, se calcularon proporciones de incidencia de: 3.257,2 casos por cada 10000 habitantes en el grupo de 30 a 34 años (indicador más alto calculado en la localidad), seguido por el grupo de más 35 a 39 años con una PI de 3.241,7, y el grupo de 25 a 29 años con una proporción de 3041,9, Cabe anotar, que, en las proporciones de

incidencia, se destaca el grupo de 40 a 44 años con una proporción de 3244,9 casos por cada 10000 habitantes (la segunda más alta en la localidad), y el menor número de casos y proporciones de incidencia, se presentan en los menores de 4 años, con 554,3 casos por cada 10000 habitantes de la localidad.

A nivel de la localidad, se calculó una incidencia de 2441,9, resaltando, que los quinquenios comprendidos entre los 20 a 64 años, se ubican por encima de este dato, revelando mayor número de casos en estos grupos de edad (ver tabla 25).

Tabla 25. Distribución de los casos confirmados por SARS-CoV-2/COVID-19 y proporciones de incidencia, según grupos de edad, localidad Puente Aranda, Bogotá D.C. años 2020 a 2021

Grupo de edad	Frecuencia	Población 2020	Porcentaje	PI Acumulada *10.000 Hab
< 1 año	428	10.783	0,4%	396,9
01 a 04 años	1.720	42.584	1,5%	403,9
05 a 09 años	2.721	53.839	2,4%	505,4
10 a 14 años	4.013	54.881	3,5%	731,2
15 a 19 años	6.002	58.707	5,3%	1.022,4
20 a 24 años	12.187	71.656	10,7%	1.700,8
25 a 29 años	14.892	70.486	13,1%	2.112,8
30 a 34 años	13.334	61.518	11,7%	2.167,5
35 a 39 años	12.389	55.675	10,9%	2.225,2
40 a 44 años	10.527	48.968	9,3%	2.149,8
45 a 49 años	9.045	44.560	8,0%	2.029,8
50 a 54 años	8.398	41.750	7,4%	2.011,5
55 a 59 años	6.598	34.419	5,8%	1.917,0
60 a 64 años	4.417	24.874	3,9%	1.775,7
65 a 69 años	2.810	17.395	2,5%	1.615,4
70 a 74 años	1.867	11.692	1,6%	1.596,8
75 a 79 años	1.127	7.109	1,0%	1.585,3
80 a más años	1.182	6.798	1,0%	1.738,7
Total	61.285	250.968	100,0%	2.441,9

Fuente: Base de casos positivos, SARS-CoV-2/COVID-19, localidad Puente Aranda, datos parciales 2020 a 2021, consultada 06/10/2021

Características sociodemográficas: La localidad de Puente Aranda, reportó que el 52,1% de los casos confirmados se presentaron en el sexo femenino, donde se calculó una incidencia de 2495,5 casos de COVID-19 por cada 10000 mujeres, a diferencia del sexo masculino, el cual reportó un porcentaje menor con el 47,9% de los casos, con una incidencia

de 2386,23 casos por cada 10000 hombres en la localidad, comportamiento que se ha mantenido a lo largo de la pandemia.

En lo referente a estrato socioeconómico, se evidencia que 41 de cada 100 casos confirmados pertenecen al estrato 3, seguido por los estratos 2 y 1, que aportan cada uno un 9,9% y 3,1%. Cabe anotar, que en la localidad el 44,8% de los casos, no cuenta con dato en esta característica o no fue reportado en la notificación.

Según lo reportado por el área de VSP de la Subred Sur Occidente, el 61,2% (n=37.500) de los casos reportados no pertenece a ningún grupo étnico, mientras que el 0,57% (n=347) restante se autor reconoció dentro de alguno de ellos. La población Raizal aporto el mayor número de casos con un 0,28% (n=170), junto a la población Rrom, que aportan un 0,13% (n=81), junto a la población Negra, mulata o afrocolombiana con otro 0,13% (n=79)

Tabla 26. Características sociodemográficas de los casos, proporciones de incidencia y porcentajes por SARS-CoV-2/COVID-19, localidad Puente Aranda, Bogotá D.C. años 2020 a 2021

Característica		Casos	PI Acumulada *10.000 Hab
Sexo	Hombres	51.688	1.497,6
	Mujeres	61.969	1.663,4
	Total	113.657	1.583,6
Característica		Casos	Porcentaje
Estrato	Estrato 1	1.894	3,1%
	Estrato 2	6.071	9,9%
	Estrato 3	24.963	40,7%
	Estrato 4	692	1,1%
	Estrato 5	78	0,1%
	Estrato 6	102	0,2%
	Sin dato	27.485	44,8%
	Total	61.285	100,0%
Pertenencia étnica	1. Indígena	14	0,02%
	2. Rom, Gitano	81	0,13%
	3. Raizal	170	0,28%
	4. Palenquero	3	0,00%
	5. Negro, mulato afro colombiano	79	0,13%
	6. Otro	37.500	61,2%
	Sin dato	23.438	38,2%
	Total	61.285	100,0%

Fuente: Base de casos positivos, SARS-CoV-2/COVID-19, localidad Puente Aranda, datos parciales 2020 a 2021. consultada 06/10/2021

En la localidad de Puente Aranda, las UPZ Ciudad Montes y San Rafael concentraron más de la mitad de los casos confirmados (55.2%), siendo los territorios con mayor proporción de casos acumulados para COVID-19. Ciudad Montes con más de la tercera parte de los casos (32.4%), San Rafael con un 22.9% y Muzú con el 19.0%. (ver tabla 27).

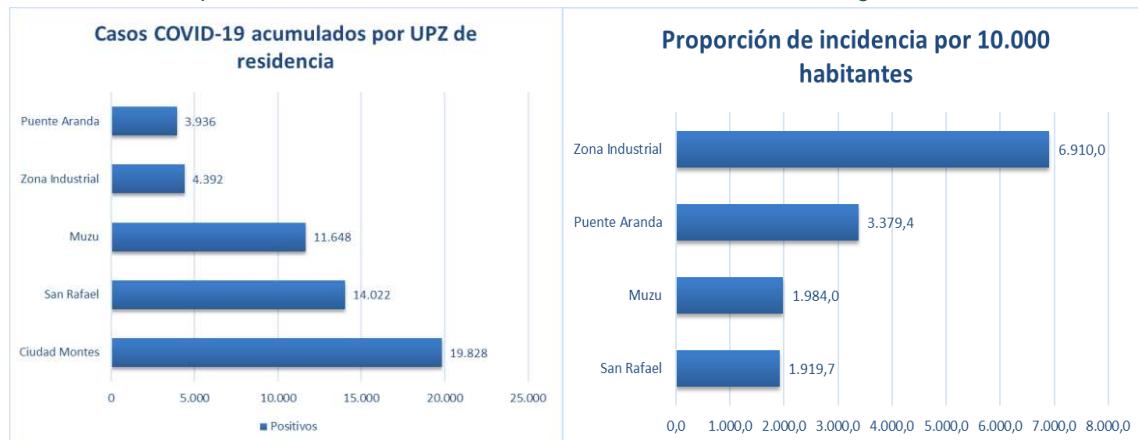
Tabla 27. Distribución de los casos confirmados y proporciones de incidencia por SARS-CoV-2/COVID-19, de acuerdo a la UPZ, localidad Puente Aranda, Bogotá D.C. años 2020 a 2021.

UPZ	Casos	Porcentaje	Proporción de incidencia acumulada por 10.000 habitantes
Ciudad Montes	19.828	32,4%	1.959,1
San Rafael	14.022	22,9%	1.919,7
Muzú	11.648	19,0%	1.984,0
Zona Industrial	4.392	7,2%	6.910,0
Puente Aranda	3.936	6,4%	3.379,4
Sin Dato	7.459	12,2%	-
Total	61.285	100	2.441,9

Fuente: Base de casos positivos, SARS-CoV-2/COVID-19, localidad Puente Aranda, datos parciales 2020 a 2021, consultada 06/10/2021

La UPZ Zona Industrial, reportó la proporción de incidencia más alta en la localidad, con 6.910 casos por cada 10.000 habitantes, aportando el 7,2 de los casos positivos (n=4392). A continuación, se ubica, Puente Aranda con una PI de 3379,4, en contraste con lo anterior, la UPZ San Rafael obtuvo la menor PI, es decir, 1919 casos confirmados por cada 10000 habitantes, representando así el 22.9% (n=14.022) de los casos notificados. (Ver grafica 12)

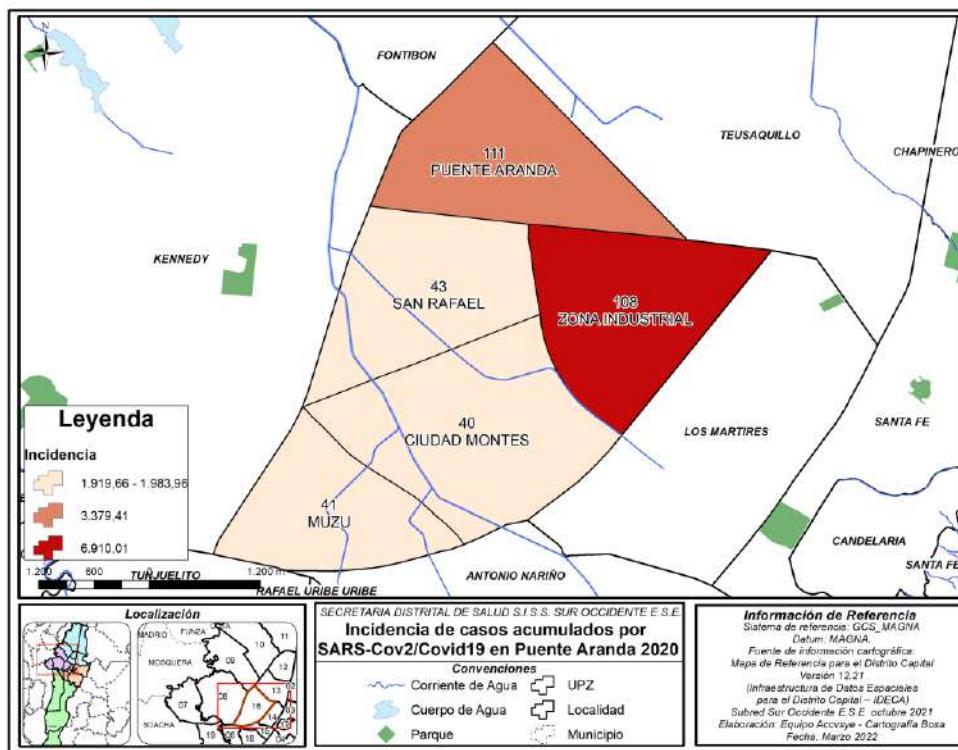
Grafica 12. Distribución casos confirmados de COVID-19 por UPZ año 2020-2021 y proporción de incidencia por 10.000 habitantes año 2020, localidad Puente Aranda, Bogotá D.C.



Fuente: Base de casos positivos, SARS-CoV-2/COVID-19, localidad Puente Aranda, datos parciales 2020 a 2021, consultada 06/10/2021.

Es importante comentar, que el 12,2% de los casos, no reportaron datos de residencia dentro de la localidad, por tanto, no pudieron ser incluidos en cada una de las UPZ que la conforman. A continuación, se presenta el mapa de proporción de incidencia de casos acumulados para COVID-19 en cada una de las UPZ de la localidad:

Mapa 15. Proporción de incidencia de casos acumulados por SARS-CoV-2/COVID-19, de acuerdo a la UPZ, localidad Puente Aranda, Bogotá D.C., año 2020.



Fuente: Base de casos positivos, SARS-CoV-2/COVID-19, localidad Puente Aranda, datos parciales 2020, consultada 06/10/2021

Comorbilidades relacionadas: En la localidad de Puente Aranda, 806 casos confirmados para COVID-19 refirieron alguna comorbilidad o enfermedad de base. Dentro de este grupo, se identificaron 14 patologías que se presentaron con mayor frecuencia y se relacionaron con los casos positivos (ver tabla 34). Cabe resaltar, que los casos confirmados, refirieron tener entre 1 y 8 patologías de base, y en este grupo el 73.57% (n=593) se asocia a una sola comorbilidad, y solo el 9.1% (n=73) reportó tener entre 4 a 8.

En primer lugar, se ubica la hipertensión arterial representando el 24.8% (n=262) de los casos asociados a las patologías más frecuentes de la localidad. También se identifican con mayor frecuencia la diabetes y la obesidad, cada una con el 15.2% (n=164) y 10.6% (n=115).

Tabla 28. Patologías más incidentes y relacionadas con los casos confirmados de COVID-19, localidad Puente Aranda, Bogotá D.C. años 2020 a 2021.

Nombre Localidad	Tipo de comorbilidad	Casos	Proporción Localidad
	Hipertensión arterial	268	24,8%
	Diabetes	164	15,2%
	Obesidad	115	10,6%
	EPOC	93	8,6%
	Enfermedades cardíacas	90	8,3%

Localidad de Puente Aranda	Enfermedades de la tiroídes	84	7,8%
	Fumador	81	7,5%
	Asma	77	7,1%
	Enfermedades renales	33	3,1%
	Cáncer	33	3,1%
	Cerebrovasculares	15	1,4%
	VIH	10	0,9%
	Enfermedades metabólicas (otras)	9	0,8%
	Enf. Autoinmunes	8	0,7%
	Otras	7	0,7%
	Total	1086	100,0%

Fuente: Base de casos positivos, SARS-CoV-2/COVID-19, localidad Puente Aranda, datos parciales 2020 a 2021, consultada 06/10/2021.

Si bien el ser fumador, se considera como un factor de riesgo -que según evidencia científica desencadena enfermedades de tipo respiratorio-, y no como una comorbilidad, se decide incluir en el análisis, dado que aporta un número importante de casos, ubicándose en el séptimo lugar de importancia, con un 7,5% (n=81), aun por encima de otras enfermedades como el Asma, Enfermedades renales, Cáncer entre otras.

A nivel de UPZ, Ciudad Montes, aporto el mayor número de casos con morbilidades asociadas (n=263), seguida por la UPZ Muzú (n=190), San Rafael (n=176), Zona Industrial (n=53) y en último lugar Puente Aranda (n=39).

En todas las UPZ la hipertensión arterial se posiciona como la patología con mayor incidencia, con pesos porcentuales entre el 23 al 26%, exceptuando la UPZ Puente Aranda, donde el ser fumador, pasa a ser el factor de riesgo más frecuente, con un 25.6%, En segundo lugar se ubica la Diabetes con rangos entre el 12 al 17%, sin embargo, la situación en la UPZ Puente Aranda es diferente, pues es superada por el tabaquismo y la hipertensión arterial respectivamente, pasando a un tercer lugar en orden de frecuencia (ver tabla 29)

- **A continuación, se presentan algunas características por UPZ:** Las UPZ Ciudad Montes acumula el 51,7% de los casos en 3 patologías, como son Hipertensión arterial (24,3%), diabetes (16.0%) y EPOC (11,4%).
- En Muzú, el 53,7% de las patologías de base están representadas por Hipertensión arterial (26,8%), diabetes (17.9%), y obesidad (8.9%)
- San Rafael acumula el 51,7% de sus casos, en Hipertensión arterial (23.3%), enfermedades cardiacas (15.9%) y diabetes (12.5%).
- En la UPZ Ciudad Industrial, el 56.6% de los casos con patologías más incidentes corresponde a Hipertensión arterial (24.5%), diabetes (17,0%), y EPOC (15.1%).
- En la UPZ Puente Aranda, se evidencia que el 64.1% de las patologías más incidentes, hacen referencia a Fumador, hipertensión Arterial y Diabetes cada una con el 25.6%, 23.1% y 15.4% respectivamente.

- Dentro de los casos donde se logró geocodificar la UPZ, se observó que continúan siendo la Hipertensión, la diabetes y obesidad las patologías de mayor frecuencia.

Ámbito de atención: Según el ámbito de atención de los casos positivos para COVID-19 residentes en la localidad de Puente Aranda, el 99,37% se ubicaron en la casa, mientras que un 0,57% estuvieron hospitalizados y el 0,07% ingreso a los servicios de UCI. Con lo anterior, se puede observar que la gran mayoría de casos de la localidad, presentaron infecciones leves o moderadas, que no requirieron ingreso a servicios de salud.

Tabla 29. Ámbito de atención al ingreso de casos confirmados COVID-19, localidad Puente Aranda, Bogotá D.C. años 2020 a 2021.

Localidad	Ámbito de atención	Casos	Proporción
Puente Aranda	1. Casa	99,37%	99,37%
	2. Hospital	0,57%	0,57%
	3. Hospital - UCI	0,07%	0,07%
	Total	100,00%	100,00%

Fuente: Base de casos positivos, SARS-CoV-2/COVID-19, localidad Puente Aranda, datos parciales 2020 a 2021, consultada 06/10/2021.

En cuanto a las UPZ, más del 99% de los casos confirmados se ubicaron en la casa, seguido por los casos que requirieron servicios de hospitalización (menos del 1%) y un poco menos del 0,09% se ubicaron en los servicios de UCI.

Por otra parte, la mayoría de los que se ubicaron en la casa y servicios de hospitalización residían en la UPZ Ciudad Montes y Muzú, aportando cada una el 35.7% respectivamente de los casos a la localidad. Mientras que, en los servicios de UCI, la UPZ Ciudad Montes junto a la UPZ San Rafael reportaron la mayor concentración de casos dentro de la localidad, con del 48.0% y 24.0% cada una.

1.3.2 Configuración de mortalidad general

Se realizó un análisis más detallado que permite identificar los subgrupos de las causas dentro los seis grupos de mortalidad de las enfermedades transmisibles; neoplasias (tumores); enfermedades del sistema circulatorio; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; causas externas; todas las demás causas y síntomas, signos y afecciones mal definidas. Para la estimación de la tasa ajustada por la edad de los habitantes de la localidad, se empleó la hoja electrónica de Excel y la Herramienta tasas brutas 67 causas. A continuación, se realizará el análisis de tasas por edad y por subgrupo de causas de acuerdo a edad.

1.3.2.1 Mortalidad General

La mortalidad es un componente primordial del análisis de la dinámica demográfica, ya que, establece el tamaño de la población y su composición por edad y sexo. De tal modo, aunque los hechos vitales brindan información de los sujetos, el desarrollo de indicadores

poblacionales a partir de estos sucesos elimina el significado individual del fenómeno y, de esta manera, permite analizar los efectos acumulativos sobre la salud(43).

La información sobre mortalidad es fundamental para la comprensión de las condiciones de salud, del nivel de vida y del acceso a servicios médicos de buena calidad, y es esencialmente útil para formular políticas y tomar decisiones sobre la accesibilidad y la calidad de los servicios de asistencia.

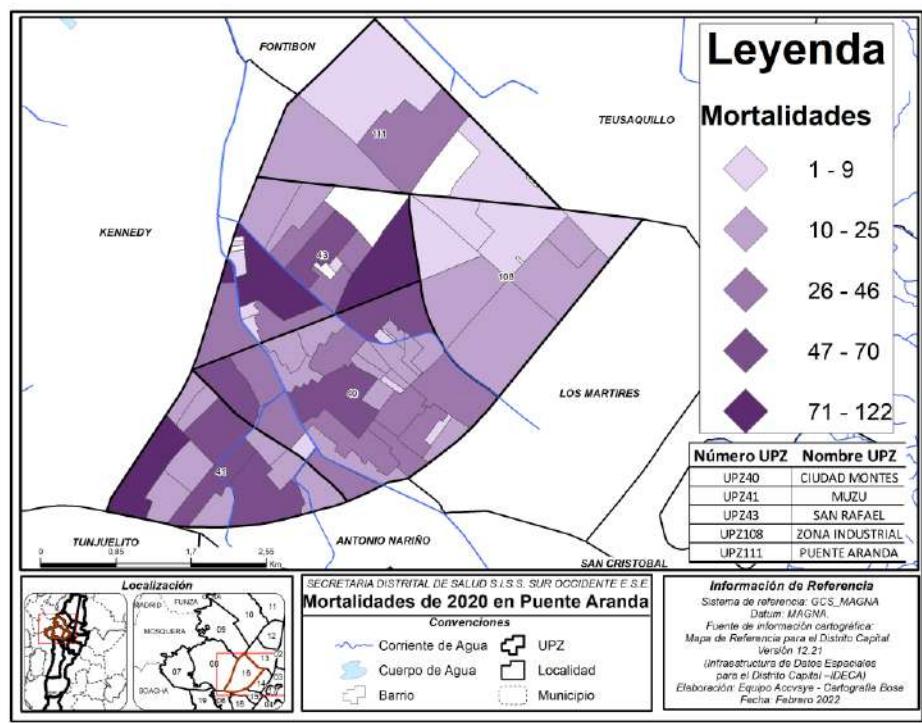
Durante el periodo analizado año 2016 a 2020^{p2}, en la localidad de Puente Aranda, se presentaron 7.218 defunciones, siendo el año 2020p el de mayor peso porcentual con 25% (n=1.800). Se observa que el comportamiento de la mortalidad a partir de los dos últimos años presenta una tendencia al ascenso, evidenciando un aumento en el año 2020p en un 22% (n=395) en relación con el año inmediatamente anterior año 2019 donde se presentaron 1.405 casos, situación que puede ser explicada debido al aporte de casos de mortalidad por causa del SARS-CoV-2.

En relación a la distribución por sexo, en el periodo analizado se observa que el 51,1% (n=3.690) corresponde a hombres y el 49,9% (n=3.528) a mujeres. Respecto a la edad, los quinquenios con mayor porcentaje se presentan en edades distales, donde los menores de un año tienen una representación porcentual del 1,4% (n=105) y en mayores de 80 años con 44,5% (n=3.215). La pertenencia étnica en los años analizados tiene una mínima participación, con un 1,4% (n=24) sobre el total de casos presentados, y con respecto a ese porcentaje se identifica una representación afro en un 88,8% (n=24), e indígena 7,4% (n=2) principalmente. Frente al aseguramiento en salud, las defunciones presentadas se encontraban en mayor proporción en el régimen contributivo 69,2% (n=4.997), seguido por el régimen subsidiado 17,8% (n=1.287), mientras los casos no asegurados correspondieron al 2,2% (n=166).

Las concentraciones más altas de muertes en Puente Aranda para el 2020p, entre 71 y 122 mortalidades, se ubicaron en unos barrios específicos con predominancia de uso residencial, los cuales son: Galán y Primavera Norte - San Francisco en la UPZ 43 San Rafael y La Alquería en la UPZ 41 Muzu. En general en todas las UPZ de la localidad se presentaron mortalidades en la mayoría de sus barrios residenciales, sin embargo, en los barrios de predominancia industrial o comercial en las UPZ 108 Zona Franca y 111 Puente Aranda se presentaron casos en las manzanas con uso residencial (Ver mapa 16).

² 2020p:Datos preliminares

Mapa 16. Mortalidades, localidad de Puente Aranda, año 2020p



Fuente: Base de datos SDS-EEVV, 2020p. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

1.3.2.2 Mortalidad por Grandes Causas 6/67

Para el análisis de mortalidad se tomaron como referencia los listados de agrupación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud, que clasifica las causas de muertes en seis grandes grupos como lo son: 1.0- Enfermedades transmisibles, 2.0- Neoplasias, 3.0 Enfermedades del sistema circulatorio, 4.0 Ciertas afecciones originadas en el período perinatal, 5.0- Causas externas y 6.0- Las demás enfermedades, aunque también se identifican el grupo de Las demás causas y los signos y síntomas mal definidos. Este análisis está comprendido desde el año 2016 al año 2020p, lo que hace referencia a la información disponible en bases oficiales de la Secretaría Distrital de salud.

Para la estimación de la tasa bruta de mortalidad por cada 100.000 habitantes, se empleó la hoja electrónica de Excel y la Herramienta grandes causas 6/67. A continuación se presenta análisis en cada grupo (ver grafica 13).

Enfermedades transmisibles: Ocupa el cuarto lugar del grupo de grandes causas en el periodo analizado, presentando un comportamiento ascendente el último año, pasando de tener en el año 2019 una tasa del 33,17 a 247,04 x cada 100.000 habitantes en el año 2020p, lo anterior debido al aumento de casos por Covid-19. Por otro lado, la tasa más baja del periodo fue 30,05 x 100.000 habitantes en el año 2018.

Neoplasias: Se ubican en el tercer lugar del grupo de grandes causas de la localidad con un 23,6% (n=1.707=). En el periodo se observa un comportamiento irregular, dado que la tasa más baja se da en el año 2018 (132,97 x 100.000 habitantes) y la tasa más alta se presentó en el año 2017 (166,29 x 100.000 habitantes), para el último año 2020p se presenta un descenso con una tasa de (135,87 x 100.000 habitantes).

Enfermedades del sistema circulatorio: Es la primera gran causa de mortalidad de la localidad con 31,9% (n=2.259). Al analizar el periodo se observa un comportamiento con tendencia al descenso pasando de una tasa en el año 2016 de 210,02 x 100.000 habitantes, a pasar en el año 2020p a una tasa de 180,50 x 100.000 habitantes.

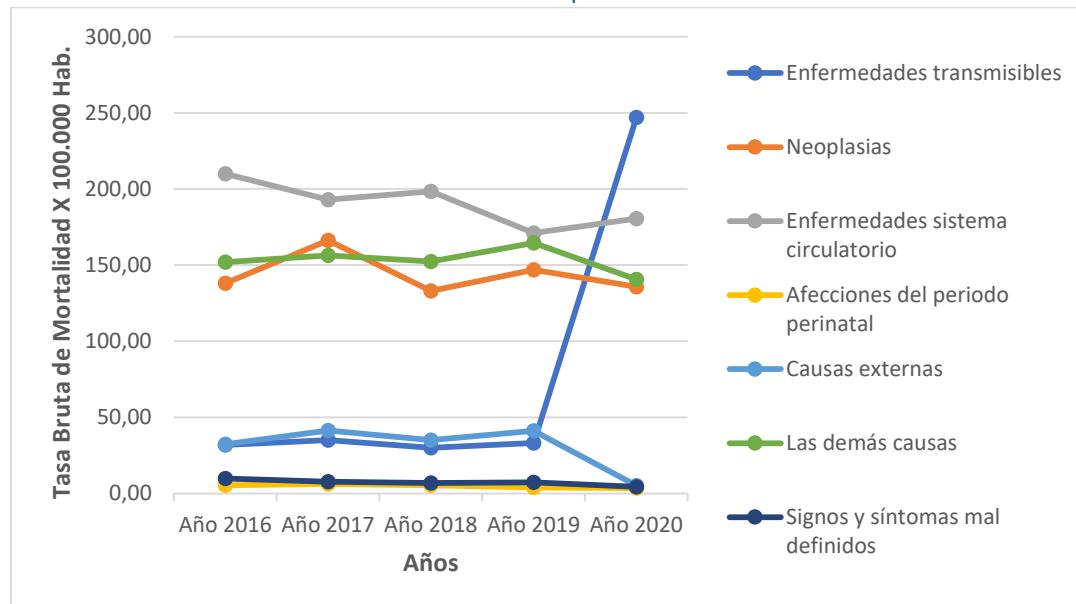
Afecciones del periodo perinatal: Este grupo ocupa el séptimo lugar en las grandes causas de mortalidad con un 0,8% (n=58). A su vez presenta un comportamiento homogéneo durante el periodo, con un descenso para el año 2020p con una tasa de 3,59 x cada 100.000 habitantes, mientras que el año anterior presentó una tasa de 4,04 x cada 100.000 habitantes.

Causas externas: Estas ocupan el quinto lugar dentro del grupo de grandes causas correspondientes a 5,05% (n=365). Se evidencia que, en el último año 2020p, presenta un descenso importante con una tasa de 5,18, mientras que en el año anterior se registro una tasa de 41,26 x cada 100.000 habitantes. Este descenso esta directamente relacionado con las medidas de confinamiento establecidas en el distrito y en la localidad de Puente Aranda.

Todas las demás enfermedades: Se ubican en el segundo lugar dentro del grupo de grandes causas correspondientes a 25,2% (n=1.819). Con un comportamiento homogéneo en el periodo analizado. Para el cierre del periodo (año 2020p) se produce un descenso de 23,96 puntos en el indicador, con respecto al año inmediatamente anterior.

Síntomas, signos y afecciones mal definidas: Es la sexta gran causa de mortalidad de la localidad con 1,1% (n=85). Al analizar el periodo se observa un comportamiento homogéneo, sin embargo, en el año 2020p la tasa desciende en 2,90 puntos en el indicador, con respecto al año inmediatamente anterior.

Grafica 13. Tasas brutas de Mortalidad total por Grandes Causas 6/67, Localidad Puente Aranda, años 2016-2020p

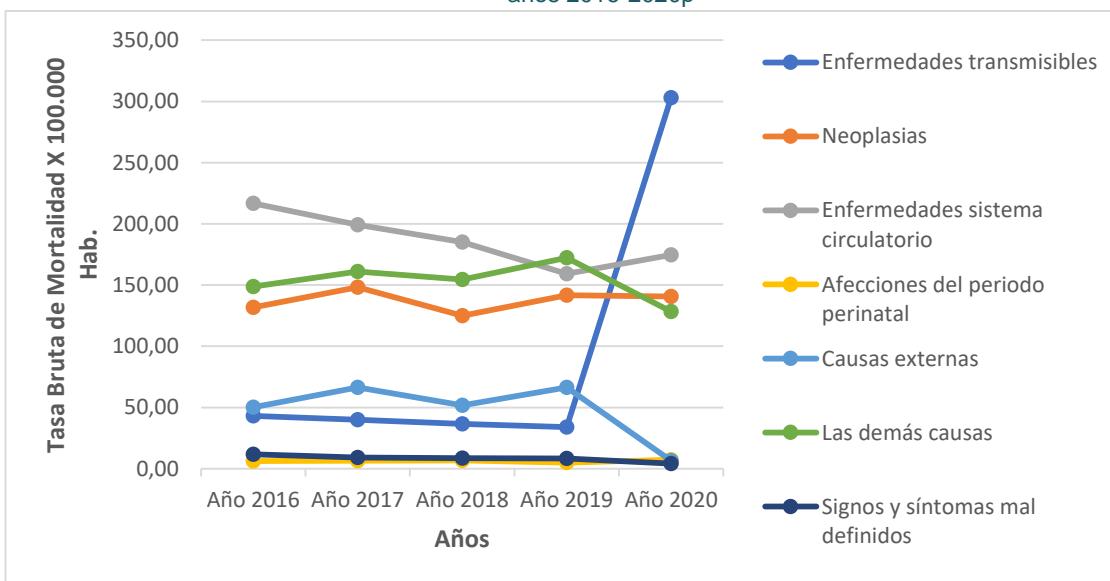


Fuente: Base de datos SDS-EEVV años 2016-2020p

Hombres

De acuerdo al comportamiento de mortalidad por sexo en la localidad de Puente Aranda, se evidencia que, en hombres, prevalecen las siguientes tres causas, en primer lugar las Enfermedades del sistema circulatorio con un 29% (n=1.086), en segundo lugar las Neoplasias con una representación porcentual del 22% (n= 801) y en tercer lugar otras causas con un 24% (n= 891) ver grafica 14.

Grafica 14. Tasas brutas de Mortalidad total por Grandes Causas 6/67 en hombres, localidad Puente Aranda, años 2016-2020p



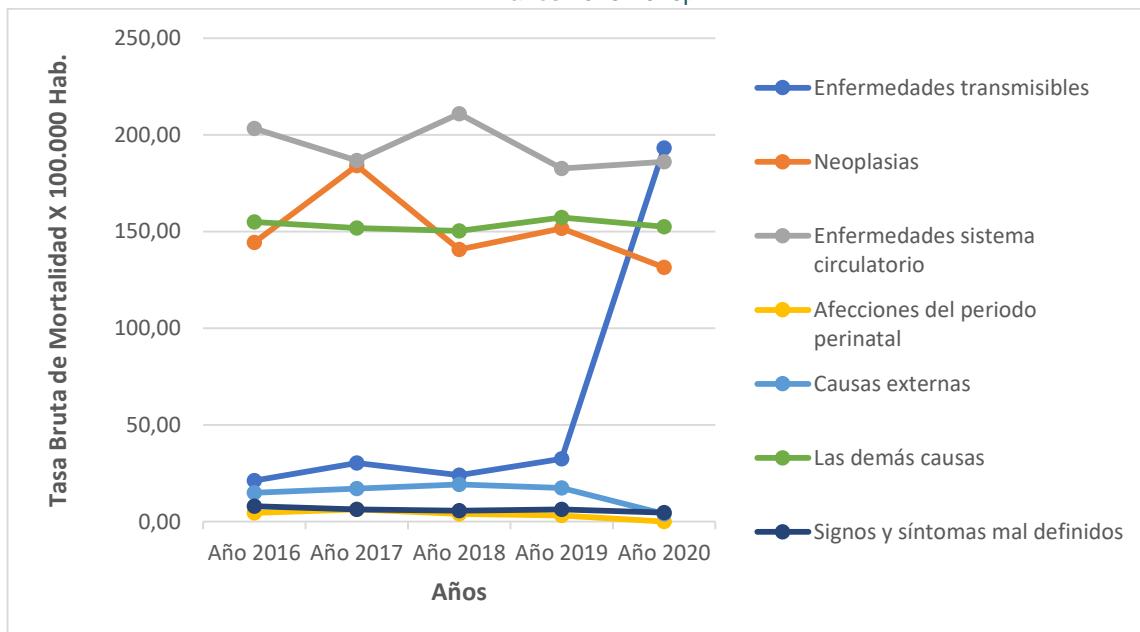
Fuente: Base de datos SDS-EEVV años 2016-2020p

Mujeres

Por otro lado, al analizar el comportamiento de la mortalidad en mujeres, se encuentra que es muy similar al comportamiento en hombres, se evidencia en primer lugar las Enfermedades del sistema circulatorio con un 33% (n= 1.173) en mujeres, en segundo lugar, las Neoplasias con una representación porcentual del 26% (n= 906), y en tercer lugar otras causas con un 26% (n= 928). Ver grafica 15

De igual manera, se observa que, tanto para hombres como para mujeres, las enfermedades transmisibles aumentaron en el último año analizado (2020p), ya que en este periodo se incluye Covid-19, y además de esto, los reportes realizados por causas externas disminuyeron para el mismo año, lo que muestra una relación directa de estas dos causas con la Sindemia por Covid-19 y las medidas de confinamiento para su prevención.

Grafica 15. Tasas brutas de Mortalidad total por Grandes Causas 6/67 en mujeres, Localidad Puente Aranda, años 2016-2020p



Fuente: Base de datos SDS-EEVV años 2016-2020p

1.3.2.3 Mortalidad específica subgrupos, Grandes Causas 6/67

En este apartado, se realizó un análisis más detallado que permite identificar los subgrupos de las causas dentro los seis grupos de mortalidad de las enfermedades transmisibles; neoplasias (tumores); enfermedades del sistema circulatorio; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; causas externas; todas las demás causas y síntomas, signos y afecciones mal definidas. Para la estimación de la tasa bruta de mortalidad por cada 100.000 habitantes, se empleó la hoja electrónica de Excel y la Herramienta subgrupo grandes causas 6/67. A continuación, se realizará un análisis por cada subgrupo de causas.

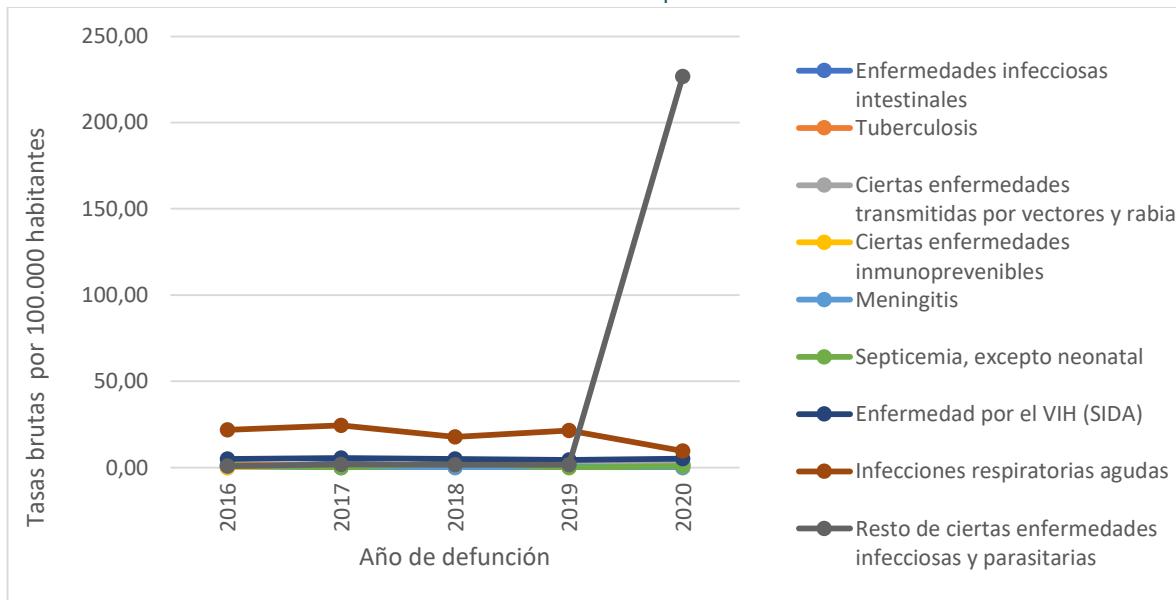
Enfermedades transmisibles

En este grupo, se encuentras las siguientes enfermedades; Enfermedades infecciosas intestinales, Tuberculosis, Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia, Ciertas enfermedades inmunoprevenibles, Meningitis, Septicemia, excepto neonatal, Enfermedad por el VIH (SIDA), Infecciones respiratorias agudas, Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.

En este grupo, se encuentras las siguientes enfermedades; Enfermedades infecciosas intestinales, Tuberculosis, Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia, Ciertas enfermedades inmunoprevenibles, Meningitis, Septicemia, excepto neonatal, Enfermedad por el VIH (SIDA), Infecciones respiratorias agudas, Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.

En relación con los subgrupos de mortalidad en la localidad de Puente Aranda, **la infección respiratoria aguda** es el evento con mayor participación, sin embargo, es de resaltar que ha tenido una tendencia al descenso, para el año 2016 aporto una tasa de 21,76 y cierra el periodo con una tasa de 9,56 (año 2020p). El pico máximo de la tasa por IRA se dio en el año 2017 con 24,33. Los programas de vacunación en menores de 5 y mayores de 60 años, así como la práctica de estrategias como el AIEPI han disminuido estas cifras especialmente entre los menores (ver grafica 16).

Grafica 16. Tasas brutas de mortalidad para las enfermedades transmisibles, localidad de Puente Aranda, años 2016 – 2020p



Fuente: Base de datos SDS-EEVV años 2016-2020p

Le sigue **enfermedad por VIH (SIDA)** la cual ha tenido cifras altas en todo el periodo analizado y mantiene un comportamiento ascendente, pasando de tener una tasa de 4,88 para el 2016 a una tasa de 5,18 en el 2020p. El tercer lugar encontramos **Enfermedades**

infecciosas intestinales, con un comportamiento ascendente pasando de una tasa de 0,44 en el 2016 a una tasa de 1,99 en el año 2020, un comportamiento similar fue para **Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia**, donde se tiene en el 2016 una tasa de 0,00 a pasar en a una tasa de 1,99 en el año 2020p, donde en los dos últimos años del periodo analizado presenta sus momentos de mayor ascendencia, en un quinto lugar esta **la Tuberculosis**, enfermedad que ha tenido un comportamiento variable durante el periodo analizado, sin embargo en el último año presento un descenso importante pasando de tener una tasa de 1,21 en el 2019 a pasar a una tasa de 0,80 para el año 2020p, en su orden encontramos **Septicemia, excepto neonatal**, la cual es totalmente variante, pasando de tener su mayor pico en el año 2018 con una tasa de 2,47, y llegando a tasa de 0,00 en los años 2017 y 2019, para el último año analizado 2020p presenta una tasa de 0,80. Los subgrupos denominados **ciertas enfermedades inmunoprevenibles** se ha logrado mantener la tasa en 0,00 en todo el periodo analizado, y **Meningitis**, ha logrado cifras de tasa de 0,00 para los años 2017, 2018 y 2020p.

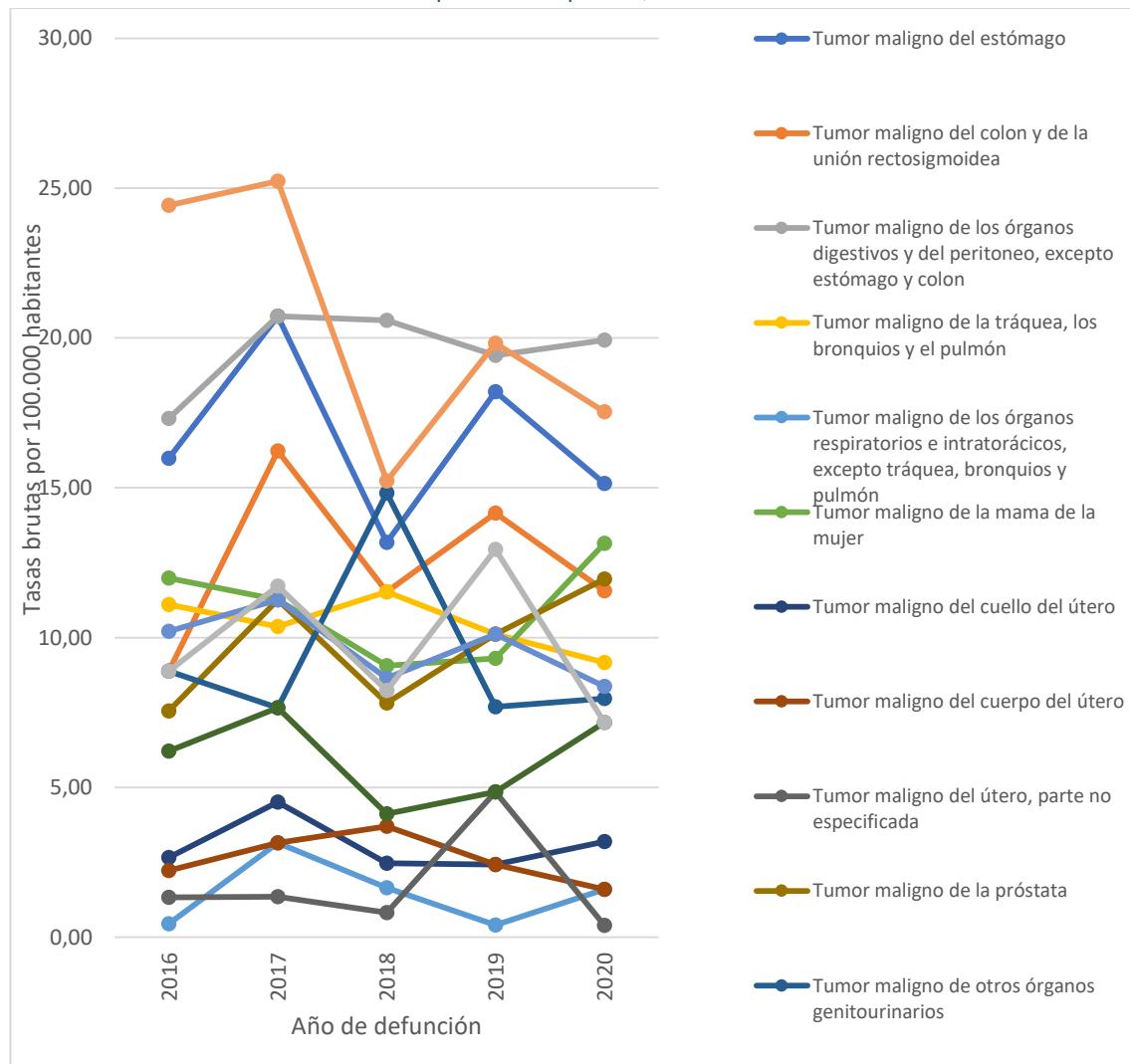
En hombres, al igual que en el análisis general de subgrupos de mortalidad, la mayor incidencia de muertes se observa en el subgrupo **Infecciones respiratorias agudas**, sin embargo, se evidencia que, a lo largo de periodo analizado, esta patología tiene una tendencia al descenso, pasando de tener una tasa de 28,68 en el 2016 a presentar una tasa de 13,00 en el año 2020p. El segundo subgrupo **la enfermedad por VIH (SIDA)**, que reporto tasas al inicio del periodo de 8,07 2016 y 10,00 para 2017, sin embargo, para los siguientes dos años tienen tendencia al descenso, presentando tasas de 7,64 en el 2018 y 7,46 en el 2019, y en año 2020p, se identifica una nueva tendencia al aumento de la tasa pasando a 9,75 para el año 2020p. Otros grupos representativos, hacen referencia a **enfermedades infecciosas intestinales y a Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia**, ubicadas en un tercer lugar, cuya tendencia para ambos casos es el aumento de la tasa pasando de una tasa de 0,00 del 2016 a una tasa de 2,44 n el año 2020p.

En el grupo femenino, si bien es cierto se comparte el primer lugar de igual manera que para el grupo general, como para el de hombres donde en primer lugar de enfermedades infecciosas está dado por el subgrupo **Infecciones respiratorias agudas**, esta ha tenido una tendencia al descenso, pasando de tener una tasa de 3,95 para el año 2019 a una tasa de 1,56 para el año 2020p. Por otro lado, el orden para los demás subgrupos cambia, por lo que el segundo lugar esta compartido por tres patologías que son: **Enfermedades infecciosas intestinales, Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia y Septicemia, excepto neonatal**, sin embargo, de estas la **Septicemia, excepto neonatal** tiene una tendencia al aumento pasando de tener una tasa de 0,00 en el 2019 a pasar a una tasa de 1,56 para el año 2020p. Por otro lado, el tercer puesto también es compartido por **Tuberculosis y Enfermedad por VIH (SIDA)**, con tendencia al descenso en ambos casos.

Neoplasias

En el grupo de las neoplasias, se encuentran los siguientes subgrupos de tumores como; Tumor maligno del estómago, Tumor maligno del colon y de la unión recto sigmoidea, Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón, Tumor maligno de los órganos respiratorios e intra- torácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón, Tumor maligno de la mama de la mujer, Tumor maligno del cuello del útero, Tumor maligno del cuerpo del útero, Tumor maligno del útero, parte no especificada, Tumor maligno de la próstata, Tumor maligno de otros órganos genitourinarios, Leucemia, Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines, Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas, Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido (ver grafica 17).

Grafica 17. Tasas brutas de mortalidad para las neoplasias, localidad de Puente Aranda años 2016 – 2020p



Fuente: Base de datos SDS-EEVV años 2016-2020p

De acuerdo con la gráfica 17, se observa que las tres primeras causas de este grupo se presentaron en primer lugar por Tumor **maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon** donde su pico más alto se presentó en el año 2017, con una tasa de 20,73 y el más bajo fue de 17,32 en el año 2016, sin embargo, para el último año analizado 2020p la tasa fue de 19,92, por lo que no se evidencian descensos importantes al final del periodo analizado. En segundo lugar, encontramos **Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas**, presentando una tendencia al descenso ya que en el año 2016 la tasa presentada fue de 24,42 y para el año 2020p la tasa disminuye a 17,53, y en tercer lugar se presenta **Tumor maligno del estómago**, presentando un comportamiento irregular donde el pico más alto se presentó en el año 2017 con una tasa de 20,73, y el más bajo se presentó en el año 2018 con una tasa de 13,17, ya para el año 2020p la tasa correspondiente es de 15,14. Por lo anterior se hace indispensable, mantener el tamizaje de estas patologías, como predictivos para diagnósticos tempranos y tratamientos oportunos.

Hombres: Se identifica, que la principal causa de mortalidad en hombres corresponde al subgrupo **tumor maligno de estómago**, el cual tiene un comportamiento irregular, donde el pico más alto se presenta en el año 2019 con una tasa de 24,04 y el más bajo en el año 2017 con una tasa de 19,10, sin embargo, para el último año analizado 2020p presenta una tasa de 21,13. En segundo lugar encontramos **Tumor maligno de Próstata** con una tendencia al ascenso, pasando de tener la tasa más baja en el año 2016 con 15,23 a la tasa más alta presentada en el último año analizado 2020p con 24,38 y en tercer lugar encontramos **Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon**, con tendencia al ascenso pasando de tener una tasa de 18,82 en el año 2016 a pasar a una tasa de 22,75 para el año 2020p.

Mujeres: En mujeres, se puede observar que dentro de las neoplasias que las afectan, en primer lugar, esta **Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas**, con un comportamiento al descenso, donde su pico más alto fue en el año 2016 con una tasa de 30,80 y el más bajo en el año 2020p con una tasa de 18,76. En segundo lugar, se encuentra el **tumor maligno de la mama de la mujer**, presentando un comportamiento irregular, con las cifras más bajas en el año 2018 con una tasa de 17,58 y las más altas presentadas en el año 2020p con una tasa de 25,80. En tercer lugar, se encuentra **Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon**, presenta un comportamiento irregular con la tasa más baja de 15,84 presentada en el año 2016 y la tasa más alta presentada en el año 2019 con 25,28.

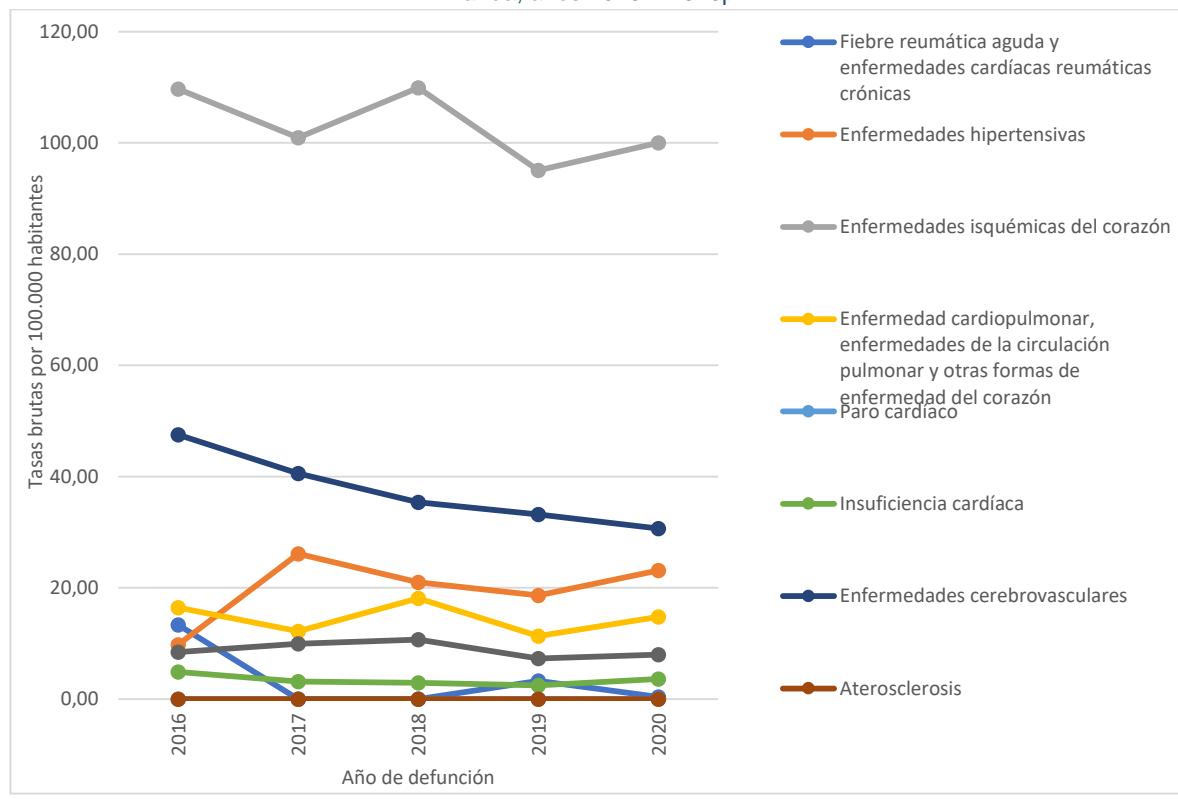
Enfermedades del sistema circulatorio

En el grupo de mortalidad debido a alteraciones del sistema circulatorio, se encuentran las siguientes enfermedades: Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas, Enfermedades hipertensivas, Enfermedades isquémicas del corazón, Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la

circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón, Paro cardíaco, Insuficiencia cardíaca, Enfermedades cerebrovasculares, Aterosclerosis, y las demás enfermedades del sistema circulatorio.

A nivel general, las **enfermedades isquémicas del corazón**, continúan siendo la principal causa de mortalidad en este grupo, con un comportamiento irregular pasando de tener el pico más bajo en el año 2019 con una tasa de 95,05 y la tasa más alta presentada en el año 2018 con una tasa de 100,94 para el último año analizado 2020p se evidencia una tasa de 100,01. En segundo lugar, tenemos las **enfermedades cerebrovasculares** con una tendencia al descenso, pasando de tener una tasa de 47.51 en el año 2016 a una tasa de 30,68 para el año 2020p. En tercer lugar, las **enfermedades hipertensivas** con comportamiento irregular, donde el pico más alto se presenta en el año 2017 con una tasa de 26,14, y el más bajo se presenta en el año 2016 con una tasa de 9,77, y para el ultimo año analizado 2020p la tasa es de 23,11 (ver gráfica 18).

Grafica 18. Tasas brutas de mortalidad para las enfermedades del sistema circulatorio, localidad de Puente Aranda, años 2016 – 2020p



Fuente: Base de datos SDS-EEVV años 2016-2020p

En el grupo masculino, presenta un comportamiento similar al comportamiento de la población general, donde en primer lugar las **enfermedades isquémicas del corazón**, en segundo lugar, las **enfermedades cerebrovasculares** y en tercer lugar las **enfermedades hipertensivas**. De manera indiscutible la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón se encuentra muy encima de los demás grupos, mostrando comportamiento

irregular, con la tasa más baja presentada en el año 2019 con 13,26 y la más alta es del año 2017 con 29,10, para el último año analizado se presenta una tasa de 21,13. El perfil de mortalidad en este género está altamente determinado por eventos relativamente prevenibles con modificación de hábitos en salud y estilos de vida.

De igual manera, en el grupo femenino se presenta un comportamiento similar al grupo masculino, pues las mismas tres causas, **enfermedades isquémicas del corazón** con un comportamiento ascendente, donde en el año 2020p se presenta una tasa de 100,07 siendo mayor que en el año anterior donde se presenta una tasa de 90,06. Con respecto a **enfermedades cerebrovasculares**, se observa una tendencia al descenso pasando de tener el mayor pico en el año 2016 con una tasa de 53,69 a pasar a una tasa de 31,27 para el año 2020p. En tercer lugar, las **enfermedades hipertensivas** mostrando una tendencia al ascenso pasando de tener una tasa de 23,70 en el año 2019 a pasar a una tasa de 25,02 en el año 2020p.

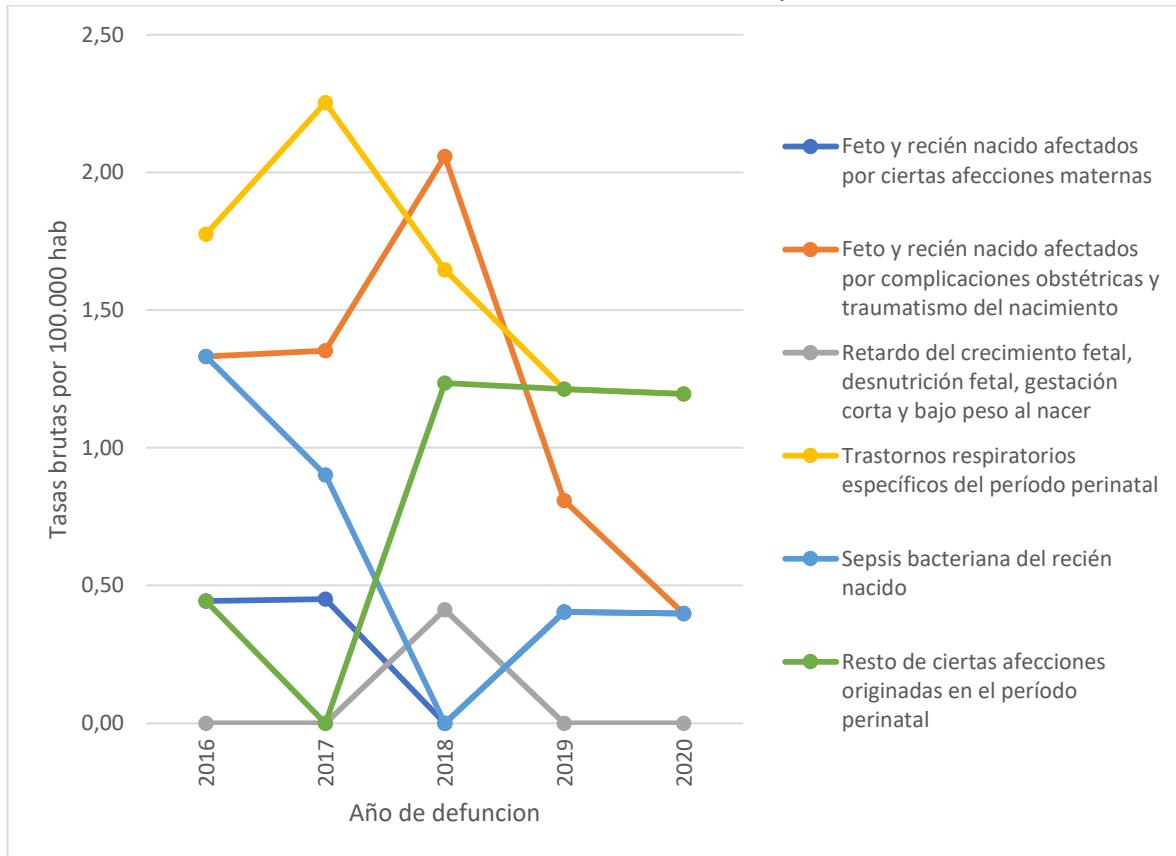
Los programas de promoción y prevención se deben fortalecer e intensificar dentro de la población, específicamente en los adultos mayores, grupo donde se reporta la mayor frecuencia, anotando que están asociadas a estilos de vida, alimentación, actividad física, entre otros factores, constituyendo así una problemática de sumo interés para la localidad.

Afecciones del periodo perinatal

En las afecciones del periodo perinatal, se encuentran causas como; Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas, Feto y recién nacido afectados por complicaciones, obstétricas y traumatismo del nacimiento, Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer, Trastornos respiratorios específicos del período perinatal, Sepsis bacteriana del recién nacido, y Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal.

En este subgrupo identificamos dentro de las tres primeras causas en su orden, **trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal**, evidenciando una tendencia al descenso, donde el pico más alto se presentó en el año 2017 con una tasa de 2,25 y el pico más bajo se presentó en el año 2020p con una tasa de 1,20. En segundo lugar tenemos, **resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal**, con una tendencia al ascenso pasando de tener una tasa de 0,44 en el 2016 a tener una tasa de 1,20 para el año 2020p y en tercer lugar tenemos **Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento**, con tendencia al descenso en el ultimo periodo, pasando de tener una tasa de 0,81 en el 2019, a tener una tasa de 0,40 en el año 2020p (ver grafica 19).

Grafica 19. Tasas brutas de mortalidad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, localidad de Puente Aranda, años 2016 – 2020p



Fuente: Base de datos SDS-EEVV años 2016-2020p

El comportamiento en las muertes perinatales masculinas es similar al de la población general, ya que presenta las mismas tres primeras causas, sin embargo la tendencia en cada uno de los casos varía, encontrando que para la primera causa de **trastornos respiratorios específicos del período perinatal** la tendencia irregular, ya que su pico más alto se presenta en el año 2017 con una tasa de 3,64 y el pico más bajo se presenta en el año 2018 con una tasa de 0,85, en el último año analizado 2020p la tasa fue de 2,44. En segundo lugar tenemos, **resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal**, con una tendencia al ascenso pasando de tener una tasa de 0,90 en el 2016 a tener una tasa de 2,44 para el año 2020p y en tercer lugar tenemos **Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento**, con tendencia al descenso en el último periodo, pasando de tener una tasa de 1,66 en el 2019, a tener una tasa de 0,81 en el año 2020p.

El comportamiento en las muertes perinatales femeninas para este subgrupo, esta con tendencia al descenso en todas y cada una de las patologías, y sus tres primeras causas varían con respecto al grupo masculino, encontrando como primera causa de **trastornos respiratorios específicos del período perinatal** la tendencia al descenso ya que su pico más alto se presenta en el año 2018 con una tasa de 2,40 y el pico más bajo se presenta en el año 2020p con una tasa de 0,00. La segunda causa está dada por **Feto o recién nacido**

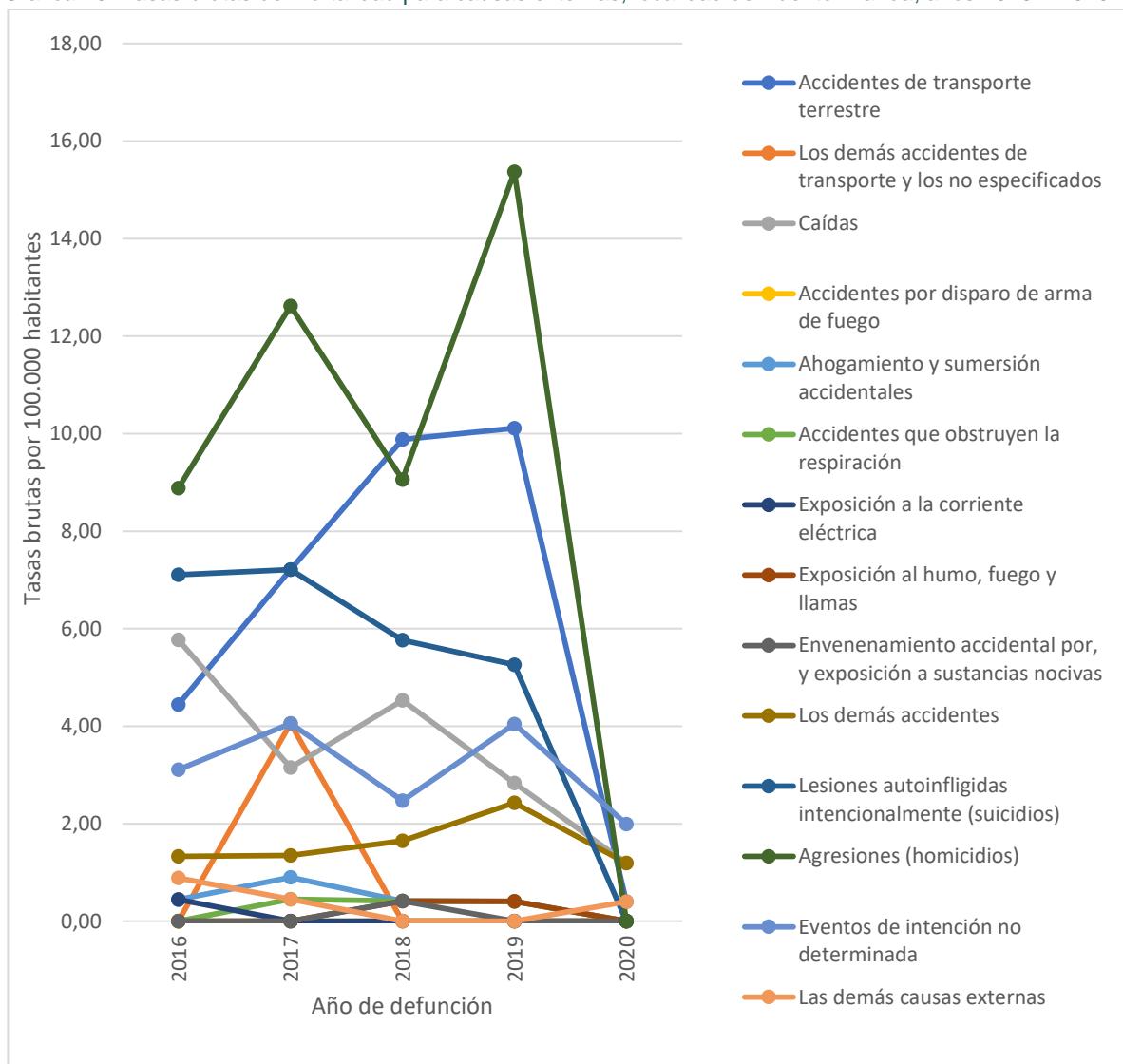
afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento, con tendencia al descenso y logrando mantener la tasa en 0.00 para los dos últimos años del periodo analizado, 2019 – 2020p. En tercer lugar esta **Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas**, con tendencia al descenso evidenciado en los dos últimos años del periodo analizado y pasando de tener una tasa de 0,79 en el 2019 a una tasa de 0,00 en el año 2020p.

Causas externas

El grupo de causas externas está compuesta por mortalidad por las siguientes causas; Accidentes de transporte terrestre, Los demás accidentes de transporte y los no especificados, Caídas, Accidentes por disparo de arma de fuego, Ahogamiento y sumersión accidentales, Accidentes que obstruyen la respiración, Exposición a la corriente eléctrica, Exposición al humo, fuego y llamas, Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas, Los demás accidentes, Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios), Agresiones (homicidios), Eventos de intención no determinada, y las demás causas externas.

El análisis de este subgrupo encontramos dentro de las tres primeras causas, en primer lugar, agresiones (Homicidios), con una tendencia de comportamiento irregular ya que presenta su mayor pico en el año 2019 con una tasa de 15,37 y el menor pico se presentó en el año 2020p con una tasa de 0,00. En segundo lugar, encontramos lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios), con una tendencia al descenso, pasando de tener una tasa de 7,10 en el 2016 a presentar una disminución paulatina hasta llegar al año 2019 con una tasa de 5,26 y para el año 2020p presentar una tasa de 0,00. En el tercer lugar encontramos accidentes de transporte terrestre que han tenido una tendencia al descenso presentando en el año 2016 una tasa de 4,44 a pasar al año 2020p a presentar una tasa de 0,40. (ver gráfica 20).

Grafica 20. Tasas brutas de mortalidad para causas externas, localidad de Puente Aranda, años 2016 – 2020



Fuente: Base de datos SDS-EEVV años 2016-2020p

Las principales causas externas de muertes en hombres en la localidad de Puente Aranda, son en primer lugar agresiones (homicidios), con tendencia al aumento teniendo su pico más alto en el año 2019 con una tasa de 29,84. En segundo lugar encontramos accidentes de transporte terrestre que han tenido una tendencia con tendencia al aumento presentando en el año 2016 una tasa de 6,27 a pasar al año 2019 a presentar una tasa de 15,75. En tercer lugar, tenemos Eventos de intención no determinada, con tendencia al descenso presentando en el año 2016 una tasa de 5,38 a pasar al año 2020p a presentar una tasa de 3,25.

En cuanto a las causas externas de muertes en mujeres, se observa que la primera causa es Caídas, con un comportamiento fluctuante, donde el mayor pico se presenta en el año 2018, con una tasa de 4,79 y el pico más bajo presentado en el año 2020p con una tasa de 0,78. En segundo lugar tenemos accidentes de transporte terrestre que han tenido una

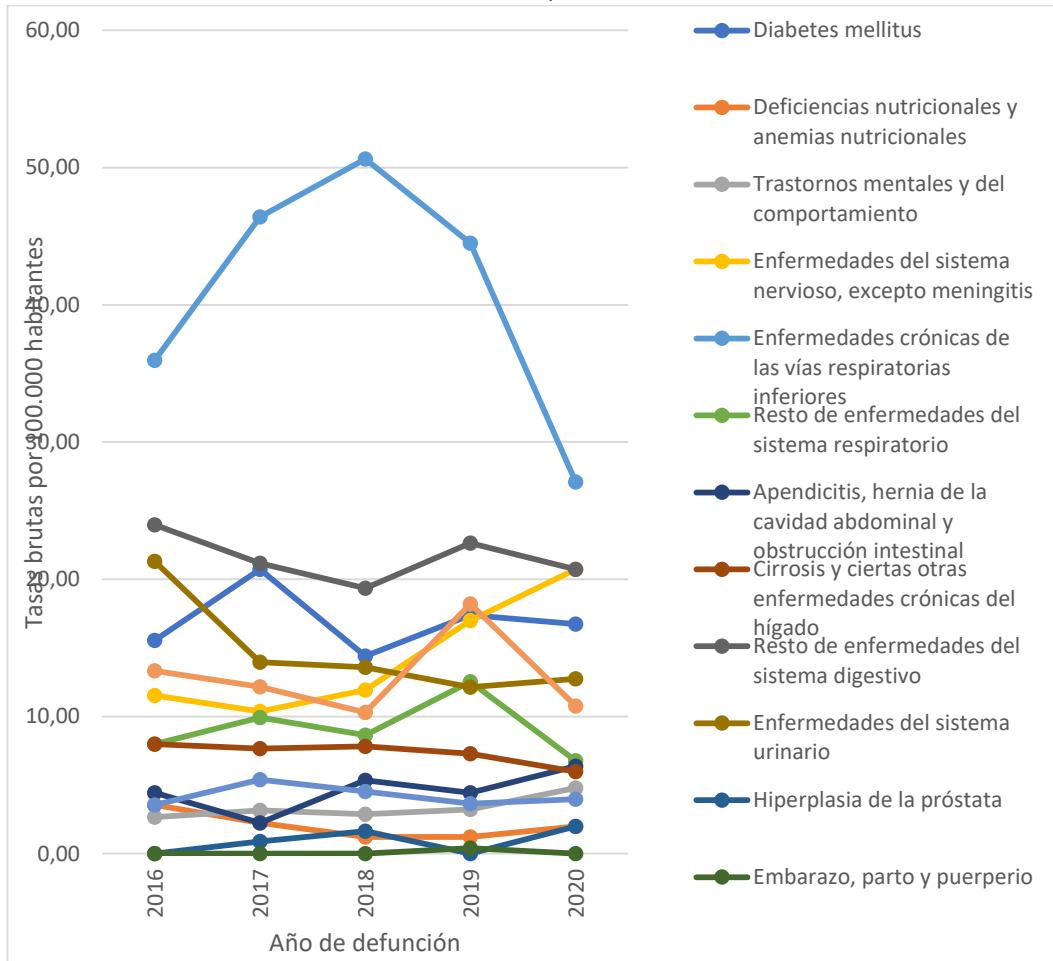
tendencia al ascenso presentando en el año 2016 una tasa de 2,64 a pasar al año 2019 a presentar una tasa de 4,74. En tercer lugar las agresiones (homicidios), tienen un comportamiento irregular con un máximo en la tasa de 4,47 en el año 2017, el año 2019 con una tasa de 1,58 y para el año 2020p una tasa de 0,00.

Todas las demás enfermedades

En este grupo de todas las demás enfermedades, se encuentran las siguientes causas de muertes; diabetes mellitus, deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, trastornos mentales y del comportamiento, enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, resto de enfermedades del sistema respiratorio, apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal, cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado, resto de enfermedades del sistema digestivo, enfermedades del sistema urinario, hiperplasia de la próstata, embarazo, parto y puerperio, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, y el grupo resto de las enfermedades.

Dentro de este grupo, se evidencia de manera notoria que la mayor carga de mortalidad en este grupo es a causa de enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, pues constituye un evento común derivado de múltiples factores de riesgo y determinantes, tanto personales, culturales, laborales y ambientales. Dicho evento fluctúa a través del tiempo, pero refleja un pico en la tasa de 50,64, durante el año 2018 y cierra el periodo con un descenso en la tasa significativo de 27,10 en el año 2020p. En segundo lugar, encontramos resto de las enfermedades del sistema digestivo, con un comportamiento regular en la línea de tiempo con la tasa más baja de 19,35 para el año 2018 y la más alta tasa presentada en el año 2016 con 23,98. En tercer lugar tenemos Diabetes Mellitus, que muestra una tendencia irregular, con la tasa más alta reportada de 20,73 para el año 2017 y la más baja de 14,41 en el año 2018 (ver grafica 21).

Grafica 21. Tasas brutas de mortalidad para todas las demás causas, localidad de Puente Aranda, años 2016 – 2020p



Fuente: Base de datos SDS-EEVV años 2016-2020p

Para el subgrupo de las demás causas de muerte en hombres, se tiene el mismo orden que el general, con comportamiento irregular en los subgrupos de enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores presenta una tendencia al descenso evidenciado al final del periodo donde para el año 2019 se tenía una tasa de 43,10 y en el año 2020p una tasa de 21,13. En segundo lugar el resto de enfermedades del sistema digestivo cuya tasa más baja se da en el año 2020p con 21,13. En tercer lugar, Diabetes Mellitus, con tendencia al ascenso evidenciado al final de la línea de tiempo pasando de tener una tasa de 17,41 a una tasa de 21,13 en el año 2020p.

Para el subgrupo de las demás causas de muerte en mujeres se tiene un comportamiento similar al de los hombres, ya que se comparten las mismas tres causas presentadas. En primer lugar esta enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores presenta una tendencia al descenso evidenciado al final del periodo donde para el año 2019 se tenía una tasa de 45,82 y en el año 2020p una tasa de 32,84. En segundo lugar el resto de enfermedades del sistema digestivo cuya tasa más baja se da en el año 2020p con 20,33.

En tercer lugar, Diabetes Mellitus, con tendencia fluctuante presentando su mayor pico en el año 2017 con una tasa de 17,86 y la tasa más baja de 12,51 en el año 2020p.

Síntomas, signos y afecciones mal definidas

Las causas mal definidas constituyen un fenómeno con fluctuaciones en sus tasas a lo largo del periodo de estudio. Es una dificultad netamente médica que interfiere sobre el fenómeno de causalidad y al que se espera que disminuya con el fin de analizar las causas de mortalidad de una manera más próxima.

A nivel general, se presenta un comportamiento con tendencia al descenso, con una tasa máxima en el año 2016 de 9,77 defunciones x cada 100.000 habitantes. En hombres, los datos más relevantes se evidencian en los años 2016 (11,65) y 2017 (9,09). En las mujeres de la localidad, las enfermedades por signos, síntomas y afecciones mal definidas, muestra la tasa más elevada en el año 2016 (9,77) y la más baja (4,38) en el 2020p. Lo anterior, indica mejoras en la certificación de la mortalidad en la localidad (ver tabla 30).

Tabla 30. Tasas brutas de mortalidad para signos y síntomas mal definidos, localidad de Puente Aranda, años 2016 – 2020p

Sexo	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Año 2020
Hombres	11,65	9,09	8,49	8,29	4,06
Mujeres	7,92	6,25	5,59	6,32	4,69
Total	9,77	7,66	7,00	7,28	4,38

Fuente: Base de datos SDS-EEVV años 2016-2020p

1.3.2.4 Mortalidad Materno – infantil y en la niñez

El análisis de la mortalidad infantil y en la niñez se utilizará la lista de los 16 grandes grupos que corresponde a ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias; tumores (neoplasias); enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides; enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades del sistema respiratorio; enfermedades del sistema digestivo; enfermedades del sistema genitourinario; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte; todas las demás enfermedades; causas externas de morbilidad y mortalidad; Síndrome Respiratorio Agudo Grave – SRAG

Mortalidad por grandes causas en menores de un año

La mortalidad infantil, hace referencia al número de muerte que ocurren antes de cumplir un año de edad. El riesgo de muerte del niño es mayor durante el periodo neonatal (los primeros 28 días de vida). Para evitar estas muertes son esenciales un parto seguro y cuidados neonatales eficaces. La mayoría de los fallecimientos neonatales se deben a partos prematuros, asfixias durante el parto (incapacidad para respirar en el momento del parto) e infecciones.

En el periodo de 2016 a 2020p, para la localidad de Puente Aranda el indicador de mortalidad infantil en los menores de 1 año, registra 88 casos y presenta como principal causa de muerte **Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal**, el cual muestra un comportamiento irregular, con la tasa más baja en el año 2020p de $0,91 \times 1.000$ nacidos vivos. La siguiente causa son las **Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas**; caracterizándose por tener un comportamiento poco específico, presentando la tasa más alta $3,32 \times$ cada 1.000 nacidos vivos en el año 2019 y cierra el periodo analizado sin casos. En tercer lugar, se ubican las **Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio** cuyo comportamiento es homogéneo y su tasa más alta se produjo en el año 2020p ($0,46 \times 1.000$ NV) (ver tabla 31).

En hombres se producen el 61,0% (n=54) de las mortalidades en menores de un año y respecto a las 16 grandes causas las **Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas**; presento la tasa más baja en el año 2020p con $0,91 \times$ cada 1.000 nacidos vivos. Cabe resaltar que en este grupo las demás causas de mortalidad no presentan casos para el año 2020p.

Las mujeres registran el 39,0% (n=34) de los casos registrados y únicamente dos grupos de causas presentaron casos en el año 2020p, siendo la más baja en las **Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas** con $0,92 \times$ cada 1.000 nacidos vivos. Los **Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio** en todo el periodo reporta únicamente casos en el año 2020p revelando una tasa de $0,92 \times$ cada 1.000 nacidos vivos.

Tabla 31. Tasas Específicas de Mortalidad Infantil y en la Niñez según Lista de tabulación de la Mortalidad Infantil y del Niño – Menores de 1 Año (16 Grandes Causas). Localidad de Puente Aranda. Años 2016 a 2020p

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres					Mujeres					Total				
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,41
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	1,37	0,00	0,00	0,81	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,70	0,00	0,00	0,00	0,41	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,72	0,00	0,00	0,00	0,35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,68	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,86	0,00	0,35	0,00	0,00	0,41	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	4,79	5,40	6,80	4,83	0,91	3,60	6,17	4,50	3,42	0,92	4,21	5,76	5,88	4,15	0,91
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,05	3,86	3,40	4,83	0,00	1,44	1,76	0,90	1,71	0,00	1,76	2,88	2,19	3,32	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,77	0,00	0,81	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,92	0,00	0,41	0,00	0,41	0,46
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,68	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,90	0,00	0,00	0,35	0,00	0,44	0,00	0,00

Fuente: Base de datos SDS-EEVV años 2016-2020p

En menor frecuencia, se encuentran las Enfermedades del sistema respiratorio, Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias y Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos.

Mortalidad por grandes causas en menores entre uno y cuatro años

Al verificar los datos de mortalidad por grandes causas en menores de uno a cuatro años, se registran 23 defunciones, donde en primer lugar se ubican las **causas externas de morbilidad y mortalidad**, presentando una tendencia irregular cuya tasa más alta se dio en el año 2018 con 20,30 defunciones x cada 100.000 niños entre 1 y 4 años. La siguiente causa corresponde a **tumores (neoplasias)**, cuya tendencia es la misma que la anterior y la tasa más alta se observa en el año 2017 con 19,12 y no registran casos en los años 2018 y 2020p. En tercer lugar, se observan las **Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas** y las **enfermedades del sistema respiratorio**, donde la tasa más alta se dio en el año 2018 con 10,15 defunciones x cada 100.000 para los dos grupos, y no reportan casos durante el año 2020p (ver tabla 32).

En relación a la distribución por sexo, los hombres presentan el 74,0% (n=17) de las mortalidades en menores de uno a cuatro años y respecto a las 16 grandes causas el 26% pertenece al grupo de **causas externas de morbilidad y mortalidad**, seguido por los **tumores** y las **Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas** compartiendo el segundo lugar con un peso porcentual de 13% cada uno.

Las mujeres registran el 26,0% (n=6) de las defunciones; y frente a las grandes causas, se caracteriza por no presentar casos en ninguno de los grupos para el año 2020p.

Tabla 32. Tasas Específicas de Mortalidad Infantil y en la Niñez según Lista de tabulación de la Mortalidad Infantil y del Niño – Menores de 1 a 4 años (16 Grandes Causas). Localidad de Puente Aranda. Años 2016 a 2020p

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres					Mujeres					Total				
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20,79	0,00	0,00	0,00	0,00	10,03	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	37,08	0,00	19,39	0,00	19,11	0,00	0,00	0,00	0,00	9,26	19,12	0,00	10,03	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	18,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,56	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	18,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20,77	0,00	0,00	0,00	9,56	10,15	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	18,54	19,85	0,00	0,00	0,00	0,00	20,79	0,00	0,00	0,00	9,56	10,15	10,03	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19,75	0,00	0,00	0,00	0,00	9,56	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	17,95	18,54	19,85	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,26	9,56	10,15	0,00	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	19,85	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,15	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	35,91	18,54	19,85	19,39	19,32	0,00	0,00	20,77	0,00	0,00	18,51	9,56	20,30	10,03	10,00

Fuente: Base de datos SDS-EEVV años 2016-2020p

Mortalidad por grandes causas en menores de cinco años

La mortalidad en menores de 5 años en la localidad de Puente Aranda, reportan 111 casos, en los años analizados. La mayor causa se ve registrada en **ciertas afecciones del período perinatal** con un comportamiento irregular, presentando la tasa máxima en el año 2019 con 80,70 x 100.000 menores de 5 años y la más baja en 2020p con 15,92. En la siguiente causa se encuentra **malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas**, mostrando un comportamiento inespecífico, donde para el año 2020p no registra casos; en tercer lugar, las **Causas externas de morbilidad y mortalidad** registran la tasa más alta en el año 2018 de 24,51 y la más baja en el cierre del periodo con 7,96 defunciones x 100.000 menores de 5 años (ver tabla 33).

Al analizar la distribución por sexo, en los hombres se reportó el 64,0% (n=71) de las defunciones en menores de 5 años y se presenta la misma distribución general, con la particularidad que no se reportan casos de **Malformaciones congénitas** en el año 2020p.

Las mujeres comparten el mismo orden, en las dos primeras causas de mortalidad, pero el peso porcentual respecto a las mortalidades es de 36,0% (n=40) y al igual que en el grupo de hombres, no se reportan casos de Malformaciones congénitas en el cierre del período.

Tabla 33. Tasas Específicas de Mortalidad Infantil y en la Niñez según Lista de tabulación de la Mortalidad Infantil y del Niño – Menores de 5 años (16 Grandes Causas). Localidad Puente Aranda Años 2016 a 2020p

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres					Mujeres					Total				
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	33,43	0,00	0,00	0,00	0,00	16,14	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	29,74	0,00	15,60	0,00	15,31	0,00	0,00	0,00	0,00	7,42	15,33	0,00	8,07	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	14,87	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,67	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	28,80	14,87	0,00	15,60	0,00	0,00	0,00	16,88	0,00	0,00	14,84	7,67	8,17	8,07	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoidea	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	15,31	0,00	0,00	0,00	0,00	7,42	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	14,40	14,87	15,84	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	33,43	0,00	7,42	7,67	8,17	16,14	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	15,83	0,00	0,00	0,00	0,00	7,67	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	100,81	104,10	126,68	93,62	0,00	15,39	76,56	110,78	84,39	66,87	16,48	89,05	107,34	105,21	80,70
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	57,60	89,23	79,18	93,62	0,00	30,62	31,65	16,88	33,43	0,00	44,53	61,34	49,02	64,56	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	14,87	15,84	15,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	16,48	0,00	7,67	8,17	8,07
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	43,20	14,87	15,84	15,60	15,39	0,00	0,00	33,76	0,00	0,00	22,26	7,67	24,51	8,07	7,96

Fuente: Base de datos SDS-EEVV años 2016-2020p

1.3.2.5 Identificación de prioridades para mortalidad general, específica y materno infantil y en la niñez

El análisis de mortalidad materno infantil y la niñez, se puede efectuar a través de una semaforización que permite estimar la razón de razones de la mortalidad materna y la razón de las tasas de mortalidad neonatal, de mortalidad infantil, de mortalidad en la niñez, de mortalidad por EDA, de mortalidad por IRA y mortalidad por desnutrición crónica en los menores de cinco años de edad, calculando intervalos de confianza que le dan a los resultados significancia estadística.

A continuación, se evidencia la tabla 34 de semaforización del análisis de tendencia materno – infantil y niñez, a través de indicadores que muestran la situación de la localidad en las diferentes causas de muerte enunciadas.

Tabla 34. Indicadores de Mortalidad Materno Infantil y en la Niñez. Localidad Puente Aranda, Bogotá D.C.
Años 2016 a 2020p

Causa de muerte	Sur Occidente 2020	Puente Aranda 2020				
			2017	2018	2019	2020
Razón de mortalidad materna	24,30	0,00	-	-	↗	↘
Tasa de mortalidad neonatal	12,70	14,00	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad infantil	7,70	9,60	↗	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad en la niñez	8,80	11,80	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	1,30	1,50	-	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0,00	0,00	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0,00	0,00	-	-	-	-

Fuente: Base de datos SDS-EEVV años 2016-2020p

Para el año 2020p, en la localidad de Puente Aranda, no se presentaron defunciones maternas, ni casos de mortalidad en menores de 5 años por EDA y desnutrición, indicando una mejor situación a nivel local.

Cabe resaltar, que en periodo analizado se presentó un único caso de mortalidad materna correspondiente al año 2019, lo cual afecto el indicador a 41,30 en nivel local. Durante los últimos 5 años no se han confirmado muertes por EDA ni por desnutrición. La mortalidad por IRA presentó un comportamiento fluctuante, evidenciando la tasa más alta de 4,50 en el año 2019 y la más baja de 1,50 para el año 2020p.

En lo referente a la tasa de mortalidad neonatal e IRA no presenta diferencia estadísticamente significativa al contrastar con los indicadores reportados por la Subred en este mismo año (2020p), sin embargo, se identifica que la mortalidad infantil y la mortalidad de la niñez se presenta un 24% y 34% más que en la Subred.

1.4 Relación morbi-mortalidad – población

A nivel demográfico, Puente Aranda continua siendo una localidad que concentra su población en edad productiva (25 a 59 años), que si bien es la que a nivel demográfico puede presentar menor mortalidad y morbilidad, si puede presentar riesgos particulares como son las lesiones, agresiones, accidentes de tránsito, o las enfermedades laborales. Por otro lado la localidad se encuentra en proceso de envejecimiento, lo que implica, una disminución marcada de la natalidad y un incremento de los adultos mayores, que a corto y mediano plazo generan impacto en la morbimortalidad, con aparición de patologías propias de la tercera edad como la diabetes mellitus o las enfermedades cardiovasculares.

La morbimortalidad de la localidad de Puente Aranda, durante los años analizados, está relacionada principalmente con las enfermedades no transmisibles, los signos y síntomas mal definidos; las enfermedades cardiovasculares y los eventos de salud mental. En términos de mortalidad, predominan las enfermedades del sistema circulatorio, las demás causas y las Neoplasias.

La pandemia por la COVID-19 generó impactos directos e indirectos sobre la salud de la población de la localidad, uno de ellos, reveló el cambio transitorio en el perfil de morbimortalidad para el año 2020, pues este tuvo un aumento porcentual en la mortalidad del 28,11% con respecto al año 2019, mientras que en la morbilidad atendida se evidenció una disminución del 26,85% frente al año 2019.

En lo que respecta a morbilidad atendida, para el año 2020, se calcularon tasas de prevalencia de las enfermedades no transmisibles en 67.203,39 por cada 100.000 habitantes, en segundo lugar, se encuentran los signos y síntomas mal definidos con una tasa de 48.680,71. En tercer lugar se ubican las enfermedades cardiovasculares con una tasa de 19.792,56, y en cuarto lugar los eventos de salud mental con una tasa de 12.137,40. Las atenciones se concentraron principalmente en los momentos de cursos de vida adultez y vejez, así mismo, se observó que las mujeres de la localidad consultan en mayor frecuencia a los servicios de salud representando el 63% en contraste con las atenciones en los hombres que aportaron el 37% (ver tabla 35).

Tabla 35. Comparación de las grandes causas de morbimortalidad, localidad de Puente Aranda año 2020

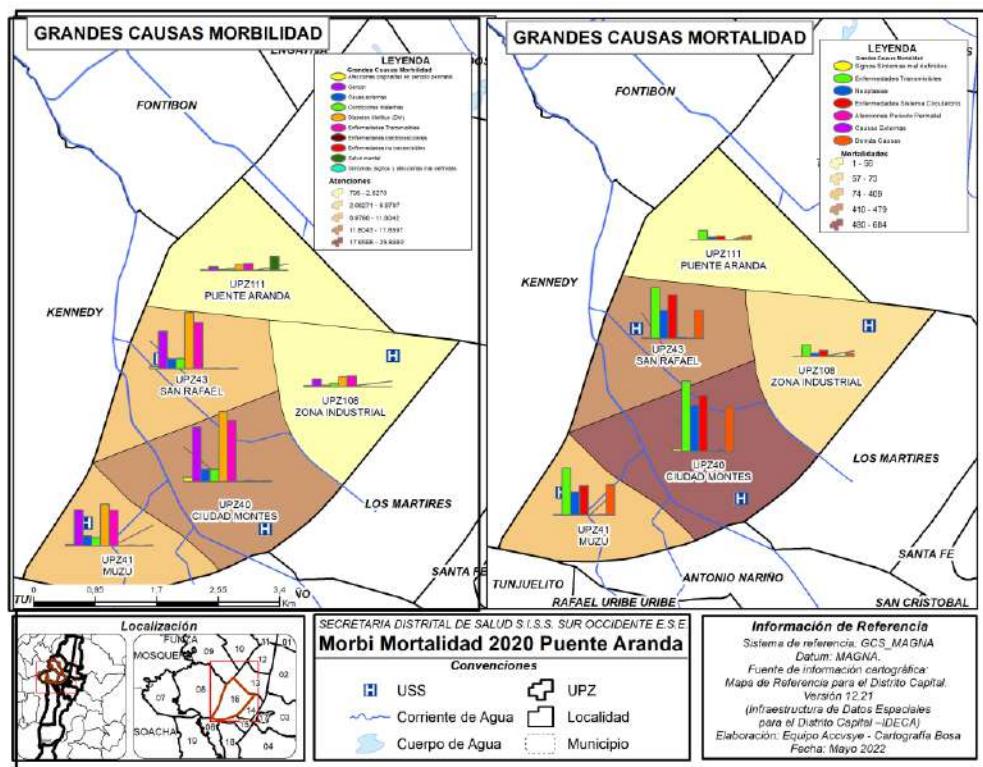
Grandes Causas de Morbilidad	No. atenciones	Tasa por 100.000 habitantes
Enfermedades no transmisibles	168.659	67.203,39
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	122.173	48.680,71
Enfermedades cardiovasculares	49.673	19.792,56
Salud mental	30.461	12.137,40
Diabetes Mellitus (DM)	12.637	5.035,30
Enfermedades Transmisibles	11.047	4.401,76
Cáncer	9.606	3.827,58
Condiciones maternas	2.457	979,01
Causa externas	2.338	931,59
Afecciones originadas en periodo perinatal	636	253,42
Total	409.687	163.242,72
Grandes Causas Mortalidad 6/67	No. defunciones	Tasa por 100.000 habitantes
Enfermedades transmisibles	620	247,04
Enfermedades sistema circulatorio	453	180,50
Las demás causas	353	140,66
Neoplasias	341	135,87
Causas externas	13	5,18
Signos y síntomas mal definidos	11	4,38
Afecciones del periodo perinatal	9	3,59

Total	1800	717,22
-------	------	--------

Fuente: Morbilidad: RIPS 2020 - Secretaría Distrital de Salud. Mortalidad: 2020: SDS- RUA_F_ND, datos PRELIMINARES. Base de datos SDS y aplicativo Web RUA_F_ND, datos preliminares

Al contrastar estos datos, con la mortalidad de la localidad, se observa un cambio en el perfil, pues la principal causa de defunciones en el año 2020, obedeció a las enfermedades transmisibles con una tasa de 247,04 defunciones por cada 100.000 habitantes, datos que se relacionaron de manera directa con la pandemia por COVID-19. Así las cosas, se desplazaron grupos que generaban gran carga en la mortalidad, como es el caso de las enfermedades del sistema circulatorio (tasa de 180,50), las demás causas (tasa de 140,66) y las neoplasias (tasa de 140,66). Así mismo, se concentró la mayor parte de la mortalidad en el momento de curso de vida vejez, especialmente en el grupo de mayores de 80 años con el 44,5% (n=3.215). Lo anterior, indica que se mantiene una relación entre las causas de atención y de mortalidad en la localidad.

Mapa 17. Comparación de las grandes causas de morbimortalidad, localidad de Puente Aranda año 2020



Fuente: Morbilidad: RIPS 2020 - Secretaría Distrital de Salud. Mortalidad: 2020: SDS- RUA_F_ND, datos PRELIMINARES. Base de datos SDS y aplicativo Web RUA_F_ND, datos preliminares

Como se puede observar en el mapa anterior, el mayor número de atenciones y defunciones se concentra en las UPZ 40 Ciudad Montes, 43 San Rafael y 41 Muzú, anotando que estos territorios agrupan el 92,7% de la población de la localidad para el año 2021, y de estas la

UPZ 41 Muzú, reportó ser la mayor densamente poblada, a nivel local. En contraste con lo anterior, las UPZ de menor carga en la morbimortalidad son las UPZ 108 Zona Industrial y UPZ 111 Puente Aranda.

A continuación, se realizará el análisis de los principales grupos de morbimortalidad de la localidad.

Enfermedades transmisibles: En este grupo se reportó una tasa de prevalencia de 4.401,76 atenciones por cada 100.000 habitantes en la localidad, y como principales causas de atención, se observaron Otras Enfermedades Respiratorias ERA con una tasa de 2.407,8; Otras enfermedades infecciosas y parasitarias con una tasa de 1.267,09, Enfermedades infecciosas intestinales con una tasa de 470,18; y las enfermedades Transmisión Sexual - Otras enfermedades con una tasa de 131,89. Este comportamiento es congruente con la mortalidad presentada en el año 2020p, pues en el subgrupo de mortalidad por enfermedades transmisibles, primaron las atenciones por el Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias; las Infecciones respiratorias agudas; Enfermedad por el VIH (SIDA) y en menor medida las Enfermedades infecciosas intestinales (Ver tabla 36).

Tabla 36. Comparación de la morbimortalidad por subgrupos de enfermedades transmisibles, localidad de Puente Aranda año 2020

Subgrupo de Causa de Morbilidad	No	Tasa de prevalencia por 100.000 habitantes	Subgrupo Causas de Mortalidad 667	No	Tasa bruta de mortalidad por 100.000 hab.
Otras Enfermedades Respiratorias ERA	6043	2407,88	1,09 Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	569	226,72
Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	3180	1267,09	1,08 Infecciones respiratorias agudas	24	9,56
Enfermedades infecciosas intestinales	1180	470,18	1,07 Enfermedad por VIH (SIDA)	13	5,18
Transmisión Sexual - Otras enfermedades	331	131,89	1,01 Enfermedades infecciosas intestinales	5	1,99
Transmisión Sexual - VIH	182	72,52	1,03 Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	5	1,99
Tuberculosis, inclusive secuelas	99	39,45	1,02 Tuberculosis	2	0,80
Meningitis	17	6,77	1,06 Septicemia, excepto neonatal	2	0,80
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	6	2,39	1,04 Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0	0,00
Septicemia	5	1,99	1,05 Meningitis	0	0,00
Hepatitis A	2	0,80	Total	620	247,04
Ciertas enfermedades prevenibles por vacuna	1	0,40			
Total	11047	4401,76			

Fuente: Morbilidad: RIPS 2020 - Secretaría Distrital de Salud. Mortalidad: 2020: SDS- RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos preliminares

lo referente a la morbilidad por COVID-19, Puente Aranda siempre se ubicó entre los 10 territorios con mayor número de contagios a nivel distrital. La afectación se dio principalmente en el grupo femenino (proporción de incidencia de 1.663,4 casos por cada

10.000 mujeres³⁾, y en habitantes de 30 a 39 años, situación que posiblemente fue atribuida, a las actividades laborales que los habitantes ejercían, y al temor de que los integrantes del hogar con condiciones de riesgo fueran contagiados. En la mortalidad, la COVID-19 tuvo un impacto importante, pues aumento de manera exponencial el reporte de defunciones del subgrupo de Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, donde la tasa calculada paso de 1,62 en el 2019 a 226,72 en el 2020.

Enfermedades no transmisibles (ECNT): En cuanto a las enfermedades no transmisibles, para Puente Aranda durante el año 2020 se registraron como segunda causa de consulta por parte de la población residente, donde predominaron las consultas por enfermedades musculoesqueléticas (tasa de prevalencia 14.126,1), seguido de las condiciones orales (tasa de 10.750,8), y enfermedades genitourinarias (tasa de 9.331,1) que representaron el 50,9% de las atenciones.

A partir de los 50 años inicia la aparición de otras enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y la hipertensión esencial, relacionadas principalmente a modos y estilos saludables que desencadenan en mortalidades ocupando las primeras causas en este subgrupo de enfermedades no transmisibles, que aumentan su frecuencia a partir de los 60 años.

Es importante resaltar, que las enfermedades musculoesqueléticas toma relevancia a partir de los 25 años (juventud), situación que se puede relacionar con el inicio de actividades laborales en este grupo poblacional. Así mismo, se identifican a continuación los desórdenes endocrinos atribuidos posiblemente a procesos hormonales propios de la edad. En adultos mayores, predominan también las enfermedades musculo esqueléticas, genitourinarias, y aparecen otras como las enfermedades de los órganos de los sentidos.

Con respecto a la mortalidad por eventos no transmisibles, destacan las Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (tasa de 27,1), el Resto de enfermedades del sistema digestivo (tasa de 20,7), las Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis (tasa de 20,7), la diabetes mellitus (tasa de 16,7), y Enfermedades del sistema urinario (tasa de 12,8). Datos que se relacionan con el perfil de morbilidad de la localidad.

Enfermedades cardiovasculares: Para la localidad, las enfermedades cardiovasculares se configuran como la tercera gran causa de atención, comportamiento que se relaciona con la mortalidad, ya que, las enfermedades del sistema circulatorio se ubican como la segunda gran causa de defunción. A continuación, se presentan las principales Subcausas tanto en morbilidad como en mortalidad para el año 2020 en la localidad de Puente Aranda. (Ver tabla 37).

³⁾ Indicador calculado el día 6 de octubre del 2021

Tabla 37. Comparación de la morbimortalidad por subgrupos de Enfermedades cardiovasculares y enfermedades del sistema circulatorio, localidad de Puente Aranda año 2020

Subgrupo de Causa de Morbilidad	No	Tasa por 100.000 habitantes	Subgrupo Causas de Mortalidad 667	No	Tasa por 100.000 hab.
Hipertension Esencial	35762	14.249,6	3,03 Enfermedades isquemicas del corazón	251	100,01
Otras Enfermedades Cardiovasculares Terminales	4788	1.907,8	3,07 Enfermedades cerebrovasculares	77	30,68
Otras Enfermedades Cardiovasculares	3312	1.319,7	3,02 Enfermedades hipertensivas	58	23,11
Enfermedades cerebro-vasculares (ECV)	2545	1.014,1	3,04 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	37	14,74
Enfermedad Isquémica Cardiaca Terminal (IAM)	1980	788,9	3,09 Las demás enfermedades del sistema circulatorio	20	7,97
Enfermedad Isquémica Cardiaca (IAM)	752	299,6	3,06 Insuficiencia cardiaca	9	3,59
Enfermedad Cardiaca Hipertensiva	307	122,3	3,01 Fiebre reumática aguda y enfermedades cardiacas reumáticas crónicas	1	0,40
Cardiomiopatía Miocarditis y Endocarditis	176	70,1	3,05 Paro cardíaco	0	0,00
Enfermedad Reumática	51	20,3	3,08 Aterosclerosis	0	0,00
Total	49673	19792,6	Total	453	180,50

Fuente: Morbilidad: RIPS 2020 - Secretaría Distrital de Salud. Mortalidad: 2020: SDS- RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos preliminares

La hipertensión esencial representó para el año 2020 el 68,9% de las atenciones (tasa de 14.249,6), y se ubicó como la principal causa de atención en este subgrupo. Se calcula que una persona consulta en el año entre 8 a 9 veces por esta causa, siendo una de las que genera mayor frecuencia de uso de los servicios de salud de los habitantes de la localidad. A continuación, se identificaron Otras Enfermedades Cardiovasculares Terminales y Otras Enfermedades Cardiovasculares; como se observó anteriormente estas patologías, tienen relación directa con la mortalidad, en la que se identificaron las Enfermedades isquémicas del corazón, las Enfermedades cerebrovasculares y las Enfermedades hipertensivas, como principales causas de muerte.

Causas externas y salud mental: En cuanto a causas externas, para el año 2020, se calculó una tasa de prevalencia de 931,59 consultas por cada 100.000 habitantes, una de las más bajas en la localidad, superando solamente a las consultas por afecciones del periodo perinatal. En este grupo se identificaron como principales causas de consulta las siguientes:

- Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, inclusive secuelas, con una tasa de 828,79 por cada 100.000 habitantes.
- Otros accidentes, inclusive secuelas, con una tasa de 51,40 por cada 100.000 habitantes.
- Agresiones (homicidios), inclusive secuelas, tasa de 18,73 por cada 100.000 habitantes.
- Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas, inclusive secuelas, con una tasa de 17,13 por cada 100.000 habitantes.

En mortalidad, se calcula una tasa de 5,18 defunciones por cada 100.000 habitantes, cifra que también descendió con respecto al año 2019, donde se calculó una tasa de 41,26 defunciones por cada 100.000 habitantes. Adicionalmente, se observó un cambio transitorio en las principales causas de muerte en este grupo, pues las agresiones (homicidios), los accidentes de transporte terrestre y las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) descendieron vertiginosamente, y fueron reemplazados por los Eventos de intención no determinada, las caídas y los demás accidentes, situación presentada a causa de las medidas de aislamiento y restricción de la movilidad aplicadas, en el marco de la pandemia por COVID-19. (Ver tabla 38).

Tabla 38. Comparación de la morbitmortalidad por subgrupos de causa externa, localidad de Puente Aranda año 2020

Subgrupo de Causa de Morbilidad	No	Tasa de prevalencia por 100.000 habitantes	Subgrupo Causas de Mortalidad 667	No	Tasa bruta de mortalidad por 100.000 hab.
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, inclusive secuelas	2080	828,79	5,13 Eventos de intención no determinada	5	2,0
Otros accidentes, inclusive secuelas	129	51,40	5,03 Caídas	3	1,2
Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	47	18,73	5,1 Los demás accidentes	3	1,2
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	43	17,13	5,01 Accidentes de transporte terrestre	1	0,4
Caídas	17	6,77	5,14 Las demás causas externas	1	0,4
Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	14	5,58	5,02 Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0	0,0
Accidentes causados por disparo de armas de fuego	3	1,20	5,04 Accidentes por disparo de arma de fuego	0	0,0
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), inclusive secuelas	3	1,20	5,05 Ahogamiento y sumersión accidentales	0	0,0
Accidentes causados por maquinas y por instrumentos cortantes o punzantes	1	0,40	5,06 Accidentes que obstruyen la respiración	0	0,0
Exposición al humo, fuego y llamas	1	0,40	5,07 Exposición a la corriente eléctrica	0	0,0
Total	2338	931,59	Total	13	5,18

Fuente: Morbilidad: RIPS 2020 - Secretaría Distrital de Salud. Mortalidad: 2020: SDS- RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos preliminares

Los datos de mortalidad presentados anteriormente, pueden ser contrastados con las atenciones de la localidad, en los que se evidencia un comportamiento similar.

Por otro lado, el subsistema de vigilancia epidemiológica de conducta suicida -SISVECOS- reportó 564 eventos de ideación, amenaza, intento y suicidio consumado para el 2020 y 764 evento para 2021, de los cuales el 0,35% (n= 1) corresponden a casos consumados para 2020 y 0,5% (n= 4) para 2021, datos que dan cuenta del descenso en la notificación durante el año 2020, y el nuevo aumento para el año siguiente.

En lo que respecta a las atenciones en salud mental, se configuran como la tercera gran causa de atención, desde los 5 años hasta los 44 años de edad, con una tasa de prevalencia general para el año 2020 de 12.137,4 atenciones por cada 100.000 habitantes. Las UPZ con mayor participación, hicieron referencia a 43 San Rafael y 41 Muzu, lo cual podría estar relacionado con patrones psicosociales asociados a conflictos familiares, sociales y/o personales, dinámicas de violencia, maltrato, patrones de crianza, estrés, embarazo, problemas socioeconómicos, entre otros, adicional a la incertidumbre provocada por la misma pandemia y un deterioro global de la salud mental ante situaciones adversas como las cuarentenas obligatorias prolongadas. Para el año 2020, la concentración de atenciones para los diagnósticos de salud mental se calculó en 3,5 para condiciones psicosociales, y 3,2 para condiciones neuropsiquiátricas.

En los sistemas de vigilancia en Salud Pública de salud mental, los reportes de las diversas expresiones de violencia (emocional, física, sexual, económica, el abandono y la negligencia) aumentaron de manera exponencial entre los años 2020 y 2021, con 1.308 y 1.758 reportes respectivamente, datos que tienen relación con las condiciones de confinamiento generadas durante la pandemia por COVID-19, y a la situación social y económica que enmarcó este periodo.

Otra de las problemáticas en salud mental evidenciadas en la localidad, es relacionada al consumo de sustancias psicoactivas, que para el año 2020, registro 509 notificaciones en el subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Sustancias psicoactivas -VESPA-, mientras que para el año 2021, reportó 618, lo que indica 109 notificaciones adicionales con respecto al año anterior, y un aumento del 21,41%, generando mayor afectación a la población masculina y específicamente los grupos de edad de 18 a 26 años y de 27 a 44 años. En este punto es importante resaltar, que la edad de inicio de consumo de sustancias se registro antes de los 19 años en el 94% de las notificaciones del año 2020 (n=478) y en el 95% para el año 2021 (n=587).

Los datos anteriores, posicionan a la salud mental como una de las problemáticas emergentes de la localidad.

Neoplasias: Para el año 2020, se registraron como principales causas de consulta los cánceres Benignos, Otras Neoplasias Malignas, cáncer de Mama y cáncer de Próstata, datos que pueden ser relacionados con las principales causas de muerte atribuidas a las

neoplasias, tales como el Tumor maligno De los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon; los Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas; el Tumor maligno del estómago y el Tumor maligno de la mama de la mujer. Ver tabla 39.

Las neoplasias malignas, el cáncer de próstata y el cáncer de mama se posicionan dentro de las primeras causas de consulta y mortalidad más frecuente, evidenciando una relación directa en el perfil de morbimortalidad.

Al estratificar por sexo, las tasas brutas de mortalidad para el año 2020p, fueron más altas en mujeres (tasa de 186,07 por cada 100.000 habitantes) que en los hombres de la localidad (tasa de 140,59 por cada 100.000 habitantes), adicionalmente, se evidencio que en hombres priman las defunciones por cáncer de próstata y estomago; y en mujeres el cáncer de mama y los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas (ver tabla 39).

Tabla 39. Comparación de la morbimortalidad por subgrupos de cáncer, localidad de Puente Aranda año 2020p

Subgrupo de Causa de Morbilidad		No	Tasa de por 100.000 habitantes	Subgrupo Causas de Mortalidad 667		No	Tasa por 100.000 hab.
Benignos		3355	1.336,82	2,03 Tumor maligno De los organos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon		50	19,92
Otras Malignas	Neoplasias	1690	673,39	2,14 Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas		44	17,53
Mama		1047	417,18	2,01 Tumor maligno del estómago		38	15,14
Próstata		570	227,12	2,06 Tumor maligno de la mama de la mujer		33	13,15
Melanoma y otros cánceres de piel		521	207,60	2,1 Tumor maligno de la próstata		30	11,95
Linfomas y Múltiples mielomas		512	204,01	2,02 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidoidea		29	11,56
Colon y recto		474	188,87	2,04 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón		23	9,16
Leucemia		362	144,24	2,13 Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines		21	8,37
Estómago		306	121,93	2,11 Tumor maligno de otros órganos genitourinarios		20	7,97
Ovario		175	69,73	2,12 Leucemia		18	7,17
Tráquea, Bronquios y Pulmón		146	58,17	2,15 Tumores: in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido		18	7,17
Páncreas		104	41,44	2,07 Tumor maligno del cuello del útero		8	3,19
Cuerpo uterino		98	39,05	2,05 Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón		4	1,59
Boca y Orofaringe		82	32,67	2,08 Tumor maligno del cuerpo del útero		4	1,59
Cuello uterino		64	25,50	2,09 Tumor maligno del útero, parte no especificada		1	0,40
Esófago		43	17,13	Total		341	135,87
Vejiga		39	15,54				
Hígado		18	7,17				
Total		13.087	3.382,84				

Fuente: Morbilidad: RIPS 2020 - Secretaría Distrital de Salud. Mortalidad: 2020: SDS- RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos preliminares

Si bien, las neoplasias, no aportan gran carga en la morbilidad atendida, si tienen relevancia en la mortalidad de la localidad, como segunda gran causa de muerte. Lo anterior podría tener relación con la dificultad para la Detección temprana y la protección específica de este tipo de afectaciones a la salud, así como la gestión de servicios en salud derivados en su atención como son el tratamiento y rehabilitación, u otros factores como prácticas de autocuidado.

Afecciones del periodo perinatal: Para la localidad se identificaron como principales causas de consulta el Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta; los Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal; y Otras afecciones originadas en el periodo perinatal. Estas causas de atención se relacionan con la mortalidad evidenciada para el año 2020p, donde se identificaron también como primeras causas de defunción los Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, y el Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal. (Ver tabla 40)

Tabla 40. Comparación de la morbimortalidad por subgrupos de afecciones del periodo perinatal y ciertas afecciones del periodo perinatal, localidad de Puente Aranda año 2020

Morbilidad- Afecciones originadas en periodo perinatal	No	Tasa por 100.000 habitantes	Mortalidad- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	No	Tasa bruta por 100.000 hab.
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta	272	108,38	4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	3	1,20
Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	163	64,95	4,06 Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	3	1,20
Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	154	61,36	4,01 Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	1	0,40
Sepsis bacteriana del recién nacido	29	11,56	4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	1	0,40
Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido y kernicterus	8	3,19	4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	1	0,40
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento	8	3,19	4,03 Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	0	0,00
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	2	0,80	Total	9	3,59
Total	636	253,42			

Fuente: Morbilidad: RIPS 2020 - Secretaría Distrital de Salud. Mortalidad: 2020: SDS- RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos preliminares

En el análisis por subgrupo de la mortalidad infantil y en la niñez, para el año 2020p las muertes perinatales agruparon el mayor peso, pues aportaron el 66% a la mortalidad.

Por otra parte, cabe resaltar, que los sucesos materno perinatales fueron el tercer grupo de eventos de notificación obligatoria con mayor número de reportes al Sistema de Vigilancia

en Salud Pública – Sivigila-; entre estos se encuentran el bajo peso al nacer, la mortalidad perinatal, y la sífilis congénita.

Para los años 2020p y 2021p, se reportaron 31 y 34 casos de mortalidad perinatal con tasas de 14,0 y 17,7 respectivamente; datos que se ubican por encima de la meta distrital (13,14 por 1.000 NV+ fetales), y con una nueva tendencia al ascenso. Problemática que se posiciona como una prioridad en salud pública para la localidad.

Para el evento sífilis congénita, se confirmaron 7 casos para el 2020 (tasa de incidencia de 3,20 nacidos vivos más fetales) y 2 para el año 2021 (tasa de incidencia de 1,00 por cada 1000 nacidos vivos más fetales), cifras que, en el año 2020, se ubicaron por encima de la meta distrital (1,04 por 1. 000 NV+ fetales).

Condiciones maternas: Las condiciones maternas, no tuvieron un alto número de atenciones en la localidad, sin embargo, cobraron relevancia en el marco de la pandemia, pues se observó un descenso en el número de consultas por esta causa para el año 2020, debido a la implementación de las medidas de confinamiento, la interrupción en la prestación de los servicios de salud, y el temor generalizado al contagio con el virus, lo que produjo una disminución considerable en la demanda en las atenciones. Para el año 2019, se reportaron 6159 atenciones, disminuyendo 31,77 puntos porcentuales para el 2020 (n=4202).

En cuanto a mortalidad, se registró un comportamiento similar, pues la localidad no reportó defunciones asociadas a esta causa para el año 2020p, sin embargo, si reportó dos muertes maternas para el año 2021p calculándose una razón de 105,7 por cada 100.000 nacidos vivos, siendo la razón más alta para ese año dentro de las localidades de la subred Sur Occidente.

Como se mencionó anteriormente, los eventos materno perinatales fueron el tercer grupo de eventos de notificación obligatoria con mayor número de reportes al Sistema de Vigilancia en Salud Pública – Sivigila-, entre estos la morbilidad materna extrema, que concentra la mayor parte de las notificaciones de este grupo. Para el año 2019 reportó 136 casos, para el año 2020 se notificaron 119 casos y de acuerdo a datos preliminares del año 2021 un total de 88 casos.

Para finalizar, es importante resaltar, que la pandemia impactó negativamente en los indicadores de algunos eventos trazadores en salud pública como la mortalidad perinatal, y otros eventos transmisibles como la sífilis congénita y gestacional, pues afectó considerablemente la ejecución de actividades de promoción y prevención, y demanda en los servicios de salud. Según la Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Carissa F. Etienne, advirtió que la continua interrupción de los servicios de salud para las mujeres debido a la COVID-19 podría borrar más de 20 años de avances en la reducción de la mortalidad materna y el aumento del acceso a la planificación familiar; las mujeres embarazadas son más vulnerables a las infecciones respiratorias como la COVID-

19; si se enferman, tienden a desarrollar síntomas más graves, que muchas veces requieren intubación, lo que puede poner en riesgo tanto a la madre como al bebé (44).

2. CAPITULO II: ANÁLISIS DE RELACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS EN EL TERRITORIO

Este capítulo está orientado al análisis de las relaciones sociales, económicas, políticas y comunitarias que se dan en el territorio, y su relación con la salud, las prácticas de cuidado y bienestar, teniendo en cuenta la desagregación territorial alcanzada en el capítulo uno.

2.1 Condiciones de trabajo y la relación con la salud

A continuación, se describe y analiza la relación de las prácticas laborales con las condiciones de salud de los habitantes de la localidad, y las principales problemáticas que se evidencian entorno a esta.

2.1.1 Tasa de ocupación

Para el año 2017 el Observatorio de Desarrollo Económico de Bogotá, registró una Tasa de Ocupación de 62,3% con aproximadamente 4.124.625 personas empleadas (45); cifra que disminuyó considerablemente para el año 2019 en el que la tasa de ocupación para el distrito fue del 61,5%. Sin embargo, según el Departamento Nacional de Planeación, la capital seguía siendo el área metropolitana con la mayor tasa de ocupación en el país (46).

Con la llegada de la pandemia por COVID-19 la capital enfrentó una de las mayores crisis de los últimos tiempos, que no solo afectó la normalidad económica, también la pérdida de muchas vidas humanas implicando una amenaza para el bienestar económico y social de los capitalinos. Adicionalmente, el cese de actividades y las restricciones impuestas para la contención del virus generaron una pérdida importante de empleos, profundizando problemas estructurales especialmente en grupos más vulnerables como mujeres, jóvenes, trabajadores informales y personas con un menor nivel educativo.

En análisis de la coyuntura anteriormente descrita, el Observatorio económico Distrital indicó que el número de ocupados en Bogotá pasó de 4.186.301 en 2019 a 3.624.505 en el 2020; reflejando una variación de -13,4% que significó 561.796 ocupados menos en la ciudad (47); este aspecto que se evidenció en el retroceso de la tasa de ocupación de la ciudad, cuyo valor fue el más bajo en las últimas dos décadas (47).

Al analizar la ocupación por sexo entre el año 2019 y 2020, se observó en el grupo de los hombres una ocupación del 60,7% y del 45% en el grupo de mujeres; comparativamente hablando, en 2020 la brecha de ocupación por sexo representó un cambio negativo de 2,1 p.p entre el 2019 (13,6 p.p) y 2020 (15,7 p.p).

Teniendo en cuenta este panorama, uno de los principales retos para la capital en el año 2021, fue la reactivación económica distrital mediante la cual se pretendía no sólo recuperar la tasa de ocupación del año 2019, sino seguir con la tendencia de crecimiento económico que tenía la ciudad antes de la pandemia. Según el boletín 136 del mercado laboral publicado por el Observatorio de Desarrollo Económico Distrital, para el trimestre de agosto a octubre de 2021 se registraron 3.992.362 personas ocupadas alcanzando una tasa del 56,8%, evidenciando un aumento significativo de más de 3 p.p en relación con el mismo periodo del año 2020 (48); es decir, que la economía distrital se ha reactivado en el último año, aunque todavía existe una alta brecha ocupacional.

De acuerdo con la Encuesta Multipropósito del año 2017 realizada por el DANE, la tasa de ocupación de la localidad de Puente Aranda fue del 57,0% de las personas en edad productiva, posicionándose como la localidad con mayor tasa de ocupación entre las que integran la subred (49). Sin embargo, según el Boletín por localidades que presentó el Observatorio de Desarrollo Económico para el 2019, refiere que en la localidad el aumento del índice realmente es negativo, ya que se redujo de 123.119 personas ocupadas en 2014 a 112.481 en 2017, registrando 10.638 ocupados menos entre las dos mediciones. Lo que podría sugerir una disminución en la población en edad de trabajar (50).

En materia de salud, los indicadores socioeconómicos juegan un papel importante puesto que están directamente relacionados con las condiciones de calidad de vida de los ciudadanos y por ende el nivel de salud que estos podrían tener. Al evidenciar la tasa de ocupación de la localidad se puede observar un factor de amenaza respecto a la generación de empleo de la localidad, pese a la existencia de puntos clave de comercio dentro de ella como lo es la zona industrial, los centros comerciales Plaza central, Outlet de las Américas, entre otros establecimientos que podrían ocupar a los residentes de la localidad.

Este indicador permite entender que, solo un poco más de la mitad de la población en edad productiva (57%) tiene un ingreso económico mensual fijo por concepto laboral, que puede satisfacer sus necesidades básicas; sin embargo, el otro 43% de la población en edad productiva que no posee dicho ingreso debe buscar otras formas de generarlo, como el empleo informal.

2.1.2 Principales tipos de ocupación en la localidad

Debido a su ubicación geográfica y su conexión con los cuatro puntos cardinales, la localidad de Puente Aranda se considera el corazón de Bogotá, y se ubica como la sexta localidad con mayor porción de hogares con actividades económicas dentro de la vivienda.

De acuerdo con el diagnóstico realizado por la Secretaría de Gobierno de Bogotá para los encuentros ciudadanos 2020, de los 4.025 establecimientos económicos asociados a vivienda, el 35,7% se dedica al comercio, el 29,3% al sector servicios y el 20,5% a industria.

Por Unidades de Planeamiento Zonal se observa el siguiente comportamiento: de las UPZ asociadas a la localidad de Puente Aranda que mayor representatividad tienen, al ejecutar su actividad económica al interior de la vivienda son: Ciudad Montes con el 36,3%, San Rafael con el 28,1% y Muzú con el 28,0%, de igual forma se distribuyen por actividad económica así.

- Actividad comercio. Las UPZ Ciudad Montes 36,9%, San Rafael 27,9% y Muzú 27,4%, representan el 92,2% del total del sector que desarrollan sus actividades en una vivienda.
- Actividad servicios. Las UPZ Ciudad Montes 39,2%, Muzú 25,5% y San Rafael 24,9%, representan el 89,6% del total del sector que desarrollan sus actividades en una vivienda.
- Actividad industrial. Las UPZ Muzú 34,1%, Ciudad Montes 32,7% y San Rafael 27,4%, representan el 94,2% del total del sector que desarrollan sus actividades en una vivienda.

De los 16.416 establecimientos económicos como unidades independientes, el 46,7% se dedica al comercio (47). Las dinámicas empresariales, tanto en el sector comercial como industrial de la localidad, se vieron altamente impactas por la contingencia Covid-19, la cual, de acuerdo con los registros mercantiles de la Cámara de comercio de Bogotá, generó una pérdida del 10,1% de las empresas registradas de la localidad para el año 2019, pasando de 21.342 empresas activas en la localidad en el 2019 a 19.188 empresas activas para el 2020.

2.1.3 Tasa de desempleo

La tasa de desempleo, se mide como la relación entre las personas que buscan trabajo (Desocupados) y la Población Económicamente Activa -PEA-. Según los resultados de la Encuesta Multipropósito 2017, en Bogotá la tasa de desempleo alcanzó un 9,89% (49). Por su parte, en la localidad este indicador fue de 10,96% y se distribuyó por UPZ de la siguiente manera, Ver tabla 41(40).

Tabla 41. Tasa de desempleo por UPZ. Localidad Puente Aranda Bogotá D.C. 2017.

UPZ	Tasa de desempleo
40 Ciudad Montes	8,80%
41 Muzú	10,70%
43 San Rafael	9,48%
108 Zona Industrial	12,99%
111 Puente Aranda	
Total Puente Aranda	9,8%
Bogotá	9,89%

Elaboración propia equipo ACCVSYE a partir de Fichas de caracterización por UPZ, Veeduría Distrital, 2018

Las UPZ con mayor tasa de desempleo para el 2017 fueron 108 Zona Industrial y 111 Puente Aranda, seguidas por la UPZ 41 Muzú, lo que indica que hay un alto riesgo de afectaciones a la salud de la población en cuanto al acceso a oportunidades laborales en contraste con la UPZ 40 Ciudad Montes. es importante aclarar, que aunque el indicador muestra que es una zona con gran número de industrias y necesidad de obra, de mano de obra, la mayoría de empleados no vive en la Localidad

Pese a la falta de información de este indicador por localidad en años más recientes, es importante tener en cuenta los indicadores de desempleo a nivel distrital para los años 2019, 2020 y 2021 debido a la coyuntura que afectó a los mismos.

Según cifras del DANE, en agosto de 2021 la tasa de desempleo para Bogotá fue 14,4%, lo que representa una disminución de 6,1 p.p, frente al indicador del mismo mes en el año 2020 con 20,5% (51), demostrando que la capital ha jugado un papel decisivo en la disminución de desempleo en el país y la reactivación económica ha sido trascendental para superar el índice de desempleo que tenía la capital antes de la pandemia, en el año 2019, la cual era de 10,9%.

Teniendo en cuenta este panorama causa curiosidad que, dentro de la localidad, para el año 2017 las UPZ que registraron una mayor tasa de desempleo como 108 Zona Industrial y 111 Puente Aranda, son aquellas donde las actividades de comercio e industria tienen mayor participación. Esto sumado a la coyuntura distrital permite inferir que las UPZ más afectadas por la pandemia fueron aquellas donde el índice de desempleo venía en aumento y el sector comercial era predominante, indicando una mayor dificultad de las familias residentes en la localidad, para garantizar las condiciones de calidad de vida mínimas para un estado de salud adecuado.

Pese a que estas UPZ son las menos pobladas de localidad, es importante considerar que la falta de ingresos para la población que reside en estas, dificulta el acceso a la alimentación saludable, el pago de prestaciones sociales, la compra de medicamentos, entre otros gastos necesarios, que requieren una condición económica estable, también afecta la salud mental de las personas generando trastornos de depresión, ansiedad y preocupación al no tener un sustento económico que les permita tener un nivel de vida estable.

2.2. Condiciones socio económicas

2.2.1 Indicadores de pobreza

Necesidades Básicas Insatisfechas – NBI

El indicador de Necesidades básicas insatisfechas -NBI-, permite visibilizar las carencias críticas de la población, para lograr una aproximación más directa a dichas falencias que permita caracterizar en gran medida los niveles de pobreza poblacional.

El indicador, mide las carencias en cuatro áreas de necesidades básicas: vivienda, educación básica, ingreso mínimo y servicios sanitarios, indispensables para la subsistencia del ser humano.

De acuerdo con la encuesta multipropósito del año 2014, la localidad de Puente Aranda registró un 1,95% de la población con necesidades básicas insatisfechas, lo que representa aproximadamente 6.460 personas, de las cuales 2.493 son menores de 5 años (52). Según el diagnóstico local, realizado para los encuentros ciudadanos del año 2020, por la secretaría de Gobierno, en Puente Aranda El 3,4% de los habitantes tienen necesidades básicas insatisfechas. Los componentes más críticos son el de hacinamiento con el 43,7%, y la dependencia económica con un 42,5% (40).

Que la población pueda tener todas sus necesidades básicas satisfechas es indispensable, para poder gozar de un estado de salud favorable; la vivienda, por ejemplo, disminuye el riesgo de exposición a los picos de temperatura de la ciudad o a los rayos ultra violeta que pueden causar afectaciones importantes a la salud, sumado al bienestar físico y emocional.

Acceder a una educación básica de calidad, es también un factor determinante para las condiciones de salud y el bienestar de la población, ya que en la etapa escolar se pretende formar al individuo no sólo en habilidades productivas, también en la creación de estilos de vida saludables para gozar de un mejor estado de salud. Adicionalmente, la capacitación de un mínimo de habilidades y comportamientos óptimos, sirven para aumentar la probabilidad de acceso a actividades que le permitan a la población generar un ingreso mínimo sustentando las necesidades básicas de alimentación, servicios de salud, entre otros.

Por otra parte, las condiciones sanitarias en las que habita una persona o núcleo familiar influyen también en la salud de la población en cuanto a la prevención de enfermedades que puedan generarse por los deficientes estados de tuberías, desagües, entre otros, estos pueden afectar la salud, disminuyendo la productividad laboral y por ende su capacidad para generar ingresos, causando daños colectivos en su entorno.

Ahora bien, el indicador de necesidades básicas insatisfechas para el año 2014⁴ en la localidad de Puente Aranda pone en evidencia una situación alarmante en cuanto al riesgo de vulnerabilidad en que se encuentra una parte de la población infantil de la localidad, en cuanto que sí, alguna de las necesidades básicas no se ha logrado satisfacer efectivamente, el desarrollo de la población infantil, (que será más adelante parte de la población productiva de la localidad), se verá potencialmente afectada, dificultando su desarrollo integral y el acceso a los servicios de salud de forma oportuna.

⁴ Dentro de la EMB 2017 el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), no se capturó, por lo cual, se realiza una descripción de las condiciones de vida de los hogares bogotanos desde la óptica de la pobreza subjetiva (percepción de la satisfacción de las necesidades y condiciones de vida) y la prestación de los servicios públicos en los mismos.

Así mismo, la población mayor de 60 años que no cuenta con alguna de las necesidades básicas satisfechas, se verá expuesta en un mayor grado a enfermedades crónicas o afectaciones graves de salud ante la imposibilidad de suplir algunas condiciones como la alimentación saludable, la consecución de medicamentos, las condiciones de aseo personal y del entorno favorables, entre otras; disminuyendo la calidad de vida.

Coeficiente GINI

El coeficiente GINI es una metodología utilizada para medir y analizar la desigualdad salarial entre los habitantes de una región determinada en un periodo de tiempo específico, basada en dos variables cuantitativas. La variable 0 indica una igualdad máxima de distribución salarial, es decir, que todos los habitantes tienen los mismos ingresos. La variable 1 indica una desigualdad máxima, es decir, que solo uno o pocos individuos tienen todos los ingresos

El coeficiente GINI para la capital, según la información registrada en Saludata, se ha mantenido cerca de 0.48 entre el 2015 y 2017; sin embargo, en el 2018 se registró un aumento en la desigualdad salarial de la capital registrando un coeficiente de 0.50.

La localidad de Puente Aranda, no ha estado muy lejos de la cifra distrital, pues en el 2014 registró un coeficiente de 0.43 y para el 2017 fue de 0.42, lo que indica que en promedio los habitantes de la localidad tienen casi el mismo ingreso salarial, aunque sigue existiendo un alto nivel de desigualdad, al igual que en la capital (53).

En cuanto al nivel socioeconómico la localidad de Puente Aranda registra ciertas desigualdades notorias en la distribución económica, y por ende en la distribución de acceso a la salud y a condiciones de calidad de vida optimas, generando brechas significativas de acceso a ciertos bienes y servicios privados.

IPM-Índice de Pobreza Multidimensional

De acuerdo con las cifras presentadas por el DANE para el año 2019, la pobreza multidimensional afectó al 7,1% de las personas, mientras que en 2018 fue de 4,1%, es decir, un aumento de 3 p.p, lo cual equivale a 539.094 personas en Bogotá en situación de pobreza multidimensional. Las dimensiones que influyeron en este aumento fueron el bajo logro educativo (los hogares con esta privación pasaron de 18,5% en 2018 a 21,8% en 2019) y las barreras de acceso a servicios de salud (los hogares con esta privación pasaron de 1,2% en 2018 a 10,3% en 2019).(54)

El Observatorio de Desarrollo Económico Distrital indicó que para el año 2020 la capital alcanzó un IPM de 7,5% superando en 0.4 puntos porcentuales la medición del año 2019 (55), evidenciándose que, pese a la contingencia atravesada por la pandemia COVID 19 la

ciudad capitalina el aumento del IPM estuvo entre los menores, en comparación con las otras regiones del país.

Según los resultados de la Encuesta Multipropósito 2017, se logró identificar que el IPM de la localidad de Puente Aranda fue de un 2,7%, es decir 2.1 p.p, por debajo del indicador de la capital, el cual fue de 4,8% para el mismo año, y posicionándose como la localidad con menor IPM entre las que integran la Subred Sur Occidente(49).

Por lo anterior, las posibilidades de acceso a empleo y la obtención de un ingreso son indispensables para el establecimiento de un nivel de calidad de vida digno, por lo menos en cuanto a la solvencia de las necesidades básicas de la persona y/o núcleo familiar. Sin embargo, para la localidad las posibilidades de acceso a un empleo formal se han visto limitadas, y esto se refleja en los índices de ocupación y de desempleo posteriormente analizados al igual que en el estudio de informalidad. Esto quiere decir que, entre menos oportunidades laborales tiene la población, se amplían las barreras de acceso a bienes y servicios tanto de salud, como educación, vivienda digna, alimentación saludable, entre otras, perjudicando también la salud mental y emocional de quienes se ven afectados por la falta de oportunidades.

2.2.2 Ingreso per cápita

El PIB per cápita, ingreso per cápita o renta per cápita es un indicador económico que mide la relación existente entre el nivel de renta de un país y su población. Es usado principalmente para tener una visión del rendimiento de las condiciones económicas del territorio y los recursos aproximados que, se destinan a cada uno de sus habitantes.

Pese a la dificultad para estimar un valor reciente aproximado del ingreso per cápita por localidad y por UPZ, se pretende analizar el ingreso promedio mensual de los hogares de la localidad de Puente Aranda, con base en los hallazgos de la Encuesta Multipropósito 2017, los cuales están distribuidos de la siguiente manera (Ver tabla 42).

Tabla 42. Ingreso promedio mensual de los hogares por UPZ. Localidad de Puente Aranda Bogotá D.C. 2017

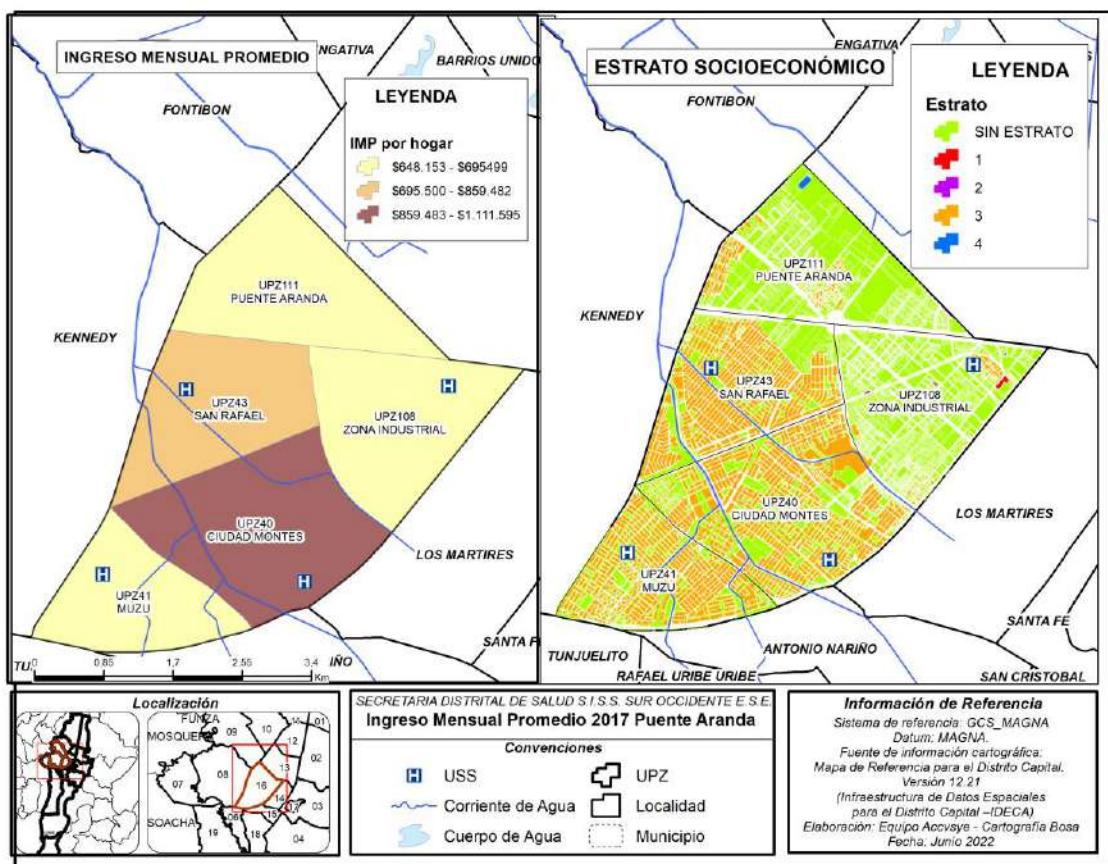
UPZ	Ingreso mensual promedio por hogar
40 Ciudad Montes	\$ 1,111,595
41 Muzú	\$ 648,153
43 San Rafael	\$ 859,482
108 Zona Industrial	\$ 695,499
111 Puente Aranda	

Fuente: Veeduría Distrital, Fichas locales con base en la información de la Encuesta Multipropósito 2017

De acuerdo con la tabla, se logra evidenciar que la UPZ con mayor ingreso económico eran 40 Ciudad Montes, donde se superaban el millón de pesos; lo cual indica una relación inversamente proporcional al índice de desempleo de las UPZ, aumentando su probabilidad de acceder a bienes y servicios y disminuir el riesgo de enfermedades. Sin embargo, de las 5 UPZ se logró identificar la desigualdad en el ingreso puesto que, solo una en UPZ los

hogares obtienen en promedio más de un millón mensual, y las otras cuatro ganan menos del millón; lo anterior, teniendo en cuenta el valor del salario mínimo para el año 2017 el cual fue de \$737.717, pone en evidencia que el promedio de los hogares de la mayor parte de la localidad sobrevive con bastantes limitaciones económicas, ya que adquieren un ingreso menor al mínimo esperado, influyendo en la disminución de su calidad de vida, dejándolos además en un mayor riesgo de afectaciones a la salud (ver mapa 18).

Mapa 18. Ingreso Mensual Promedio y Estrato socioeconómico, localidad de Puente Aranda años 2017 y 2021



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2021. Encuesta Multipropósito 2017.
Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente

2.2.3 Estrato socioeconómico

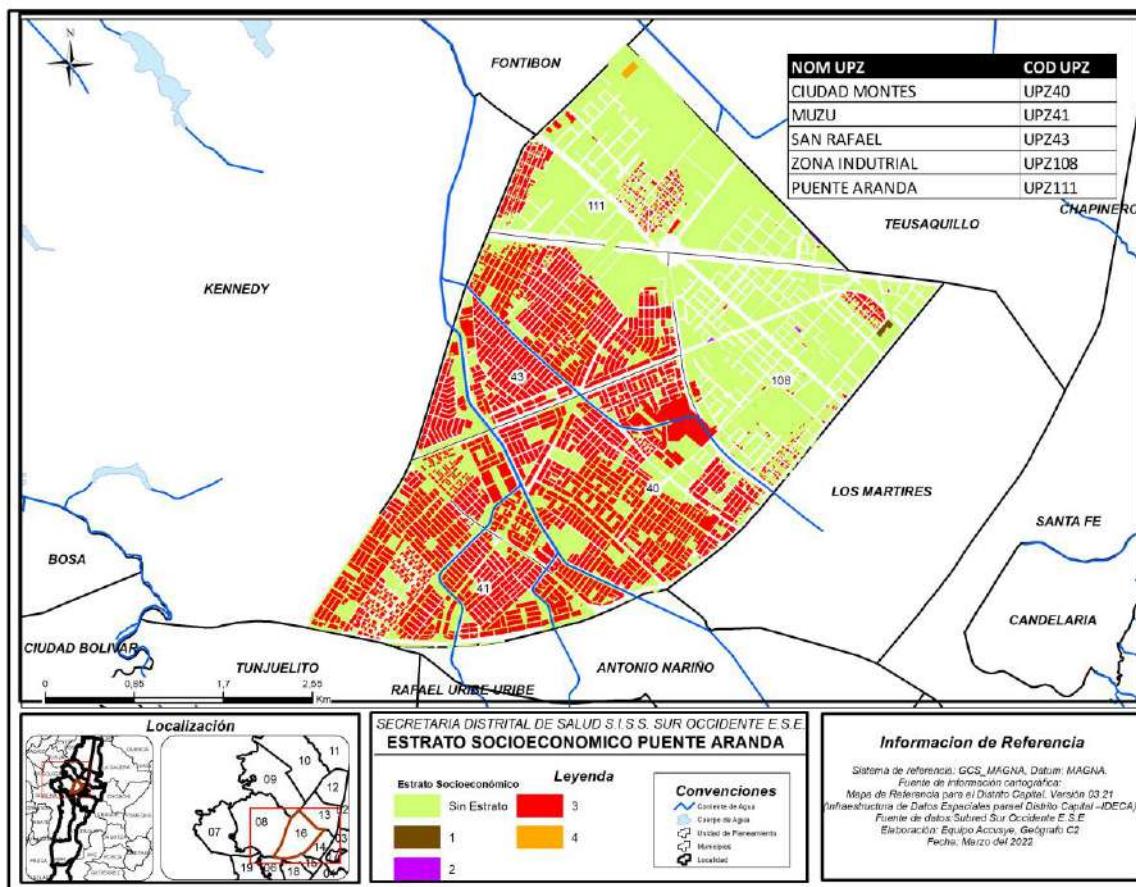
En la localidad de Puente Aranda el estrato predominante es el estrato 3 en el cual se localizan en casi todas las UPZ de la localidad de manera uniforme.(Ver mapa 19)

Para el caso de las UPZ 111 de Puente Aranda, se localizan unos pocos predios con estrato 3 y se evidencia un predio con estrato 4. La mayoría de esta UPZ está catalogada con predios sin estrato debido a su funcionalidad pues es una UPZ netamente industrial y se

concentran otras instituciones como es el caso de la Cárcel Modelo. El mismo comportamiento ocurre para la UPZ Zona Industrial, donde se concentran algunos predios con estrato 3 y un predio de estrato 1. El resto de los predios son catalogados como sin estrato debido a que en esta UPZ también se concentran industrias y otras instituciones.

En la UPZ 40 Ciudad Montes, el estrato predominante es el 3 y la cobertura de servicios públicos es total. Es residencial con sectores de actividad económica en la vivienda y con zonas delimitadas de comercio y servicios.

Mapa 19. Estrato socioeconómico, Localidad de Puente Aranda, año 2021



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2021. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente.

En la UPZ 41 Muzú, predomina el estrato 3 con una cobertura total de servicios públicos básicos. En el territorio predominan las viviendas de dos, tres y cuatro pisos, y conjuntos residenciales de apartamentos.

En la UPZ 43 San Rafael, el territorio es residencial con sectores de actividad económica en la vivienda y con zonas delimitadas de comercio y servicios; con comercio conglomerado y zona industrial, siendo una fortaleza en las actividades económicas y la generación de empleo, sin embargo, su principal uso es la vivienda y el estrato predominante es el 3.

2.3. Acceso o restricción a bienes y servicios

2.3.1 Condiciones de la vivienda

En la Encuesta Multipropósito se consideran cuatro tipos de viviendas: casa, apartamento, cuarto y otros (por ejemplo: carpas, refugios naturales, vagones, etc.). El más común en Bogotá es el apartamento, con una proporción del 68,6% de las viviendas para el año 2017, estos han venido sustituyendo a las casas, proceso derivado de la densificación de la ciudad consolidada y de los procesos de renovación urbana; por otro lado, las viviendas tipo cuarto registran un deceso importante, ocupando solo el 2.5% de las viviendas para el 2017, mientras que los otros tipos de vivienda no se identificaron dentro del desarrollo de la encuesta (49).

Pese al aumento de apartamentos en todas las localidades, la localidad de Puente Aranda ha registrado poco aumento en la proporción de viviendas tipo apartamento pasando de 64,7% en el año 2014 al 65,9% en el 2017.

Con respecto a la forma de tenencia de las viviendas para el 2017, se registró un aumento importante en el número de hogares que vivían en arriendo a nivel distrital, esta tendencia se ve reflejada también en la localidad de Puente Aranda, de acuerdo con el Diagnóstico local de Puente Aranda para el año 2020 se registraron 75.908 viviendas, y la forma de tenencia de las mismas se distribuía así.

Tabla 43. Tenencia de vivienda para la localidad de Puente Aranda 2020

Forma de tenencia	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Propia totalmente pagada	28.244	37.2%
Propia, la estan pagando	3.777	5.0%
Arriendo	36.088	47.5%
Usufructo	5.016	6.6%
Otra forma de tenencia	2.783	3.7%

Fuente: Diagnóstico local para encuentros ciudadanos, Localidad de Puente Aranda 2020

De acuerdo a la tabla anterior, se logra evidenciar una baja capacidad adquisitiva frente a vivienda por parte de la población residente; esto puede obedecer a las condiciones de empleo e ingresos mensuales promedio que se registran en la población, y en comparación con la división por estrato de la localidad; ya que, al ser estrato 3 en su mayoría, se incrementan los gastos de vivienda y se valoriza el metro cuadrado de vivienda, haciendo que las familias, que están ganando un ingreso cercano al salario mínimo, vean más difícil la posibilidad de compra de inmuebles dentro de la localidad.

Sin embargo, la predominancia del arriendo que es evidente dentro de la misma, puede obedecer también al punto estratégico de la localidad y las vías principales que se encuentran cerca, ya que facilitan la movilidad de los residentes, incrementando su calidad

de vida en cuanto a optimización del tiempo; haciendo que las familias prefieran invertir en gastos de arriendo.

Ahora bien, los problemas constructivos de vivienda se refieren a las fallas en la estructura que éstas puedan presentar. Las principales categorías que se tomaron en cuenta para la aplicación de la Encuesta Multipropósito 2017 son: grietas en paredes o piso, humedades en paredes o techos, hundimiento en la estructura y fallas en tuberías. Para Bogotá estos problemas han disminuido significativamente en los últimos tres años, aunque las humedades en paredes persisten como la falla más común (49)

En Bogotá, la mayoría de los problemas estructurales de las viviendas corresponden a humedades en techos y paredes, persistiendo mayoritariamente los estratos 1, 2 y 3; sin embargo, se observa una disminución en los últimos tres años. Esto quiere decir que las condiciones habitacionales de las personas con menos recursos han mejorado, especialmente en términos del espacio disponible para las personas, asociado al hacinamiento mitigable y no mitigable, así como los problemas estructurales de la vivienda.

El déficit de vivienda determina las necesidades y condiciones habitacionales de los hogares. Esta definición se hace a partir del supuesto de que la vivienda es un bien que debe suprir una serie de necesidades, y en consecuencia debe tener una serie de características que cumplan con esto.(49)

Déficit cuantitativo de vivienda

Según el DANE, el déficit cuantitativo es la cantidad de viviendas que la sociedad debe construir o adicionar para que exista una relación uno a uno entre las viviendas adecuadas y los hogares que necesitan alojamiento, es decir, se basa en la comparación entre el número de hogares y el número de viviendas apropiadas existentes.

Las variables que hacen parte del déficit cuantitativo son: i) la estructura, especialmente lo que resta estabilidad a la unidad habitacional. En este caso específico se revisa la calidad de los materiales de las paredes exteriores, y se penaliza si están construidas de un material vegetal o de poca durabilidad. ii) El hacinamiento no mitigable, que se asocia a la residencia de más de cinco personas por cuarto. iii) La cohabitación, que implica que dos o más hogares vivan en la misma unidad de vivienda.

De acuerdo con la encuesta multipropósito 2017, en Puente Aranda, hubo 886 hogares que registran déficit cuantitativo, ya que las viviendas que habitan presentaron carencias habitacionales, en lo referente a estructura - paredes, cohabitación y hacinamiento no mitigable, por otra parte, y frente a los resultados obtenidos en la EMB-2014, el número de hogares con déficit cuantitativo disminuyó en 516 hogares para 2017 (40).

Déficit cualitativo de vivienda

El déficit cualitativo hace referencia según el DANE, a las viviendas particulares que presentan carencias habitacionales en los atributos referentes a la estructura, espacio y a la disponibilidad de servicios públicos domiciliarios y, por tanto, requieren mejoramiento o ampliación de la unidad habitacional en la cual viven.

Las variables que determinan el déficit cualitativo son i) la estructura de los pisos, especialmente si son de tierra o arena. ii) El hacinamiento mitigable, el cual se define como que un hogar tenga tres personas por cuarto y menos de cinco. iii) Se tiene en cuenta si el hogar tiene un espacio destinado exclusivamente para cocinar. iv) El acceso a servicios públicos, específicamente energía eléctrica, acueducto, alcantarillado y recolección de basuras.

Según los resultados obtenidos a partir de EMB – 2017, en Puente Aranda 1.888 hogares habitan en viviendas con problemas cualitativos o susceptibles a ser mejorados. Frente a la EMB - 2014, el número de hogares con déficit cualitativo aumento en 921 hogares para 2017.

2.3.2 Seguridad

Dentro de las problemáticas para la Encuesta Multipropósito del año 2017, se logró identificar la inseguridad en el espacio público, como una de las problemáticas más álgidas, representando un 64,1% de las asociadas al entorno de la vivienda (49). Así mismo, en el boletín mensual entregado por la Secretaría de Seguridad, Convivencia y Justicia para el año 2021 se logró identificar para la localidad de Puente Aranda el siguiente comportamiento (Ver tabla 44).

Tabla 44. Indicadores de seguridad por UPZ para la localidad de Puente Aranda 2021

Indicador de seguridad y convivencia	40 Ciudad Montes	41 Muzo	111 Puente Aranda	43 San Rafael	108 Zona Industrial
Homicidios	6	5	2	3	2
Lesiones personales	204	142	185	178	132
Delitos sexuales	50	31	21	37	29
Violencia intrafamiliar	570	215	78	301	309
Hurto a personas	1.432	1.066	850	1.099	929
Hurto a residencias	172	94	13	93	14
Hurto de automotores	117	90	15	62	16
Hurto de motocicletas	65	57	43	48	30
Hurto de celulares	776	564	445	569	421
Hurto de bicicletas	114	80	54	93	68

Riñas	3.043	1995	768	2.473	1.150
Narcótico	726	471	77	594	240
Ruido	3.707	2.062	370	2.965	592

Fuente: Elaboración equipo ACCVSYE a partir de Boletín mensual de indicadores de seguridad y convivencia Puente Aranda, diciembre de 2021

El registro de homicidios en la localidad ha disminuido parcialmente en comparación con el año 2020; los meses donde se reportó una mayor ocurrencia de este delito fueron marzo de 2020 (25 delitos reportados), agosto y octubre para el año 2021 con 3 y 4 homicidios registrados respectivamente; este indicador presenta múltiples variaciones en el número de homicidios reportados por mes, lo que indica que este evento no es constante en el territorio. De igual manera se identifica que la UPZ más afectada por este delito fue la UPZ 40 Ciudad Montes, en la que se registran 6 homicidios de los 18 ocurridos en la localidad.

Las lesiones personales se caracterizan por ser daños corporales o de la salud que son causados por otra persona, ocasionando incapacidad temporal o permanente; esto implica para el agresor una causa inmediata de arresto, prisión o multa. La ocurrencia de este tipo de delito para el 2021 registra un aumento importante en el número de casos, lo cual dificulta la seguridad en la localidad como se refleja en el boletín de seguridad y convivencia, principalmente en los meses con mayor número de hechos registrados que para el 2021 en los meses de febrero (78 casos) y noviembre (87 casos).

Respecto a los hechos anteriores, la UPZ con mayor número de casos de lesiones personales en el 2021 fue 40 Ciudad Montes donde se reportaron 204 casos, superando en más de 50 casos el indicador del 2020 para la misma UPZ. Sin embargo, en la UPZ 43 San Rafael se registró una disminución importante de estos hechos, pasando de 208 casos en el 2020 a 178 casos en el 2021, aunque no deja de preocupar el indicador para todas las UPZ.

Por otra parte, de los 168 delitos sexuales registrados en la localidad para el 2021, 136 corresponden al género femenino; esto pone en evidencia una desigualdad de género respecto a la vulnerabilidad de las mujeres frente a este tipo de delitos; de acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe -CEPAL-, la predominancia del género femenino como víctima de estos eventos se debe a las disparidades en la "distribución del poder y a las relaciones asimétricas que se establecen entre varones y mujeres en nuestra sociedad, que perpetúan la desvalorización de lo femenino y su subordinación a lo masculino. Lo que diferencia a este tipo de violencia de otras formas de agresión y coerción es que el factor de riesgo o de vulnerabilidad es el solo hecho de ser mujer (56)"

El incremento de casos de violencia sexual, que afecta en mayor medida a las mujeres influye directamente en la salud física y emocional de las víctimas, además de aumentar el riesgo de embarazos no deseados, y por ende un deficiente cuidado de los mismos, influyendo no solo en la salud de las madres sino del feto en gestación. Por otro lado, es importante destacar que el mayor número de casos se registran en la UPZ 40 Ciudad

Montes con 50 delitos sexuales, seguido por 43 San Rafael donde se reportan 37 delitos en esta categoría.

El indicador de violencia intrafamiliar genera gran preocupación respecto al aumento significativo del mismo para el año 2021, sobre todo por los impactos que tiene este fenómeno en las condiciones físicas y mentales de los miembros del núcleo familiar y la dificultad de la oferta institucional para identificar algunos casos y garantizar una respuesta oportuna. Para el año 2021 el indicador de violencia intrafamiliar aumentó en más de 300 casos en comparación con el año 2020, pasando de 1101 casos en 2020 y 1473 para el 2021, afectando principalmente la UPZ 40 Ciudad Montes.

Uno de los delitos que con mayor frecuencia se reportan en la localidad, es el hurto a personas, para el año 2021 se registraron 5.376 casos de este delito; a lo largo de los meses el indicador de hurtos tuvo una variación entre los 353 y 525 casos mensuales con mayor ocurrencia en los meses de octubre y noviembre con 525 y 521 casos respectivamente; afectando en mayor número de eventos a los hombres de la localidad (más de 3.200 casos); territorialmente las UPZ más afectadas 40 Ciudad Montes y 43 San Rafael.

De acuerdo con el subsistema de Vigilancia Comunitaria de la Subred Sur Occidente, la UPZ 43 San Rafael en el barrio Galán, registra frecuentemente hurtos realizados en las zonas comerciales. Por otro lado, se identifican otras causas estructurales de los delitos tipo hurto, manifestadas por la comunidad, principalmente en el barrio Colonia Oriental donde se encuentran algunos callejones oscuros que se prestan para que se cometan múltiples delitos.

Otras situaciones que afectan la convivencia de la localidad, estuvieron asociados a la presencia de riñas y al reporte de narcóticos. El número de riñas ha venido en aumento en comparación con el año 2020, registrándose con mayor intensidad en el último trimestre del año para el 2021, afectando principalmente a la UPZ Ciudad Montes.

Pese a la disminución en el reporte de narcóticos de la localidad entre los años 2020 y 2021, en los cuales se registraron 2.599 y 2.279 casos respectivamente, no ha dejado de ser una problemática latente de la localidad puesto que genera múltiples problemáticas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, que tienen incidencia además en la ocurrencia de delitos tales como la violencia intrafamiliar, violencia sexual, hurtos, entre otros.

De acuerdo con el Boletín de Seguridad y Convivencia, durante el año 2020 se reportaron 2.599 eventos de consumo de narcóticos, y el mes de abril aporto el mayor número (n=303), en contraste con el año 2021, se reportaron 2.279 notificaciones, lo que indicada un descenso del 7,01%. Para este año, los meses con mayor número de notificaciones fueron marzo (n=263) y octubre (n=270), (Ver tabla 45).

Tabla 45. Reporte de narcóticos para la localidad de Puente Aranda años, 2020-2021.

Reporte de narcóticos	2020	2021
Enero	248	185
Febrero	242	238
Marzo	188	220
Abril	303	197
Mayo	218	151
Junio	235	167
Julio	147	163
Agosto	196	215
Septiembre	180	176
Octubre	196	207
Noviembre	204	180
Diembre	242	180

Fuente: Boletín mensual de indicadores de seguridad y convivencia Puente Aranda, diciembre de 2021

De acuerdo con el Boletín de seguridad y convivencia durante el 2020 el mes que más reportes de narcóticos tuvo fue el abril, donde se registró un aumento en comparación con los otros meses, como se evidencio en la tabla 45.

2.3.3 Nivel Educativo

El promedio de escolaridad de la localidad de Puente Aranda para el 2017, fue de 11,4 años en promedio tanto para los hombres como para las mujeres; de acuerdo con los datos de la Encuesta Multipropósito aplicada en 2014 y 2017, la tasa de analfabetismo para la población mayor de 15 años en la localidad muestra una mejoría, dado que disminuyó 1,32 p.p, pasando de 2,29% en 2014 a 0,97% en 2017; y para este último año es levemente mayor que la registrada para la ciudad en las dos últimas mediciones (1,31% y 1,12% respectivamente (57).

La tasa de analfabetismo de la localidad ha disminuido significativamente para el 2017, indicando que la población es ahora más preparada en relación con años anteriores; el acceso a la educación mejora las condiciones de calidad de vida en cuanto que propicia el desarrollo de competencias, valores y hábitos para una vida saludable y para la construcción de sociedades pacíficas y sostenibles. En este sentido, a medida en que se fortalecen las competencias y valores sociales del individuo, frente a las habilidades cognoscitivas, y los hábitos para la solución de problemas o conflictos, contribuye también al bienestar mental y emocional de los habitantes de la localidad.

Por otra parte, según el directorio único de establecimientos educativos de Bogotá, al 31 de diciembre de 2019 en Puente Aranda había registrados 117 establecimientos educativos entre oficiales y no oficiales. La proyección de la población en edad escolar -PEE-, es decir de los 5 a los 16 años, de la localidad para el 2019 fue de 32.515 habitantes, representando al 2,24% del total de PEE de la ciudad que fue de 1.454.283 habitantes, ocupando la segunda posición con relación a las demás localidades.

En el 2019 la demanda educativa oficial de la localidad, entendida como la población que solicita un cupo escolar en el sistema administrado por el sector público entre estudiantes nuevos y antiguos, fue de 25.990 cupos escolares nuevos frente a 25.995 cupos del año anterior. Este resultado significó una reducción de 0,02%; por su parte, la demanda educativa representó el 14,38% del total de la demanda de la ciudad, siendo la localidad con la mayor demanda en el sector oficial de la ciudad.

Para el mismo año, el nivel de preescolar agrupó el 11,8% de la demanda de la localidad, básica primaria el 36,9%, básica secundaria el 33,8% y la media vocacional ocupó el 13,7% de la demanda escolar; frente a lo anterior se evidenció que, en los colegios distritales y de administración contratada los mayores porcentajes de demanda fueron los niveles de primaria y secundaria, mientras que en los colegios de matrícula contratada fue en media y secundaria.

En la localidad se matricularon 708 estudiantes en condición de discapacidad, siendo la más recurrente la discapacidad cognitiva con la que se identifican el 49,4% de estos estudiantes, esta información, deja en evidencia una necesidad latente de capacitar al talento humano de los colegios, desde el personal docente, hasta el personal administrativo, frente a la interacción con los estudiantes y las prácticas pedagógicas implementadas, de manera que éstas sean realmente inclusivas y permitan garantizar un servicio de educación de calidad tanto para población en condición de discapacidad, como del resto de alumnos.

Tendiendo en cuenta el entorno escolar tiene una implicación relevante en la salud mental y emocional de quienes lo integran, pues se ven forzados a cumplir con parámetros estandarizados de educación que desconocen las necesidades cognitivas y emocionales de los mismos, influyendo en episodios de depresión, matoneo, entre otros (58)

Cobertura escolar

La tasa de cobertura bruta -TCB-, indica la capacidad que tiene el sistema educativo para atender la demanda social en educación, sin importar la edad en un nivel educativo específico. Para el caso de Bogotá D.C., esta se calcula a partir de la matrícula total que se obtiene del SIMAT (oficial) y del C-600 (No oficial), esta cifra se compara contra la población en edad escolar.

Entre 2014 y el 2018, la tasa de cobertura bruta de la localidad muestra una tendencia creciente, aumentando 14,9 p.p, en el periodo, al pasar de 112,9% en 2014 a 127,8% en 2018, con un promedio de 122,7%. La TCB de Bogotá D.C. presenta una tendencia decreciente en su comportamiento; pues pasó de 97,0% a 87,3% en el mismo lapso, para una reducción de 9,7 p.p. Comparando la tasa de cobertura de la localidad con la correspondiente al total Bogotá, se observa en el quinquenio este indicador es superior al de la ciudad y que su diferencia se amplió en 24,6 p.p, pasando de 15,9 p.p en 2014 a 40,5 p.p en 2018 (57).

El decrecimiento de las tasas de cobertura de la localidad, implica una barrera de acceso a servicios de preparación para la población, en habilidades y competencias que les permitan tener acceso a mejores oportunidades laborales, disminuyendo también la seguridad de una remuneración económica estable.

2.3.4 Deserción escolar

De acuerdo con el Ministerio de Educación Nacional, la deserción puede entenderse como el abandono del sistema escolar por parte de los estudiantes, provocado por la combinación de factores que se generan tanto al interior del sistema como en contextos de tipo social, familiar, individual y del entorno. La tasa de deserción intra-anual solo tiene en cuenta a los alumnos que abandonan la escuela durante el año escolar, ésta se complementa con la tasa de deserción inter-anual que calcula aquellos que desertan al terminar el año escolar (59).

La tasa de deserción intra-anual solo tiene en cuenta a los alumnos que abandonan la escuela durante el año escolar, ésta se complementa con la tasa de deserción inter-anual que calcula aquellos que desertan al terminar el año escolar.

Para el informe de caracterización del sector educativo de la localidad de Puente Aranda publicado en el año 2019, solo se tomaron los datos de deserción inter-anual desde el año 2014 a 2018 (Ver tabla 46).

Tabla 46. Índice de deserción escolar inter-anual por sector educativo para la localidad de Puente Aranda en el 2014-2018

Año	Sector Oficial	No Oficial
2014	3.2	0.8
2015	3.7	0.8
2016	2.4	0.7
2017	1.8	0.8
2018	1.8	0.7

Fuente: Caracterización sector educativo, Secretaría de Educación Distrital, 2020

Las tasas de deserción por sector educativo de esta localidad, muestran una reducción significativa en el sector oficial, logrando en 2018 el menor valor del periodo (1,8%). Este comportamiento favorece una tendencia decreciente con un promedio es de 2,6%; que comparándolo con 2014 registra una disminución de 1,4 p.p. Por su parte, para el sector no oficial, esta tasa muestra un comportamiento estable alrededor del 0,8%; disminuyendo 0,1 puntos porcentuales en comparación con 2014 (57).

Esta caracterización permite evidenciar que el nivel educativo donde se presenta un mayor indicador de deserción es en preescolar (con un indicador de 2,9%), y en el sector oficial. Finalmente es importante destacar que para el caso de los hombres se registra un mayor

nivel de deserción en el sector educativo oficial, mientras que en el sector educativo no oficial se reportan niveles de deserción similares para ambos sexos.

Pese a que la deserción escolar es relativamente baja, no se pueden desconocer las implicaciones que este indicador tiene en materia de salud pública. La descensión escolar desde la etapa prescolar afecta las condiciones de calidad de vida del menor, ya que en esta etapa de formación se construyen los primeros escenarios de socialización del individuo y se desarrollan los principales hábitos de vida saludable, entendidos como educación balanceada, coordinación motora, acondicionamiento físico, entre otras.

En niveles de formación como bachillerato y media, la deserción escolar en relación con las condiciones socioeconómicas de la población, podría estar asociada a la necesidad de conseguir un ingreso económico extra para el sostenimiento del núcleo familiar, el cual es encontrado principalmente en empleos informales que no garantizan las condiciones económicas y laborales mínimas para la población, sin embargo, dicha remuneración influye en que para la población en edad escolar sea más importante el ingreso económico inmediato que el proceso de formación escolar.

En este sentido, el abandono permite analizar que un niño o joven que interrumpe su aprendizaje tiende a recibir una menor remuneración económica en comparación con las personas que están mejor cualificadas; adicionalmente, es más propenso a caer en situaciones conflictivas (tales como pandillismo, drogas o prostitución, entre otras) y tiene menores posibilidades de salir de círculos de pobreza. De lo anterior, es posible inferir que cuando un niño o joven sale prematuramente del sistema educativo no sólo va a tener consecuencias negativas en su vida, sino que va a afectar su familia, el entorno educativo y en última instancia la ciudad.

2.3.5 Acceso a servicios de salud

En Bogotá del total de la población estimada en 2017, el 94,2% se encontraba cubierta por el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- en los regímenes contributivo, subsidiado y especiales. El 77,1% de los habitantes de la ciudad estaban afiliados en el régimen contributivo; el 14,5% pertenecían al régimen subsidiado; el 2,6% constituyeron de regímenes de excepción (Fuerzas militares y de policía, Ecopetrol, universidades públicas y Magisterio); y el 0,5% se identificó como población no asegurada(60) .

La localidad de Puente Aranda para el año 2017 contaba con 86,6% de población afiliada al régimen contributivo, seguido del 9,0% de población atendida por el régimen subsidiado, 2,6% hicieron parte del régimen de excepción, mientras que la población que no estaba cubierta en seguridad social en salud fue del 0,6% (61)

2.3.6 Acceso a servicios públicos

El acceso a servicios públicos, específicamente energía eléctrica, acueducto, alcantarillado y recolección de basuras, integra una de las variables más relevantes para determinar el déficit de vivienda cualitativo. A través de la Encuesta Multipropósito 2017, se logró determinar que los servicios públicos son casi universales en Bogotá (49). A través de la Encuesta Multipropósito 2017, se logró determinar que los servicios públicos son casi universales en Bogotá (49). A continuación, se describe la cobertura de cada uno de ellos para la localidad (ver tabla 47).

Tabla 47. Cobertura de servicios públicos para la localidad de Puente Aranda, años 2014 y 2017

Servicio público	2014	2017
Acueducto	99,5	100
Alcantarillado	99,8	100
Basuras	100	100
Gas Natural	97,1	95,2
Energía Eléctrica	99,8	99,9

Fuente: DANE, Encuesta Multipropósito 2017

Respecto al servicio de acueducto, se podría esperar que el uso de agua residencial aumentara con el tiempo puesto que cada día hay más familias en la ciudad y ha aumentado el número de viviendas en todas las localidades, las nuevas tecnologías de ahorro han permitido a los hogares reducir el consumo disminuyendo el consumo global de agua durante varios años, sin embargo, esta tendencia cambió en el último año.

El servicio público de alcantarillado se encuentra cubierto en un 100%, de manera similar a todas las localidades urbanas de la ciudad, las cuales, en general cuentan con coberturas superiores el 99%. De la misma manera que el servicio de acueducto, un porcentaje de 100% de los hogares de Puente Aranda cuenta con el servicio de alcantarillado.

De acuerdo con la información suministrada por el DANE, se logra evidenciar que el servicio público con menos cobertura es el servicio de gas natural, debido a la existencia de otras alternativas para cocinar los alimentos, como el uso de las pipetas, estufas eléctricas, carbón, entre otros.

De acuerdo con la Encuesta Multipropósito 2017, el gasto promedio de los servicios públicos básicos, anteriormente descritos, para los hogares de la localidad fue de 143.640 pesos, registrando una reducción de 12.710 pesos en relación con el año 2014. Este valor posiciona a la localidad de Puente Aranda como la tercera, en tener el costo promedio de servicios más bajo en comparación con el resto de localidades que integran la Subred.

Sin embargo, teniendo en cuenta que el salario mínimo para el año 2017 fue de 737.717 pesos, se considera que en promedio los habitantes de la localidad están gastando el 19,47% de su salario en solo los servicios básicos domiciliarios.

2.3.7. Seguridad alimentaria y nutricional

El concepto de Seguridad Alimentaria y nutricional surge en la década del 70, basado en la producción y disponibilidad alimentaria a nivel global y nacional. En los años 80, se añadió la idea del acceso, tanto económico como físico. Y en la década del 90, se llegó al concepto actual que incorpora la inocuidad y las preferencias culturales, y se reafirma la Seguridad Alimentaria como un derecho humano (62). Y en la década del 90, se llegó al concepto actual que incorpora la inocuidad y las preferencias culturales, y se reafirma la Seguridad Alimentaria como un derecho humano (62).

La alimentación adecuada se constituye entonces como un derecho individual y de responsabilidad colectiva, en tanto que se garanticen las condiciones físicas y económicas para que los sujetos puedan acceder a la misma. A nivel nacional, Colombia cuenta con una política de seguridad alimentaria y nutricional, soportada a través del CONPES 113 de 2007. A nivel distrital, en el marco de la construcción del Plan de Desarrollo Bogotá mejor para todos, se identificó la persistencia de la inseguridad alimentaria y nutricional en la capital, siendo las mujeres gestantes y los niños menores de 5 años de hogares, los más afectados.

La localidad de Puente Aranda ha registrado los siguientes indicadores respecto a la malnutrición en la población durante los años 2019 al primer semestre del año 2021 (Ver tabla 48).

Tabla 48. Indicadores de malnutrición para la localidad de Puente Aranda 2019-2021.

Grupos de edad	Año	Desnutrición Aguda (Moderada + Severa) según IMC	Exceso de peso (Sobrepeso + Obesidad) según IMC/edad
Menores de 5 años	2019	3.70%	3.90%
	2020	3.30%	5.50%
	2021 1 SEM	3.30%	5.20%
Delgadez según IMC		Exceso de peso (Sobrepeso + Obesidad) según IMC/edad	
De 5 a 17 años	2019	1.70%	27.90%
	2020	2.30%	30.60%
	2021 1 SEM	2.60%	32.20%
De 18 a 64 años	2019	1.20%	13.20%
	2020	1.50%	12.30%
	2021 1 SEM	1.40%	0.60%
Mayores de 65 años	2019	13.20%	42.10%
	2020	12.30%	44.10%
	2021 1 SEM	0.60%	45.60%

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional - SISVAN - Secretaría Distrital de Salud, Observatorio de salud de Bogotá-SaluData 2021, Disponible en: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>, consultado en febrero de 2022.

Los datos registrados, aunque no representan la totalidad de población, permiten evidenciar una tendencia al aumento en los indicadores de malnutrición en todos los momentos de curso de vida, principalmente exceso de peso en la población mayor de 60 años. Teniendo en cuenta los indicadores anteriormente descritos podrían relacionarse con las dificultades socioeconómicas exacerbadas durante la emergencia sanitaria; resaltando además la urgencia de atención a esta problemática.

El Plan de Desarrollo de la localidad de Puente Aranda para la vigencia 2020-2023, en línea con el Plan de Desarrollo Distrital, ha puesto en marcha diversos programas para hacer frente a la problemática de malnutrición ya los efectos que se han causado por la pandemia en materia de seguridad alimentaria. Dentro de estos programas se encuentra el de comedores comunitarios, el cual ha atendido en el 2021 a 736 personas según lo reportado por la Secretaría Distrital de Integración Social. Así mismo se han otorgado cerca de 2.700 bonos para familias, madres gestantes, jardines infantiles y población con discapacidad, para garantizar las condiciones económicas que permitan a estos grupos poblacionales acceder a una alimentación saludable; así mismo, se ha beneficiado a 594 personas con paquetes alimentarios (63). Así mismo se han otorgado cerca de 2.700 bonos para familias, madres gestantes, jardines infantiles y población con discapacidad, para garantizar las condiciones económicas que permitan a estos grupos poblacionales acceder a una alimentación saludable; así mismo, se ha beneficiado a 594 personas con paquetes alimentarios (63).

2.4. Organización social local

2.4.1 Instancias locales normadas de coordinación institucional

Las instancias de coordinación están regidas por la resolución 233 de 2018, en la que se expiden los lineamientos de las instancias de coordinación del Distrito Capital, identificando el sistema de coordinación como el conjunto de políticas, estrategias, instancias y mecanismos que permiten articular la gestión de los organismos y entidades distritales, de manera que se garantice la efectividad y materialización de los derechos humanos, individuales y colectivos, y el adecuado y oportuno suministro de los bienes y la prestación de los servicios a sus habitantes.

Para desarrollar estos principios, el acuerdo creó un sistema de coordinación de la administración del Distrito Capital, que reúne el conjunto de políticas, estrategias, instancias y mecanismos donde se articula la gestión de los organismos y entidades distritales. Este Sistema debe integrar las políticas distritales con el funcionamiento de los organismos y las entidades y establece mecanismos de interrelación entre las entidades y organismos y las formas organizadas de la sociedad.

En línea de lo anterior el Instituto Distrital de Participación y Acción Comunitaria -IDPAC-, identificó para el año 2019 las siguientes instancias de coordinación activas dentro del territorio (Ver tabla 49).

Tabla 49. Instancias locales normadas para la localidad de Puente Aranda 2019

Instancias de participación Puente Aranda		
Instancia	Definición	Detalle
Instancias locales normadas de coordinación institucional	Funcionalidad de carácter técnico y consultivo. Emiten las recomendaciones a las autoridades correspondientes	Comisión ambiental local
		Consejo Consultivo Local de Política Educativa - Puente Aranda
		Consejo de Niños, Niñas y Adolescentes - Puente Aranda
		Consejo de Planeación Local - Puente Aranda
		Consejo de Protección y Bienestar Animal - Puente Aranda
		Consejo Local de Arte, Cultura y Patrimonio - Puente Aranda
		Consejo Local de Discapacidad - Puente Aranda
		Consejo Local de Gestión del Riesgo y Cambio Climático - Puente Aranda.
		Consejo Local de Política Social (CLOPS) - Puente Aranda.
		Consejo Local de Sabios y Sabias - Puente Aranda
		Consejo Local de Seguridad para las Mujeres - Puente Aranda
		Consejos Locales de Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras
		Consejo Local de Propiedad Horizontal - Puente Aranda
		Consejo Local de Mujeres - Puente Aranda

Fuente: Diagnóstico integral de la participación ciudadana – Puente Aranda 2019

A pesar de que cada consejo tiene una temática específica asignada, la función de la instancia es articular la participación de varias entidades y sectores para dar cumplimiento de manera eficaz a las estrategias de solución de una problemática, u otra, armonizando los compromisos de la institucionalidad para cada temática.

Las instancias de coordinación institucional, se reúnen frecuentemente cada dos o tres meses dependiendo el reglamento interno de la misma, tienen acción en todo el territorio local y están conformadas por las secretarías y departamentos administrativos del sector.

De acuerdo con el estudio sobre instancias de coordinación sectorial e intersectorial del Distrito, realizado para el año 2016 por la Subsecretaría de planeación socioeconómica la eficiente operación del sistema de coordinación incide de manera directa en que los mecanismos de planeación de la ciudad (políticas públicas, plan de ordenamiento territorial, plan de desarrollo, programas, planes y proyectos, etc.) se puedan implementar de manera cierta y medible; de otra manera la falta de coordinación sería un obstáculo de tipo

administrativo y de gestión para la materialización de los objetivos plasmados en dichos instrumentos.

En la localidad de Puente Aranda, se registraron para el 2019, catorce instancias de coordinación, la mayoría de estas están orientadas a componentes sociales y ambientales del territorio tales como arte y cultura, protección animal, educación, entre otras que dan cuenta de los intereses de la población del territorio y contribuyen a la promoción de la salud mental de los habitantes en cuanto a la implementación de escenarios de esparcimiento y promoción de sana convivencia.

Sin embargo, no se desconocen en estas instancias de participación las temáticas con enfoque poblacional tales como los consejos de infancia y adolescencia, sabios y sabias, discapacidad, entre otros, contribuyendo a la atención integral por parte de la oferta institucional para estos sectores poblacionales, cuyas problemáticas han estado en aumento en los últimos años, tal como se relaciona en la temática de acceso a bienes y servicios de la población del presente documento.

2.4.2 Instancias autónomas

Las instancias de participación autónoma, son procesos organizativos que se constituyen por iniciativa de la ciudadanía, para el desarrollo de objetivos comunes tales como: redes de grupos poblacionales, mesas de trabajo, entre otras; estas instancias, no están reguladas por autoridades locales o distritales y por lo tanto no establecidas en la oferta institucional, razón por la cual también son mencionadas en la Ley Estatutaria de Participación (Ley 1757 de 2015) como expresiones asociativas informales. Sin embargo, sus discusiones deben ser tomadas en consideración por las Administraciones Nacionales, Departamentales, Municipales y Distritales de acuerdo al Artículo 104, literal C de la referenciada Ley. De igual forma la norma prevé en el mismo Artículo, literal c, que la administración participe en las convocatorias que sea invitada, toda vez que en ellas se debatan asuntos de su competencia, así como fomente el interés asociativo y promueva proyectos dirigidos a fortalecer estos procesos organizativos.

A continuación, se mencionan algunas de las instancias autónomas de participación evidenciadas por el IDPAC para el año 2019 en la localidad (Ver tabla 50).

Tabla 50. Instancias locales autónomas para la localidad de Puente Aranda 2019

Instancias de participación Puente Aranda		
Instancia	Definición	Detalle
Instancias autónomas	El actor principal de esta instancia es la misma ciudadanía.	Junta asesora comunitaria - Puente Aranda
		Plataforma de Juventud - Puente Aranda

		<p>Por lo cual la institucionalidad solo puede participar en calidad de invitado.</p>	
--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia equipo ACCSYE a partir de Diagnóstico integral de la participación ciudadana – Puente Aranda 2019

La plataforma de juventud, es un escenario de encuentro, articulación, coordinación y concertación de las juventudes del territorio; en este escenario también se realiza un plan de acción que permita la articulación y reconocimiento de las organizaciones juveniles de la localidad en atención a las principales problemáticas identificadas por las mismas, generando además posibilidades para el desarrollo autónomo de las mismas para impactar en forma positiva los territorios.

La Red del buen trato nace como un pacto por una ciudad sin machismo, diversa y libre de violencias, en atención al incremento del número de violencia intrafamiliar, que además se ha exacerbado con la llegada de la pandemia COVID-19 como se evidenció en los indicadores de seguridad y convivencia analizados anteriormente.

2.4.3 Instancias de participación mixtas

Las instancias de participación de composición mixta, son aquellas que están compuestas por representantes de la comunidad, sectores sociales o ciudadanos en general, grupos de interés, representantes de organizaciones sociales y servidores públicos, cuyo propósito es garantizar los procesos de intercomunicación y concertación entre la institucionalidad y la sociedad civil.

Este espacio sirve para coordinar la agenda de gestión entre las diversas instituciones y la comunidad, contando con la asistencia técnica pertinente por parte de los servidores públicos para garantizar que la agenda concertada atienda realmente a las necesidades de la comunidad; de acuerdo al diagnóstico integral de participación ciudadana para el 2019 se identifican las siguientes instancias de participación mixtas en la localidad (Ver tabla 51).

Tabla 51. Instancias locales mixtas para la localidad de Puente Aranda 2019

Instancia	Definición	Detalle
Instancias de participación mixta	Están compuestas por los representantes de la comunidad, sectores sociales o ciudadanos en general, grupos de interés, representantes de organizaciones	Comité de participación comunitaria en salud (COPACOS)- Puente Aranda Comité de seguimiento a casos de violencia intrafamiliar- Puente Aranda Comité de seguridad alimentaria y nutricional - Puente Aranda Comité local de justicia transicional - Puente Aranda Comité operativo local de envejecimiento y vejez - Puente Aranda Comité Operativo Local de Etnias - Puente Aranda

	sociales y servidores públicos	Comité Operativo Local de Familia - Puente Aranda Comité Operativo Local de Juventud - Puente Aranda Comités Operativos Locales de Infancia y Adolescencia - Puente Aranda Comité Local de Defensa, Protección y Promoción de Derechos Humanos - Puente Aranda
--	--------------------------------	---

Fuente: Diagnóstico integral de la participación ciudadana – Puente Aranda 2019

Los comités intersectoriales, según lo establecido por la circular 044 de 2009 emitida por la Secretaría General Distrital, son escenarios privilegiados de la articulación necesaria para la formulación de las políticas, y el seguimiento a la ejecución de las mismas. Igualmente, las comisiones intersectoriales son instancias de coordinación de la gestión distrital y de orientación para la adecuada ejecución de las funciones y la prestación de los servicios que comprometan a entidades pertenecientes a distintos sectores administrativos.

2.4.4 Formas de participación

De acuerdo con la Ley 1757 de 2015, “disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática”, en el artículo 74 se define que las formas de participación promoverán la participación ciudadana, entre otras, a través de las siguientes formas; en primer lugar se encuentra la participación ciudadana en aspectos normativos de acuerdo a las disposiciones del Artículo 155 de la Constitución Política; en segundo lugar se crea la sesión abierta; y en tercero el ejercicio de propuestas ciudadanas para el ejercicio del control político y sesiones de comunidades educativas (64).

2.4.5 Formas de participación en salud (JAC, COPACOS, Asociaciones de Usuarios)

De acuerdo con el Decreto 157 de 1994, en el artículo 1, se define que las personas naturales y jurídicas participarán a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud. La participación en las Instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud (65).

Hay dos formas iniciales de participar en salud: la primera de ellas es la participación social, que involucra la participación ciudadana, entendida como el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria, y la participación comunitaria, se define como el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud. La segunda forma de participación, involucra a las instituciones y se entiende como la interacción de los usuarios con los servidores públicos

y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud. Para Puente A, se evidencian las siguientes instancias (Ver tabla 52).

Tabla 52. Formas de participación en salud para la localidad de Puente Aranda 2019

Forma	Definición	Cantidad
Comité de participación comunitaria en salud - COPACOS-COPACOS	Son espacios a nivel local que tienen la finalidad de concertar entre los diferentes actores sociales y el Estado. Están integrados por el alcalde local, el jefe de dirección de salud, el director de la entidad prestataria de servicios de salud del Estado más representativa del lugar y un representante por cada una de las formas organizativas, sociales y comunitarias y aquellas promovidas alrededor de programas de salud, en el área de Influencia.	Para la localidad de Puente Aranda se encuentra registrado un Comité de participación comunitaria en salud
Asociaciones de Usuarios	Es una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario.	Asociación de Usuarios (Aso Aranda)
Control Social	El control social en salud podrá ser realizado a través de la veeduría en salud, que deberá ser ejercida a nivel ciudadano, institucional y comunitario, a fin de vigilar la gestión pública, los resultados de la misma, la prestación de los servicios y la gestión financiera de las entidades e instituciones que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud	Referente Daniel Aponte

Elaboración propia equipo ACCVSYE Fuente: Página web Subred Sur Occidente

De acuerdo con la información suministrada por la Secretaría de Participación social, para el 2021, la mesa de trabajo del comité de participación comunitaria en salud en Puente Aranda identificó cuatro problemáticas para el territorio, relacionadas con aspectos institucionales, como la atención al ciudadano de la EAPB Capital Salud, la cual genera barreras de acceso para la prestación del servicio de salud.

Adicionalmente se evidenciaron problemáticas de orden social tales como el microtráfico, la venta y consumo de sustancias psicoactivas, en los parques y sectores cercanos a colegios, que además genera inseguridad. Por último, se registran problemáticas de orden ambiental relacionadas con la presencia vendedores ambulantes en el territorio y la contaminación que generan los desechos de los mismos, al igual que los contenedores de basura de la localidad.

2.4.6 Organizaciones sociales y comunitarias

De acuerdo con el Decreto 448 de 2007, se definen las organizaciones como el conjunto de agrupaciones sociales, comunitarias, gremiales, poblacionales, territoriales y sectoriales, redes, asociaciones, alianzas - temporales y permanentes - existentes a nivel distrital, local sectorial y poblacional, que representan a la comunidad del Distrito Capital y sus localidades

en la deliberación, concertación, decisión, evaluación, seguimiento y control social a las políticas públicas y a las actuaciones de las autoridades de gobierno (66).

Para el año 2019 gracias al diagnóstico integral de la participación ciudadana realizado por el IDPAC, se lograron identificar para la localidad de Puente Aranda 85 organizaciones sociales de las cuales el 33% se auto reconocen como jóvenes, el 15% de mujeres y el 9% como étnicas, siendo las más representativas de la localidad sin desconocer la presencia de organizaciones sociales de migrantes, adulto mayor, etnias, barras futboleras, víctimas del conflicto armado, niñez, campesinos y sectores LGBTI.

Para el IDPAC, esta caracterización permite reconocer que la participación ciudadana en la localidad de Puente Aranda ha venido transformando su base social a través de un proceso de apropiación de las organizaciones sociales juveniles, de cara al relevo generacional y de pluralidad de discursos y nuevas expresiones ciudadanas de participación. No obstante, se resalta la importancia de los grupos de mujeres y grupos de personas en condición de discapacidad, los cuales se han posicionado como grupo de gran incidencia en la localidad, ya que han aportado en la construcción de dinámicas de interacción con otras organizaciones sociales y en especial con las entidades distritales y la Alcaldía Local, como beneficiarios de los programas, planes y proyectos de inversión propuestos por las administraciones locales y distritales (66).

2.5. Relación morbi-mortalidad, ambiente, sociedad y economía en el territorio

Para comprender la situación de la salud pública en la localidad, no basta sólo con analizar los indicadores de mortalidad, morbilidad o los correspondientes al SGSSS, sino que es pertinente analizar los determinantes sociales, ambientales, económicos, entre otros, que posibilitan o limitan el goce del derecho a la salud por parte de los habitantes del territorio.

Por un lado, las condiciones económicas de los habitantes de la localidad configuran un determinante esencial para el estado de salud de los mismos. La localidad de Puente Aranda muestra un IPM del 2,7% para el año 2017, posicionándose como la sexta localidad del distrito con menor IPM; su comportamiento indica que aún existen brechas en la localidad identificando UPZ como 41 Muzú, 108 Zona Industrial y 111 Puente Aranda como territorios en donde residen personas en condición de vulnerabilidad económica, pues reflejaron los promedios de ingreso económico mensual más bajos y las tasas de desempleo más altas para el mismo año.

Las altas tasas de desempleo y desocupación de la localidad, sumado a la falta de ingresos económicos en los territorios mencionados, generan una de las barreras más importantes para el estado de salud de los residentes, pues como se ha descrito a lo largo del análisis, los ingresos promedio de los hogares de estas UPZ no alcanzan a cubrir la totalidad del promedio de los gastos de arriendo, servicios y alimentación, lo cual dificulta la seguridad alimentaria principalmente en los momentos de curso de vida vejez, que comprende un alto

porcentaje de la población de la localidad, y donde se reportaron los indicadores de malnutrición más altos para el año 2020; es importante mencionar además que este momento de curso de vida el cuerpo requiere una mayor cantidad de nutrientes que permita a los individuos tener un mejor estado de salud.

Las dificultades económicas anteriormente descritas conllevan a que la población busque, diferentes formas de generar ingresos económicos, incidiendo en el alto grado de informalidad de la localidad. En este sentido, los trabajadores informales se encuentran en riesgo de vulnerabilidad, inestabilidad económica y desprotección social, pues estos no tienen acceso a una ARL, lo que pone en riesgo su salud por la poca capacidad de respuesta ante un accidente laboral y a la poca adherencia de los trabajadores a los servicios de salud, pues un día sin trabajar representa una disminución importante de ingresos para esta población.

Sumado a lo anterior, considerando los principales tipos de ocupación de la localidad, entre los que se destacan la prestación de servicios, y las actividades comerciales e industriales, con la estructura demográfica recesiva de la localidad en la que se concentra un alto porcentaje de población en edad productiva, se identifican desde Sivistra algunas afecciones a la salud de los trabajadores informales, principalmente de tipo musculo esquelético, insuficiencia venosa, alteraciones en las vías respiratorias, alteraciones a la salud mental, entre otras; lo anterior, se evidencia también en el alto número de consultas por este tipo de enfermedades entre los años 2018 y 2020, siendo la hipertensión esencial y las enfermedades de tipo musculoesquelético, la segunda y tercera causa de enfermedad más frecuente dentro de los habitantes de la localidad y en la mayoría de las UPZ, con mayor incidencia en la población desde los 20 años de edad. Lo anterior, puede estar relacionado con el desgaste físico propio de los trabajos predominantes de la localidad, y por la ejecución de actividades como levantamiento de cargas pesadas, posturas inadecuadas, trabajos repetitivos y organización inadecuada del trabajo (67)

Al relacionar las principales causas de atención de morbilidad con las causas de mortalidad por enfermedades transmisibles que fueron la mayoría de la localidad, se identificó que las enfermedades por transmisión aérea y contacto directo como la influenza e IRAG generaron el mayor reporte de eventos de notificación obligatoria -ENOS- para el año 2020; incidiendo en el aumento de las atenciones por enfermedades respiratorias de la localidad. Estos eventos pudieron obedecer a las condiciones ambientales de la localidad, debido a la alta contaminación y mala calidad del aire, afectada por las diferentes fuentes fijas y móviles presentes en la localidad, y al déficit de árboles urbanos, los cuales actúan como filtros de partículas contaminantes; consolidándose como una de las problemáticas con mayor presencia en la localidad que puede acentuar las enfermedades respiratorias de los habitantes; principalmente de quienes frecuentan las UPZ 111 Puente Aranda y 41 Muzú territorios donde se concentran los valores más altos del material particulado PM_{2,5} y PM₁₀ y las tasas de prevalencia por 10.000 habitantes más altas para el año 2020.

Otra problemática asociada a la calidad ambiental, es el manejo inadecuado de los residuos sólidos, el cual genera la presencia de olores ofensivos para la localidad y potencia la proliferación de vectores y el aumento de accidentes rágicos el cual registró un aumento en los eventos de notificación obligatoria para el año 2020, siendo el segundo evento más reportado, sumado a la disminución en la demanda de vacunación antirrábica animal a causa de la pandemia por COVID-19.

Esta problemática podría estar relacionada con el desorden en el espacio público y puntos de generación de residuos industriales principalmente en las UPZ 43 San Rafael, 108 Zona Industrial y 111 Puente Aranda donde se reporta la mayor cantidad de residuos industriales. Situación que también genera incidencia en la salud de los habitantes de la localidad, traducido en el posible aumento de infecciones respiratorias agudas y crónicas, y el incremento de factores de riesgo para otras patologías crónicas como la hipertensión, enfermedades cerebrovasculares, EPOC, entre otras.

Por otro lado, respecto a los indicadores de seguridad de la localidad, principalmente los asociados a violencia intrafamiliar, lesiones personales y riñas para el año 2021 se registró un ascenso en la frecuencia de notificación de estos eventos, en comparación con el año 2020; comprometiendo la salud física y mental de los residentes del sector. Así mismo, la mortalidad por causas externas en la localidad estuvo fuertemente relacionada con las agresiones (Homicidios), su incremento para el año 2019 da cuenta de una problemática presente en el territorio respecto a la convivencia, principalmente aquella que se desarrolla en el interior de las familias; pues para el año 2020 se identificó un aumento elevado en los eventos de violencia intrafamiliar reportados por Sivigila.

Estos eventos pueden verse potencializados por el consumo de sustancias psicoactivas; de acuerdo a la base Distrital del Subsistema Vigilancia Comunitaria de la SDS, el consumo de sustancias psicoactivas en la localidad de Puente Aranda presenta mayor afectación en las UPZ 43 San Rafael, 40 Ciudad Montes y 111 Puente Aranda, dada la concentración de población joven y adulta que residen allí, siendo los cursos de vida dónde predomina el consumo de SPA. Esta problemática puede obedecer a distintas condiciones determinantes de tipo social, económico, como el desempleo, las dificultades para el acceso a la educación superior, las dinámicas de relacionamiento social y familiar, entre otros, que representan un desafío para la intervención institucional debido al carácter multifacético de la problemática y que generan múltiples afectaciones en el componente psicosocial de la salud.

Finalmente, la poca asistencia y adherencia a los diferentes programas de promoción y prevención sumado a la falta de cultura de autocuidado, y vulnerabilidad económica, genera un deterioro temprano y progresivo de la salud en los habitantes de esta localidad.

3. CAPITULO III: PROFUNDIZACIÓN EN EL ANÁLISIS TERRITORIAL POR UPZ

Una vez realizado el análisis territorial, demográfico, epidemiológico, social y económico en capítulos anteriores, se evidenciaron situaciones problemáticas en la salud de la población de la localidad, que se traducen en inequidades en salud.

Por lo anterior, este apartado pretende dar a conocer las problemáticas identificadas por UPZ, de acuerdo a un ejercicio de análisis, discusión y concertación realizado de manera conjunta con actores intersectoriales (vigilancia en salud publica, políticas, participación social, entornos cuidadores y RIAS) en la subred Sur Occidente, producto de la comprensión territorial, y de los determinantes sociales en salud, que presentaron incidencia en la mayor parte del territorio. Por ende, es importante mencionar, que a pesar de realizar una identificación de situaciones priorizadas, no son las únicas existentes en el territorio.

Por ultimo se hará la contextualización de los territorios a nivel de UPZ donde principalmente se concentran las problemáticas extraídas para este capítulo.

La UPZ 40 Ciudad Montes, tiene la segunda mayor densidad de la localidad, concentra el 40,32% del total de población de la localidad, predominando el momento de curso de vida adultez, el uso de su suelo es residencial, sin embargo cuenta con zonas de comercio en los principales ejes viales, concentra el mayor numero de hogares y sus viviendas en su gran mayoría son de estrato 3, cuenta con el mayor numero de arboles y parques zonales, los cuales disminuyen la contaminación, resultante de los procesos industriales y la combustión vehicular; La dinámica del territorio, favorece el transito y pernoctación de población en habitabilidad de calle, lo que podría estar relacionado a la inseguridad, consumo de SPA, contaminación por residuos solidos, proliferación de vectores, entre otros, afectando así la calidad de vida de los habitantes.

La UPZ 41 Muzú tiene la mayor densidad poblacional de la localidad de Puente Aranda, con una proporción de 23.4% del total de sus habitantes y las concentraciones de material particulado grueso es mayor o igual a 10 micrones (PM₁₀), concentra el 23,39% del total de población de la localidad, respecto a la mayoría de barrios que se encuentran allí, corresponden en un estrato socioeconómico 3; dentro de las características sociodemográficas, se resalta la presencia de un porcentaje elevado de personas dedicadas al trabajo informal, así como también de población sin empleo, presentando un déficit en sus ingresos, que no les permite tener una afiliación al sistema de seguridad social en salud, lo que se ve traducido en necesidades básicas insatisfechas. Es importante resaltar, el aumento de embarazos en las adolescentes que residen en la UPZ, situación que afecta el desarrollo de sus proyectos de vida, que genera deserciones estudiantiles, bajos niveles educativos y maternidad temprana, la cual podría estar relacionada a un aumento del riesgo de presentar eventos materno-perinatales.

La **UPZ 43 San Rafael**, tiene el tercer puesto en densidad de la localidad, concentra el 29,10% del total de población de la localidad, esta atravesada por el Río Fucha y el Canal de los Comuneros, los cuales están altamente contaminados por disposición inadecuada de residuos sólidos y escombros los cuales presuntamente son arrojados por habitantes de calle y comunidad en general; el territorio en los últimos años ha tenido un crecimiento progresivo hacia muchas zonas comerciales, específicamente en la carrera 56, entre las calles octava y tercera,(tabernas y bares) que funcionan principalmente en horarios nocturno, los cuales, a su vez fomentan espacios inseguros, consumo de SPA, en parques y zonas residenciales donde la comunidad realiza diferentes actividades de tipo cultural y recreativo.

La **UPZ 108 Zona Industrial**, tiene la menor densidad poblacional y concentra la menor cantidad de la población con el 2,53%, presenta un déficit de arboles y áreas de esparcimiento de tipo recreativo y cultural; predomina el estrato 2 y 3 donde. Se desarrollan principalmente actividades industriales y comerciales, con altas zonas de movilidad de carros y camiones, lo cual incementa la mala calidad del aire, ruido y riesgo tecnológico, lo anterior sumado a olores desagradables y fuertes producto de las bodegas de reciclaje, fabricas de grasas, laboratorios químicos, residuos solidos, qu afectan no solo la salud y el bienestar de los residentes del sector sino el entorno social.

La **UPZ 111 Puente Aranda**, tiene el cuarto puesto en densidad y concentra el 4,64% del total de población de la localidad, se encuentra ubicada en una zona estratégica de la ciudad, por la alta concentracion de grandes y medianas industrias, incluyendo ademas la presencia de zonas residenciales, a pesar de esta particularidad, el ingreso percápita (cuarto) y la tasa de desempleo de 12,9%, se encuentran en situacion desfavorable, respecto a las demás UPZ, de la localidad. Es importante considerar que la falta de ingresos suficientes para la población dificulta el cubrimiento de sus necesidades básicas, llevando asi a que estas realicen trabajos informales, (ventas ambulantes, comida, ropa, accesorios), lo que a largo plazo podría relacionares con el aumento de enfermedades crónicas (laborales) que es su mayoría estan asociadas a ausencia de autocuidado en el trabajo, disminución auditiva, extensas jornadas de trabajo entre otros.

A continuación se realiza descripción de cada una de las problemáticas identificadas en la localidad:

3.1 Consumo de sustancias psicoactivas

De acuerdo con la OMS, las sustancias psicoactivas son diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento(68). Según el Informe Mundial de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito año 2021 (UNODC), alrededor de 275 millones de personas en todo el mundo utilizaron drogas durante el último año, mientras que más de 36 millones sufrieron trastornos por consumo de drogas(69)

En Colombia de acuerdo al Observatorio de Drogas el consumo de Sustancias Psicoactivas registra un aumento en el país y se ha visto seriamente afectado por el fenómeno mundial de las drogas emergentes, lo anterior sumado el consumo de sustancias legales como el tabaco y el alcohol el cual se evidencia en todos los grupos poblacionales (70).

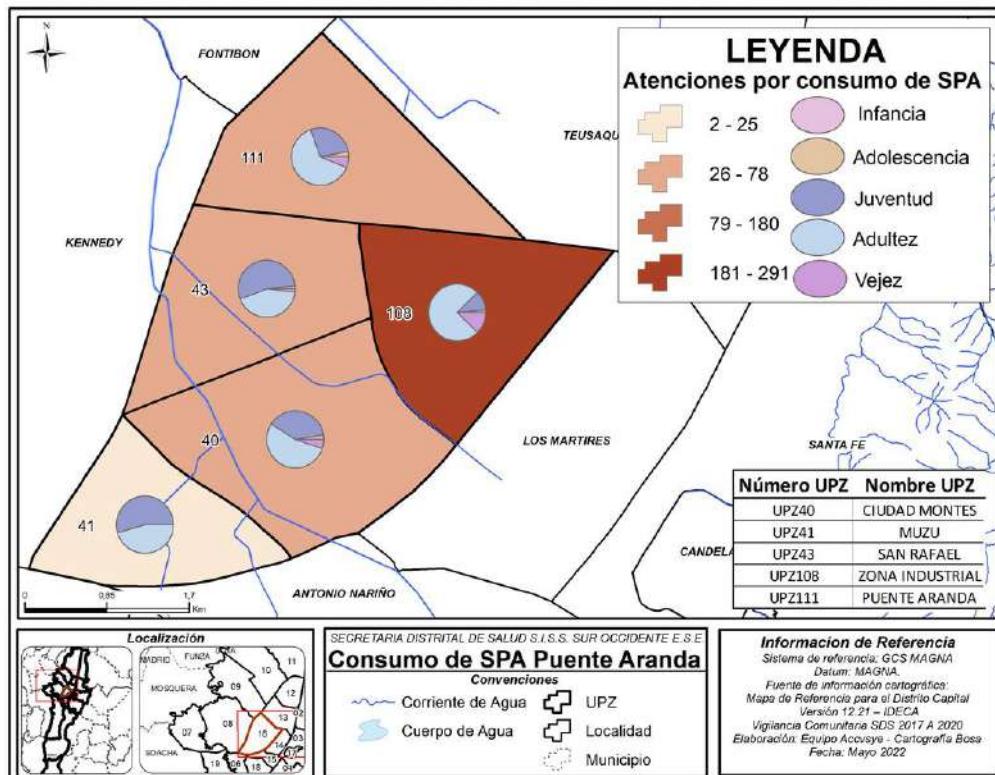
Las principales “drogas de inicio” o sustancias psicoactivas, con las cuales se inicia el consumo, a nivel de la Subred Sur Occidente, son el tabaco (50,8%), alcohol (31,6%), y marihuana (10,6%), esta situación es similar en las localidades de la Subred pues sustancias como el tabaco oscilan entre el 43% y 59%, seguida por el alcohol que se encuentra entre el 25% y 40%, y la marihuana que se ubica entre el 3 y 20%, En menor frecuencia se identificaron la marihuana cripo o cripa (2,0%), bazuco (1,9%), Disolventes, combustibles o pegantes inhalables (1,9%), y Cocaína (0,7%) (71)

El Boletín de sala situacional para consumo de sustancias psicoactivas -SPA- de la Subred Sur Occidente (66), registro que la edad de inicio de consumo temprano inicia antes de los 19 años con el 95% de las notificaciones para el año 2021 (n=587), lo cual puede estar relacionado con falta de supervisión de padres o cuidadores, violencia intrafamiliar y enfermedades en salud mental.

De acuerdo al reporte en el subsistema VESPA (Vigilancia Epidemiológica de Sustancias psicoactivas), para el año 2021 la localidad de Puente Aranda, registró un total de 618 notificaciones, de las cuales según su distribución por género el 80,6% (n=498) corresponden a hombres y el 19,4% (n= 120) al género femenino y según el momento de curso de vida, el mayor peso porcentual se registro en adultez (29 a 59 años), con el 51,0% (n=315), seguido por Juventud (18 a 28 años) con el 42,1% (n=260) y en tercer lugar vejez (60 años y mas) con el 5,8% (n=36).

La UPZ 108 Zona Industrial, reportó el mayor numero de notificaciones asociados al consumo de SPA con el 37,7% (n=233), seguida por la UPZ San Rafael con el 19,7% (n=122), en tercer lugar se encuentra la UPZ 40 Ciudad Montes, con el 15,4% (n=95), y UPZ 111 Puente Aranda con el 13,1% (n=81), la UPZ Muzu fue la que registro menor reporte con el 11,8% (n=2,3%) (ver mapa 20).

Mapa 20. Distribucion de atenciones por consumo de SPA, por momento de curso de vida localidad Puente Aranda, año 2021



Fuente: VESPA, 2020. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente

Por otro lado, es importante mencionar que, debido a la pandemia vivida desde el 7 de marzo de 2020, por COVID-19, la OMS pone en manifiesto la necesidad de aumentar la atención en salud mental, como consecuencia de “los efectos de la pandemia en la salud mental que están siendo sumamente preocupantes tales como el aislamiento social, el miedo al contagio y el fallecimiento de familiares, que se ven agravados por la angustia que causa la pérdida de ingresos, y a menudo, de empleos, produciendo un aumento de trastornos psicológicos como estrés postraumático, angustia, depresión y ansiedad” (1).

Según lo anterior, aunque muchas de las medidas y estrategias han contrarrestado el impacto de la enfermedad en la sociedad, también han generado otro tipo de problemáticas o han exacerbado las ya existentes, especialmente en poblaciones vulnerables, muestra de ello, es actualmente el concepto de sindemia el cual ha cobrado fuerza, pues al abordar la COVID-19 implica reconocer que las enfermedades transmisibles y no transmisibles están también presentes en los territorios y pueden estar incrementando su prevalencia, al estar relacionadas con los problemas sociales, económicos, ambientales y demás, que se vieron aumentados durante el surgimiento del virus, los cuales potencian los efectos adversos en la salud de la población.

Muestra de ello, es la afectación, consumo de sustancias psicoactivas en la comunidad estudiantil, habitantes de calle y comerciantes en tiempos de sindemia por COVID-19 en la localidad el estudio realizado por el Ministerio de Justicia menciona que, "las personas que consumen más sustancias psicoactivas o iniciaron su utilización desde las medidas de aislamiento asociadas al COVID-19, refieren su aumento debido a una suma de varios factores, entre los que destacan el confinamiento o sensación de encierro, ansiedad, aburrimiento y estrés. Los hombres refieren en mayor medida razones como: aburrimiento, preocupaciones y problemas económicos como factores para consumir más; mientras que las mujeres, son más propensas a citar la ansiedad" (3).

La realidad expuesta anteriormente, da un panorama poco alentador, dado el impacto en la calidad de vida y la salud de los habitantes de la localidad, como pueden ser las alteraciones neurológicas y cardiovasculares, la adicción, defectos del embarazo, conductas antisociales y aislamiento, otros trastornos psicológicos, microtráfico, sobredosis y/o muerte.

3.2 Mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal representa una causa importante de muerte en la infancia, este indicador representa tanto condiciones de vida, como calidad y acceso a los servicios de salud y está asociado a una serie de factores presentes en el momento de la gestación, el componente social se destaca entre ellos, específicamente en lo relacionado con el acceso económico, educativo, legal o familiar de la madre, así como la oportunidad y eficiencia de los servicios de salud.

La tasa de mortalidad perinatal ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación y/o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta antes de los siete días después del nacimiento. Una muerte perinatal es el resultado final de la interacción de una serie de factores presentes en el proceso de gestación.

Con respecto a la población, durante el año 2021 la localidad contaba con 253.367 de los cuales el 4.96% (n=12.5920) corresponden curso de vida primera infancia dónde se centra la población afectada, al verificar las UPZ, se evidencio que este momento de curso de vida, en la UPZ 41 Muzú corresponde al 4.90% (n=2.904), del total de la población de la UPZ siendo 59.251, la UPZ 43 San Rafael 5.39% (n=3.967), siendo la población de la UPZ 73.554 y la UPZ 40 Ciudad montes 4.89% (n=5.002), siendo la población total de la UPZ 102.110.

De igual forma se evidencio que la frecuencia de las madres que no se encuentran afiliadas a ningún régimen de salud se acerca al de las madre migrantes, lo que puede ocasionar barreras de acceso a servicios de salud y puede estar asociado al diagnóstico de muerte más frecuente que fueron las complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento, condiciones que se pueden prevenir con una adecuada adherencia al control prenatal; todo esto sumado que el nivel socioeconómico de la localidad de Puente Aranda registra ciertas

desigualdades notorias en la distribución económica, y por ende en la distribución de acceso a la salud y a condiciones de calidad de vida más optimas, se generan brechas significativas.

Durante el año 2019 la tasa de mortalidad perinatal de la localidad de puente Aranda no superó la meta Distrital, se evidencio que para los años 2020 y 2021 las tasas sobrepasaron la meta Distrital la cual es 13.14 por 1.000 nacidos vivos + fetales, en total la localidad presentó 34 casos con una tasa de 17.7 por 1.000 nacidos vivos + fetales; con mayor número de casos en la UPZ 41 Muzú con (n=13) y una tasa de 38.24 por 1,000 NV + fetales; los barrios más afectados fueron: Alcalá, Los Ángeles, Tejar Y Villas del Rosario, entre otros, en segundo lugar se encuentra la UPZ 43 San Rafael con (n=10) y una tasa de 29.41 por 1,000 NV + fetales, los barrios más afectados fueron Galán y San Gabriel, en tercer lugar se encuentra la UPZ 40 Ciudad Montes con (n=9) y una tasa de 26.47 por 1,000 NV + fetales, con casos en los barrios Bochica Central, Bochica Puente Aranda, Bosque de los Comuneros, Ciudad Montes III Sector y el Jazmín, entre otros.

Con respecto a la edad por quinquenios se evidencia que la frecuencia más alta se encuentra en el grupo de edad de 25 a 29 años 35.29% (n=12) seguido del grupo de 35 a 39 años 23.53% (n=8) y en tercer lugar el grupo de 20 a 24 años 20.59% (n=7). En cuanto al régimen de seguridad social en salud más frecuente fue el Contributivo 61.76%, (n=21), seguido de Subsidiado 17.65 (n=6), el No Asegurado 14.71% (n=5) y el Régimen de Excepción (n=2) 5.88%.

En general el 38.29% de las madres no terminó la secundaria, lo que se puede ver reflejado en menores oportunidades de acceder a trabajos bien remunerados, por esta razón puede presentarse necesidades básicas insatisfechas, el nivel media académica o básica presentó mayor peso porcentual 35.29% (n=12) seguido de técnico profesional 23.53%, (n=8) que y profesional 17.65%. (n=6).

Con respecto a los diagnósticos de muerte 6/67, el diagnóstico con más peso porcentual se encuentra en Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento 47.06% (n=16), seguido de Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal 11.76% (n=4), y el Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal, Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas presentan la misma frecuencia y peso porcentual que el anterior diagnóstico. Del total de las madres 17.64% (n=6) corresponden a madres extranjeras.

3.3 Morbimortalidad por enfermedades Crónicas

Las OPS refiere que las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, impactando en la salud a largo plazo y con frecuencia crean la necesidad de intervenciones y cuidados (72).

De acuerdo a los perfiles de morbimortalidad, las ENT son las patologías mas prevalentes en Colombia y ocasionan gran demanda en los servicios de salud, entre estas destacan los

canceres, enfermedades cardiovasculares, enfermedades metabólicas (como diabetes), enfermedades pulmonares crónicas y enfermedades neurodegenerativas (73). Este comportamiento se mantiene tanto a nivel distrital como a nivel local.

Por otra parte, las implicaciones en salud de las ENT, están asociadas con el desarrollo de discapacidades transitorias o permanentes que, afectan la calidad de vida del paciente, impactando otros aspectos transversales, como la perdida de la productividad e ingresos, el relacionamiento social y familiar, entre otros (74). De este modo, se convierte en un paciente de alto costo para el sistema de salud y servicios sociales, y en términos de morbilidad, se traduce en deterioro de la calidad de vida, pérdida de productividad, mortalidad prematura y consumo de recursos sanitarios (75).

Estas enfermedades se pueden prevenir mediante la intervención de los factores de riesgo asociados, tales como el consumo nocivo de alcohol, el tabaquismo, sedentarismo (o inactividad física), y alimentación no saludable (73).

Ahora bien, es importante recordar el proceso de “transición demográfica” en el que se encuentra la localidad de Puente Aranda, representado en la disminución de grupos jóvenes y en el consecuente aumento de los grupos adultez y vejez, es decir, el envejecimiento progresivo de su población, derivado en el incremento de la esperanza de vida, disminución de la mortalidad y descenso sostenido de la fecundidad.

Para el año 2021, la población adulta representó el 44,90% (n=113.773) de la población de Puente Aranda, y vejez con el 17,15% (n=43.456); otros Indicadores demográficos refuerzan lo mencionado anteriormente como el Índice de vejez que pasa de 15 en el 2016 a 17 en el 2021; el índice de envejecimiento pasa de 87 en el 2016 a 111 en el 2021.

A partir de los registros del Sistema de información de Prestadores de Salud (RIPS) para los años 2018 a 2020, el momento vital adultez (30 a 59 años), reportó el mayor número de atenciones, concentrando del 38% al 39% en promedio el 38,6% (n= 561.263) de las atenciones. De igual modo, el momento vital vejez, registró un alto peso porcentual, aumentando progresivamente en el periodo analizado así: 30,4% (n= 146.996) en el 2018, 34,1% (n=191.274) en el 2019 y 36,2% (n= 148.331) para el año 2020.

A nivel de UPZ, se presentó un comportamiento similar, pues estos grupos reportaron una mayor carga en la morbilidad atendida, en los años 2018 a 2020. Para el año 2020, las UPZ con mayor número de atenciones en población adulta, se encuentran la UPZ 108 Zona Industrial y la UPZ 111 Puente Aranda, con 45,8% (n=15.347) y 43,3% (n=5.957) respectivamente. Y en el momento de curso de vida vejez, las UPZ 40 Ciudad Montes con un 37,9% (n=59.223) y la UPZ 41 Muzo con el 37,8% (36.472).

En lo que concierne a frecuencia de uso de los servicios de salud, la localidad reportó en promedio 4,1 a 4,3 atenciones por persona/ año analizado, sin embargo, al estratificar por

grupo de edad los quinquenios de 55 a 59 años y 60 años y más, reportaron las razones mas altas, calculadas entre 4,7 y 5,03 atenciones por persona/año.

Para el año 2020, las principales causas de atención de la localidad, se relacionaron con los signos y síntomas y afecciones mal definidas en todos los grupos de edad (30,0% atenciones). Como segundo motivo de consulta se identificó la hipertensión esencial (8,73%) y en tercer lugar las enfermedades musculoesqueléticas (8,65%), datos que han aumentado de manera progresiva entre los años 2018 y 2020. Dicho lo anterior, se puede evidenciar que el comportamiento de la morbilidad atendida para las enfermedades crónicas ha tenido un incremento.

Al desagregar por grupo de edad, en población adulta (25 a 59 años) continúan las atenciones por síntomas, signos y afecciones mal definidas, condiciones orales, y enfermedades músculo-esqueléticas. Mientras que en adultos mayores (60 años y mas), se mantienen las los signos, síntomas y afecciones mal definidas, la hipertensión esencial, y las enfermedades musculoesqueléticas, causas que aumentan de manera directamente proporcional a la edad. Dicho lo anterior, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades no transmisibles son las mas representativas, en estos grupos de edad.

Al verificar las atenciones por grandes grupos de causas CIE-10 el diagnostico diabetes, se registran 8.767 atenciones en 2019, de las cuales el 39,90%(n=3.498) se presentan en la UPZ Ciudad Montes, seguida de la UPZ Muzú con 22,9%(n=2.008). Para el año 2020, se presentaron 8.935 de los cuales el 38,70%(n=3.458) residen en la UPZ Ciudad Montes, seguido de 30,99%(n=2.769) en la UPZ San Rafael. Al analizar el diagnóstico de enfermedades cardiovasculares en 2019 se presentaron 38.567 atenciones en la localidad de las cuales el 39,72% (n=15.318) se presentaron en la UPZ Ciudad Montes, así mismo para 2020 con 8.935 atenciones, el 40,49%(n=14.785) residen en dicha UPZ

Por otra parte, la mortalidad de los años 2016 a 2020, registro un mayor peso porcentual, en el momento curso de vida vejez, específicamente el grupo de 80 años y mas con el 44,5% (n=3.215).

En cuanto a las causas 6/67 en el momento de curso de vida vejez para el año 2019, la principal causa se registró a causa de las Enfermedades sistema circulatorio, las demás causas y en tercer lugar las Neoplasias. En contraste con esto, para el año 2020 se ubica en primer lugar las enfermedades transmisibles con 32,40%(n=484), situación generada por la pandemia del COVID19 y su afectación en los adultos mayores, seguida por las Enfermedades sistema circulatorio con 28,25%(n=422) y en tercer lugar Las demás causas con el 20,08%(n=300).

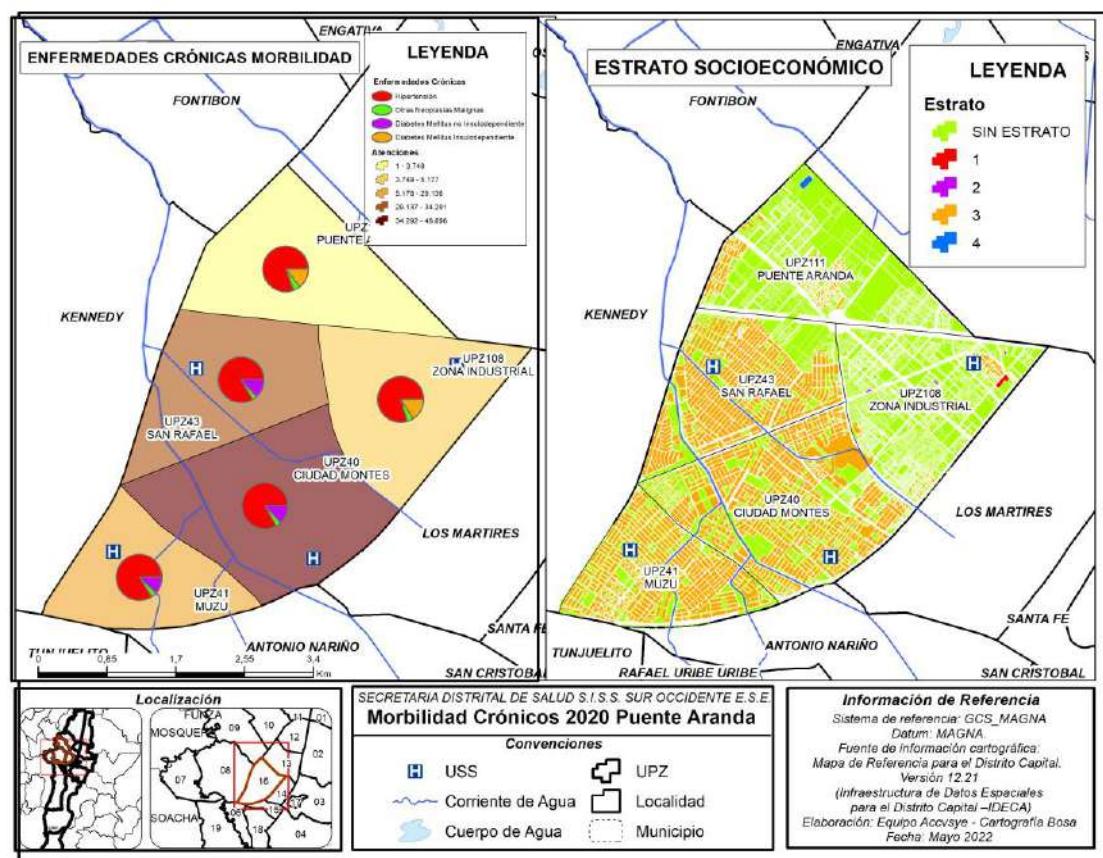
A nivel de la localidad, se destacan las enfermedades del sistema circulatorio que para el año 2020 reportaron una tasa bruta de mortalidad -TBM- estimada en 180,50 por cada 100.000 habitantes y dentro de este grupo priman las enfermedades isquémicas (TBM de

100,01, por cada 100.000 habitantes) y las enfermedades cerebrovasculares (TBM 30,68 por cada 100.000 habitantes).

En el grupo de las demás causas se obtuvo una tasa de 140,66 por cada 100.000 habitantes para el año 2020, donde se identificaron las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (TBM 27,10 por cada 100.000 habitantes), y el resto de las enfermedades del sistema digestivo, como principales causas de fallecimiento en la localidad, en este grupo. (TBM 20,72 por cada 100.000 habitantes).

Para concluir en el mapa 21, se puede establecer que las enfermedades crónicas no transmisibles no presentan relación directa entre el estrato y su incidencia, debido a que de manera generalizada se ubican los casos de morbilidad en el territorio; este evento puede tener mayor relación con el déficit de espacio público efectivo (todas las UPZ se encuentran por debajo del índice ideal 15,0m²/habitantes), sumado a hábitos mal sanos como alimentación con alto contenido calórico, sedentarismo, tabaquismo.

Mapa 21. Atenciones por enfermedades crónicas y estrato socioeconómico, Localidad de Puente Aranda años 2020, 2020.



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2021. Base RIPS, años 2018-2020, Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente

3.4 Violencia intrafamiliar

De acuerdo con los planteamientos de la OMS, la violencia se entiende como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (76); en ese sentido, la violencia intrafamiliar y sexual se entiende como aquel tipo de maltrato o abuso de poder que se da al interior de la familia .

La violencia intrafamiliar incluye diversas expresiones dentro de las cuales se encuentran la violencia emocional, física, sexual, económica, el abandono y la negligencia. Para el I semestre del año 2021 el subsistema de vigilancia de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual (SIVIM) tuvo una notificación de 12.947 casos de violencia intrafamiliar, un incremento del 15,6% (n=2.022) con respecto al mismo periodo el año anterior. El 59,7% (n=7.729) de los casos notificados son niñas, niños y adolescentes; seguido por los adultos entre los 18 y 59 años con el 35,6% (n=4.608) y las personas mayores con el 4,7% (n=610) (77)

En la localidad de Puente Aranda durante el 2020, se notificaron 54 casos de violencia en vejez de las cuales el 20,3% (n=11) residen en la UPZ 43 San Rafael, de estas las mujeres son las más afectadas con el 72,7% (n=8) frente a los hombres con el 27,6% (n=3), así mismo para el año 2021 se registraron 73 notificaciones para la localidad de las cuales el 26,0% (n=19) son de la UPZ San Rafael, evidenciando un aumento de 72,7% en casos frente a 2020 para dicha UPZ. En cuanto al sexo continúan siendo las mujeres las que más aportan con el 68,4% (n=13) y un aumento frente al año anterior de 62,5% de casos, aunque los hombres aportan en menor proporción con 31,6% (n=6), se evidencio un aumento progresivo

En cuanto al momento de curso de vida vejez, se evidenció que para el año 2020, los mayores de 80 años, aportan el 54,5% (n=6) casos, seguido de 70 a 74 años con 36,4% (n=4). Para el 2021 el comportamiento es similar, en primer lugar mayores de 80 años con 36,8% (n=7), seguido de 60 a 64 años y 65 a 69 años con 21,1% (n=4) respectivamente, en ambos años, el sexo femenino registro el mayor numero de casos.

Tabla 53. Distribución de la violencia intrafamiliar por sexo y quinquenios del curso de vida vejez, localidad de Puente Aranda, UPZ 43 San Rafael. Subred Sur Occidente, enero-diciembre año 2020 y 2021

Año	2020						2021							
	Quinquenios		Hombre		Mujer		Total		Hombre		Mujer		Total	
			n	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
De 60 a 64 años	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	30,8	4	21,1		
De 65 a 69 años	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	33,3	2	15,4	4	21,1		
De 70 a 74 años	1	33,3	3	37,5	4	36,4	1	16,7	1	7,7	2	10,5		
De 75 a 79 años	1	33,3	0	0,0	1	9,1	0	0,0	2	15,4	2	10,5		
Mayores de 80 años	1	33,3	5	62,5	6	54,5	3	50,0	4	30,8	7	36,8		
Total	3	100,0	8	100,0	11	100,0	6	100,0	13	100,0	19	100,0		

FUENTE: Bases SIVIM años 2020 y 2021. Subsistema SIVIM. Vigilancia Salud Pública. Subred Sur Occidente.

Respecto al tipo de violencia, es importante aclarar que por cada caso se puede reportar más de una violencia, en 2020 de las 11 notificaciones en la vejez para la UPZ San Rafael el 100% (n= 11) se relacionaron a violencia emocional, seguido de violencia física y abandono con 45,45% (n=5) respectivamente, negligencia con 36,36% (n=4) y el restante 9,09% (n=1) a violencia económica.

Para el año 2021 de las 19 notificaciones en la UPZ para el mismo momento vital, el 100% (n= 19) se relacionaron a violencia emocional, seguido de violencia física con 42,1% (n=8), negligencia con 36,84% (n=7), abandono con 31,58% (n=6), y el 5,26% (n=1) para violencia económica. Constituyéndose la violencia emocional, como la principal en las personas en curso de vida vejez, siendo muy difícil de evidenciar. *Estas son agresiones expresadas en gritos, amenazas, intimidación, humillación, aislamiento del resto de los integrantes de la familia, falta de respeto a sus principios o diversas formas de ridiculizar a las personas. Este tipo de maltrato muchas veces se ejerce en el interior del hogar y sin testigos o frente a otros que, se conspiran para dejarlo encubierto.* (78)

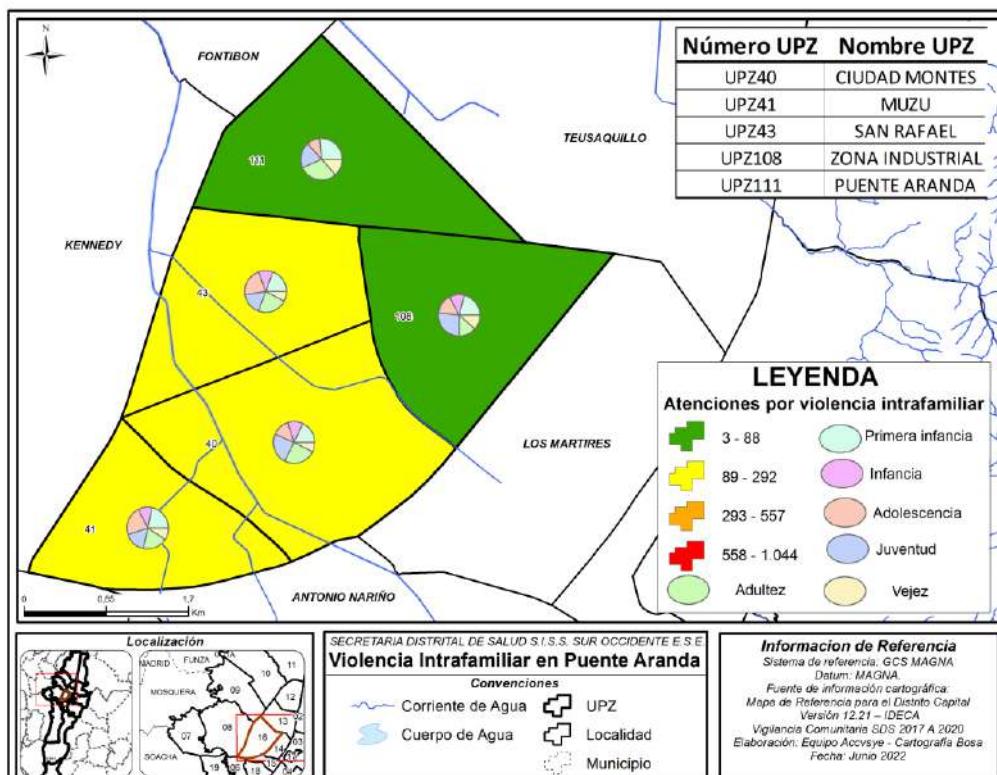
A partir de los datos anteriormente descritos, es importante resaltar el abandono, el cual entre el periodo analizado ha aumentado, y constituye un efecto a la calidad de vida y la salud de las personas mayores. Éste ocurre, cuando cualquier persona o institución no asume la responsabilidad que le compete en el cuidado de una persona mayor o que, habiendo asumido su cuidado, lo desampara de manera voluntaria. Entendiendo que, “*la soledad puede tener un efecto equivalente al estrés crónico en la salud cerebral, además puede afectar el sistema endocrino que ayuda a controlar el estado de ánimo, el metabolismo y también al sistema inmune, por lo que pueden desarrollar más enfermedades y/o descompensar las ya existentes*”(78)

Así mismo, desde la Ruta Integral de Atención en Salud, Agresiones, Accidentes, Traumas y Violencias –AATV- se ha identificado que, en algunos casos no es el adulto mayor el que maneja sus subsidios, incluso durante el 2020 con el cierre de actividades económicas las personas mayores con pensión fueron la base de sustento del núcleo familiar, pero al realizar una revisión de fondo o al realizar un seguimiento puntual; desafortunadamente la persona mayor es relegada o sufre una violencia económica pues no logra acceder, ni manejar de manera independiente su propia economía. “*El edadismo interno (la creencia implícita que tiene una persona mayor de que no es importante y que debe renunciar a su bienestar en pro de las personas más jóvenes), puede dar lugar a que sea menos factible que las personas mayores exijan sus derechos durante la pandemia por COVID-19*” (78)

Al analizar el nivel educativo de la persona víctima de violencia, tanto para 2020 y 2021 en la UPZ 43 San Rafael, se encuentra como último nivel cursado primaria con el 57,1% (n=8) y 36,8% (n=7) respectivamente, seguido de secundaria con el 21,4% (n=3) en 2020 y 36,7% (n=7) en 2021. En cuanto al aseguramiento en la UPZ San Rafael, el régimen contributivo presenta más reportes en 2020 con 63,6% (n=7) y 2021 con 52,6% (n=10), continuando con

régimen subsidiado con 36,4% (n=4) y 42,1% (n=8) respectivamente, el restante 5,3% de 2021 es una persona vinculada, que según el Departamento Nacional de Planeación -DNP- son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del Régimen Subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado a través de Subsidios a la Oferta (ver mapa 22).

Mapa 22. Distribución de atenciones por violencia intrafamiliar, por curso de vida Localidad puente Aranda, año 2021



Fuente: SIVIM, 2020. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente

3.5 Calidad del aire

En Bogotá D.C., para el año 2019 se contaba con trece estaciones de calidad del aire, ubicadas en zonas estratégicas a lo largo del territorio capitalino, que reportan datos actualizados cada hora sobre la calidad del aire en la ciudad y las cuales han sido administradas por la Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá RMCAB y presentadas por el Índice Bogotano de Calidad del Aire-IBOCA. Su propósito ha sido monitorear los contaminantes como son material particulado (PM₁₀ y PM_{2.5}), gases (Ozono, Óxidos de Nitrógeno, Monóxido de carbono y Dióxido de Azufre SO₂), y variables meteorológicas (Dirección y velocidad del viento, precipitación, temperatura, humedad relativa, Radiación solar, y Presión) y de esta manera comunicar oportunamente el riesgo ambiental por

contaminación atmosférica, las afectaciones y recomendaciones en salud y las medidas voluntarias para que la ciudadanía contribuya a mantener o mejorar la calidad del aire de la ciudad (39).

El porcentaje de datos válidos de la RMCAB para el año 2020 fue del 86% en promedio, valor superior al porcentaje máximo recomendado (75%) por el Manual de Operación de Sistemas de Vigilancia de la Calidad del Aire del Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial (79). Dichas mediciones (PM_{10} y $PM_{2,5}$), han reportado que las concentraciones más altas de material particulado se registraron en la zona suroccidental (2019). En la localidad de Puente Aranda se cuenta con la estación del mismo nombre (ubicada en el barrio Salazar Gómez-UPZ 111 Puente Aranda). En lo concerniente a la norma de promedio 24 horas la estación reportó datos de PM_{10} y $PM_{2,5}$ de 97 y 99 $\mu g/m^3$ en cada contaminante, estando 27 y 25 puntos por encima del porcentaje recomendado (79).

Lo anterior, ha sido producto de múltiples factores como lo han sido los cambios en la demografía, crecimiento económico y el proceso de planeación territorial, caracterizado históricamente por ser desorganizado, lo cual forjó asentamientos de población en algunos sectores de valor ambiental (Río Fucha del cual se desprenden los canales Comuneros, Río Seco y La Albina, que atraviesan la extensión del suelo de oriente a occidente) y residencial sumado a una menor presencia de áreas naturales que funcionen como contenedores de los elementos particulados, produciendo un detrimento de la base ambiental de la localidad, lo cual indica que la población presenta mala utilización del suelo, generado por las actividades humanas, económicas e industriales llevadas a cabo allí (80).

En cuanto a las micropartículas (PM_{10}), particularmente para la localidad de Puente Aranda, se evidencia una alta concentración de estas relacionadas con la dirección del viento, el cual en la ciudad se moviliza de nororiente a Sur Occidente, sumado a la movilización de transporte terrestre en vías principales (fuentes móviles) como son la Av. Las Américas, Av. Av. 68, Av Calle 13 y Autopista Sur, entre otras esto sumado a otros factores que generan emisiones como por ejemplo fábricas, mal estado de la malla vial, puntos críticos de residuos sólidos (fuentes fijas), explican la mala calidad del aire sobre todo con predominio sur oriental (UPZ más cercanas al límite con la localidad de Kennedy).

Entre tanto la medición de la calidad del aire se ha tomado desde dos fuentes. La primera dada por la OMS (cuyos rangos de medición son más estrictos) y el IBOCA (favorable 0-50 $\mu g/m^3$ y moderado 50.1 a 100 $\mu g/m^3$). Los rangos dados por UPZ están basados en las directrices de la OMS donde para PM_{10} es regular en las UPZ 40 Ciudad Montes y 43 San Rafael con un registro entre 18 a 29 $\mu g/m^3$ (15 $\mu g/m^3$ de media anual) en la mayoría del área de estas UPZ (sobre todo a áreas cercanas a la Av. Carrera 68), pero la UPZ 41 Muzu tiene un comportamiento generalizado porque su valor mínimo es de 18 $\mu g/m^3$ y el máximo de 62 $\mu g/m^3$ debido a que no tiene una distribución espacial homogénea como la que tienen las UPZ anteriores.

Respecto al PM_{2,5} se presentan valores altos generalizados en la localidad de 15 a 17 µg/m³, estando por encima del valor promedio anual (5 µg/m³) recomendado por la OMS.

Como se mencionó en el capítulo 1, el IBOCA reportó que para el año 2021 los datos registrados mostraron un nivel moderado-bajo del contaminante PM_{2,5} en la localidad, debido a que las mediciones realizadas mostraron un rango anual 12,1 µg/m³ a 35,4 µg/m³. Respecto a los meses de mayo a julio del 2021 la calidad del aire tendió a ser favorable, dado que las mediciones se encontraron en el rango entre 0 µg/m³ y 12 µg/m³ con un pico en el mes de julio (10).

Por lo anterior se evidencia que la UPZ con mayor afectación de calidad del aire, en relación a los dos contaminantes tenidos en cuenta es la 41 Muzu de manera generalizada (según la información cartográfica de mapas Bogotá), donde por su ubicación geográfica recibe material particulado de fuentes móviles como son la Autopista Sur, Av. Primera de Mayo, Av. Carrera 68. Respecto a las fuentes fijas se influenciada por la cercanía a la UPZ 45 Carvajal localidades de Kennedy que generan material particulado por sus industrias y propias por el área comercial y manufacturero (restaurantes, asaderos, talleres, etc) de la localidad ubicado en el barrio alquería, El tejar, etc. Sumado a lo anterior, se agudiza la problemática debido a que en la UPZ el déficit de arbolado urbano de 52,7% (n=10.393), de acuerdo a la recomendación de la OMS (la localidad debería tener 19.750 árboles y solo llega a 9.357) ver mapa 23 (7).

Esta problemática es transversal a todos los momentos de curso de vida, con mayor afectación en la población de primera infancia y vejez. En la localidad de Puente Aranda para el año el año 2021 se estimaron 12.592 niños y niñas (datos agrupados de 0 a 4 años ya que los datos de población se obtuvieron por quinquenios) y 43.456 adultos mayores.

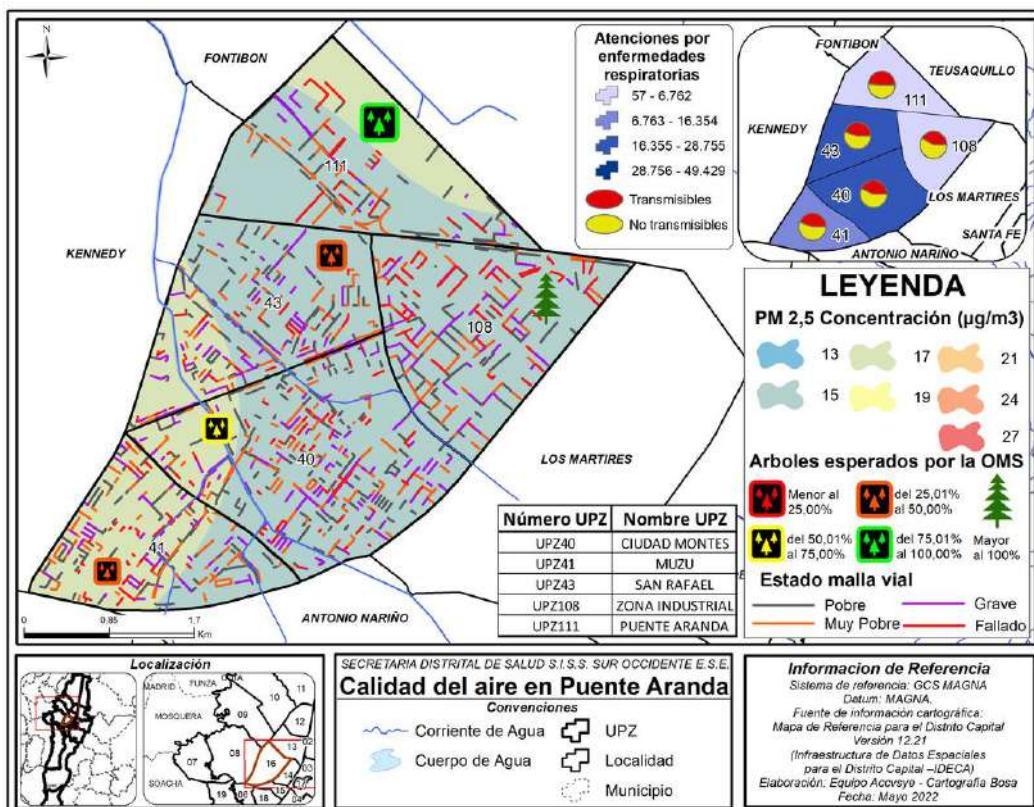
Respecto a la UPZ priorizada, la población de Muzu ocupa el 23,4% (n=59.251) de la población total de la localidad y de esta el 4,9% (n=2.904) se encuentran en primera infancia, mientras el 17,9 (n=10.630) corresponden a vejez.

La relación de calidad del aire y los efectos a morbilidad de la población, se manifiestan principalmente en las Infecciones Respiratorias agudas y crónicas, en la localidad de Puente Aranda se atendió el 63,3% (n=29.623) por Otras Enfermedades Respiratorias ERA perteneciente al grupo de enfermedades transmisibles y respecto al grupo de las Enfermedades Cardiovasculares se ubican la Hipertensión esencial cuya proporción de atención fue de 69,1% (n=99.106) y las Otras Enfermedades Cardiovasculares Terminales 10,0% (n=14.349).

De acuerdo a la mortalidad registrada en el período, la primer gran causa asociada a la calidad del aire fueron las enfermedades del sistema circulatorio con el subgrupo Enfermedades isquémicas del corazón 54,2% (N=1.224) y las Enfermedades cerebrovasculares con el 19,5% (n=441). Otras subcausas correspondieron a las infecciones respiratorias agudas (grupo de enfermedades transmisibles con el 24,1% (n=223), mientras

las enfermedades crónicas de las vías respiratorias (grupo de las demás causas) aportaron el 26,6% (n=485).

Mapa 23. Calidad del aire, Localidad Puente Aranda, año 2020 – 2021



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2021. Base RIPS, años 2018-2020, Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente

3.6. Disposición de residuos sólidos

Una de las principales problemáticas ambientales que afectan al territorio son las relacionadas con el inadecuado manejo de residuos sólidos, los cuales originan olores ofensivos que repercuten en el entorno impactando negativamente a la población en especial en puntos críticos de acumulación de residuos que conllevan otros factores tales como la habitabilidad en calle, inseguridad, venta y consumo de sustancias psicoactivas incrementando la percepción de inseguridad en las zonas en donde se presenta esta situación, de igual forma se presentan problemáticas de proliferación de vectores plaga por la presencia de roedores e insectos transmisores de enfermedades zoonóticas aumentando la probabilidad de ocurrencia de estas enfermedades en el territorio.

Esta situación deriva de la carencia de la cultura ambiental, falta de apropiación del entorno, la indisciplina ciudadana, presentación de residuos en vía pública fuera de frecuencias y horarios establecidos, deficiente separación en la fuente, bajos niveles de armonización de la información asociada a la gestión integral de residuos sólidos producida por las entidades

del Distrito, bajos niveles de aplicación medidas sancionatorias relacionadas con la gestión de residuos sólidos, debilidad en la infraestructura y normatividad distrital para la modernización y optimización de la actividad de recolección, transporte y transferencia de residuos sólidos ordinarios es por ello que se presentan puntos de separación de material aprovechable y residual por parte de las personas recicladoras de oficio quienes dejan en el espacio público lo que no es vendible;

Es de anotar que la población recicladora se ve afectada en su labor diario pues son expuestas a varios riesgos (físicos, químicos y biológicos) propios de su trabajo y a la carencia de la cultura de separación en la fuente de la ciudadanía.

Las diferentes problemáticas relacionadas con la inadecuado manejo de residuos sólidos en la localidad se puede describir que se presentan por las inadecuadas prácticas en el manejo de residuos, presencia de extras caninas en vía pública y zonas verdes, operar de bodegas de reciclaje con deficiencias en el cumplimiento de normatividad y la presencia de puntos de arrojo clandestino u acumulación de residuos en vía pública.

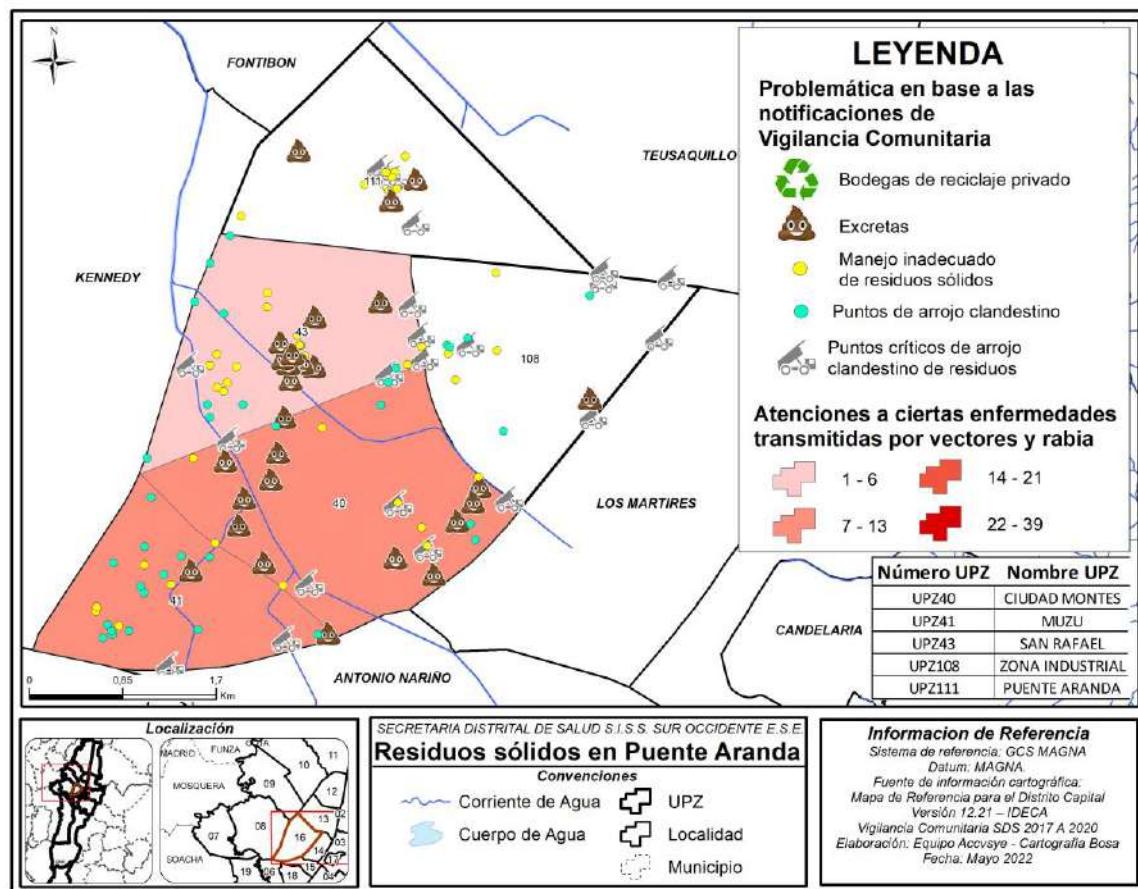
La UAEPS (Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos) es la entidad regularizadora encargada de garantizar la prestación, coordinación, supervisión y control de los servicios de recolección, transporte, disposición final, reciclaje y aprovechamiento de los residuos sólidos en la ciudad de Bogotá, y según el Acuerdo 761, 2020, Artículo 9 – Propósito 2 – Logro 20, dispone aumentar la separación en la fuente, el reciclaje y la adecuada disposición final de los residuos de la ciudad, contribuyendo de esta manera al cambio de los hábitos de vida para reverdecer la ciudad y adaptarnos a la crisis climática, dando respuesta y ejecución del Plan de Gestión del Riesgo con el Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos – PGIRS.

A pesar de lo anterior, todavía no existe un nivel de cultura ciudadana, suficiente que realice la correcta separación en la fuente y el manejo integral de los residuos sólidos. Según la UAEPS (10), en la localidad existen puntos clandestinos de arrojo de residuos sólidos grandes (sofás, colchones, mobiliarios dañados y/o residuos de demoliciones o residuos de construcción por arreglos internos), los cuales se le atribuyen a indisciplina ciudadana que han utilizado como forma de sustento el traer de otras localidades o de otras zonas de la misma localidad, acentuando así esta problemática, esta práctica es realizada con la finalidad de evadir cobros adicionales en las facturas de servicio público por la disposición de residuos tales como escombros o residuos voluminosos (muebles, colchones).

De acuerdo a la información geográfica dispuesta en IDECA por la UAEPS se identificaron un total de 22 puntos de arrojo clandestinos en Puente Aranda, siendo la UPZ 108 Zona Industrial la que mayor afectación presento por este fenómeno con el 40,91% (n=9) de los puntos, seguida de las UPZ 40 Ciudad Montes y 111 Puente Aranda con el 18,18% (n=4) cada una.

De igual manera, se evidencio con las notificaciones realizadas por la comunidad a Vigilancia Comunitaria entre los años 2017 y 2020 donde se realizaron 35 notificaciones de puntos de residuos de gran volumen, de las cuales el 42,86% (n=15) se ubicó en al UPZ 41 Muzu, seguida de las UPZ 43 San Rafael con el 25,71% (n=9) y en las UPZ 40 Ciudad Montes y 108 Zona Industrial con el 17,14% (n=6) y 14,29% (n=5) respectivamente. Al contrastar lo anterior con los puntos identificados por la UAESP se evidenció que no existe una coincidencia entre lo reportado por la comunidad y lo identificado por la institucionalidad; dado que la concentración espacial de ambos casos se ubican en lugares distintos, debido a que la identificación de la UAESP se concentra en identificar estos puntos que utilizan insescrupulosos para arrojar de manera clandestina residuos de construcciones, demoliciones o mobiliario no deseado de mudanzas en cercanías a los cuerpos de agua o áreas verdes como separadores, parques, reservas viales o servidumbres áereas o subterráneas que por su uso se encuentran lejanas a lugares de zonas residenciales o de comercio en donde se pueda visualizar por la comunidad de manera directa a diferencia de la comunidad que reporta en su entorno cercano . (ver mapa 24)

Mapa 24. Residuos sólidos y atenciones a enfermedades transmitidas por vectores, Localidad de Puente Aranda año 2017 a 2020



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2021. Notificaciones problemáticas colectivas comunitarias Vigilancia Comunitaria - Secretaría Distrital de Salud. 2017 a 2020. Base RIPS, años 2018-2020

La Organización Panamericana de la Salud, afirma que “en las calles existen los botaderos abiertos que facilitan el acceso a los desechos por parte de animales domésticos y, por consiguiente, la potencial diseminación de enfermedades y contaminantes químicos a través de la cadena alimenticia, puede conllevar a la aparición de enfermedades parasitarias y diarreicas, (...) Son muchas las enfermedades causadas por los microbios que se producen por la acumulación de basura, sobre todo cuando entran en contacto con el agua de beber o los alimentos; (...) Los principales daños a la salud provocados por la mala disposición de los residuales, es debido fundamentalmente al aumento de los posibles criaderos de vectores, (...) por la presencia de micro-vertederos, lo que provoca que la acumulación de basuras a veces por más de 15 días, (...) esto favorece la proliferación de vectores y roedores (9).

Por su parte las excretas producidas por animales de compañía y en abandono, que generan acumulación en vía pública y otras zonas de tránsito (parques, zonas verdes, andenes, etc), la posiciona como una de las problemáticas sentidas por la comunidad reportadas al subsistema de Vigilancia Comunitaria, donde se identificaron un total de 30 notificaciones, entre los años 2017 y 2020, de las cuales el 80% (n=24) se ubicaron en las UPZ 40 Ciudad Montes y 43 San Rafael con el 40%(n=12) cada una. La eliminación inadecuada y antihigiénica de las heces da lugar a la contaminación del suelo y de las fuentes de agua, a menudo proporciona criaderos de moscas, llegada de roedores y animales domésticos, aumentando la oportunidad de transmitir infecciones y con ello el padecimiento de enfermedades como las gastrointestinales y de la piel. Este aspecto relacionado con la tenencia inadecuada de animales de compañía y a la carencia del cuidado del entorno se encuentra referenciado en el código de policía para el cumplimiento de la norma y puede generar comparendo ambiental según el capítulo III art .124.

Por otra parte, el Sivigila para el período 2016 – 2020, presenta a las agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia, como el segundo evento interés en salud pública más notificado en la localidad, con el 16,7% (n=616). En concordancia con lo anterior, es importante aclarar que, si bien existen reportes en el SIVIGILA por las lesiones por agresión o contacto con animal potencialmente transmisor de rabia, en la capital no se han confirmado casos positivos de rabia, dadas las múltiples acciones de vigilancia de este evento. De igual manera las enfermedades transmitidas por vectores notificadas con residencia en la localidad son eventos endémicos procedentes de otras regiones del país. Es importante mencionar que para el año 2020, la cobertura de vacunación antirrábica para la localidad fue del 11%, meta que no se ha cumplido en la localidad ni a nivel distrital, durante el período 2016 a 2020.

Respecto a las bodegas de reciclaje privado generan múltiples problemáticas tales como, la acumulación de material reciclable en la vía pública cercana y/o frente al predio donde se ubica cada una de ellas, daños a la salud por la inadecuada disposición de material residual, proliferación de vectores (roedores e insectos, etc.) que pueden generar enfermedades

zoonóticas, venta y consumo de sustancias psicoactivas en zonas aledañas a las bodegas de reciclaje, presencia de habitantes de calle que también realizan actividades de reciclaje para su sustento diario ; estas son algunas de las relacionadas por la comunidad. De acuerdo al Registro Unico de Recicladores de oficio- RURO- con corte a diciembre de 2020, viven en la localidad 852 recicladores y según oficial de la Secretaría Distrital de Planeación a Mayo del 2011 en la localidad se ubican setenta y ocho (78) bodegas de reciclaje registradas, ocupando el quinto puesto como una de las localidades con mayor numero de este tipo de establecimiento, lo que favorece el aprovechamiento de residuos solidos, sin embargo, en el desarrollo de estas actividades, se han hecho visibles otras practicas inadecuadas, las cuales no siempre son el común denominador, sin embargo, su practica se ha vuelto mas repetitiva y esta relacionada con la acumulación de material que no es potencialmente comercializable en el espacio público, causando acumulación y taponamiento de basuras en alcantarillas, proliferación de insectos, roedores y palomas, junto con la presencia de caninos callejeros.

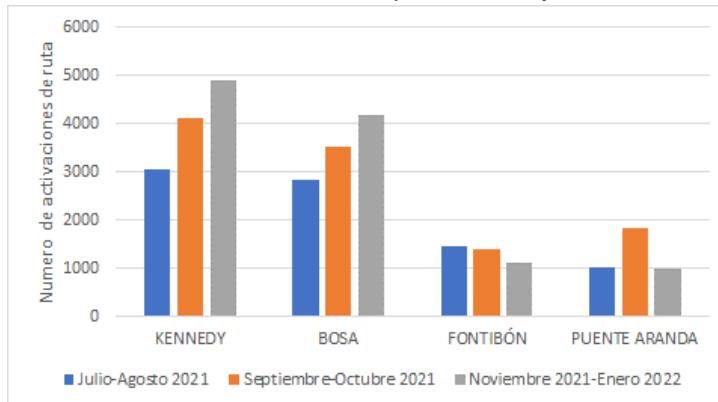
4. CAPITULO IV: RESPUESTA INSTITUCIONAL – SOCIAL – COMUNITARIA Y POTENCIALIDADES DEL TERRITORIO

Posterior al análisis de las problemáticas de la localidad expuestas previamente, se hace necesario evidenciar la Respuesta institucional, social, y comunitaria generada ante las necesidades identificadas, esto con el fin de mejorar las acciones de respuesta teniendo en cuenta aquellos elementos que favorecen escenarios de cuidado en el territorio.

Para este capítulo se incluye información acerca de las canalizaciones efectivas, de acuerdo con la información disponible en el marco de las RIAS de promoción y mantenimiento de la salud. Así mismo, se incluyen las acciones realizadas en la localidad por cada uno de los actores sectoriales (entornos cuidadores, políticas, vigilancia en salud pública, vigilancia sanitaria y participación social) y algunos actores intersectoriales.

Durante el periodo de julio de 2021 a enero de 2022, se registran en los sistemas de información (SIRC) un total de 30.434 activaciones a RIAS para las localidades de la subred, de las cuales el 12.6% (n=3.836) pertenecen a la localidad de Puente Aranda, siendo esta la segunda localidad aporta menor número de casos reportados dentro de las cuatro localidades que integran la subred, como se evidencia en la gráfica 22.

Grafica 1 Número de activaciones de ruta por localidad, julio 2021 – enero 2022



FUENTE: SDS – Módulo Activación de Rutas - SIRC (Sistema integral de referencia y contrarreferencia)

De igual forma, la gráfica evidencio la variación de activaciones de ruta que se han realizado en la localidad, en comparación con Kennedy y Bosa registro, tienen menor numero de canalizaciones, lo cual podría estar relacionado inicialmente al tamaño de la población, condiciones de vida, acceso a servicios públicos, entre otros.

Frente a la activación efectiva de rutas para la subred Sur Occidente se identifico que la respuesta institucional aún es susceptible de mejoras, dado que de las 30.434 canalizaciones direccónadas a las diferentes rutas, solo se logro dar respuesta individual en salud al 66.3% (n=20.179).

4.1 Consumo de sustancias psicoactivas

El Ministerio de Protección Social, en el año 2007 presentó una nueva Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto. La Política estableció cuatro ejes: el de prevención del consumo, con el cual se intenta disminuir el número de personas que consumen; el de mitigación, con el cual se busca reducir riesgos y daños; y el eje de superación, dentro del cual se inscribe lo propio del tratamiento a los problemas ocasionados por el consumo. Finalmente, hay un eje dirigido al fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional (81).

Frente a la problemática de consumo de sustancias psicoactivas por factores de riesgo asociados al microtráfico, problemáticas sociales y de salud pública que conllevan al aumento de la inseguridad y la delincuencia en diferentes puntos de la localidad afectando el tejido social en todos los cursos de vida.

Según lo anterior a continuación se relaciona la respuesta institucional:

- Se realiza fortalecimiento y canalización a través de la ruta de atención en consumo de sustancias y de salud mental, con el fin de identificar el riesgo de manera temprana, disminuir barreras de acceso, y dar una respuesta oportuna.

- Los diferentes entornos (comunitario, laboral, educativo y hogar) donde se hace énfasis en la identificación, educación y prevención, en los diferentes cursos de vida, de acuerdo a los núcleos problemáticos priorizados.
- Desde la Política Pública Juventud, a partir de la implementación de acciones encaminadas a dar cumplimientos con los objetivos de la PPJ, se llevan a cabo procesos principalmente entorno a Maternidad y Paternidad temprana, Sexualidad, Consumo de SPA, alcohol y tabaco, adicional a ello sobre salud mental, que se desarrollan a partir de estrategias sobre Salud Integral y Autocuidado.

También la Subred oferta tres formas de acceso a los servicios de Salud donde el usuario con consumo de SPA, puede encontrar respuestas a sus necesidades, pero se requiere tanto del compromiso del usuario y su red de apoyo, como del personal de salud en especial del servicio humanizado; Ambulatorio, urgencias y Salud pública; Es importante mencionar que la localidad no cuenta con una unidad única y especializada, para la oferta y atención de servicios exclusivos para salud mental y atención al consumidor de sustancias psicoactivas.

Por otro lado, la respuesta intersectorial se realiza a través de la Secretaría Distrital de Integración Social, la cual cuenta con el programa “Casas de la juventud”, donde se desarrollan espacios de encuentros culturales, sociales y participativos donde pueden asistir los jóvenes de 14-28 años, estos espacios fomentan y fortalecen el desarrollo de potencialidades y capacidades políticas, artísticas, culturales, recreativas y deportivas.

Desde la Secretaría Distrital de Salud, se cuenta con el programa PIÉNSALO, el cual es una iniciativa digital que parte de la necesidad de generar espacios de escucha confidencial, control emocional y soporte profesional para la orientación frente al riesgo de consumo de sustancias psicoactivas. Adicional a ello, dentro del sitio web se podrá encontrar información clara y veraz sobre sustancias psicoactivas.

Respecto a la participación social desde el IDPAC se brinda asistencia técnica a las organizaciones sociales y comunitarias del territorio, para el 2019 se identificaron en la localidad de Puente Aranda 85 organizaciones de las cuales el 3,6% trabaja temas de prevención de consumo de sustancias psicoactivas y el 13,5% trabaja temas de paz y convivencia.

4.2 Mortalidad perinatal

Desde la Subred Sur Occidente con el fin de fortalecer la vigilancia del evento y en cumplimiento del Protocolo Nacional de Vigilancia se realizan unidades de análisis institucionales al 100% de mortalidades que cumplen con criterio siendo mayores o iguales a 27 semanas de gestación, este proceso metodológico permite caracterizar los casos e identificar los factores asociados o causas relacionadas con su aparición, y de esta forma

definir áreas prioritarias de intervención en salud y orientar las acciones de promoción, prevención y control.

Adicionalmente y en sintonía al documento guía y contexto para la formulación de la Política Pública de Recuperación de la Salud de Bogotá D.C. se realizan actividades desde lo individual y colectivo por parte del equipo de salud para atender a las gestantes, con la finalidad de identificar factores de riesgo y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido.

Así mismo se realizan una serie de acciones enmarcadas en la Ruta Materno Perinatal; iniciando con la red materno perinatal el cual es un espacio donde se realiza la integración del prestador primario y complementario con fortalecimiento técnico a los profesionales que realizan control prenatal, realizando capacitaciones acerca de protocolo de infección de vías urinarias, diligenciamiento de tablas de curva de peso- crecimiento fetal. Igualmente, en articulación desde el área de PAMEC se realiza socialización a los colaboradores frente a los resultados de las auditorias de Adherencia a Guías Materno- perinatales

A su vez, las RIAS Materno Perinatal logra aumentar la consulta preconcepcional a mujeres asignadas a la Subred atendiendo a 1.027 mujeres de 14 a 54 años con intención reproductiva a corto plazo durante el año 2021; promoviendo una gestación planeada y libre de riesgos, se fortalece el diligenciamiento en historia clínica con el fin de poder identificar las usuarias en edad fértil con intención reproductiva a corto plazo y la implementación de estrategias con el PIC para la demanda inducida a esta consulta, de igual forma han emprendido las siguientes acciones con miras a mejorar los indicadores de captación:

- Articulación PIC-POS-EPS y Servicio al Ciudadano
- Citas de Reserva Prioritaria Para Asignación de Cita de Inicio de CPN con Enfermería
- Demanda inducida en las USS / Desde los Servicios de Urgencias y Hospitalización
- Estrategia Gravindex (Resultados de pruebas de embarazo positivas y órdenes de prueba de gravindex sin tomar)
- Atención de Población Migrante Irregular por Urgencias alianzas con ONG.

Frente a la planificación familiar post evento obstétrico para el año 2022 se evidencia un incremento en la cobertura de método de regulación de fecundidad post evento obstétrico toda vez que para el 2021, el 97% de las mujeres con partos atendidos en la subred elegían un método de regulación de la fecundidad, para el 2022 se alcanza un indicador del 99%.

Es importante mencionar que se han venido fortaleciendo las asistencias técnicas con el equipo de ginecología y enfermería de la dirección de hospitalarios que realizan atención en el servicio de maternidad con el fin de realizar seguimiento a la provisión del método de regulación de fecundidad previo al egreso hospitalario, actualmente se cuenta con un porcentaje de usuarias que egresan con método de planificación del 99% de las instituciones de salud públicas a cargo de la Subred.

Desde el subsistema de Salud Sexual y Reproductiva de Vigilancia en Salud pública, se realizan las intervenciones epidemiológicas de campo de acuerdo a los criterios establecidos por la SDS, donde se realiza educación a las madres en cuanto a signos de alarma, planificación familiar e interrupción voluntaria entre otros.

Por parte de las políticas de étnias se realizan diferentes articulaciones con la ruta materno perinatal donde se coordinan acciones para las jornadas de servicios en salud. Desde el entorno hogar durante las visitas se realiza la verificación del riesgo en salud y de esta forma se canalizan a las usuarias que no han iniciado o no se encuentran al día con los controles prenatales, el entorno educativo fomenta la cultura de la salud en los colegios.

Finalmente, se fortalece la canalización oportuna a nivel de complejidad mejorando el sistema de traslado de pacientes al interior de la subred y capacitación en atención materno perinatal y atención de emergencias obstétricas por medio de simulacros en emergencias obstétricas.

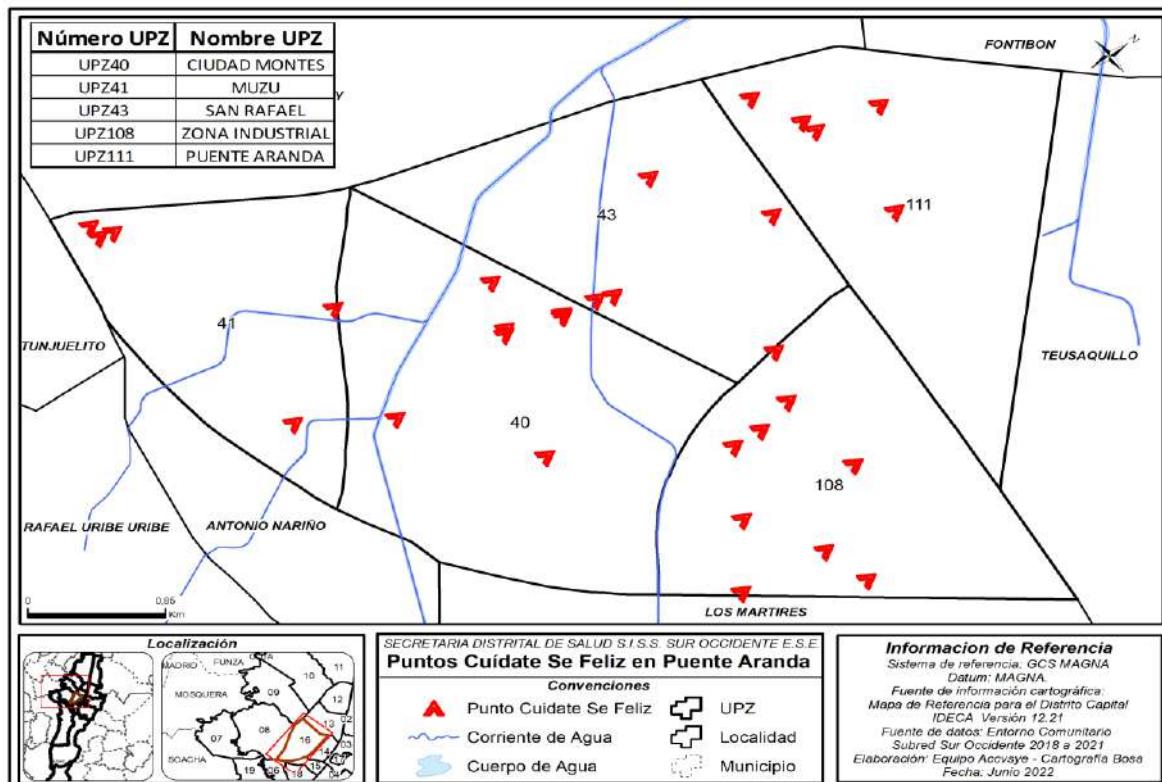
Como potencialidades del territorio se encuentran las estrategias caminantes por la vida y ángeles guardianes, con respecto a la respuesta deseada, se debe fortalecer la educación y el seguimiento a las usuarias que no presentan buena adherencia a controles prenatales, mujeres en edad fértil sin método de planificación y población extranjera sin aseguramiento.

4.3 Morbimortalidad por enfermedades crónicas

Frente a la problemática de baja adherencia a los hábitos de vida saludable que genera alta Prevalencia de enfermedades crónicas en las personas adultas y adultas mayores, asociadas al consumo de tabaco, sedentarismo, falta de una cultura saludable, que afectan a las familias del territorio, se genera respuesta desde el **entorno cuidador comunitario** a través de varias estrategias:

- La primera de ellas es la activación de RIAS para personas con condiciones crónicas
- Estrategia “Cuídate y se feliz”, en donde se toma la talla, peso y tensión arterial, para determinar el riesgo cardiovascular y de diabetes a largo plazo, de los usuarios que transitan por el espacio público mayores de 18 años, con el fin de prevenir estas enfermedades crónicas. De igual manera, se atienden a las personas crónicas que transitan y pasan por la estrategia, activando la ruta para su adecuado tratamiento a nivel farmacológico y médico.
- Adicionalmente, el entorno cuenta con el *Centro de Escucha Mujeres Salud* en donde por medio de IEC se realizan actividades enfocadas en prevención de enfermedades crónicas en las 4 localidades.
- Apoyo para la implementación de iniciativas comunitarias para la promoción y cultura de la salud, a través de expresiones artísticas, y la prevención de enfermedades por medio de IEC

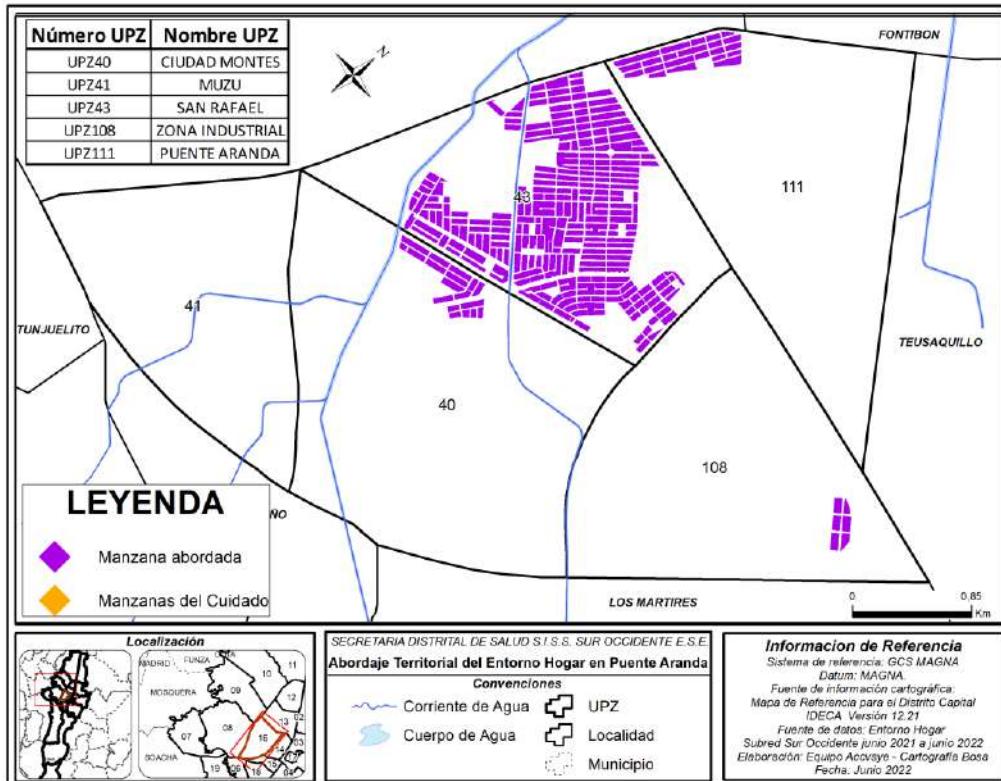
Mapa 25. Puntos Cuídate Se Feliz, Localidad Puente Aranda, años 2018 –2021



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2021. Entorno Cuidador Comunitario, 2018 a 2021. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente

Desde en **entorno cuidador hogar** también se genera un abordaje territorial a las familias en riesgo psicosocial según criterios de vulnerabilidad, y en donde hay concentración de poblaciones vulnerables o por tratarse de territorios de influencia, para socializar la oferta de servicios dentro de las cuales se encuentran las Manzanas del cuidado. Desde el componente de Cuidado Familiar, se abordan familias notificadas con eventos de interés en salud pública para identificación de riesgo, se emprende la caracterización algunos de los determinantes sociales en salud, las condiciones generales de la familia y las alertas en salud de los diferentes integrantes que la conforman; el equipo debe realizar la aplicación del formato de caracterización y de los tamizajes dispuestos, como los del riesgo cardiovascular, de manera que se logre realizar la confirmación o descarte de riesgos en la salud (ver mapa 26).

Mapa 26. Abordaje Territorial del Entorno Cuidador Hogar, Localidad Puente Aranda, años 2021 –2022



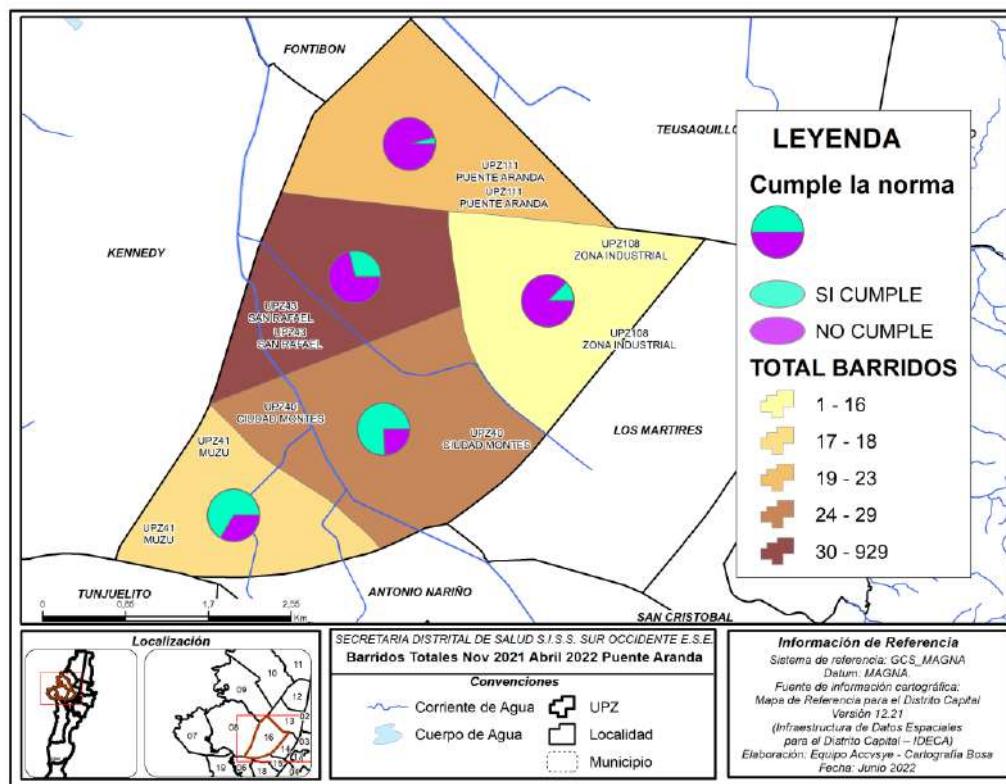
Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2021. Entorno Cuidador Hogar, junio 2021 a junio 2022. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente

En el **entorno cuidador Educativo**, se manejan diferentes líneas cuyo objetivo es promocionar la salud y prevenir la enfermedad, en la comunidad educativa tanto en colegios como en jardines públicos y privados. Quienes direccionan la parte de alimentación y actividad física, es la nutricionista y el terapeuta. Adicionalmente, se da respuesta en el fortalecimiento de los Proyectos Ambientales Escolares –PRAE- – Huertas escolares, quienes fortalecen la siembra de alimentos naturales y la cosecha de los mismos, finalizando con la preparación de alimentos en la cocina del colegio. Otra de las respuestas, son las sesiones con familias de los escolares que favorecen factores protectores de salud. En esta acción se reúnen a las familias y se les dan pautas para una alimentación balanceada, y el uso del tiempo libre en los niños. También se llevan a cabo sesiones artísticas, en donde se trabaja con la tienda escolar y la promoción de la actividad física durante los recreos. En la tienda escolar se le está dando orientación a las dueñas, para incentivar el incremento de la venta de alimentos naturales, la organización de productos con demasiado proceso y el consumo de agua en los recreos.

Desde **Entorno cuidador laboral**, por medio de IEC se promueve el cuidado y autocuidado en los trabajadores como un mecanismo de promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas, a través de la gestión intersectorial. Además, se realiza la activación

de rutas integrales en salud y se hace fortalecimiento en hábitos de vida saludable (ver mapa 27).

Mapa 27. Barrios de Entorno Cuidador Laboral y UTIS con adaptación de la norma, Localidad Puente Aranda, años noviembre 2021 – abril 2022



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2021. Entorno Cuidador Laboral, noviembre 2021 – abril 2022. Elaboración equipo ACCVSyE Subred Sur Occidente

Por parte de programas (**GPAISP**), con base en el lineamiento se tienen priorizadas 30 IPS públicas, de las cuales cuatro: Alcalá Muzu, Asunción Bochica, alquería y Trinidad Galán, hacen parte de la localidad de Puente Aranda; allí se realizan actividades de articulación con PIC, donde se hace fortalecimiento de capacidades y habilidades a los profesionales de la salud en la promoción y asesoría de hábitos saludables. En estos fortalecimientos, se implementan el plan estratégico y operativo para el abordaje integral de la población, por medio de herramientas e instrumentos de apoyo para que los profesionales puedan ofrecer una consejería breve en sus consultas, cuando se detecta el factor de riesgo del tabaquismo. Otra actividad que se realiza, tiene que ver con el liderazgo en las jornadas que están relacionadas con condiciones crónicas.

Adicionalmente desde programas se genera una acción integral e integrada abordaje integral de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas en Bogotá y desde políticas se genera también la socialización de la Ruta de Promoción y Mantenimiento en Salud y la

Ruta de Enfermedades Crónicas Respiratorias EPOC y ASMA, en instancias locales, grupos comunitarios, entre otros.

En cuanto a la **Política Pública de Discapacidad, Trabajo y Adulzete**, en los espacios de instancias locales se ha llevado a cabo la socialización de la Ruta de Promoción y Mantenimiento en Salud, y al interior de la Subred en el Grupo Técnico de Discapacidad de Entorno Comunitario, a los profesionales que están realizando todas las acciones con las personas con discapacidad con sus familias, cuidadores y líderes comunitarios para que, tengan en cuenta la importancia de la ruta, canalizaciones y activación de rutas, en el momento de sus intervenciones. También se realiza la identificación de casos y se brinda orientación a los usuarios.

Desde el **plan estratégico de la Política de Envejecimiento y Vejez**, se está haciendo una priorización desde el modelo de cuidados crónicos, enfocado en que las enfermedades no transmisibles deben desagregarse de la parte sectorial. Es decir, se debe verificar que las enfermedades crónicas tienen un antecedente precursor y factores de riesgo, evidenciando los altos índices de obesidad y sedentarismo que tienen la UPZ, lo que conlleva a la aparición de enfermedades como la hipertensión y la diabetes. Esto se hace a través del modelo de las 5 A's: *Averiguar, aconsejar, acordar, asistir y arreglar*, indagando las problemáticas, factores de riesgo y malos hábitos de vida que tiene la población. Una vez identificados estos factores, se aconseja sobre estos hábitos, con el fin de volverse una tendencia la cual puede mejorar la salud y la calidad de vida, tanto propia como del núcleo familiar. Se cuelgan unos compromisos y unas estrategias para poder habituar y generar estos cambios; con el propósito de generar factores protectores que mejoren y mitiguen la aparición de sedentarismo y obesidad que a largo plazo son uno de los principales factores precursores para la aparición de enfermedades crónicas.

Como actor intersectorial la **Secretaría de Integración Social** da respuesta a las enfermedades crónicas, desde la prevención de enfermedades con los profesionales nutricionistas y enfermeras, quienes realizan jornadas de seguimiento y valoración de toma de tensión, talla y peso, y control de signos vitales. También hacen valoraciones nutricionales, en donde recomiendan qué alimentos deberían consumir para mejorar su salud.

Asi mismo, se cuenta con programa de asistencia social adulto mayor, Juntas de Acción Comunal, programas de actividad física por parte del Instituto de Recreación y Deporte.

4.4 Violencia intrafamiliar

Como respuesta institucional frente a la problemática de Violencia intra familiar, se cuenta con un Subsistema de Vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual -SIVIM-, en el cual se realiza el abordaje integral en salud a las víctimas de estas violencias incluyendo la activación de ruta y por ende, la restitución de sus derechos y

los de sus familias. Este subsistema está conformado por grupo de profesionales técnicos, que trabajan en la realización de investigaciones epidemiológicas de campo, que den cuenta de los factores de riesgo identificados en la población víctima de violencia.

De esta manera desde el subsistema se realizan diferentes acciones; en primer lugar al llegar una ficha de notificación por parte de cualquier unidad, SIVIM realiza la verificación del tipo de violencia (emocional, física, sexual, económica, negligencia o abandono), la priorización que ésta tiene y con base a la información, se toman decisiones para intervenir en el evento. Las violencias pueden ser varias, en la parte teórica existen distintos tipos de violencias; sin embargo por parte de la SDS se han definido 6, las cuales incluyen a las otras existentes.

Adicionalmente, el SIVIM tiene un espacio en el Comité local de víctimas, al cual llegan los casos notificados que no han recibido algún tipo de manejo adecuado desde lo local o cuya solución presenta un alto grado de dificultad en atención a las particularidades de los usuarios que deben ser manejadas por otras instituciones como ICBF, comisaría de familia, policía Nacional, la alcaldía, personería, IDIPRON, entre otros.

dentro de los actores locales que intervienen en la problemática están las Políticas públicas de Envejecimiento y Vejez, Discapacidad, Salud Mental y SPA, quienes realizan en las instancias locales (COLEV, Consejo Local de Sabios y Sabias, Consejo Red del Buen Trato y Comité Operativo para las Familias), así como en los Centros Día de SDIS; acciones de información, educación y comunicación en relación al buen trato en las personas mayores.

Dentro de estas instancias, se participa en la *Semana del Buen Trato* con acciones propias también dirigidas a la población adulta mayor, en las cuales se socializa la Ruta de Promoción y Mantenimiento en Salud en COPACOS y colectivos de comunidad (organizaciones de base comunitaria) donde quienes los conforman, son en su mayoría personas adultas mayores. También se han hecho fortalecimientos a la secretaría técnica del CLD y a los usuarios del proyecto 7771, frente a las acciones de Entorno Comunitario de la Red del Cuidado e identificación de casos, activación de ruta y orientación.

En complementariedad, las acciones realizadas desde la Política Pública de Mujer y Equidad de Género han llevado a cabo acciones de posicionamiento en instancias como el Consejo Local de Mujeres, donde se formulan y generan propuestas en los planes. La política ha liderado procesos de fortalecimiento al talento humano de las unidades y de Salud Pública desde un enfoque de género, fortaleciendo la ruta de atención a personas víctimas de violencias, notificación con las RIAS, articulación con entornos y programas, y articulación con las Secretarías Distritales de la Mujer, SDIS y Gobierno, dentro de las más representativas.

Por otro lado, los distintos Entornos de la Subred tienen también una participación incidente con respecto a la problemática, ya que ésta es transversal a los mismos, desde el entorno

laboral, el componente psicosocial realiza diversas acciones que tienen que ver con el abordaje a emociones, proyecto de vida, y otras temáticas que mitigan la violencia intrafamiliar. Dentro de este proceso, se realizan notificaciones a la SIVIM que se identifiquen en las UTIS sea con los trabajadores o con los niños, niñas y adolescentes; también, se realiza la respectiva canalización en salud para los fines pertinentes y se hace direccionamiento de cualquier tipo de violencia a instancias como ICBF, policía, línea 141 y la Purpura.

El Entorno Cuidador Comunitario, realiza Información, Educación y Comunicación a la comunidad a través de diferentes estrategias como acciones artísticas o puestas en escena que envíen un mensaje de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Adicionalmente, el Entorno cuenta con el *Centro de Escucha Mujer*, encargado de la captación de mujeres en todos los ciclos vitales con sus diversidades haciendo asesoría psicosocial en salud, tamizajes de VIH y sífilis, acompañamientos y activación de rutas por maltrato.

El Entorno cuidador Hogar, realiza diferentes acciones dentro de las cuales se encuentran los barrios casa a casa por cuadrante, según criterios de vulnerabilidad, concentración de poblaciones vulnerables o por tratarse de territorios de influencia que se encuentran a los alrededores, ofertando servicios como las *Manzanas del cuidado*. Desde el componente de Cuidado Familiar, se abordan familias notificadas con eventos de interés en salud pública frente a casos de violencias para identificación de riesgo.

Otra de las acciones, es la caracterización de los determinantes sociales en salud, las condiciones generales de la familia y las alertas en salud de los diferentes integrantes que la conforman; el equipo realizar la aplicación del formato de caracterización y los tamizajes dispuestos, para realizar la confirmación o descarte de riesgos en la salud. En caso de identificar violencia intrafamiliar, el equipo realiza la respectiva notificación del caso al componente de Vigilancia Epidemiológica y se realiza el abordaje por parte del perfil de psicología para su respectivo seguimiento.

El Entorno cuidador Institucional por su parte, realiza la notificación a quien corresponda, acciones de fortalecimiento en comunicación asertiva, dinámica familiar, empatía, activaciones de ruta, y se promueve denunciar los casos de violencia intrafamiliar en la comunidad.

Desde GPAISP en Salud Mental se realizan 3 actividades básicas: Fortalecimiento a las IPS en el cuidado de la salud mental, fortalecimiento a IPS en procesos de atención a violencias y notificación y buzón en línea 106.

Finalmente, desde la Dirección de participación social, se realiza acompañamiento técnico a las distintas organizaciones sociales presentes en el territorio, dentro de las que se destaca la Casa refugio Cacica Gitana y la organización Mujeres con visión al futuro, las cuales están

encaminadas en el desarrollo de estrategias que contribuyan a la prevención de las violencias basadas en género y a la reivindicación de los derechos de la mujer. Así mismo, desde la Dirección se desarrolla mensualmente el laboratorio de participación social “TIPS”, que es un espacio físico de cocreación de estrategias y procesos que contribuyan a la salud de la población de la localidad, a través del diseño e implementación de iniciativas comunitarias; entre ellas la promoción de la salud mental, la cual se ve afectada por múltiples factores sociales, económicos y estructurales, como la violencia intrafamiliar.

Por otro lado, desde la respuesta intersectorial se encuentra el Centro Día Monseñor, quien se encarga de brindar atención integral a las personas mayores por medio de diferentes áreas: psicosocial, nutrición, educación física, artística y enfermería. Además, se llevan a cabo talleres todos los días de la semana, donde se trabaja mediante articulaciones interinstitucionales e interdisciplinarias, ejercicios de prevención y sensibilización de la violencia física, emocional y económica.

Por su parte, desde la Alcaldía Local se destacan dos acciones, la primera relacionada con la identificación y levantamiento de un diagnóstico, el cual permite establecer la actual situación de la UPZ San Rafael y en términos generales de la localidad, ya que esta ha venido en un proceso de envejecimiento demográfico, y por lo mismo las situaciones de vulnerabilidad social e inseguridad económica y violencia intrafamiliar se han incrementado en el último año.

La segunda acción, se basa en la implementación de mecanismos de seguimiento y control del adulto mayor, para identificar si es víctima de violencia intrafamiliar o requiere cuidado por su condición de dependencia o discapacidad. Una vez identificada su situación, se analizan las particularidades de su victimización, para proponer estrategias de atención e intervención.

Para terminar, la oferta de servicios de la Casa de Igualdad y Oportunidad, brinda orientación jurídica y psicosocial, dependiendo del nivel de violencia y no de los recursos del usuario. Principalmente, son las mujeres quienes han estado expuestas a estar con sus agresores en una situación de confinamiento y dependencia económica en tiempos de pandemia y sindemia, lo que ha dificultado que soliciten ayuda o acudan a los servicios prestados por parte de las diferentes entidades.

4.5 Calidad del aire

A nivel distrital se cuenta con el Plan Estratégico para la Gestión de la Calidad del Aire de Bogotá 2030 “Plan Aire”, el cual se constituye en un instrumento de planeación que define las acciones que la ciudad debe abordar para alcanzar los niveles de calidad del aire establecidos en la resolución 2254 de 2017 para el año 2030 y es la base para la ejecución del Plan Decenal de Descontaminación del Aire para Bogotá (82). También se tiene la política ambiental 2011-2023, adoptada a través del Decreto 596 de 2011, donde a través del equipo de profesionales ambientales que integran el componente de análisis y políticas para la salud y vida en los territorios, se realiza posicionamiento de la misma en espacios

normados como son la Comisión Ambiental Local-CAL-, Consejo Local de Protección y Bienestar Animal – CLPYBA- de Puente Aranda, la Mesa de protección y bienestar animal – MPYBA, el Consejo local de gestión del riesgo y cambio climático – CLGRCC-, la Mesa de humedales local, Mesa de residuos local y en la Mesa de agricultura urbana.

De esta manera, las acciones desarrolladas desde la Subred se encuentran enmarcadas en las 8 líneas de acción de la política que, cuenta con su grupo específico de acción en la mayoría de estas.

Las líneas de acción con las que se puede dar respuesta corresponden a la 1 (Aire, Ruido y REM) y 4 (Cambio Climático), y son las que amparan las acciones, articulaciones y estrategias generadas para atacar la problemática.

La respuesta dada por el Componente de Vigilancia en Salud pública-VSP- por parte de la Subred Sur Occidente ha sido hacer seguimiento a los casos de morbilidad por IRA (Infección Respiratoria Aguda) en todos los grupos de edad, consolidada a través de los reportes de la notificación obligatoria colectiva del evento 995 del SIVIGILA, que realizan las UPGD tanto públicas como privadas de la localidad Puente Aranda, siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en grupos vulnerables como son los niños(as) menores de cinco años. Por lo anterior cuando hay activación de emergencia por calidad del aire, las SALAS ERA institucionales del distrito tienen un papel fundamental en la atención oportuna a esta población, para el control de síntomas respiratorios que puedan desencadenar enfermedades crónicas, complicaciones en salud y hasta la muerte.

Por parte de Vigilancia en Salud Ambiental, la subred Sur Occidente a través de la Línea Aire, Ruido y Radiación Electromagnética realiza el monitoreo de eventos respiratorios y de los posibles factores asociados, en población vulnerable como son niños de 0 a 14 años y personas mayores de 60 años residentes de la localidad de Puente Aranda, por medio de la aplicación de encuestas de prevalencia de sintomatología respiratoria en el primer grupo de edad y de encuestas de prevalencia de sintomatología respiratoria y cardiovascular en el segundo grupo de edad.

El subsistema de vigilancia sanitaria establece por medio de las acciones de inspección, vigilancia y control, la verificación del cumplimiento de la Ley 1335 de 2009, así mismo, realiza la atención de quejas y peticiones interpuestas por la comunidad, relacionadas con el incumplimiento de dicha norma y la exposición al humo de tabaco. También se han llevado a cabo en la localidad operativos de ambientes libres de humo de tabaco, los cuales se han realizado en acompañamiento de Policía Nacional esto con el fin de generar acciones articuladas en pro de dar pleno cumplimiento de la Ley en los establecimientos visitados en cada operativo.

Una vez las autoridades competentes, SDS y Secretaría de medio Ambiente declaran alerta amarilla, naranja o cual sea el caso por calidad del aire, se genera un proceso de socialización de recomendaciones relacionadas con el cuidado de la salud de los bogotanos

por parte de la Subred y que debe ser socializada en todos los entornos de vida de Salud Pública.

Por ejemplo, los entornos desde su actuar deben implementar estrategias para dar a conocer las medidas personales que mitiguen el riesgo de IRA en población general y vulnerable.

El Entorno cuidador Educativo socializa la alerta ambiental por contaminación del aire en instituciones educativas y las medidas a tomar de acuerdo a la alerta decretada (ya sea frente al uso de tapabocas, uso de medios de transporte, mecanismos de aseo e higiene en casa, horarios y lugares específicos para el desarrollo de la actividad física, lavado de manos etc.

Por su parte el Entorno cuidador Hogar realiza también socialización de la alerta ambiental por contaminación del aire en hogares geriátricos, centros de rehabilitación, hogares de paso y familias visitadas, informando las medidas de promoción y prevención mencionadas anteriormente, sumado a la capacitación en signos de alarma en frente a la IRA en primera infancia y adulto mayor etc.

El Entorno cuidador laboral por su parte socialización la alerta ambiental por contaminación del aire en las Unidades de Trabajo informal-UTIS- y dan a conocer la herramienta IBOCA (APP) para que sepan cual es la calidad del aire en tiempo real y las recomendaciones en salud de acuerdo al monitoreo.

Por último, el Entorno cuidador Comunitario a través de su equipo de itinerantes realizan las representaciones artísticas en torno a los temas de prevención y promoción frente a las IRA, los cuídate y se feliz de manera permanente están socializando la herramienta IBOCA y la importancia de su consulta.

En relación con las potencialidades del territorio, se encuentra en primer lugar la estructura ecológica principal, la cual la representa una riqueza importante para el Sur Occidente de la ciudad, ya que por la jurisdicción de la localidad de Puente Aranda pasan corredores ecológicos como el Río Río Fucha, Canal Albina y Rio Seco.

Otra potencialidad son los 269 parques urbanos con los que cuenta la localidad ya que son espacios que mejoran la calidad de vida, ayudan a regular la calidad del aire; tienen valor ambiental, social, cultural, histórico y dan valor económico a sus alrededores.

Por otra parte, desde el proceso de participación social se identificaron organizaciones comunitarias que se destaca en el tema ambiental, como son la Fundación Ecológica Bacatá y la Organización Artisk. Otras organizaciones con fuerte presencia en la localidad son: Colectivo Cucurumbé, Fundación Linaje, Colectivo Expreso Real, Fundación Cultural Eudhes Asprilla, Afro Acción Equilibrio y Paz. Mujeres Plaza de la Hoja, Red Nacional Jóvenes De Ambiente- Nodo Puente Aranda, Organización Socio Cultural Eudhes Asprilla.

Entre tanto, la respuesta intersectorial para la problemática está dada por las Secretarías Distrital de Ambiente y Movilidad, Jardín Botánico y Secretaría del espacio público entre otros.

La Secretaría de Ambiente de realiza monitoreo de los contaminantes del aire a través de la RMCAB y genera las alertas que se emiten entre tanto estos aumenten y su carga sea riesgosa para la salud de la población. También hacen evaluación, seguimiento y control mediante los programas de: operativos de control en vía, programa de Requerimientos Ambientales, Programa de autorregulación Ambiental, Centros de Diagnóstico Automotriz-CDA- y Concesionarios, que tiene por objeto hacer seguimiento al cumplimiento obligatorio de los límites de emisión establecidos para las fuentes móviles (motos, carros, buses, etc) en todas las localidades del Distrito.

Respecto a las fuentes fijas realiza: 1. Seguimiento y control a las fuentes generadoras de emisiones atmosféricas en el Distrito Capital, bien sea por proceso o por combustión, pertenecientes a los sectores industriales, comerciales y de servicios, 2. Evaluación de estudios de emisiones con miras a verificar el cumplimiento normativo, de aquellas fuentes que de acuerdo a la normatividad ambiental vigente requieran demostrar el cumplimiento de los estándares de emisión, 3. evalúan las solicitudes de permiso de emisiones requeridos a las industrias para su funcionamiento, desarrollan apoyo interinstitucional en operativos con el propósito de verificar el cumplimiento normativo en materia de emisiones atmosféricas, 4. Participación en mesas de trabajo con industrias y comunidad para buscar soluciones tendientes a disminuir las emisiones de los procesos productivos y el mejoramiento de la calidad del aire y de vida, 5. Seguimiento y control a quemas a cielo abierto en predios privados y a fuentes generadoras de olores ofensivos, 6. Evaluación de pertinencia para realizar solicitudes de Planes para la Reducción del Impacto por Olores Ofensivos (PRIO).

La Secretaría de Movilidad, gestiona las medidas de restricción a fuentes móviles con el fin de limitar la movilidad de las mismas, imponiendo horarios y días de circulación (Pico y Placa Ambiental) y sus excepciones. A su vez incentiva formas de transporte basados en tecnologías de bajas y cero emisiones, y busca transformar las dinámicas de viajes para que sean más eficientes, cortos y sostenibles promoviendo la caminata y el uso de la bici. Realiza también promoción de ascenso tecnológico, taxis eléctricos y promoción del transporte público masivo.

El jardín botánico tiene la función de velar por el reverdecimiento de la capital (estadística de arbolado y cuidado), mantener frecuentemente la plantación de arbolado y a su vez el mantenimiento de los mismos, y apoyo para la preservación de la demás estructura ecológica del distrito.

Por otro lado, se logra la reubicación de las industrias presentes en la localidad, se propone la reconversión productiva, la cual se basa en la transformación voluntaria hacia una producción diferente a la actual por parte de las empresas, y que busca innovar y agregar

valor a la producción mediante la utilización de sistemas tecnológicos eficientes en toda la cadena productiva (39).

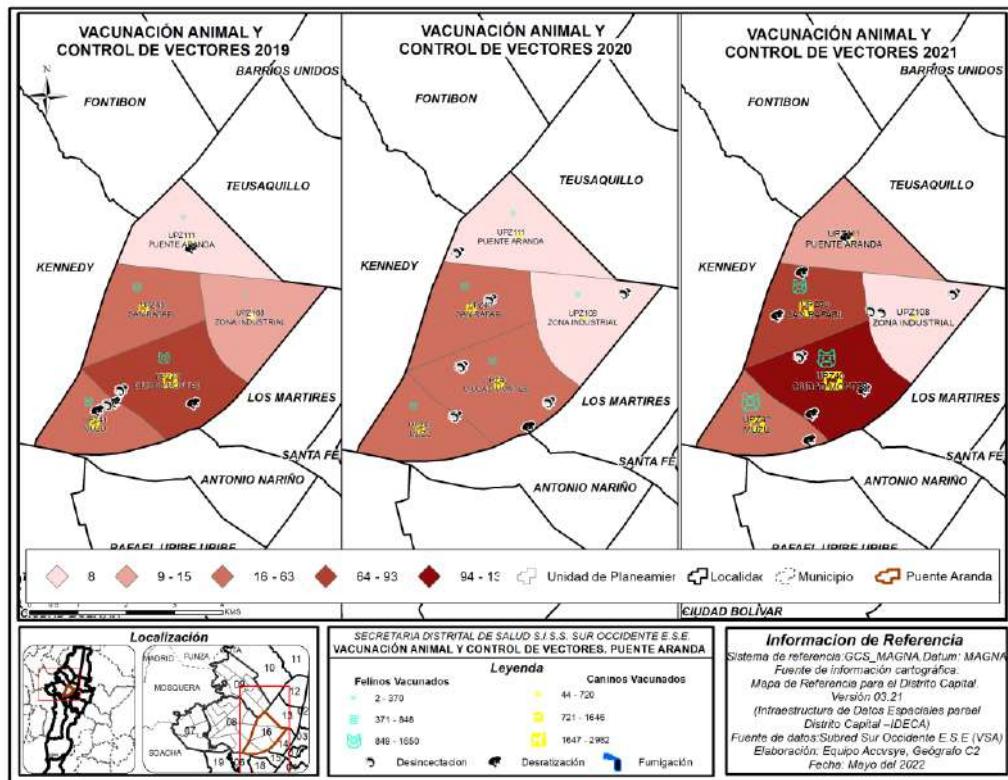
4.6 Disposición de residuos sólidos

Desde la Subred Sur Occidente y el portafolio de servicios de Vigilancia Sanitaria se ha brindado respuesta relacionada con jornadas de vacunación canina y felina, control vectorial, atención de animal agresor, sensibilización en tenencia adecuada de animales de compañía. Igualmente desde el Ámbito Comunitario se realizó acciones de información, educación y comunicación relacionadas con la línea de Agua potable y saneamiento básico y desde la línea de ETOZ para la sensibilización en estas temáticas y la implementación de la Política Distrital de Salud Ambiental en la localidad.

En la Comisión Ambiental Local -CAL- que es una instancia de participación mixta, la comunidad expone puntos críticos en los cuales se realiza inadecuada disposición de residuos para que de manera coordinada entre las instituciones se dé respuesta y se realicen acciones en clave a mitigar los impactos en el ambiente y en la salud, que genera la inadecuada disposición de los residuos sólidos, como la generación de vectores, impacto de los lixiviados, olores ofensivos, impacto de los residuos peligrosos, así como los riesgos ocupacionales asociados a infecciones y accidentes.

Por lo anterior, en la respuesta institucional desde Vigilancia Ambiental se realizaron 681 jornadas extramurales de vacunación antirrábica para los animales de compañía, tanto caninos como felinos, entre 2018 y 2021. De las jornadas realizadas el 43,02% se ubicó en la UPZ 40 Ciudad Montes y el 27,61% y 20,26% en las UPZ 43 San Rafael y 41 Muzo respectivamente y en los últimos lugares las UPZ 111 Puente Aranda y 108 Zona Industrial con el 4,99% y 4,11% respectivamente (ver mapa 24). En el mismo periodo se vacunaron 37.479 animales de compañía de los cuales el 64,13% fueron caninos concentrándose con el 43,51% en la UPZ 40 Ciudad Montes y el 35,87% fueron felinos concentrándose en la misma UPZ que los caninos con el 41,63%. Así mismo con el programa de vigilancia y control de la rabia en la Línea de eventos transmisibles de origen zoonótico, entre 2018 y 2021, se realizaron 839 seguimientos al animal agresor, siendo el 80,93% caninos y 19,07% felinos. Así mismo en control de vectores, entre 2019 y 2021, se realizó una desratización de 128.874 m², de los cuales el 44,83% se realizó en la UPZ 40 Ciudad Montes (ver mapa 28).

Mapa 28. Comportamiento de vacunación animal y control de vectores, Localidad Puente Aranda, años 2019-2021



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá, 2021. Vigilancia en Salud Ambiental, 2019-2021. Elaboración equipo ACCSyE Subred Sur Occidente

Debido a la mala disposición de residuos sólidos y excretas al aire libre se incrementó la posibilidad de la proliferación de vectores que pueden transmitir varias enfermedades gastrointestinales al entrar contacto con los alimentos y/o el agua de consumo humano. Por tal motivo, en la respuesta institucional desde Vigilancia Ambiental, entre 2019 y 2021, se realizó un control de vectores desinsectando 67.110 m², de los cuales el 29,07% se realizó en la UPZ 108 Zona Industrial.

5. CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Es importante resaltar a Puente Aranda como una localidad que presenta grandes desafíos, por los distintos matices demográficos, ambientales, y socioeconómicos, que convergen en esta zona de la capital; teniendo en cuenta las problemáticas mencionadas a lo largo del documento se recalca la necesidad que la oferta institucional de respuesta a las mismas, ateniendo al contexto del territorio; en ese sentido, se presentan algunas conclusiones y recomendaciones que puedan facilitar dichas intervenciones.

La localidad de Puente Aranda tiene una situación geográfica ventajosa, ya que, constituye un corredor industrial de la capital, debido al desarrollo manufacturero y comercialización de alimentos, bebidas, ropa, textiles y accesorios para vehículos, entre otros. Lo que permite el crecimiento de actividad empresarial e industrial generadora de empleo y adicionalmente es un corredor vial que conecta a la ciudad con los municipios aledaños y con el centro de la ciudad. Sin embargo, los indicadores socioeconómicos del territorio, indican la precariedad económica, y la dificultad de acceso a fuentes de ingreso que desencadenan en el incremento de la informalidad y otras problemáticas sociales como la delincuencia, el expendio y consumo de sustancias psicoactivas, la habitanza en calle, entre otras, que determinan las barreras de acceso a bienes y servicios dificultando la calidad de vida de la misma.

Por lo anterior, se sugiere realizar una articulación interinstitucional con Secretaría de Desarrollo, el Instituto para la Economía Social -IPES-, el Servicio de Educación Nacional -SENA, Alcaldía Local y otros actores empresariales e industriales, con el objetivo de incrementar la oferta académica en las UPZ 108 Zona Industrial, 111 Puente Aranda y 41 Muzú, donde se registran altas tasas de desempleo de manera que la población tenga facilidades para acceder a los programas y fortalecimiento de competencias laborales para la vida y el trabajo que atiendan a la demanda laboral de la localidad o que potencien la reactivación económica mediante el fortalecimiento a las pequeñas y medianas empresas que hayan sido afectadas durante la pandemia por COVID-19.

Así mismo, su estructura ecológica incluye el paso de corredores hidráulicos importantes, y parques urbanos como Milenta, Tejar San José en la UPZ 43 San Rafael; parque el Jazmín y parque Ciudad Montes en la UPZ 40 Ciudad Montes; y el parque vecinal Villa Sonia en la UPZ 41 Muzú, los cuales le dan valor ambiental, social, cultural, histórico y económico al territorio. Estas circunstancias hacen de la localidad un centro activo de comercio, y un polo atractivo para la población; constituyéndose como una potencialidad del territorio que impacta la calidad de vida de los residentes; sin embargo, es importante priorizar la preservación de estos espacios y continuar con las estrategias de conservación y aprovechamiento de los mismos.

Sumado a las características descritas, para el año 2021, se identificó que el 92,7% de sus habitantes, se concentra principalmente en tres (3) de las cinco (5) UPZ que la conforman

(Ciudad montes, San Rafael y Muzu), por lo cual presentan riesgo proporcional en la concentración de las cargas de morbimortalidad y otras situaciones que generan impacto en la salud de los residentes; como se evidencia en las problemáticas identificadas a lo largo de este análisis; por lo cual, se sugiere priorizar las UPZ mencionadas para el abordaje de las familias de acuerdo con la estrategia “Salud a mi barrio salud a mi vereda” contemplada en el Plan Distrital de Salud.

Adicionalmente, la localidad de Puente Aranda se configura como lugar de residencia de algunas minorías étnicas, como los Pastos, Kichwas, Gitanos prorrom, comunidades negras, entre otras; sin embargo, se evidencian en el territorio algunas barreras de acceso al servicio de salud para esta población, principalmente relacionadas con la deficiencia en el trato diferencial de la población y en la incorporación de prácticas ancestrales de la comunidad principalmente en las EAPB que atienden de la población étnica afiliada a régimen contributivo. Por lo cual se recomienda fortalecer la articulación la Política Pública para las comunidades indígenas de Bogotá, los planes integrales y el modelo de salud; de manera que desde la institución reguladora se den las pautas pertinentes para la vinculación del enfoque diferencial tanto en las entidades públicas como privadas.

Para la recomendación anterior, en el marco de la reformulación que atraviesa la Política Pública para las comunidades indígenas de Bogotá se recomienda establecer los indicadores trazadores presupuestales para la materialización de la atención con enfoque diferencial; de manera que se pueda hacer seguimiento a los mismos. Sumado a lo anterior, se recomienda dar continuidad y ampliar la cobertura del convenio de la Subred No. 2727509 de 2021 el cual tuvo como objetivo avanzar en la adecuación institucional para el reconocimiento y materialización del enfoque diferencial a través de la adaptación rutas como la materno perinatal, y la ruta de promoción y mantenimiento; sumado al diseño de guías sobre protocolos de atención a los diferentes pueblos étnicos y la adaptación de algunos consultorios de la Subred, para la vinculación de las prácticas de atención y saberes de las comunidades que contribuyen a la disminución de las brechas de acceso a los servicios de salud.

Como se ha descrito a lo largo del documento, el índice de Frizz de la localidad de Puente Aranda hace evidente el envejecimiento de la pirámide poblacional, lo cual podría incidir en la calidad de vida de la población adulto mayor, pues de acuerdo a las proyecciones realizadas por el DANE entre los años 2021 y 2026 se prevee una reducción del 8,81% en la población joven y un incremento de 1,22% y 5,24% de la población en adultez y vejez respectivamente.

Lo anterior, indica un aumento progresivo en la población adulta y persona mayor, cuyo costo de vida podría ser más elevado al igual que las atenciones necesarias para su óptimo estado de la salud, puesto que concentra las mayores cargas de morbilidad dificultando la satisfacción de las necesidades básicas, como se evidencia en el indicador NBI el cual, afecta principalmente a la población mayor de 60 años, contribuyendo al incremento en las barreras de acceso a servicios de salud y baja adherencia a tratamientos por

desconocimiento de la oferta institucional y por la deficiencia en la atención diferencial en algunas entidades como se manifestó en el comité de participación comunitaria en salud de Puente Aranda.

Por lo anterior, se recomienda integrar estrategias que permitan fortalecer la confianza institucional, involucrando tanto a los usuarios y las comunidades como al personal médico y asistencial que compone las distintas entidades prestadoras de servicios de salud; inicialmente se propone desarrollar espacios de capacitación y sensibilización respecto a la atención integral y diferencial que se debe brindar a la población de acuerdo con las morbilidades prevalentes para lograr una atención eficiente y oportuna.

Adicionalmente se sugiere aumentar la cobertura de las estrategias de promoción del conocimiento de la oferta institucional para el adulto mayor, así como los derechos de los usuarios y los distintos canales de atención, como participación en ferias institucionales, jornadas de sensibilización en el espacio público y espacios de dialogo entre los ciudadanos y los actores institucionales en las distintas instancias de participación; así mismo, se sugiere que la información socializada tanto por la institucionalidad como por los actores locales, sea difundida en los diferentes medios masivos de comunicación (emisoras, televisión y redes sociales) en trabajo conjunto con los líderes y lideresas comunitarias.

En lo que respecta a la situación ambiental de la localidad, se describe como una de las tres localidades del distrito con mayores índices de contaminación atmosférica, dados los altos valores de PM_{2,5} y PM₁₀, en varias UPZ, a causa de múltiples factores como la alta concentración de parque automotor, la congestión generada por el mal estado de vías internas, el manejo inadecuado de los residuos sólidos y la alta presencia de actividad industrial, afectando principalmente las UPZ 111 Puente Aranda y UPZ 108 Zona Industrial.

Con relación a esta problemática, se sugiere dar continuidad a las estrategias de articulación con Secretaría de Ambiente y otras entidades responsables del cuidado medio ambiental, que promueven acciones de IEC respecto a alertas tempranas y críticas de acuerdo al comportamiento de la calidad del aire y los eventos en salud asociados; de igual manera se recomienda dar continuidad a los procesos de articulación de la Política Distrital de salud ambiental con el Jardín Botánico, la Secretaría de ambiente y las organizaciones vinculadas a las instancias de participación, para promover la siembra responsable de árboles urbanos que permitan reducir el déficit de arbolado, de acuerdo con la disponibilidad espacial para los mismos.

Sumado a lo anterior, se recomienda fortalecer la implementación de la estrategia ZUMA (Zonas Urbanas por un mejor aire) que es liderada por la Secretaría Distrital de Ambiente, la cual busca mejorar la calidad del aire en áreas con alta contaminación y vulnerabilidad socioeconómica, a través de acciones que disminuyan las emisiones contaminantes y el impacto en salud.

Así mismo se recomienda posicionar la Política pública de la bicicleta y la Política de Acción Climática de Bogotá, en alianza con diferentes instituciones como Secretaría de Movilidad y Secretaría de Ambiente y en concordancia con los acuerdos internacionales en el marco de la agenda 2030 para el desarrollo sostenible, a través del desarrollo de espacios y agendas específicas que permitan el intercambio de experiencias entre la institucionalidad, organizaciones sociales y otros actores, en torno a los beneficios de los medios de transporte alternativos en relación con la salud y el medio ambiente, de manera que se promueva e incentive el uso de los mismos.

Adicionalmente se sugiere realizar articulación interinstitucional con el Instituto de Desarrollo Urbano -IDU-, la Secretaría de Movilidad, la Unidad de Mantenimiento Vial y la Alcaldía Local, responsables de mejorar el estado de la malla vial en la cual se requieran cambios en su infraestructura en relación con los indicadores de salud que evidencien la prevalencia de enfermedades causadas por los contaminantes PM2,5 y PM10, sumado a la realización trimestral de jornadas de sensibilización para los actores viales respecto a las prácticas de autocuidado para la prevención de enfermedades infecciosas respiratorias y las implicaciones de las deficientes condiciones de calidad ambiental en la salud.

Por otro lado, en alianza con la Secretaría de Movilidad teniendo en cuenta el primer eje del Plan Distrital de Seguridad Vial denominado “Institucionalidad y gestión de la seguridad Vial” se propone replicar la propuesta contemplada en Plan de Desarrollo de la localidad de Puente Aranda para el periodo 2020-2023, que consiste en realizar acuerdos con las diferentes empresas e industrias presentes en la localidad, que generan emisión de micropartículas, para promover una reconversión productiva, la cual se basa en la transformación voluntaria de la cadena productiva mediante la utilización de sistemas tecnológicos eficientes, que busca innovar y agregar valor a la producción (39)

Con respecto a la problemática ambiental por disposición de residuos sólidos, se recomienda aumentar la capacidad institucional dando respuesta a las solicitudes comunitarias de desratización y control de vectores asociados principalmente a la presencia de insectos (moscas); y en el mismo sentido, potenciar la participación ciudadana a través de grupos focales comunitarios (JAC, Organizaciones sociales, Grupos culturales y deportivos) a través de la asignación presupuestal para dar continuidad a las iniciativas ciudadanas para la mitigación de puntos críticos de residuos sólidos que se adelantan en la localidad en alianza con los actores institucionales.

Adicionalmente se recomienda realizar articulación con la UAESP, el Operador de Aseo Ciudad Limpia, la Alcaldía Local, la comunidad y otros actores privados para el abordaje integral de la problemática fortaleciendo las acciones de recuperación y mantenimiento de los puntos críticos de acumulación de residuos.

En lo referente a la morbilidad atendida en el periodo 2018-2020 a través de los RIPS, se prestaron más de dos millones de atenciones a los habitantes de la localidad, con una evidente disminución en el año 2020 respecto al año 2019, por el efecto de la contingencia

sufrida en los servicios de salud para dar respuesta a la pandemia por la Covid-19. Las atenciones se concentraron principalmente en los momentos de cursos de vida adultez, juventud y vejez, en contraste con primera infancia e infancia que reportan menor número de atenciones; así mismo, se confirmó la mayor frecuencia de uso de los servicios de salud por parte de las mujeres, comportamiento congruente con la composición demográfica de la localidad.

La principal causa de morbilidad en todos los momentos de curso de vida hace referencia a las enfermedades no transmisibles (42,99%), seguido por signos y síntomas y afecciones mal definidas, (31.58%) y en tercer lugar afecciones cardiovasculares con el (9,87%). La prevalencia de los signos y síntomas mal definidos para este análisis sugiere realizar espacios de formación y capacitación al personal de la salud con el fin de mejorar en la codificación y calidad de causas de egreso de los servicios de salud de manera que se pueda garantizar un diagnóstico más específico de las principales causas de atención de la población y activar la respuesta institucional frente a los mismos y que permita disminuir las barreras de acceso a estos servicios.

En cuanto a las enfermedades no transmisibles, predominan, las enfermedades musculoesqueléticas, condiciones orales, enfermedades genitourinarias, y desordenes endocrinos; y de las enfermedades cardiovasculares se consulta en mayor medida por hipertensión esencial, como motivos de consulta más frecuentes; esto indica la carga que ejercen los jóvenes y adultos en la morbilidad atendida de la localidad.

Teniendo en cuenta lo anterior se sugiere continuar con la estrategia “Cuídate y se feliz” y dar continuidad a las acciones que contribuyan a la promoción de la seguridad alimentaria, tales como la estrategia PRAE del entorno cuidador educativo en espacios de participación social tales como las JAC, Organizaciones sociales, entre otros, en alianza con los referentes de policías públicas y el Plan estratégico de crónicos; de manera que se logre fortalecer la promoción de hábitos de vida saludables y su impacto en la salud, a través de la apropiación de la siembra, cosecha y preparación de los alimentos mediante el fortalecimiento de huertas urbanas, en compañía de jornadas de socialización y sensibilización sobre soberanía alimentaria y hábitos de vida saludables, priorizando aquella población que se encuentra en edad productiva.

Adicionalmente, se sugiere dar continuidad al proceso de captación y canalización de la población priorizada a través de las distintas actividades de información, educación y comunicación que realizan tanto los entornos cuidadores, referentes de las diferentes políticas públicas y otros actores, a través de recursos interactivos como códigos QR, folletos informativos, encuestas de percepción, entre otros, que permitan la adherencia de la población a la oferta institucional y mejorar las estrategias de seguimiento a los casos notificados a los sistemas de vigilancia en salud pública.

Las atenciones en salud mental, se configuran como la tercera gran causa de atención a partir de los 5 años de edad hasta los 44, con mayor participación en las UPZ 43 San Rafael

y 41 Muzú, atribuido posiblemente a algunas de las condiciones socioeconómicas del territorio que inciden en un ambiente familiar cargado de estrés, sumado a modelos culturales que pueden afectar principalmente a la población infantil y a las mujeres, siendo estos grupos los más afectados por el fenómeno de violencia intrafamiliar, posicionándolos en una condición de vulnerabilidad.

Frente a la problemática de violencia intrafamiliar se sugiere desarrollar estrategias que permitan la articulación de los grupos comunitarios, de propiedad horizontal y otras organizaciones, con la oferta institucional de entidades como Secretaría de educación, Secretaría de la Mujer, Secretaría de Seguridad y Convivencia, ICBF, Policía Nacional, para difundir y fortalecer las rutas de notificación y atención, tales como la línea purpura, la estrategia Justicia de Género y otras rutas integrales de atención en salud, mediante estrategias audiovisuales focalizadas en aquellos escenarios donde sea más probable encontrar a la población priorizada, como lo son los espacios educativos, parques, zonas de espacio público, redes sociales, entre otros; con el fin de contribuir a la denuncia oportuna de estos eventos para mitigar los impactos de los mismos en la salud física y mental de las víctimas.

Igualmente se propone ampliar la cobertura de estrategias que ayudan a prevenir la ocurrencia de estos eventos, como jornadas de sensibilización a padres, madres y cuidadores respecto a la importancia de la salud mental y emocional, y las implicaciones del uso de la violencia en el proceso de desarrollo de los menores, promoviendo además las estrategias de respuesta comunitaria ante un evento relacionado; sumado al fortalecimiento de las estrategias de canalización efectiva de manera que se priorice a la población individualmente según el riesgo identificado, a través del fortalecimiento presupuestal y de talento humano.

Otra problemática que se resalta en el transcurso del presente análisis es el consumo de SPA, evidenciándose en las UPZ 43 San Rafael y UPZ 40 Ciudad Montes, atribuido posiblemente a situaciones como la deserción escolar, la poca oferta de servicios para el aprovechamiento del tiempo libre, el fácil acceso y disponibilidad de SPA y la normalización del consumo de estas sustancias en círculos sociales o familiares, entre otras que contribuyen al inicio del consumo de SPA en edades tempranas.

Para abordar la problemática mencionada, de manera intersectorial en conjunto con entidades como Secretaría de Integración Social, Secretaría de Educación, Secretaría de Cultura, Secretaría de Seguridad y Convivencia e IDIPRON, se sugiere continuar y potenciar el desarrollo de la oferta de actividades deportivas, artísticas y culturales promovidas desde la mesa local de estupefacientes, tanto para la contra - jornada como para los no escolarizados, y agregarles otra propuesta de valor como la entrega de certificados de participación o de experiencia en determinada disciplina, que permitan contribuir al uso adecuado del tiempo libre y al fortalecimiento de potencialidades para la vida de la población priorizada. Para lo anterior se propone también realizar un pilotaje en aquellos sectores donde existe un mayor reporte de consumo de sustancias psicoactivas, como las zonas

comerciales, específicamente en la carrera 56, entre las calles octava y tercera donde hay una alta presencia de bares y tabernas.

Adicionalmente se sugiere continuar con el posicionamiento la Política Pública de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, desde la mesa local de estupefacientes donde se garantice la participación de las instituciones públicas, en cumplimiento del decreto 2010 de 2018, para el desarrollo de implementación de herramientas que permitan recoger información del contexto de la problemática con enfoque diferencial con el fin de comprender las dinámicas propias de la misma y materializar la implementación del enfoque diferencial en los protocolos de atención y acompañamiento desde la oferta institucional con énfasis en la creación de proyecto de vida, cuidado de la salud mental, asistencia médica y psicológica para el manejo de ansiedad y otras sintomatologías, y estrategias de prevención del consumo haciendo uso de los diversos medios de comunicación.

Por otro lado, la mortalidad de la localidad, para los años 2016 a 2020p, reportó 7.218 defunciones, sin embargo, la mayor proporción la alberga el año 2020p, donde se presentó el 25,1% de los fallecimientos, y además tuvo un aumento porcentual del 22% con respecto al año 2019, situación que puede ser explicada a causa de los efectos del SARS-CoV-2, evidenciándose un aumento de la mortalidad por enfermedades transmisibles, y la consecuente disminución de los fallecimientos por causas externas, dadas las múltiples medidas de mitigación, que incluían el distanciamiento físico y restricción de la movilidad.

Si bien, el mayor número de atenciones se concentra en las UPZ 40 Ciudad montes y 43 San Rafael, la mortalidad se agrupo en las UPZ 40 Ciudad montes y UPZ 41 Muzu, evento que obedece a las condiciones demográficas propias de la localidad, sumado a los hábitos de vida cotidiana descritos en el tránscurso del documento, siendo la UPZ 40 Ciudad montes y UPZ 41 Muzú las que concentran el mayor porcentaje de población en el momento de curso de vida vejez.

En este sentido es importante identificar que algunos aspectos como las coberturas de vacunación en la localidad, el acceso a agua potable, y alcantarillado, entre otros, son factores que han contribuido a la disminución de la mortalidad evitable materno infantil, aún persisten otros determinantes estructurales como el proceso de migración, las barreras de acceso al sistema de salud, falta de información acerca de derechos y deberes, bajo nivel de escolaridad, desempleo y bajos ingresos, que favorecen la situación de precariedad y necesidades básicas insatisfechas lo que puede coincidir en la notificación de eventos de interés en salud pública como mortalidad materna y perinatal, por desnutrición y sífilis congénita, como ocurre en las UPZ 41 Muzu y UPZ 43 San Rafael con la notificación más alta de mortalidad por esta causa.

En el sentido de lo anterior, se sugiere generar alianzas estratégicas con instituciones como Secretaría de Educación e Integración Social para el desarrollo de un plan de acción pedagógico que involucre proyectos en salud sexual y reproductiva, prevención de la violencia intrafamiliar, dirigidas no solo a los estudiantes sino también a los docentes y

funcionarios de las entidades educativas, población no escolarizada y población migrante residente en la localidad.

Así mismo, las instituciones encargadas de las atenciones en salud, deberán ampliar la cobertura en las manzanas priorizadas de la estrategia “Salud a mi barrio, salud a mi vereda” principalmente en las UPZ con mayor densidad poblacional, de manera que se logre la canalización efectiva de las madres gestantes a los servicios de salud enfocadas en promoción y mantenimiento de la salud, como la ruta materno perinatal, cuyo objetivo es “Garantizar la atención integral en salud a las gestantes, sus familias y comunidades, a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción de las usuarias y la optimización del uso de los recursos”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud y Protección social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú. 2013. 1-538 p.
2. Secretaría de Planeación. Monografía 2017. Diagnóstico de los principales aspectos territoriales, de infraestructura, demográficos y socioeconómicos. Puente Aranda. Monografía 2017. Diagnóstico de los principales aspectos territoriales, de . Bogotá D.C.; 2018 Sep.
3. Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público. Diagnóstico del espacio público en Bogotá. Documento técnico [Internet]. Bogotá D.C.; 2012 [cited 2022 May 31]. Available from: https://observatorio.dadep.gov.co/sites/default/files/documentos/in32_diagnostico_del_espacio_publico.pdf
4. Decreto 190 de 2004. 190 Colombia; 2004.
5. Alcaldía mayor de Bogotá. Decreto 190 de 2004 [Internet]. 2004. Available from: <http://www.alcaldiaabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=13935>
6. Toharia M. ¿Cuántos árboles por habitante hacen falta en las ciudades? 2018 May 30 [cited 2022 May 21]; Available from: https://elpais.com/elpais/2018/05/07/seres_urbanos/1525688899_487227.html
7. IDECA: Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital. Mapas Bogotá [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 27]. Available from: <https://mapas.bogota.gov.co/#>
8. Cristina Linares Gil; Julio Díaz Jiménez. ¿Qué son las PM2,5 y cómo afectan a nuestra salud? [Internet]. 2008 [cited 2022 May 31]. Available from: <https://www.ecologistasenaccion.org/17842/que-son-las-pm25-y-como-afectan-a-nuestra-salud/>
9. OPS - Organización Panamericana de la Salud. Capítulo 1. Ambiente y Salud. Saneamiento rural y salud. Guía para acciones a nivel local [Internet]. 2010 [cited 2022 May 11]. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Sanamiento-Capitulo1.pdf>
10. Secretaría Distrital de Ambiente de Bogotá. Índice Bogotano de Calidad del Aire y Riesgo en Salud —IBOCA—. <http://iboca.ambienteabogota.gov.co/>. 2021.
11. OMS - Organización Mundial de la Salud. Contaminación del aire ambiente (exterior) [Internet]. 2021 [cited 2022 May 21]. Available from: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ambient-\(outdoor\)-air-quality-and-health](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health)
12. Farrow A, Miller K, Rolle J, Céspedes T, Anhaeuser A. Contaminación del aire por el tráfico vehicular. Bogotá, Colombia. Informe Técnico de Greenpeace Research Laboratories Octubre de 2021. 2021.

13. Secretaría Distrital de Ambiente. Recursos naturales. Agua- Indicador WQI [Internet]. [cited 2022 May 23]. Available from: <https://ambientebogota.gov.co/es/indicador-wqi>
14. Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público. Espacio público Efectivo [Internet]. [cited 2022 May 23]. Available from: <https://observatorio.dadep.gov.co/indicador/espacio-publico-efectivo>
15. Observatorio del espacio público de Bogotá, Defensoría del espacio Público. Reporte técnico de indicadores de espacio público 2020 [Internet]. Bogota D.C.; 2020. Available from: www.dadep.gov.co
16. Observatorio del espacio público de Bogotá, Defensoría del espacio público. Reporte técnico de indicadores de espacio público 2019. 2019; Available from: www.dadep.gov.co/observatorio.gov.co
17. Presidencia de la Republica de Colombia. Decreto 1538 de 2005 [Internet]. 1538 Colombia; 2005. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=16540>
18. DANE. Material pedagogico Autorreconocimiento etnico para escolares [Internet]. DANE. Bogota D.C.; 2020. 1–8 p. Available from: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/educacion/documento-EDUC-material-pedagogico-autoreconocimiento-etnico.pdf>
19. Subred Sur Occidente E.S.E. Análisis de condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad de las poblaciones diferenciales - Rrom o Gitano. 2020.
20. Alcaldía mayor de Bogotá, Secretaría distrital de planeación. Rostros y rastros. Afradescendientes e indigenas en Bogotá. 2014;7.
21. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Gobierno. Población étnica de Bogotá. Pueblo Rrom o gitano. 2020.
22. Comunicaciones INCI. Según el DANE, el 7,2% de los colombianos tiene alguna discapacidad | Instituto Nacional para Ciegos [Internet]. 2018 [cited 2021 Dec 12]. Available from: <http://www.inci.gov.co/blog/segun-el-dane-el-72-de-los-colombianos-tiene-alguna-discapacidad>
23. Gómez-Galindo AM, Peñas-Felizzola OL, Parra-Esquível EI. Caracterización y condiciones de los cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá. Revista de Salud Publica. 2016;18(3):367–78.
24. DANE. Personas con Discapacidad, retos diferenciales en el marco del COVID-19. Dane. Bogota D.C.; 2020.
25. López- Hernández M. Caracterización de organizaciones de recicladores de oficio. Bogotá; 2018.
26. Alcaldía Mayor De Bogotá. Caracterización población recicladora. 2020.
27. Beltrán CP, Colorado AL, Rodríguez MA, Janeth RL, Velandia JO, Mateus JA, et al. Documento Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad. 2017. 2017.

28. Departamento Nacional de la Estadística, Secretaría Distrital de Integración Social-SDIS. Censo de habitantes de la calle Bogotá 2017. 2018.
29. Observatorio Distrital de Víctimas del Conflicto Armado. Boletín trimestral de Víctimas Abril-Mayo-Junio 2021. Alcaldía Mayor de Bogotá. 2021 Jun;1–47.
30. ANDI. La inclusión de víctimas y desmovilizados: Una ventaja competitiva para las empresas en Colombia. 2019. Bogota D.C.; 2019.
31. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Lineamientos de atención en los servicios de salud que consideran el enfoque diferencial, de género y no discriminación para personas LGTBI. 2019.
32. Alonzo Cristancho D, Páez Méndez LA, Moralez CM, Duque Gaviria M, Taborda Valencia D. Recomendaciones para la incorporación de la política pública LGTBI en líneas y proyectos de inversión local (Localidad de Puente Aranda). *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952. 2021;2013–5.
33. Observatorio de la Política Pública LGTBI. Boletín #13. Encuesta Bienal de Culturas 2015 principales resultados sobre sectores sociales LGTBI en Bogotá. Bogota D.C.; 2015.
34. Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría Distrital de la mujer. CONPES D.C. Política pública de actividades sexuales pagadas 2020-2029. Vol. 6704. Bogota D.C.; 2019.
35. Fuquene Salas JP, Barrera Catellanos JA. Migración y trabajo sexual masculino. El caso de hombres venezolanos en Bogotá (2017-2018). *Revista Colombiana de Sociología* [Internet]. 2020;43(1):59–80. Available from: <https://doi.org/10.15446/rcs.v43n1.79112>
36. ACNUR. Situación de Venezuela [Internet]. 2022 [cited 2022 May 30]. Available from: <https://www.acnur.org/situacion-en-venezuela.html>
37. Ministerio de Salud, Gobierno de Colombia. Plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio.
38. Subredes Integradas de Servicios de Salud. Necesidades y respuesta en salud en población migrante. Generación del Conocimiento. Bogota D.C.; 2021.
39. Alcaldía local de Kennedy. Diagnóstico localidad de Kennedy. Bases del Plan de Desarrollo Local 2021-2024. 2020.
40. Departamento Administrativo de Planeación Distrital. Diagnóstico local Puente Aranda. 2020;1–112. Available from: <http://www.shd.gov.co/shd/sites/default/files/documentos/Recorriendo PUENTE ARANDA.pdf>
41. Hernansanz F. Epidemiología básica de COVID-19 [Internet]. 2020. Available from: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-clienti>
42. Ridenhour B, Kowalik JM, Shay DK. El número reproductivo básico ($R(0)$): consideraciones para su aplicación en la salud pública. *American Journal of*

- Public Health [Internet]. 2018/12/. 2018 Dec;108(Suppl 6):S455–65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6291769/>
43. Dirección de Salud Pública, Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, Grupo ASIS. Documento de Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud para el Distrito Capital. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá [Internet]. 2019;196. Available from: http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Diagnsticos_distritales_y_locales/Distrital/2014/Documento_de_Analisis_de_Situacioén_de_Salud_2015version_abril_2016.pdf
44. Organización Panamericana de la Salud. COVID-19 ocasiona impactos “devastadores” en las mujeres [Internet]. OPS. 2021 [cited 2022 Jun 2]. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/26-5-2021-covid-19-ocasiona-impactos-devastadores-mujeres-afirma-directora-ops>
45. Económico O de D. En 2017 mejoró la calidad del empleo en Bogotá pese al incremento en el desempleo. [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 17]. Available from: <https://observatorio.desarrolloeconomico.gov.co/mercado-laboral/en-2017-mejoro-la-calidad-del-empleo-en-bogota-pese-al-incremento-en-el-desempleo>
46. Departamento Nacional de Planeacion. Mercado laboral urbano - Resultados 2019: Bogota [Internet]. Dirección de Estudios Económicos. 2019. p. 6–8. Available from: <https://www.dnp.gov.co/estudios-y-publicaciones/estudios-economicos/Paginas/Informes-de-Mercado-Laboral-Urbano.aspx>
47. Económico S de D, Alcaldía Mayor de Bogotá. ¿Cómo le fue a la economía bogotana? 2021;2021.
48. Rico Rengifo J. Boletín Mercado laboral No. 136. Periodo de análisis: agosto-octubre 2021. Observatorio de Desarrollo Económico. 2021.
49. Secretaría Distrital de Planeación. Encuesta Multipropósito 2017. Principales resultados Bogotá-Región. Encuesta Multipropósito 2017 [Internet]. 2017;142; 148. Available from: <http://www.sdp.gov.co/gestion-estudios-estrategicos/estudios-macro/encuesta-multiproposito/encuesta-multiproposito-2017>
50. Observatorio de Desarrollo Económico. Alcaldía de Bogota. Infografía Localidades 2019. Puente Aranda. 2019;2.
51. Cortés J. En Bogotá la tasa de desempleo bajo al 6,1 % en agosto de 2021 [Internet]. 2021. Available from: <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/desarrollo-economico/en-bogota-la-tasa-de-desempleo-bajo-al-61-en-agosto-de-2021>
52. Secretaría Distrital de Planeación., Alcaldía mayor de Bogotá. Índice Distribución de Recursos localidades (documento técnico). 2020;2017–20.
53. Observatorio de Salud de Bogotá. Pobreza y desigualdad en Bogotá D.C. | SALUDATA [Internet]. [cited 2022 Feb 15]. Available from:

- <https://saluddata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/demografia/pobrezaygini/>
54. Bogotá AMDE, Secretaría Distrital de Planeación. Marco territorial de la Lucha contra la Pobreza extrema para Bogotá D.C 2019. 2019.
55. Observatorio - Cámara de Comercio de Bogotá. Principales resultados del Indice de Pobreza Multidimensional y de la Encuesta de Calidad de Vida 2020 [Internet]. [cited 2022 Feb 15]. Available from: <https://www.ccb.org.co/observatorio/Analisis-Economico/Analisis-Economico/Crecimiento-economico/Noticias/Principales-resultados-del-Indice-de-Pobreza-Multidimensional-y-de-la-Encuesta-de-Calidad-de-Vida-2020>
56. CEPAL. Violencia de género: un problema de derechos humanos. Mujer y desarrollo [Internet]. 1996;(1564–4170). Available from: www.cepal.org/es/suscripciones
57. Asesora DO, Direcci P. Caracterización del sector educativo 2019-2020 kENNEDY. 2020;
58. Sarmiento MJ. Salud mental y escuela. Nuestro Diario Vivir. 2017;
59. Asesora DO, Direcci P. Caracterización del sector educativo Puente Aranda. 2020;
60. Observatorio de Salud de Bogotá. Afiliacion regimen aseguramiento | SALUDATA [Internet]. [cited 2022 Apr 17]. Available from: <https://saluddata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/ofertas-de-servicios-de-salud/afiliacion-regimen/>
61. Secretaría Distrital de Planeación. PROCESO DE REVISIÓN DEL PLAN DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL DIAGNÓSTICO POR LOCALIDADES - KENNEDY. 2020;(8).
62. Saray GDH. Seguridad alimentaria y nutricional. Conceptos basicos. Programa Especial para la Seguridad Alimentaria - PESA - Centroamérica. Proyecto Food Facility Honduras. In: Inseguridad alimentaria. Honduras; 2011.
63. Secretaria de Integracion Social. Diagnostico localidad Puente Aranda- SDIS. Bogota D.C.; 2021.
64. Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1757 de 2015. 2018 p. 1–35.
65. Presidencia de la Republica de Colombia. Decreto 1757 de 1994. Bogota D.C.; 1995. p. 1–7.
66. Alcaldia Mayor de Bogota D.C. Secretaria de Gobierno. Instituto Distrital de la participación y acción comunal. Diagnóstico Integral de la participación ciudadana-Kennedy. 2019;
67. Equipo de Vigilancia en salud publica. Boletín epidemiológico VSP IV Trimestre año 2021. Bogota; 2022.

68. Organización Panamericana de la salud. Abuso de sustancias - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [cited 2022 May 2]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
69. Hansford B. Informe Mundial sobre las Drogas 2021 de UNODC: los efectos de la pandemia aumentan los riesgos de las drogas, mientras la juventud subestima los peligros del cannabis [Internet]. 2022 [cited 2022 May 2]. Available from: https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/2021_06_24_informe-mundial-sobre-las-drogas-2021-de-unodc_-los-efectos-de-la-pandemia-aumentan-los-riesgos-de-las-drogas--mientras-la-juventud-subestima-los-peligros-del-cannabis.html
70. Equipo de analisis, condiciones de vida salud y enfermedad. Consumo de sustancias psicoactivas: su abuso es un factor en el deterioro de la salud mental de la población. Bogota D.C.; 2018.
71. Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente E.S.E. Estrategia de atencion integral para manejo de SPA en niños, niñas, adolescentes y jovenes con consumos iniciales, recreativos y habituales no dependientes de sustancia legales e ilegales. Bogota D.C.; 2020. 1–59 p.
72. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles - OPS/OMS [Internet]. OPS/OMS. 2022 [cited 2022 Jun 1]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
73. Ministerio de salud y proteccion social; Organizacion Panamericana de la Salud. Resumenes de politica. Intervenciones poblacionales en factores de riesgo de enfermedades cronicas no transmisibles. [Internet]. 2010. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/intervenciones-poblacionales-factores-riesgo-enfermedades-no-transmisibles.PDF>
74. Ledón Llanes L. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2011;37(4):488–99. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2011.v37n4/488-499>
75. Gallardo-Solarte K, Benavides-Acosta FP, Rosales-Jiménez R. Chronic disease cost not transferable: Colombian reality. Revista Ciencias de la Salud [Internet]. 2016;14(1):103–14. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v14n1/v14n1a10.pdf>
76. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. SINOPSIS. Ginebra; 2002.
77. Observatorio de salud de Bogotá. Tasa de violencia intrafamiliar en Bogotá D.C. | SALUDATA [Internet]. [cited 2022 Apr 21]. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/salud-mental/tasaviolenciaintrafamiliar/>

78. Meza Sparza C. Violencia hacia personas mayores en pandemia: académica UCSC explica esta realidad - Universidad Católica de la Santísima Concepción [Internet]. 2021 [cited 2022 May 11]. Available from: <https://www.ucsc.cl/noticias/violencia-hacia-personas-mayores-en-pandemia-academica-ucsc-explica-esta-realidad/>
79. Secretaria de Ambiente. Dirección de Control Ambiental., Subdirección de Calidad del Aire A y VS. Informe anual de calidad del aire de Bogotá Año 2020. Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá- RMCAB. 2021.
80. Barret Gil C. Contaminación del aire y enfermedades respiratorias, un estudio en la localidad de Kennedy. 2020;151–6.
81. De P, Salud LA, Prevención LA, La Y, Del A. Plan Nacional para la promoción de la salud, la prevención, y la atención del consumo de sustancias psicoactivas 2014-2021. 2017.
82. Secretaria de Ambiente. Plan estratégico para la gestión integral de la calidad del aire de Bogotá 2030. Bogotá D.C.; 2020.

ANEXOS

Tabla 54. Morbilidad según quinquenios y grandes grupos de causas CIE-10, hombres, localidad de Puente Aranda, 2018-2020

Grupo Edad	Grandes Causas de Morbilidad	2018	2019	2020	Δ pp 2019-2018	Δ pp 2020-2019
De 0 a 4 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	1,26	1,50	0,79	0,23	-0,71
	Cáncer	0,13	0,27	1,90	0,14	1,62
	Causas externas	0,35	0,17	0,47	-0,17	0,30
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Diabetes Mellitus (DM)	0,00	0,02	0,00	0,02	-0,02
	Enfermedades Transmisibles	13,43	12,04	8,48	-1,39	-3,56
	Enfermedades cardiovasculares	0,22	0,37	0,16	0,16	-0,22
	Enfermedades no transmisibles	29,26	28,73	31,49	-0,52	2,76
	Salud mental	3,96	3,64	5,06	-0,32	1,42

	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	51,39	53,25	51,66	1,86	-1,59
De 5 a 9 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,31	0,37	0,00	0,06	-0,37
	Cáncer	0,31	0,11	0,38	-0,19	0,26
	Causas externas	0,47	0,23	0,05	-0,25	-0,17
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Diabetes Mellitus (DM)	0,11	0,17	0,70	0,06	0,53
	Enfermedades Transmisibles	7,31	9,14	3,98	1,83	-5,15
	Enfermedades cardiovasculares	0,50	0,28	0,54	-0,22	0,26
	Enfermedades no transmisibles	36,00	35,79	46,82	-0,21	11,04
	Salud mental	9,11	12,28	12,59	3,17	0,32
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	45,89	41,64	34,93	-4,25	-6,71
De 10 a 14 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,11	1,03	4,74	0,92	3,71
	Cáncer	0,93	1,47	1,61	0,54	0,14
	Causas externas	0,44	0,28	0,23	-0,16	-0,05
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Diabetes Mellitus (DM)	0,07	0,00	0,00	-0,07	0,00
	Enfermedades Transmisibles	4,15	4,74	5,24	0,59	0,50
	Enfermedades cardiovasculares	0,78	0,50	0,46	-0,28	-0,04
	Enfermedades no transmisibles	40,98	42,08	38,99	1,10	-3,09
	Salud mental	9,37	9,94	7,59	0,58	-2,36
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	43,17	39,96	41,15	-3,21	1,19
De 15 a 19 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,25	0,00	0,05	-0,25	0,05
	Cáncer	3,44	0,89	1,21	-2,55	0,32
	Causas externas	0,75	0,36	0,05	-0,39	-0,31
	Condiciones maternas	0,00	0,03	0,00	0,03	-0,03
	Diabetes Mellitus (DM)	0,14	0,20	0,20	0,05	0,00
	Enfermedades Transmisibles	5,02	2,77	2,93	-2,25	0,16
	Enfermedades cardiovasculares	1,22	1,68	1,82	0,46	0,13
	Enfermedades no transmisibles	43,60	49,09	47,58	5,49	-1,52
	Salud mental	8,57	12,36	14,88	3,79	2,52
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	37,00	32,61	31,28	-4,39	-1,33
De 20 a 24 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,00	0,00	0,04	0,00	0,04
	Cáncer	0,59	1,50	1,02	0,91	-0,48
	Causas externas	0,95	0,79	0,55	-0,16	-0,24
	Condiciones maternas	0,00	0,03	0,00	0,03	-0,03
	Diabetes Mellitus (DM)	0,00	0,08	0,20	0,08	0,12
	Enfermedades Transmisibles	7,32	5,24	4,56	-2,08	-0,68

	Enfermedades cardiovasculares	1,15	1,34	1,61	0,19	0,27
	Enfermedades no transmisibles	48,90	46,64	45,40	-2,26	-1,24
	Salud mental	7,13	10,49	12,00	3,36	1,51
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	33,96	33,89	34,62	-0,07	0,73
De 25 a 29 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,06	0,15	0,00	0,09	-0,15
	Cáncer	0,96	0,96	1,05	0,01	0,09
	Causas externas	0,99	0,62	0,59	-0,37	-0,03
	Condiciones maternas	0,00	0,30	0,00	0,30	-0,30
	Diabetes Mellitus (DM)	0,51	0,10	0,49	-0,41	0,39
	Enfermedades Transmisibles	6,66	5,08	4,26	-1,58	-0,82
	Enfermedades cardiovasculares	2,30	2,34	1,26	0,04	-1,08
	Enfermedades no transmisibles	49,82	51,23	44,20	1,41	-7,03
	Salud mental	7,04	8,07	9,56	1,02	1,50
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	31,67	31,15	38,59	-0,52	7,43
De 30 a 34 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Cáncer	1,13	1,37	0,86	0,23	-0,51
	Causas externas	0,95	0,83	0,29	-0,11	-0,54
	Condiciones maternas	0,00	0,16	0,00	0,16	-0,16
	Diabetes Mellitus (DM)	0,25	0,75	0,64	0,50	-0,11
	Enfermedades Transmisibles	5,51	5,31	4,81	-0,21	-0,50
	Enfermedades cardiovasculares	2,49	2,01	2,10	-0,48	0,09
	Enfermedades no transmisibles	53,88	54,21	48,66	0,33	-5,54
	Salud mental	5,89	7,45	9,80	1,56	2,35
De 35 a 39 años	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	29,90	27,92	32,85	-1,98	4,92
	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Cáncer	2,40	1,12	1,06	-1,28	-0,07
	Causas externas	1,03	0,73	0,13	-0,30	-0,60
	Condiciones maternas	0,00	0,08	0,00	0,08	-0,08
	Diabetes Mellitus (DM)	1,15	1,33	0,79	0,19	-0,54
	Enfermedades Transmisibles	4,25	6,09	10,47	1,84	4,38
	Enfermedades cardiovasculares	4,25	4,08	3,67	-0,17	-0,41
	Enfermedades no transmisibles	50,07	51,73	42,98	1,66	-8,75
	Salud mental	5,59	10,20	10,87	4,61	0,67
De 40 a 44 años	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	31,26	24,63	30,03	-6,62	5,40
	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Cáncer	1,59	1,65	1,31	0,06	-0,34
	Causas externas	0,60	0,64	0,28	0,05	-0,37

	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Diabetes Mellitus (DM)	3,31	2,71	2,76	-0,60	0,05
	Enfermedades Transmisibles	4,07	3,25	3,66	-0,83	0,42
	Enfermedades cardiovasculares	5,56	6,32	5,98	0,76	-0,35
	Enfermedades no transmisibles	48,58	50,20	48,10	1,62	-2,10
	Salud mental	6,09	7,72	8,60	1,63	0,88
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	30,20	27,50	29,30	-2,69	1,80
De 45 a 49 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Cáncer	1,72	1,60	1,66	-0,11	0,05
	Causas externas	0,52	0,87	0,52	0,35	-0,35
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Diabetes Mellitus (DM)	3,11	2,83	3,90	-0,28	1,07
	Enfermedades Transmisibles	4,70	2,73	3,86	-1,97	1,14
	Enfermedades cardiovasculares	6,28	7,69	9,18	1,41	1,49
	Enfermedades no transmisibles	49,11	55,35	42,79	6,24	-12,56
	Salud mental	4,99	6,04	6,63	1,05	0,59
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	29,58	22,90	31,47	-6,68	8,57
De 50 a 54 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Cáncer	1,46	2,49	3,41	1,02	0,92
	Causas externas	0,65	0,49	0,44	-0,15	-0,05
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Diabetes Mellitus (DM)	3,79	3,39	3,63	-0,40	0,24
	Enfermedades Transmisibles	2,64	1,83	3,39	-0,81	1,56
	Enfermedades cardiovasculares	9,05	11,06	13,79	2,01	2,73
	Enfermedades no transmisibles	48,48	50,69	42,78	2,21	-7,91
	Salud mental	5,47	5,71	8,55	0,24	2,84
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	28,46	24,34	24,00	-4,12	-0,34
De 55 a 59 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Cáncer	2,16	2,02	1,99	-0,14	-0,02
	Causas externas	0,75	0,79	0,49	0,04	-0,30
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Diabetes Mellitus (DM)	4,53	4,51	5,79	-0,02	1,28
	Enfermedades Transmisibles	1,74	1,46	1,70	-0,27	0,23
	Enfermedades cardiovasculares	13,09	14,71	15,99	1,61	1,28
	Enfermedades no transmisibles	43,33	46,57	44,39	3,24	-2,18
	Salud mental	4,60	5,70	6,13	1,10	0,43
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	29,80	24,23	23,52	-5,56	-0,71

De 60 y más años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,00	0,00	0,05	0,00	0,05
	Cáncer	2,70	3,66	3,64	0,96	-0,02
	Causas externas	0,96	1,68	1,05	0,72	-0,63
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Diabetes Mellitus (DM)	4,99	5,44	6,82	0,45	1,38
	Enfermedades Transmisibles	1,84	1,59	1,70	-0,25	0,11
	Enfermedades cardiovasculares	19,07	20,34	24,16	1,27	3,82
	Enfermedades no transmisibles	40,15	41,94	35,85	1,78	-6,08
	Salud mental	3,57	5,17	6,10	1,60	0,93
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	26,72	20,20	20,65	-6,52	0,45

Fuente: RIPS SDS años 2018-2020

Tabla 55. Morbilidad por quinquenio y grandes grupos de causas CIE-10, mujeres, localidad de Puente Aranda, 2018-2020

Grupo Edad	Grandes Causas de Morbilidad	2018	2019	2020	Δ pp 2019-2018	Δ pp 2020-2019
De 0 a 4 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,61	1,23	0,24	0,62	-0,99
	Cáncer	0,28	0,86	1,21	0,57	0,36
	Causas externas	0,42	0,45	0,12	0,03	-0,33
	Condiciones maternas	0,00	0,03	0,00	0,03	-0,03
	Diabetes Mellitus (DM)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades Transmisibles	11,78	10,86	7,75	-0,91	-3,11
	Enfermedades cardiovasculares	0,24	0,13	0,18	-0,10	0,05
	Enfermedades no transmisibles	32,52	32,83	33,31	0,31	0,48
	Salud mental	1,58	1,87	2,91	0,29	1,03
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	52,56	51,73	54,27	-0,83	2,54
De 5 a 9 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,42	0,21	0,00	-0,21	-0,21
	Cáncer	0,31	0,88	1,93	0,57	1,05
	Causas externas	0,57	0,33	0,05	-0,23	-0,28
	Condiciones maternas	0,00	0,03	0,00	0,03	-0,03
	Diabetes Mellitus (DM)	0,14	0,03	0,00	-0,11	-0,03
	Enfermedades Transmisibles	7,45	7,40	3,75	-0,05	-3,65
	Enfermedades cardiovasculares	0,42	0,42	0,27	0,00	-0,16
	Enfermedades no transmisibles	37,88	38,50	40,94	0,63	2,44
	Salud mental	4,31	7,80	12,59	3,49	4,80
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	48,50	44,39	40,46	-4,11	-3,93

Grupo Edad	Grandes Causas de Morbilidad	2018	2019	2020	Δ pp 2019-2018	Δ pp 2020-2019
De 10 a 14 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,10	0,81	4,92	0,71	4,11
	Cáncer	0,61	1,33	1,01	0,72	-0,32
	Causas externas	0,54	0,27	0,04	-0,27	-0,23
	Condiciones maternas	0,03	0,09	0,04	0,06	-0,05
	Diabetes Mellitus (DM)	0,61	0,45	0,19	-0,15	-0,26
	Enfermedades Transmisibles	4,55	5,58	4,15	1,03	-1,43
	Enfermedades cardiovasculares	0,44	0,36	0,35	-0,08	-0,01
	Enfermedades no transmisibles	42,86	43,25	40,79	0,39	-2,46
	Salud mental	7,41	6,99	6,20	-0,42	-0,79
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	42,86	40,87	42,30	-1,99	1,44
De 15 a 19 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,16	0,15	0,13	-0,01	-0,02
	Cáncer	1,15	0,85	1,11	-0,30	0,26
	Causas externas	0,47	0,54	0,07	0,07	-0,48
	Condiciones maternas	0,99	1,09	1,21	0,09	0,12
	Diabetes Mellitus (DM)	0,34	1,02	0,62	0,68	-0,40
	Enfermedades Transmisibles	3,71	2,65	2,45	-1,05	-0,21
	Enfermedades cardiovasculares	0,84	0,52	0,91	-0,31	0,39
	Enfermedades no transmisibles	41,14	46,02	47,41	4,88	1,39
	Salud mental	5,04	6,26	8,84	1,22	2,58
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	46,16	40,89	37,27	-5,27	-3,62
De 20 a 24 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,05	0,04	0,00	-0,01	-0,04
	Cáncer	0,64	0,75	0,68	0,11	-0,07
	Causas externas	0,86	0,47	0,56	-0,39	0,09
	Condiciones maternas	2,20	2,79	2,05	0,60	-0,74
	Diabetes Mellitus (DM)	0,10	0,12	0,19	0,02	0,07
	Enfermedades Transmisibles	4,35	3,66	2,33	-0,68	-1,33
	Enfermedades cardiovasculares	0,87	0,58	0,75	-0,30	0,18
	Enfermedades no transmisibles	40,83	39,90	40,01	-0,93	0,11
	Salud mental	6,24	7,55	8,27	1,31	0,72
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	43,86	44,14	45,15	0,28	1,01
De 25 a 29 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,01	0,04	0,06	0,03	0,03
	Cáncer	1,45	1,22	1,53	-0,23	0,31
	Causas externas	0,93	0,52	0,19	-0,41	-0,33
	Condiciones maternas	3,27	3,25	2,59	-0,03	-0,66
	Diabetes Mellitus (DM)	0,08	0,14	0,22	0,07	0,07

Grupo Edad	Grandes Causas de Morbilidad	2018	2019	2020	Δ pp 2019-2018	Δ pp 2020-2019
De 30 a 34 años	Enfermedades Transmisibles	3,73	3,68	3,04	-0,05	-0,63
	Enfermedades cardiovasculares	0,87	1,01	0,90	0,14	-0,10
	Enfermedades no transmisibles	43,03	42,98	40,14	-0,05	-2,84
	Salud mental	4,55	5,99	7,76	1,44	1,76
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	42,07	41,17	43,57	-0,90	2,39
De 35 a 39 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,01	0,07	0,00	0,06	-0,07
	Cáncer	1,91	1,33	1,56	-0,57	0,23
	Causas externas	0,59	0,56	0,33	-0,03	-0,23
	Condiciones maternas	3,57	3,11	2,89	-0,46	-0,22
	Diabetes Mellitus (DM)	0,29	0,34	0,30	0,06	-0,04
	Enfermedades Transmisibles	3,66	3,71	2,88	0,05	-0,83
	Enfermedades cardiovasculares	1,52	1,26	1,51	-0,26	0,25
	Enfermedades no transmisibles	42,67	44,19	43,88	1,52	-0,31
	Salud mental	5,52	5,81	6,65	0,29	0,84
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	40,27	39,62	39,99	-0,65	0,38
De 40 a 44 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,00	0,06	0,02	0,06	-0,05
	Cáncer	2,12	2,43	2,37	0,31	-0,06
	Causas externas	0,84	0,53	0,25	-0,31	-0,28
	Condiciones maternas	2,13	2,88	3,07	0,75	0,19
	Diabetes Mellitus (DM)	0,14	0,25	0,39	0,11	0,14
	Enfermedades Transmisibles	3,94	3,47	2,67	-0,47	-0,81
	Enfermedades cardiovasculares	2,67	2,20	2,32	-0,47	0,12
	Enfermedades no transmisibles	47,02	48,70	44,61	1,68	-4,08
	Salud mental	5,38	6,23	6,96	0,85	0,73
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	35,76	33,24	37,34	-2,52	4,10

Grupo Edad	Grandes Causas de Morbilidad	2018	2019	2020	Δ pp 2019-2018	Δ pp 2020-2019
De 45 a 49 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,00	0,00	0,02	0,00	0,02
	Cáncer	3,57	3,25	3,53	-0,32	0,28
	Causas externas	0,69	0,57	0,18	-0,12	-0,39
	Condiciones maternas	0,01	0,26	0,22	0,25	-0,05
	Diabetes Mellitus (DM)	0,97	1,48	1,34	0,51	-0,14
	Enfermedades Transmisibles	2,95	2,15	1,86	-0,80	-0,29
	Enfermedades cardiovasculares	5,81	6,03	7,96	0,22	1,93
	Enfermedades no transmisibles	49,64	55,27	50,48	5,63	-4,79
	Salud mental	6,42	5,87	8,20	-0,56	2,33
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	29,93	25,12	26,22	-4,81	1,09
De 50 a 54 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,00	0,04	0,13	0,04	0,09
	Cáncer	2,29	2,97	3,75	0,68	0,78
	Causas externas	0,66	0,76	0,44	0,10	-0,32
	Condiciones maternas	0,02	0,19	0,01	0,17	-0,18
	Diabetes Mellitus (DM)	1,62	1,48	2,19	-0,14	0,70
	Enfermedades Transmisibles	2,51	2,29	2,42	-0,22	0,13
	Enfermedades cardiovasculares	9,18	9,09	11,15	-0,09	2,06
	Enfermedades no transmisibles	50,41	52,04	48,75	1,63	-3,29
	Salud mental	5,58	5,71	6,64	0,13	0,93
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	27,74	25,43	24,51	-2,31	-0,92
De 55 a 59 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Cáncer	1,85	2,26	2,46	0,41	0,20
	Causas externas	0,75	0,78	0,41	0,03	-0,38
	Condiciones maternas	0,00	0,02	0,00	0,02	-0,02
	Diabetes Mellitus (DM)	2,41	2,63	4,10	0,21	1,48
	Enfermedades Transmisibles	2,60	1,81	1,75	-0,79	-0,06
	Enfermedades cardiovasculares	11,15	10,41	12,42	-0,74	2,01
	Enfermedades no transmisibles	48,41	51,71	48,60	3,30	-3,12
	Salud mental	5,10	7,13	7,49	2,03	0,36
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	27,73	23,26	22,78	-4,47	-0,48
De 60 y más años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,00	0,02	0,02	0,02	0,00
	Cáncer	2,49	2,51	2,94	0,02	0,42
	Causas externas	0,76	1,36	0,81	0,60	-0,55
	Condiciones maternas	0,00	0,03	0,02	0,02	-0,01
	Diabetes Mellitus (DM)	3,72	4,18	5,29	0,46	1,11

Grupo Edad	Grandes Causas de Morbilidad	2018	2019	2020	Δ pp 2019-2018	Δ pp 2020-2019
	Enfermedades Transmisibles	1,91	1,94	1,58	0,03	-0,36
	Enfermedades cardiovasculares	19,00	20,30	25,64	1,30	5,34
	Enfermedades no transmisibles	40,86	43,15	37,65	2,30	-5,50
	Salud mental	5,61	6,07	6,77	0,46	0,69
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	25,65	20,44	19,29	-5,21	-1,15

Fuente: RIPS SDS años 2018-2020

Tabla 56. Morbilidad según grandes grupos, subgrupos de causas CIE-10 en hombres, localidad de Puente Aranda años 2018-2020

Grandes Causas de Morbilidad	Subgrupo de Causa de Morbilidad	2018	2019	2020	Δ pp 2019-2018	Δ pp 2020-2019
Afecciones originadas en periodo perinatal	Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido y kernicterus	2,92	0,00	1,10	-2,92	1,10
	Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento	0,00	0,76	1,10	0,76	0,34
	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	37,23	27,48	24,18	-9,75	-3,31
	Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta	33,58	49,36	39,56	15,79	-9,80
	Sepsis bacteriana del recién nacido	7,30	1,78	6,96	-5,52	5,18
	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	18,98	20,61	27,11	1,63	6,50
Cáncer	Benignos	36,48	33,83	26,97	-2,65	-6,86
	Boca y Orofaringe	1,30	1,75	1,27	0,45	-0,48
	Colon y recto	6,49	7,30	8,68	0,81	1,38
	Cuello uterino	0,00	0,00	0,03	0,00	0,03
	Cuerpo uterino	0,00	0,05	0,09	0,05	0,04
	Estómago	2,23	3,31	5,87	1,08	2,56
	Esófago	0,08	0,41	0,50	0,33	0,09
	Hígado	0,45	0,67	0,06	0,22	-0,61
	Leucemia	5,43	3,03	3,30	-2,40	0,27
	Linfomas y Múltiples mielomas	6,45	5,70	6,76	-0,74	1,05
	Mama	0,41	0,82	0,89	0,42	0,06
	Melanoma y otros cánceres de piel	8,51	10,66	5,78	2,15	-4,88
	Otras Neoplasias Malignas	13,94	12,59	18,44	-1,36	5,86
	Ovario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

	Próstata	13,98	16,00	16,49	2,02	0,49
	Páncreas	1,05	1,70	1,56	0,64	-0,13
	Tráquea, Bronquios y Pulmón	1,54	1,18	3,07	-0,36	1,89
	Vejiga	1,66	1,00	0,24	-0,66	-0,77
Causas externas	Accidentes causados por disparo de armas de fuego	0,09	0,10	0,29	0,00	0,19
	Accidentes causados por máquinas y por instrumentos cortantes o punzantes	0,00	0,00	0,10	0,00	0,10
	Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	1,82	3,82	1,15	2,00	-2,67
	Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	2,00	0,67	1,53	-1,33	0,86
	Ahogamiento y sumersión accidentales	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Caídas	1,36	0,33	0,38	-1,03	0,05
	Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, inclusive secuelas	83,08	88,62	88,22	5,55	-0,40
	Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	0,18	0,14	1,05	-0,04	0,91
	Eventos de intención no determinada, inclusive secuelas	0,36	0,19	0,00	-0,17	-0,19
	Exposición al humo, fuego y llamas	0,00	0,00	0,10	0,00	0,10
	Intervención legal y operaciones de guerra, inclusive secuelas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), inclusive secuelas	0,36	0,19	0,10	-0,17	-0,10
	Otros accidentes de transporte y los no especificados, inclusive secuelas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Otros accidentes, inclusive secuelas	10,74	5,93	7,09	-4,81	1,16
Condiciones maternas	Condiciones maternas	100,00	100,00	100,00	0,00	0,00
Diabetes Mellitus (DM)	Especificada	2,54	3,31	2,35	0,77	-0,96
	Gestacional	0,23	0,07	0,04	-0,16	-0,04
	Insulino dependiente	43,20	43,71	44,45	0,51	0,74
	No especificada	10,24	10,99	8,75	0,75	-2,24
	No insulino dependiente	43,78	41,91	44,42	-1,87	2,50
Enfermedades Transmisibles	Ciertas enfermedades prevenibles por vacuna	0,29	0,04	0,02	-0,25	-0,02
	Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,01	0,13	0,08	0,12	-0,05
	Enfermedades infecciosas intestinales	18,97	14,41	10,17	-4,55	-4,24
	Hepatitis A	0,13	0,09	0,00	-0,03	-0,09
	Meningitis	0,21	0,23	0,06	0,02	-0,17
	Otras Enfermedades Respiratorias ERA	63,20	63,83	51,44	0,63	-12,39

	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	5,80	6,61	8,97	0,81	2,36
	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias6	6,80	7,89	19,70	1,09	11,82
	Septicemia	0,00	0,00	0,06	0,00	0,06
	Transmisión Sexual - Otras enfermedades	3,21	3,92	4,39	0,71	0,47
	Transmisión Sexual - Sífilis Gestacional	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Transmisión Sexual - VIH	0,68	2,13	3,63	1,45	1,50
	Tuberculosis, inclusive secuelas	0,70	0,72	1,46	0,02	0,75
Enfermedades cardiovasculares	Cardiomiotía Miocarditis y Endocarditis	0,90	0,55	0,53	-0,35	-0,02
	Enfermedad Cardiaca Hipertensiva	0,75	0,86	0,71	0,11	-0,16
	Enfermedad Isquémica Cardiaca (IAM)	2,23	2,36	2,09	0,14	-0,27
	Enfermedad Isquémica Cardiaca Terminal (IAM)	8,80	6,79	6,79	-2,00	-0,01
	Enfermedad Reumática	0,25	0,14	0,14	-0,11	-0,01
	Enfermedades cerebro-vasculares (ECV)	4,39	7,71	4,74	3,33	-2,98
	Hipertensión Esencial	63,92	63,64	68,99	-0,28	5,35
	Otras Enfermedades Cardiovasculares	8,23	7,14	5,44	-1,08	-1,70
	Otras Enfermedades Cardiovasculares Terminales	10,54	10,78	10,57	0,24	-0,21
Enfermedades no transmisibles	Anomalías congénitas	1,33	1,11	1,28	-0,22	0,17
	Condiciones orales	20,00	22,37	18,53	2,37	-3,84
	Deficiencias nutricionales	0,56	0,61	0,73	0,05	0,12
	Desordenes endocrinos	9,66	8,58	9,31	-1,08	0,73
	Enfermedades de la piel	7,15	6,77	7,11	-0,38	0,34
	Enfermedades de los órganos de los sentidos	11,73	13,85	13,28	2,13	-0,57
	Enfermedades digestivas	10,46	9,77	10,10	-0,69	0,34
	Enfermedades genitourinarias	11,45	11,00	13,58	-0,44	2,57
	Enfermedades musculo-esqueléticas	20,42	18,52	18,61	-1,91	0,09
	Enfermedades respiratorias	7,24	7,42	7,46	0,18	0,04
Salud mental	Condiciones Psicosociales	45,21	46,72	42,12	1,51	-4,60
	Condiciones neuropsiquiátricas	49,72	50,24	55,25	0,52	5,01
	Trastornos mentales y del comportamiento	5,07	3,03	2,63	-2,04	-0,40
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	100	100	100	0	0

Fuente: RIPS SDS años 2018-2020

Tabla 57. Morbilidad según grandes grupos, subgrupos de causas CIE-10 en mujeres, localidad de Puente Aranda años 2018-2020

Grandes Causas de Morbilidad	Subgrupo de Causa de Morbilidad	2018	2019	2020	Δ pp 2019-2018	Δ pp 2020-2019
Afecciones originadas en periodo perinatal	Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido y kernicterus	0,00	0,82	1,38	0,82	0,56
	Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	0,40	0,00	0,55	-0,40	0,55
	Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento	0,80	3,01	1,38	2,21	-1,63
	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	26,00	29,78	24,24	3,78	-5,54
	Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta	56,40	39,07	45,18	-17,33	6,11
	Sepsis bacteriana del recién nacido	0,80	0,82	2,75	0,02	1,94
	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	15,60	26,50	24,52	10,90	-1,98
Cáncer	Benignos	45,07	43,23	39,26	-1,84	-3,97
	Boca y Orofaringe	1,07	0,83	0,63	-0,24	-0,20
	Colon y recto	4,59	4,84	2,90	0,25	-1,95
	Cuello uterino	1,12	1,32	1,01	0,21	-0,31
	Cuerpo uterino	1,38	1,16	1,53	-0,22	0,36
	Estómago	2,42	1,79	1,72	-0,63	-0,07
	Esófago	0,13	0,61	0,42	0,47	-0,19
	Hígado	0,40	0,16	0,26	-0,24	0,10
	Leucemia	0,89	2,62	4,02	1,73	1,40
	Linfomas y Múltiples mielomas	4,09	3,89	4,55	-0,20	0,66
	Mama	14,84	13,99	16,36	-0,85	2,37
	Melanoma y otros cánceres de piel	6,62	6,16	5,23	-0,45	-0,94
	Otras Neoplasias Malignas	13,16	14,56	17,13	1,40	2,57
	Ovario	1,86	2,61	2,81	0,75	0,20
	Próstata	0,86	0,24	0,18	-0,63	-0,06
	Páncreas	0,67	1,37	0,82	0,70	-0,55
	Tráquea, Bronquios y Pulmón	0,36	0,36	0,68	0,00	0,32
	Vejiga	0,46	0,25	0,50	-0,21	0,25
Causa externas	Accidentes causados por disparo de armas de fuego	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Accidentes causados por máquinas y por instrumentos cortantes o punzantes	0,00	0,03	0,00	0,03	-0,03
	Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	0,44	0,29	0,15	-0,15	-0,13
	Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	1,27	1,02	2,40	-0,25	1,37
	Ahogamiento y sumersión accidentales	0,00	0,03	0,00	0,03	-0,03

	Caídas	0,91	0,77	1,00	-0,14	0,24
	Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, inclusive secuelas	91,07	92,03	89,57	0,96	-2,47
	Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	0,24	0,13	2,47	-0,11	2,34
	Eventos de intención no determinada, inclusive secuelas	0,04	0,03	0,00	-0,01	-0,03
	Exposición al humo, fuego y llamas	0,00	0,10	0,00	0,10	-0,10
	Intervención legal y operaciones de guerra, inclusive secuelas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), inclusive secuelas	0,91	0,45	0,15	-0,46	-0,29
	Otros accidentes de transporte y los no especificados, inclusive secuelas	0,04	0,00	0,00	-0,04	0,00
	Otros accidentes, inclusive secuelas	5,08	5,12	4,25	0,04	-0,87
Condiciones maternas	Condiciones maternas	100,00	100,00	100,00	0,00	0,00
Diabetes Mellitus (DM)	Especificada	2,70	4,50	2,38	1,81	-2,13
	Gestacional	0,20	0,17	0,07	-0,03	-0,10
	Insulino dependiente	40,67	39,81	41,84	-0,87	2,04
	No especificada	13,62	11,52	7,84	-2,10	-3,69
	No insulino dependiente	42,82	44,00	47,88	1,18	3,88
Enfermedades Transmisibles	Ciertas enfermedades prevenibles por vacuna	0,01	0,00	0,00	-0,01	0,00
	Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,10	0,00	0,03	-0,10	0,03
	Enfermedades infecciosas intestinales	17,75	13,53	11,10	-4,22	-2,43
	Hepatitis A	0,00	0,00	0,03	0,00	0,03
	Meningitis	0,26	0,18	0,23	-0,08	0,05
	Otras Enfermedades Respiratorias ERA	66,77	68,79	57,38	2,01	-11,41
	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	5,63	6,79	11,30	1,16	4,51
	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias6	7,37	8,20	17,58	0,84	9,38
	Septicemia	0,01	0,00	0,03	-0,01	0,03
	Transmisión Sexual - Otras enfermedades	1,53	2,07	1,85	0,54	-0,22
	Transmisión Sexual - Sífilis Gestacional	0,01	0,01	0,02	0,00	0,01
	Transmisión Sexual - VIH	0,10	0,13	0,02	0,03	-0,12
	Tuberculosis, inclusive secuelas	0,47	0,30	0,43	-0,17	0,13
Enfermedades cardiovasculares	Cardiomiopatía Miocarditis y Endocarditis	0,35	0,28	0,25	-0,08	-0,03
	Enfermedad Cardiaca Hipertensiva	0,71	0,82	0,56	0,11	-0,25
	Enfermedad Isquémica Cardiaca (IAM)	1,48	1,34	1,16	-0,13	-0,19

	Enfermedad Isquémica Cardiaca Terminal (IAM)	2,90	2,23	2,27	-0,67	0,04
	Enfermedad Reumática	0,16	0,15	0,08	-0,02	-0,06
	Enfermedades cerebro-vasculares (ECV)	5,42	6,44	5,36	1,03	-1,08
	Hipertensión Esencial	69,42	69,86	73,84	0,44	3,98
	Otras Enfermedades Cardiovasculares	9,21	9,31	7,42	0,09	-1,89
	Otras Enfermedades Cardiovasculares Terminales	10,35	9,58	9,07	-0,77	-0,52
Enfermedades no transmisibles	Anomalías congénitas	1,06	0,90	0,94	-0,16	0,04
	Condiciones orales	16,29	17,58	14,54	1,29	-3,05
	Deficiencias nutricionales	0,78	0,77	0,82	-0,01	0,05
	Desordenes endocrinos	11,95	13,28	15,01	1,33	1,73
	Enfermedades de la piel	6,14	6,11	6,85	-0,03	0,74
	Enfermedades de los órganos de los sentidos	11,92	11,87	11,08	-0,05	-0,80
	Enfermedades digestivas	9,25	9,28	8,83	0,03	-0,45
	Enfermedades genitourinarias	14,47	12,53	14,06	-1,94	1,53
	Enfermedades musculo-esqueléticas	22,83	22,71	22,41	-0,12	-0,30
	Enfermedades respiratorias	5,31	4,97	5,47	-0,34	0,50
Salud mental	Condiciones Psicosociales	59,97	56,03	47,66	-3,93	-8,37
	Condiciones neuropsiquiátricas	35,98	40,83	48,94	4,84	8,12
	Trastornos mentales y del comportamiento	4,05	3,14	3,40	-0,91	0,26
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	100	100	100	0	0

Fuente: RIPS SDS años 2018-2020

Tabla 58. Patologías más incidentes y relacionadas con los casos confirmados de COVID-19 proporciones por UPZ, y concentración en la localidad de Puente Aranda, Bogotá D.C. años 2020 a 2021.

Nombre UPZ	Tipo de comorbilidad	Casos	Proporción UPZ	Concentración localidad
UPZ 40- Ciudad Montes	Hipertensión arterial	64	24,3%	23,9%
	Diabetes	42	16,0%	25,6%
	EPOC	30	11,4%	32,3%
	Enfermedades de la tiroides	29	11,0%	34,5%
	Asma	28	10,6%	36,4%
	Obesidad	22	8,4%	19,1%
	Enfermedades cardiacas	19	7,2%	21,1%
	Cáncer	10	3,8%	30,3%
	Enfermedades renales	6	2,3%	18,2%
	Fumador	3	1,1%	3,7%
	Cerebrovasculares	3	1,1%	20,0%
	Enfermedades metabólicas (otras)	2	0,8%	22,2%

	Enf. Autoinmunes	2	0,8%	25,0%
	VIH	1	0,4%	10,0%
	Otras	2	0,8%	28,6%
	Total	263	100,0%	24,2%
	Nombre UPZ	Tipo de comorbilidad	Casos	Proporción UPZ
UPZ 41- Muzú	Hipertensión arterial	51	26,8%	19,0%
	Diabetes	34	17,9%	20,7%
	Fumador	17	8,9%	14,8%
	EPOC	16	8,4%	19,8%
	Obesidad	15	7,9%	16,7%
	Enfermedades de la tiroides	14	7,4%	16,7%
	Asma	12	6,3%	12,9%
	Enfermedades cardiacas	10	5,3%	13,0%
	Enfermedades renales	7	3,7%	21,2%
	Cáncer	3	1,6%	20,0%
	Cerebrovasculares	3	1,6%	9,1%
	VIH	2	1,1%	22,2%
	Enfermedades metabólicas (otras)	2	1,1%	25,0%
	Enf. Autoinmunes	1	0,5%	10,0%
	Otras	3	1,6%	42,9%
	Total	190	100,0%	17,5%
UPZ 43- San Rafael	Nombre UPZ	Tipo de comorbilidad	Casos	Proporción UPZ
	Hipertensión arterial	41	23,3%	15,3%
	Enfermedades cardiacas	28	15,9%	31,1%
	Diabetes	22	12,5%	13,4%
	Obesidad	19	10,8%	16,5%
	Enfermedades de la tiroides	16	9,1%	19,0%
	EPOC	15	8,5%	16,1%
	Asma	11	6,3%	14,3%
	Fumador	7	4,0%	8,6%
	Enfermedades renales	6	3,4%	18,2%
	Cáncer	4	2,3%	12,1%
	Cerebrovasculares	3	1,7%	20,0%
	VIH	2	1,1%	20,0%
	Enfermedades metabólicas (otras)	1	0,6%	11,1%
	Enf. Autoinmunes	0	0,0%	0,0%
	Otras	1	0,6%	14,3%
	Total	176	100,0%	16,2%
UPZ 108- Zona Industrial	Nombre UPZ	Tipo de comorbilidad	Casos	Proporción UPZ
	Hipertensión arterial	13	24,5%	4,9%
	Diabetes	9	17,0%	5,5%
	EPOC	8	15,1%	8,6%
	Obesidad	5	9,4%	4,3%
	Fumador	5	9,4%	6,2%

	Enfermedades cardiacas	4	7,5%	4,4%
	Cáncer	4	7,5%	12,1%
	VIH	2	3,8%	20,0%
	Asma	1	1,9%	1,3%
	Enfermedades de la tiroides	1	1,9%	1,2%
	Enfermedades metabólicas (otras)	1	1,9%	11,1%
	Cerebrovasculares	0	0,0%	0,0%
	Enfermedades renales	0	0,0%	0,0%
	Enf. Autoinmunes	0	0,0%	0,0%
	Otras	0	0,0%	0,0%
	Total	53	100,0%	4,9%
Nombre UPZ	Tipo de comorbilidad	Casos	Proporción UPZ	Concentración localidad
UPZ 111- Puente Aranda	Fumador	10	25,6%	12,3%
	Hipertensión arterial	9	23,1%	3,4%
	Diabetes	6	15,4%	3,7%
	Obesidad	3	7,7%	2,6%
	Asma	2	5,1%	2,6%
	Enfermedades renales	2	5,1%	6,1%
	Enfermedades cardiacas	2	5,1%	2,2%
	EPOC	1	2,6%	1,1%
	Cerebrovasculares	1	2,6%	6,7%
	Cáncer	1	2,6%	3,0%
	Enfermedades de la tiroides	1	2,6%	1,2%
	Enfermedades metabólicas (otras)	1	2,6%	11,1%
	VIH	0	0,0%	0,0%
	Enf. Autoinmunes	0	0,0%	0,0%
	Otras	0	0,0%	0,0%
	Total	39	100,0%	3,6%
Nombre UPZ	Tipo de comorbilidad	Casos	Proporción UPZ	Concentración localidad
No Geocodificados	Hipertensión arterial	90	24,6%	33,6%
	Diabetes	51	13,9%	31,1%
	Obesidad	49	13,4%	42,6%
	Fumador	40	10,9%	49,4%
	EPOC	27	7,4%	29,0%
	Asma	25	6,8%	32,5%
	Enfermedades de la tiroides	23	6,3%	27,4%
	Enfermedades cardiacas	22	6,0%	24,4%
	Enfermedades renales	12	3,3%	36,4%
	Cáncer	11	3,0%	33,3%
	Cerebrovasculares	5	1,4%	33,3%
	VIH	4	1,1%	40,0%
	Enf. Autoinmunes	4	1,1%	50,0%
	Enfermedades metabólicas (otras)	2	0,5%	22,2%
	Otras	1	0,3%	14,3%
	Total	366	100,0%	33,8%

Fuente: Base de casos positivos, SARS-CoV-2/COVID-19, localidad Puente Aranda, datos parciales 2020 a 2021, consultada 06/10/2021.

Tabla 59. Ámbito de atención de casos confirmados COVID-19 con comorbilidades, UPZ de la localidad Puente Aranda, Bogotá D.C. años 2020 a 2021.

	Ámbito de atención	Casos	Proporción UPZ	Concentración Localidad
UPZ 40- Ciudad Montes	1. Casa	13.415	99,44%	35,7%
	2. Hospital	63	0,47%	29,4%
	3. Hospital - UCI	12	0,09%	48,0%
	Total	13.490	100,00%	35,7%
UPZ 41- Muzú	1. Casa	7.789	99,32%	20,7%
	2. Hospital	50	0,64%	23,4%
	3. Hospital - UCI	3	0,04%	12,0%
	Total	7.842	100,00%	20,7%
UPZ 43- San Rafael	1. Casa	9.589	99,32%	25,5%
	2. Hospital	60	0,62%	28,0%
	3. Hospital - UCI	6	0,06%	24,0%
	Total	9.655	100,00%	25,5%
UPZ 111- Puente Aranda	1. Casa	1.838	99,41%	4,9%
	2. Hospital	10	0,54%	4,7%
	3. Hospital - UCI	1	0,05%	4,0%
	Total	1.849	100,00%	4,9%
UPZ 108- Zona Industrial	1. Casa	2.712	99,20%	7,2%
	2. Hospital	20	0,73%	9,3%
	3. Hospital - UCI	2	0,07%	8,0%
	Total	2.734	100,00%	7,2%
No Geocodificados	1. Casa	2258	99,47%	6,0%
	2. Hospital	11	0,48%	5,1%
	3. Hospital - UCI	1	0,04%	4,0%
	Total	2.270	100,00%	6,0%

Fuente: Base de casos positivos, SARS-CoV-2/COVID-19, localidad Puente Aranda, datos parciales 2020 a 2021, consultada 06/10/2021.