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

Localidad de Puente Aranda

16



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Alcalde Mayor de Bogotá
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaria de Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública
Elizabeth Coy Jiménez

Coordinación General del Documento
Diana Carolina Fajardo Niño

Autores Subred Sur Occidente
Claudia Patricia Beltrán
Claudia Bermúdez
Adriana Lizette Colorado
Mónica Andrea Rodríguez
Luz Janeth Rueda
José Osney Velandia
Johana Alexandra Mateus
Francisco Forero
Javier Camilo Aguillón
Fredy Andrés Chitiva

Fotografía de la portada
Oficina asesora de comunicaciones
Subred Sur Occidente

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

CONTENIDO

SIGLAS 13
INTRODUCCIÓN 14
OBJETIVOS 16
Objetivo general 16
Objetivos específicos 16
1.1. Contexto territorial 18
1.1.1. UPZ 40 Ciudad Montes 21
1.1.2. UPZ 41 Muzú 21
1.1.3. UPZ 4 San Rafael 22
1.1.4. UPZ 108 Zona Industrial 22
1.1.5. UPZ 111 Puente Aranda 22
1.2. Estructura demográfica 22
1.3. Dinámica demográfica 27
1.4. Conclusiones capitulo 1 37
2.1. Dimensión poblacional 41
2.2. Dimensión ambiente natural 46
2.3. Dimensión ambiente Construido 51
2.4. Dimensión social 62
2.5. Dimensión económica 68
2.6. Dimensión político-administrativa 73
2.7. Conclusiones capitulo 2 74
3.1. Mortalidad 76
3.1.1. Enfermedades transmisibles 79
3.1.2. Neoplasias 82
3.1.3. Enfermedades del sistema circulatorio 87
3.1.4. Afecciones del periodo perinatal 90
3.1.5. Causas externas 93
3.1.6. Demás causas 97
3.1.7. Mortalidad infantil y en la niñez 101
3.1.8. Mortalidad materno - infantil y en la niñez 105

3.2. MORBILIDAD 106
3.2.1. Morbilidad general y análisis de la prestación de servicios 106
3.2.2. Eventos de Vigilancia en Salud Pública 130
3.3. Conclusiones Capítulo 3 144
4.1. Apropiación conceptual y revisión de antecedentes 149
4.2. METODOLOGÍA 151
4.2.1. Comunidades étnicas 155
4.2.2. Víctimas del conflicto armado (VCA) 157
4.2.3. Persona en condición de discapacidad (PCD) 158
4.2.4. Persona en ejercicio de la prostitución (PEP) 158
4.2.5. Ciudadano habitante de calle (CHC) 159
4.2.6. Recicladores, carreteros y pequeños bodegueros (RCPB) 161
4.2.7. Género y nuevas masculinidades 161
4.2.8. Población LGBTI 162
4.3. Contexto demográfico de las poblaciones diferenciales y de inclusión 164
4.3.1. Caracterización de la atención primaria en salud 165
4.3.2. Natalidad y mortalidad 168
4.3.3. Eventos en Salud Pública: Discapacidad y morbilidad 169
4.3.4. Sistema de Información para víctimas - SIVIC 174
4.4. Relación de las poblaciones diferenciales con el territorio 178
4.4.1. Persona en condición de discapacidad (PCD) 180
4.4.2. Víctimas del conflicto armado (VCA) 180
4.4.3. Etnias 181
4.5. Condiciones de vida y determinantes 189
4.6. Necesidades en salud 194
4.6.1. Comunidades étnicas: afro (afrodescendientes, raizales y palenqueros), indígenas (todos los pueblos) y Rom - gitanos 196
4.6.2. Discapacidad (incluye todos los tipos de discapacidad) 198
4.6.3. Víctimas del Conflicto Armado (incluye todos los hechos victimizantes) 199
4.6.4. Ciudadanos habitantes de calle 200

4.6.5. Persona en ejercicio de prostitución 202
4.6.6. LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transgeneristas e intersexuales) 203
4.6.7. Reciclador, carretero, pequeño bodeguero 203
4.7. Acciones en Salud Pública y experiencias exitosas 205
4.7.1. Población étnica 205
4.7.2. Población con discapacidad 206
4.7.3. Víctimas del conflicto armado 207
4.7.4. Ciudadano habitante de calle 208
4.7.5. Personas en ejercicio de prostitución 210
4.7.6. Población LGBTI 210
4.7.7. Reciclador, Carretero, pequeño bodeguero 211
5.1. Espacios de vida cotidiana 215
5.1.1. Espacio público 215
5.1.2. Espacio educativo 225
5.1.3. Espacio vivienda 233
5.1.4. Espacio trabajo 246
5.2 Procesos transversales 250
5.2.1. Vigilancia en Salud Pública (VSP) 250
5.2.2. Gestión de programas y acciones de Interés en Salud Pública (GPAISP) 268
5.2.3. Gobernanza 272
6.1. METODOLOGÍA 289
6.2. Configuración del territorio, identificación y priorizacion de tensiones y construcción de nodos 291
6.2.1. Identificación y priorización de tensiones 291
6.2.2. Espacialización de las tensiones 294
6.2.3. Análisis de las tensiones que confluyen en los nodos 297
6.3. Validación de contenidos 310
6.4. Conclusiones y recomendaciones 310

Lista de tablas

Tabla 1. Clasificación y extensión por UPZ, localidad de Puente Aranda, 2016 ... 18
Tabla 2. Distribución de población por grupo quinquenal y sexo, localidad de Puente Aranda, 2016 ... 24
Tabla 3. Distribución de la población por curso de vida y sexo, localidad de Puente Aranda, 2016 ... 25
Tabla 4. Distribución personas, hogares y vivienda por localidad, y Subred, 2011-2014 ... 26
Tabla 5. Distribución población diferencial por localidad, Subred Sur Occidente, 2015 ... 26
Tabla 6. Distribución de población por aseguramiento, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2016 ... 27
Tabla 7. Indicadores demográficos, localidad de Puente Aranda, 2005-2016-2020 ... 28
Tabla 8. Indicadores crecimiento demográfico, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2012-2014-2016 ... 30
Tabla 9. Tasa específica de fecundidad por grupo de edad, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2012-2014-2016 ... 31
Tabla 10. Razón de masculinidad por grupos de edad, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2012-2012-2016 ... 32
Tabla 11. Variables sociodemográficas de madres adolescentes de 10 a 19 años, localidad de Puente Aranda. 2012-2016 ... 36
Tabla 12. Condiciones de vida en la dimensión poblacional, localidad de Puente Aranda, 2016 ... 41
Tabla 13. Condiciones de vida en la dimensión ambiente, localidad de Puente Aranda, 2016 ... 46
Tabla 14. Condiciones de vida en la dimensión ambiente construido, localidad de Puente Aranda, 2016 ... 51
Tabla 15. Condiciones de vida en la dimensión social, localidad de Puente Aranda, 2016 ... 62
Tabla 16. Condiciones de vida en la dimensión económica, localidad de Puente Aranda, 2016 ... 68
Tabla 17. Condiciones de vida en la dimensión Político-administrativa, localidad de Puente Aranda, 2016 ... 73
Tabla 18. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades trasmisibles, localidad de Puente Aranda y Subred Sur Occidente. 2014 ... 80
Tabla 19. Tasas ajustadas de mortalidad Neoplasias, localidad de Puente Aranda y Subred Sur Occidente, 2014 ... 84
Tabla 20. Tasas ajustadas de mortalidad enfermedades del sistema circulatorio, localidad de Puente Aranda y Subred Sur Occidente, 2014 ... 88

Tabla 21. Tasas ajustadas de mortalidad por afecciones del periodo perinatal, localidad de Puente Aranda y Subred Sur Occidente. 2014. 92
Tabla 22. Tasas ajustadas de mortalidad por causas externas por localidad, localidad de Puente Aranda y Subred Sur Occidente. 2014 95
Tabla 23. Tasas ajustadas de mortalidad demás causas, localidad de Puente Aranda y Subred Sur Occidente, 2014 99
Tabla 24. Proporción número de muertes infantiles, por subgrupo de causas y sexo, localidad de Puente Aranda, 2012-2014 103
Tabla 25. Resultado indicadores salud materno infantil semaforización ASIS, localidad de Puente Aranda, 2014 105
Tabla 26. Distribución de individuos por grupo de causas y sexo, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2016 108
Tabla 27. Distribución de atenciones e individuos por tipo de atención y grupo de causas, localidad de Puente Aranda. 2016 110
Tabla 28. Comportamiento de atenciones e individuos atendidos por grupo de causas, primera infancia, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2016 113
Tabla 29. Comportamiento de atenciones e individuos atendidos por grupo de causas, Infancia, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2016 115
Tabla 30. Comportamiento de atenciones e individuos atendidos por grupo de causas, adolescencia, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2016 117
Tabla 31. Comportamiento de atenciones e individuos atendidos por grupo de causas, juventud, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2016 119
Tabla 32. Comportamiento de atenciones e individuos atendidos por grupo de causas, adultez, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2016 121
Tabla 33. Comportamiento de atenciones e individuos atendidos por grupo de causas, vejez, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2016 122
Tabla 34. Primeras causas de atención, localidad de Puente Aranda, 2016 124
Tabla 35. Distribución de individuos atendidos por la red adscrita por lista 667, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2016 126
Tabla 36. Proporción de notificación por grupo de eventos SIVIGILA por DPSP, localidad y UPZ, localidad de Puente Aranda, 2016 131

Tabla 37. Tasa* de notificación por grupo de eventos SIVIGILA por PDSP, localidad y UPZ, localidad de Puente Aranda, 2016 134
Tabla 38. Proporción de notificación por subsistemas, localidad y UPZ, localidad de Puente Aranda, 2016 135
Tabla 39. Proporción de eventos SISVAN, localidad y UPZ, localidad de Puente Aranda, 2016 136
Tabla 40. Proporción de eventos SISVECOS, localidad y UPZ, localidad de Puente Aranda, 2016 137
Tabla 41. Proporción de eventos SIVELCE, localidad y UPZ, localidad de Puente Aranda, 2016 138
Tabla 42. Proporción de eventos SIVIM, localidad y UPZ, localidad de Puente Aranda, 2016 139
Tabla 43. Proporción de eventos vida saludable y condiciones no transmisibles, localidad y UPZ, localidad de Puente Aranda, 2016 140
Tabla 44. Eventos precursores – diabetes mellitus, localidad de Puente Aranda 2016 142
Tabla 45. Poblaciones Diferenciales, localidad de Puente Aranda, 2014 154
Tabla 46. Población Diferencial caracterizada según sexo y peso porcentual dentro de la población caracterizada y local, localidad de Puente Aranda, 2016 166
Tabla 47. Población diferencial caracterizada según sexo y curso de vida, localidad de Puente Aranda, Año 2016 167
Tabla 48. Resultados de nacidos vivos para poblaciones diferenciales – NNVV, localidad de Puente Aranda, año 2016 168
Tabla 49. Mortalidad en población étnica por momento del curso de vida y sexo, localidad de Puente Aranda, 2016 169
Tabla 50. Indicadores demográficos personas con discapacidad, localidad de Puente Aranda, 2004 – 2016 170
Tabla 51. Distribución personas con discapacidad por estrato, localidad de Puente Aranda, registradas entre 2004 – 2016 171
Tabla 52. Morbilidad por eventos de interés en salud pública para población diferencial, localidad de Puente Aranda, Año 2015 – 2016 172
Tabla 53. Morbilidad por eventos de interés en salud pública para población diferencial, localidad de Puente Aranda, año 2015 – 2016 173
Tabla 54. Resumen población diferencial local y según proporción Subred, localidad de Puente Aranda, 2016 176
Tabla 55. Cobertura espacio educativo-acción sintonizarte por UPZ, localidad Puente de Aranda, 2017 231
Tabla 56. Cobertura espacio educativo en colegios oficiales, localidad de Puente Aranda, 2017 232
Tabla 57. Indicadores espacio trabajo, localidad de Puente Aranda, 2017 249

Tabla 58. Eventos valorados en verde de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones, localidad de Puente Aranda, 2017 291
Tabla 59. Eventos valorados en amarillo de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones, localidad de Puente Aranda, 2017 292
Tabla 60. Eventos valorados en rojo de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones, localidad de Puente Aranda, 2017 292
Tabla 61. Eventos valorados en rojo y amarillo de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones para su espacialización, localidad de Puente Aranda, 2017..... 293

Lista de gráficas

Gráfica 1. Pirámide poblacional, localidad de Puente Aranda, 2005-2016-2020 .. 23
Gráfica 2. Nacidos vivos totales, localidad de Puente Aranda, 2011-2016 33
Gráfica 3. Nacimientos por edad de la madre, localidad de Puente Aranda, 2011-2016 34
Gráfica 4. Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2011-2016..... 35
Gráfica 5. Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito. 2011-2016..... 35
Gráfica 6. Mortalidad, localidad de Puente Aranda, 2012-2014 76
Gráfica 7. Tasas ajustadas de mortalidad por grandes causas, localidad de Puente Aranda, 2012 - 2014 77
Gráfica 8. Tasas ajustadas de mortalidad por grandes causas y sexo, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014 78
Gráfica 9. Mortalidad subgrupo enfermedades transmisibles, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014 79
Gráfica 10. Mortalidad subgrupo enfermedades transmisibles por quinquenio, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014..... 81
Gráfica 11. Mortalidad subgrupo enfermedades transmisibles por sexo, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014 82
Gráfica 12. Mortalidad subgrupo neoplasias, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014 83
Gráfica 13. Mortalidad subgrupo enfermedades neoplasias por quinquenio, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014 85
Gráfica 14. Mortalidad subgrupo neoplasias por sexo, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014..... 86
Gráfica 15. Mortalidad subgrupo enfermedades del sistema circulatorio, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014 87
Gráfica 16. Mortalidad subgrupo enfermedades del sistema circulatorio por quinquenio, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014..... 89

Gráfica 17. Mortalidad subgrupo enfermedades del sistema circulatorio por sexo, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014 90
Gráfica 18. Mortalidad subgrupo afecciones en el periodo perinatal, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014 91
Gráfica 19. Mortalidad subgrupo afecciones en el periodo perinatal por sexo, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014 93
Gráfica 20. Mortalidad subgrupo causas externas, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014 94
Gráfica 21. Mortalidad subgrupo causas externas por quinquenio, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014 96
Gráfica 22. Mortalidad subgrupo causas externas por sexo, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014 97
Gráfica 23. Mortalidad subgrupo Demás causas, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014 98
Gráfica 24. Mortalidad subgrupo demás causas por quinquenio, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014 100
Gráfica 25. Mortalidad subgrupo demás causas por sexo, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014 101
Gráfica 26. Mortalidad infantil por subgrupo de causas, localidad de Puente Aranda, 2012-2014 102
Gráfica 27. Mortalidad de 1 a 4 años, localidad Puente de Aranda, 2012-2014 104
Gráfica 28. Mortalidad en menores de cinco años, localidad de Puente Aranda, 2012-2014 105
Gráfica 29. Individuos atendidos por grupo de causas, localidad de Puente Aranda, 2012-2016 107
Gráfica 30. Proporción de individuos atendidos por momento del curso de vida, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2016 112
Gráfica 31. Individuos atendidos por grupo de causas. primera infancia. localidad de Puente Aranda. 2012-2016 114
Gráfica 32. Individuos atendidos por grupo de causas, infancia, localidad de Puente Aranda, 2012-2016 116
Gráfica 33. Individuos atendidos por grupo de causas, adolescencia, localidad de Puente Aranda, 2012-2016 118
Gráfica 34. Individuos atendidos por grupo de causas, juventud, localidad de Puente Aranda, 2012-2016 120
Gráfica 35. Individuos atendidos por grupo de causas, Adultez, localidad de Puente Aranda, 2012-2016 122
Gráfica 36. Individuos atendidos por grupo de causas, vejez, localidad de Puente Aranda, 2012-2016 123
Gráfica 37. Distribución de individuos atendidos por la red adscrita por lista 667, localidad de Puente Aranda, 2012-2016 127

Gráfica 38. Distribución de la notificación SIVIGILA por DPSP y momento del curso de vida, localidad de Puente Aranda, 2016 132
Gráfica 39. Eventos notificados por momento de curos de vida y sexo, SIVISTRA, localidad de Puente Aranda, 2016 141
Gráfica 40. Prevalencia de diabetes mellitus en servicios de salud por sexo, localidad de Puente Aranda, 2012-2016..... 143
Gráfica 41. Individuos atendidos por diabetes mellitus, localidad de Puente Aranda, 2012-2016 143
Gráfica 42. Pirámide poblacional personas con discapacidad, localidad de Puente Aranda, 2005 – 2016..... 170
Gráfica 43. Víctimas del conflicto armado por momento de curso vital, localidad de Puente Aranda, 2017 175
Gráfica 44. Proporción de las poblaciones diferenciales según volumen demográfico, localidad de Puente Aranda, 2016..... 179
Gráfica 45. Proporción de las comunidades étnicas según su clasificación, localidad de Puente Aranda, 2016 182

Listado de mapas

Mapa 1. Zonas de amenaza tecnológica y estratificación, localidad de Puente Aranda, 2016..... 20
Mapa 2. Dimensión población, localidad de Puente Aranda 44
Mapa 3. Dimensión ambiente natural, localidad de Puente Aranda..... 49
Mapa 4. Dimensión ambiente construido en educación, localidad de Puente Aranda..... 55
Mapa 5. Dimensión ambiente construido en Salud, localidad de Puente Aranda..... 57
Mapa 6. Dimensión ambiente construido, localidad de Puente Aranda 59
Mapa 7. Dimensión ambiente construido en Seguridad, localidad de Puente Aranda..... 61
Mapa 8. Dimensión social, localidad de Puente Aranda 66
Mapa 9. Dimensión económica, localidad de Puente Aranda 72
Mapa 10. Oferta de instituciones de salud, localidad de Puente Aranda, 2016..... 129
Mapa 11. Distribución espacial de las poblaciones diferenciales priorizadas, localidad de Puente Aranda, 2016 184
Mapa 12. Cartografía social población LGBTI, localidad de Puente Aranda, 2017..... 187
Mapa 13. Cartografía social población PEP, localidad de Puente Aranda, año 2017..... 188

Mapa 14. Acciones integradoras, Espacio Público, localidad de Puente Aranda, abril a noviembre, 2017 217
Mapa 15. Cobertura de acciones espacio educativo, localidad de Puente Aranda, abril a noviembre, 2017 229
Mapa 16. Cobertura acciones integradoras, Espacio vivienda, localidad de Puente Aranda, abril a noviembre, 2017 236
Mapa 17. Cobertura acciones integradoras, Espacio Trabajo, localidad de Puente Aranda, abril a noviembre, 2017 248
Mapa 18. Cobertura de intervenciones epidemiológicas de campo, Vigilancia en Salud Pública, localidad de Puente Aranda, abril a noviembre, 2017 253
Mapa 19. Cobertura de visitas de inspección, vigilancia y control sanitario, Subsistema SISVEA de Vigilancia en Salud Pública, localidad de Puente Aranda, abril a noviembre, 2017 256
Mapa 20. Cobertura acciones integradoras, gestión de programas y acciones de interés en Salud Pública, localidad de Puente Aranda, abril a noviembre, 2017..... 269
Mapa 21. Gestión e intervención de las políticas-Gobernanza, localidad de Puente Aranda, abril a noviembre, 2017 274
Mapa 22. Nodos identificados, localidad de Puente Aranda, 2017 296
Mapa 23. Respuestas en salud pública y tensiones priorizadas, localidad de Puente Aranda, 2017..... 309

Listado de figuras

Figura 1. Convenciones para identificar los elementos de las tensiones en el mapa..... 295
Figura 2. Primer nodo y tensiones relacionadas, localidad de Puente Aranda, 2017 297
Figura 3. Segundo nodo y tensiones relacionadas, localidad de Puente Aranda, 2017..... 302
Figura 4. Tercer nodo y tensiones relacionadas, localidad de Puente Aranda, 2017 306

Siglas

BIT PASE: Balances de las Tensiones en las Interacciones entre las Dinámicas CADE: Centro de Atención Distrital Especializado
DADEP: Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
E.S.E.: Empresa Social del Estado
EAPB: Empresa Administradora de Planes de Beneficios
EDA: Enfermedad diarreica aguda
EMB: Encuesta Multipropósito para Bogotá
ha.: hectárea
IRA: Infección respiratoria aguda
OMS: Organización Mundial de la Salud
PDSP: Plan Decenal de Salud Público
PM_{10}: partículas suspendidas cuyo tamaño es menor o igual a 10 micrómetros (µm).
RIPS: registros individuales de prestación de servicios de salud
RUAF ND: Registro Único de Afiliados - Nacimientos y defunciones
SDP: Secretaría Distrital de Planeación
SDS: Secretaría Distrital de Salud
SISVAN: sistema de vigilancia alimentaria y nutricional
SISVECOS: sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida
SISVESO: sistema de vigilancia epidemiológica de la salud oral
SIVELCE: sistema de vigilancia epidemiológica de lesiones de causa externa
SIVIGILA: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
SIVIM: sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual
SIVISTRA: sistema de vigilancia epidemiológica ocupacional de las y los trabajadores en la economía informal
UPGD: unidad primaria generadora de datos
UPZ: Unidad de Planeamiento Zonal
VSP: Vigilancia en Salud Pública
VSPC: Vigilancia en Salud Pública Comunitaria
VESPA: subsistema de vigilancia epidemiológica del abuso de sustancias psicoactivas

Introducción

El presente documento expone el análisis de las condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad de la población residente de la localidad de Puente Aranda con un enfoque basado en la salud urbana, fortalecimiento del trabajo en red y gestión del riesgo, siendo trazador en las dinámicas de los diferentes momentos del curso de vida.

En este sentido, el análisis presentado se realizará desde la perspectiva cuantitativa, cualitativa y espacial, para el seguimiento y monitoreo de la calidad de vida. Es así como, el análisis de las condiciones representa un enfoque ecológico para abordar la relación salud – enfermedad en una población que se desarrolla en un contexto siempre complejo. Para esto, ecológico se entiende como holístico, en tanto interpreta la situación desde los datos estadísticos, pero además en su relación geoespacial y de determinantes sociales.

El documento consta de seis capítulos a saber: 1. Caracterización del contexto territorial y demográfico, 2. Análisis de Calidad de Vida, Salud (Determinantes) 3. Mortalidad y morbilidad, 4. Análisis Diferencial de Poblaciones 5. Acciones en Salud Pública y 6. Análisis y Síntesis.

El primer capítulo representa la relación territorio – población, destacando los aspectos más relevantes de sus características geográficas, donde se empezarán a describir los múltiples factores que determinan las condiciones de vida de la población de la localidad. Luego, se encuentra la descripción demográfica general.

El segundo capítulo presenta el análisis de condiciones y calidad de vida, desde un enfoque de determinantes sociales de la salud, ofreciendo un contexto estructural e intermedio sobre el escenario donde confluye la población.

El tercer capítulo contiene un análisis cuantitativo de la mortalidad de acuerdo a la agrupación de causas 6/67 incluyendo la materna, infantil y niñez; y en cuanto a morbilidad presenta la información generada en la morbilidad general y análisis de

prestación de servicios siendo la fuente RIPS y Eventos de Vigilancia en Salud Publica captada a través de Sivigila Nacional y Distrital, tanto para mortalidad como para morbilidad se definirán las respectivas prioridades.

El capítulo cuarto pretende actualizar las características del componente poblacional diferencial para la localidad, incluyendo sus condiciones y situaciones particulares con el fin de generar un diagnóstico de las condiciones en salud para cada una de estas poblaciones, para esto se debe realizar la apropiación conceptual, contexto territorial y demográfico de las poblaciones, determinantes y condiciones de vida, identificación de necesidades y análisis de una población especifica.

El capítulo cinco acciones en salud Pública incluye la caracterización, metodología y resultados de las intervenciones tanto de los espacios como de los componentes del PIC y finalmente el capítulo seis hace un análisis y síntesis de los hallazgos presentados durante el documento a través de la configuración del territorio, de tal forma que se pueda dar respuesta a las situaciones no deseables priorizadas en la localidad y se generan recomendaciones para la acción.

De esta manera, el documento de análisis se transforma en insumo para la toma de decisiones en materia de mejoramiento de calidad de vida como fundamento de la protección social y la evaluación de políticas públicas en salud.

Objetivos

Objetivo general

Generar información sobre las condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad de la población de la localidad de Puente Aranda, para orientar la toma de decisiones, la planeación distrital, local, institucional, en un marco de articulación intersectorial e intrasectorial y con la comunidad.

Objetivos específicos

- Caracterizar el contexto territorial y demográfico para identificar las condiciones que afectan la calidad de vida de la población.
- Identificar las condiciones de vida, a través de un enfoque de determinantes sociales, que permita dar cuenta de la disponibilidad de servicios en el territorio.
- Registrar e interpretar la mortalidad y morbilidad, como insumo en la toma de decisiones para la transformación e incidencia de la calidad de vida y salud de la población.
- Actualizar las características del componente poblacional diferencial que incluya sus condiciones y situaciones particulares con el fin de generar un diagnóstico de las condiciones en salud para cada una de estas poblaciones.
- Analizar las intervenciones realizadas en salud pública, con el fin de orientar el accionar de la Subred, de tal forma que la respuesta incida en las condiciones y calidad de vida de la población.
- Configurar el territorio a través de la comprensión del mismo, identificación de desigualdades y priorización de las acciones a realizar, desde los diferentes sectores de tal forma que se puedan orientar las agendas locales, políticas, programas y prácticas de reducción de la inequidad en salud.

1. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

1.1. Contexto territorial

Puente Aranda es la localidad número 16 dentro de la división administrativa del Distrito Capital y se encuentra ubicada en el centro de la ciudad de Bogotá. Limita al norte con la localidad de Teusaquillo; al sur con la localidad de Tunjuelito; al oriente con las localidades de los Mártires y Antonio Nariño y al occidente con las localidades de Fontibón y Kennedy. Su superficie es de 1.731 hectáreas (ha), y representa el 1 % del área total de la ciudad, ocupando el octavo lugar y constituyéndose una de las localidades con menor superficie dentro del Distrito Capital (1), en la Subred Sur Occidente representa la menor proporción con el 15 % de extensión. La totalidad del área se clasifica en suelo urbano y no cuenta con suelo rural.

La topografía de la localidad de Puente Aranda es plana, al interior de esta no se encuentran estribaciones montañosas, su temperatura superficial puede referirse a los datos registrados por la Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá, en donde el promedio es de 14,4 grados centígrados para el año 2015. En cuanto a las corrientes de agua, por la localidad circulan el Canal Fucha, el Canal La Albina, el Canal Los Comuneros y el Canal San Francisco, no cuenta con humedales. En cuanto al uso del suelo, la localidad desarrolla diferentes usos: industrial, comercial y residencial, principalmente (1).

El Territorio está conformado por 44 barrios, legalizados en su totalidad y agrupados en cinco Unidades de Planeamiento Zonal -UPZ- reglamentadas, de las cuales tres son de tipo residencial consolidado (UPZ 40 Ciudad Montes, UPZ41 Muzú, UPZ 43 San Rafael), y las otras dos se clasifican como predominantemente industriales (108 Zona Industrial y UPZ 111 Puente Aranda).

Tabla 1. Clasificación y extensión por UPZ, localidad de Puente Aranda, 2016

UPZ	Clasificación	Área total	
		Ha	%
40 Ciudad Montes	Residencial consolidado	445,6	25,7

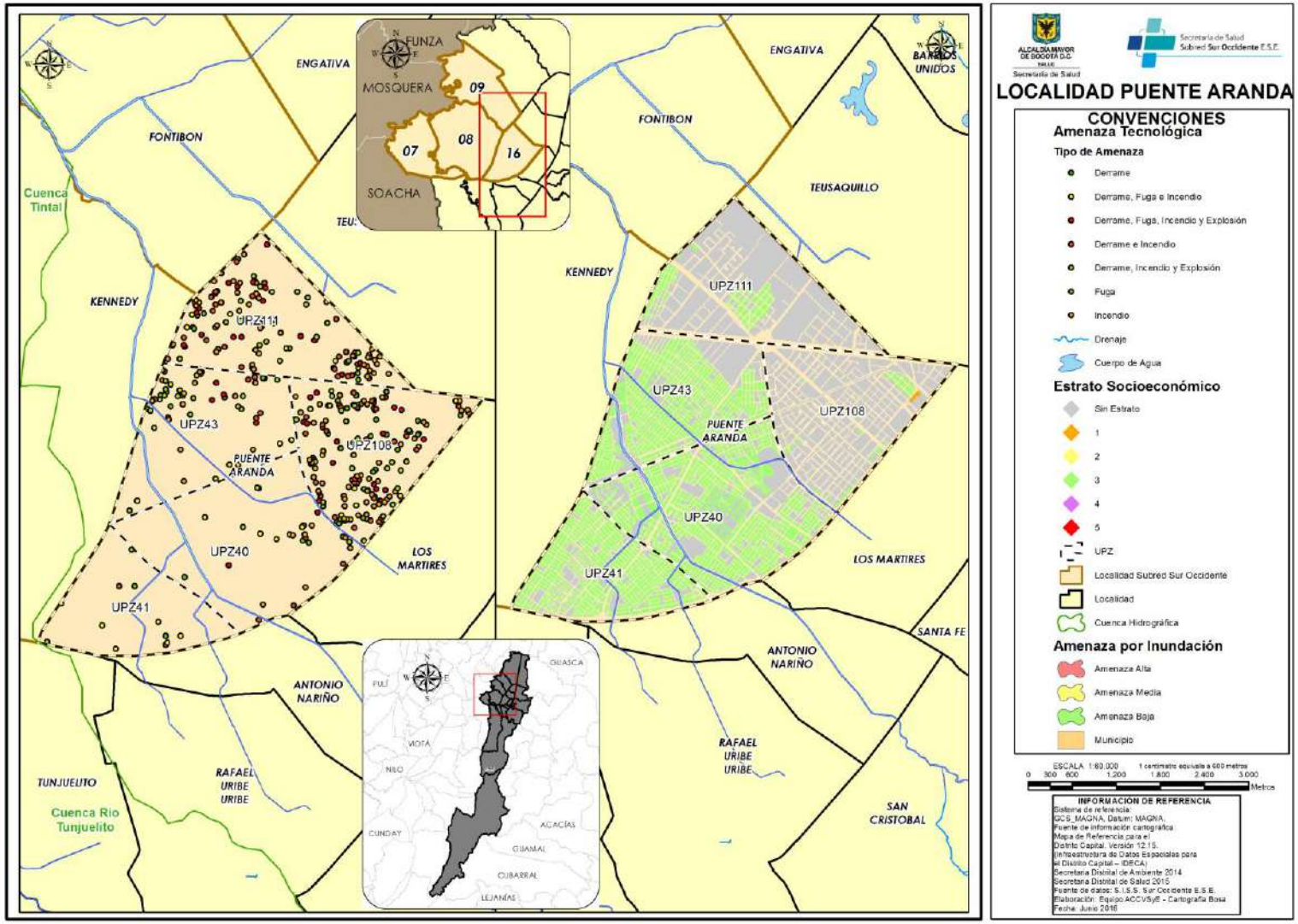
41 Muzú	Residencial consolidado	252,8	14,6
43 San Rafael	Residencial consolidado	329,3	19,0
108 Zona Industrial	Predominantemente industrial	347	20,0
111 Puente Aranda	Predominantemente industrial	356,4	20,6

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

La localidad de Puente Aranda es una de las dos zonas industriales de la ciudad, en la cual se establecen circuitos productivos que encadenan actividades industriales consideradas de alto impacto ambiental. La mayor densidad de predios con uso industrial se localiza en los barrios Centro Industrial, Salazar Gómez y Ortezal (UPZ Puente Aranda), Pensilvania e industria Centenario (UPZ Zona industrial), y en La Pradera, Trinidad y San Rafael Industrial (UPZ San Rafael) (2). En este sentido, y sumado a la zona residencial de la localidad las principales problemáticas ambientales son: contaminación atmosférica (fuentes fijas, móviles), alta contaminación de los ríos y canales y deterioro progresivo de su entorno, generación de asentamientos ilegales (habitantes de calle) en los alrededores de las fuentes hídricas, contaminación por residuos sólidos (escombros), aunado a la aparición de vectores plaga (ratas, palomas); contaminación auditiva, visual y riesgo tecnológico.

Por ejemplo, para el año 2015, la concentración de $PM_{10,}$ que representa la masa de las partículas que entran en el sistema respiratorio, y además incluye tanto las partículas gruesas como las finas, que se considera contribuyen a efectos adversos en la salud observados en entornos urbanos, permite establecer que tres estaciones en la ciudad superan el límite anual permisible (50 µg/m^3), siendo estas Puente Aranda (53 µg/m^3), Kennedy (66 µg/m^3) y Carvajal-Sevillana (87 µg/m^3), ubicadas en el suroccidente y sur de la ciudad, lo cual demuestra que esta zona representa altos niveles de contaminación en comparación con otros sectores (3).

Mapa 1. Zonas de amenaza tecnológica y estratificación, localidad de Puente Aranda, 2016



1.1.1. 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. El estrato que predomina es el tres 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. El crecimiento del uso industrial ha afectado las zonas de vivienda por el impacto urbano y ambiental ya que altera las características iniciales de los barrios.

Por la UPZ pasan las quebradas Fucha, San Agustín, La Albina y Seco. El río Fucha es un canal receptor de aguas negras y emana olores que perjudica el bienestar de la comunidad aledaña, además hacen presencia los habitantes de calle quienes acrecientan la contaminación de estas fuentes de agua.

1.1.2. UPZ 41 Muzú

Se localiza al sur de la localidad, su extensión equivale al 14,6 % del total del área de las UPZ y predomina el estrato 3 con una cobertura total de servicios públicos básicos. Sobre la autopista Sur, existe una importante actividad empresarial e industrial generadora de empleo y que adicionalmente conecta a la ciudad de Bogotá con la región.

En el territorio predominan las viviendas de dos, tres y cuatro pisos y conjuntos residenciales de apartamentos (Estrato 3). El predominio residencial presenta sectores de actividad económica en la vivienda y con zonas delimitadas de comercio y servicios generando conflictos por el ruido y contaminación. Esta atravesado por fuentes hídricas (canales Albino y río Seco). Se caracteriza por la presencia de callejones cerrados (principalmente en el barrio Muzú), los cuales están rodeados de parques.

1.1.3. UPZ 4 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. Esta UPZ se beneficia del Rio Fucha y el Canal de los Comuneros, altamente contaminados por desechos arrojados por los ciudadanos habitantes de la calle y comunidad. Es una zona con buena accesibilidad por la ubicación de vías principales.

1.1.4. UPZ 108 Zona industrial

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.

1.1.5. UPZ 111 Puente Aranda

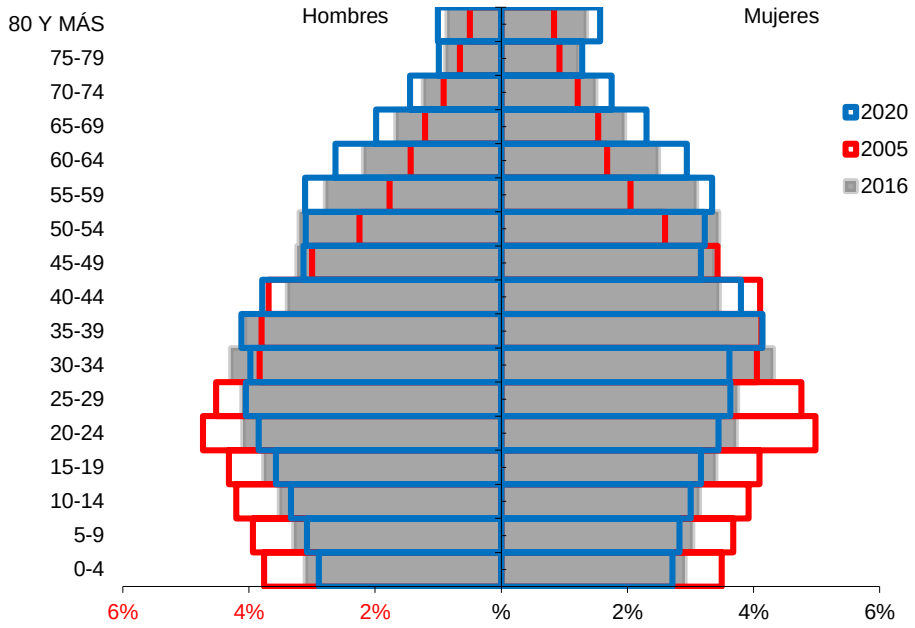
El uso del suelo es predominante industrial con casi el 70 % destinado a dicha actividad, el 20 % al comercio metal mecánica y el 10 % residencial. Se identifica un alto volumen de población flotante, mientras que la población residente está dedicada al reciclaje recibiendo ingresos inestables.

1.2. Estructura demográfica

Para el año 2016, la localidad de Puente Aranda cuenta con una proyección de 225.220 habitantes, con una distribución similar por sexo, siendo levemente mayor la proporción de las mujeres con un 50,3 %. En cuanto a la composición por edad, la pirámide poblacional muestra un comportamiento regresivo, con un estrechamiento en su base, dado por la disminución de los nacimientos y un engrosamiento de la población adulta mostrando una tendencia al envejecimiento.

La población de la localidad para el 2016, muestra una tasa de crecimiento negativo en comparación con el 2005, con una reducción del 12 % y para el 2020, esta reducción se estima en un 18 %, la mayor disminución se observa en la población entre 20 y 30 años, especialmente en las mujeres, este comportamiento que se ha evidenciado desde el año 2005 y se proyecta hasta el 2020.

Gráfica 1. Pirámide poblacional, localidad de Puente Aranda, 2005-2016-2020



Fuente: DANE-SDP. Proyecciones de población por localidad, grupos de edad y por sexo, 2005-2015, 2016-2020.

Al realizar el análisis por grupo de edad se evidencia que para el 2016, la mayor proporción de habitantes de la localidad se encuentra entre los 30 y 39 años, con un comportamiento similar en ambos sexos, aunque los hombres tienen igualmente, mayor proporción en el grupo de 20 a 29 años de edad. Sin embargo, durante los últimos 15 años se ha presentado una reducción del 13 % de este grupo de edad y es mayor en los menores de 30 años (en promedio 27 %), por el contrario, la población mayor de 50 años ha venido incrementando un 25 % aproximadamente, siendo mayor en los mayores de 80 años (40 %). En cuanto al sexo, a pesar de tener una distribución similar, la participación de los hombres es mayor hasta los 29 años y luego las mujeres tienen la mayor proporción incrementándose esta diferencia con la edad.

Tabla 2. Distribución de población por grupo quinquenal y sexo, localidad de Puente Aranda, 2016

Grupo de edad	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
0-4	13.554	6,0	6.993	3,1	6.561	2,9
5-9	14.240	6,3	7.405	3,3	6.835	3,0
10-14	14.985	6,7	7.916	3,5	7.069	3,1
15-19	16.144	7,2	8.484	3,8	7.660	3,4
20-24	17.606	7,8	9.223	4,1	8.383	3,7
25-29	17.692	7,9	9.257	4,1	8.435	3,7
30-34	19.365	8,6	9.656	4,3	9.709	4,3
35-39	18.514	8,2	9.171	4,1	9.343	4,1
40-44	15.422	6,8	7.639	3,4	7.783	3,5
45-49	14.908	6,6	7.293	3,2	7.615	3,4
50-54	14.977	6,6	7.218	3,2	7.759	3,4
55-59	13.244	5,9	6.271	2,8	6.973	3,1
60-64	10.527	4,7	4.915	2,2	5.612	2,5
65-69	8.162	3,6	3.760	1,7	4.402	2,0
70-74	6.150	2,7	2.777	1,2	3.373	1,5
75-79	4.755	2,1	1.988	0,9	2.767	1,2
80 +	4.975	2,2	1.932	0,9	3.043	1,4
Total	**225.220**	**100**	**111.898**	**49,7**	**113.322**	**50,3**

Fuente: DANE-SDP. Proyecciones de población por localidad, grupos de edad y por sexo. 2016-2020.

Por momentos del curso de vida, la adultez tiene la mayor cantidad de población en la localidad con el 44,4 % con mayor proporción de mujeres, luego se encuentra la juventud con el 17 %, el momento con menor proporción es el de primera infancia con el 7,3 %. Lo anterior, es concordante con lo reportado anteriormente, donde la localidad se caracteriza por concentrar población adulta en su mayoría y en proceso de envejecimiento progresivo.

Tabla 3. Distribución de la población por curso de vida y sexo, localidad de Puente Aranda, 2016

Momentos del curso de vida	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
Primera infancia	16.338	7,3	8.436	3,7	7.902	3,5
Infancia	17.406	7,7	9.094	4,0	8.312	3,7
Adolescencia	18.554	8,2	9.796	4,3	8.758	3,9
Juventud	38.348	17,0	20.100	8,9	18.248	8,1
Adultez	100.005	44,4	49.100	21,8	50.905	22,6
Vejez	34.569	15,3	15.372	6,8	19.197	8,5
Total	**225.220**	**100**	**111.898**	**49,7**	**113.322**	**50,3**

Fuente: DANE-SDP. Proyecciones de población por localidad, grupos de edad y por sexo. 2016-2020.

Referente a la distribución de población en el territorio, la localidad de Puente Aranda tiene una densidad poblacional de 130,1 habitantes por hectárea para el año 2016. Por UPZ, de acuerdo a los últimos datos disponibles de población, se tiene que Ciudad Montes es la más densamente poblada con 244,4 hab/ha para el año 2015, seguida por San Rafael con 227,2 hab/ha, las UPZ con mayor concentración de población son las de tipo residencial consolidado mientras que las de uso industrial tiene una baja densidad siendo la menor Zona Industrial con 11,5 hab/ha. En concordancia con lo descrito anteriormente, que define la localidad como urbana, en la Localidad de Puente Aranda no se cuenta con población rural.

De acuerdo a la información más reciente, para el año 2014, la localidad cuenta con 84.736 hogares, con un incremento del 8,8 % frente al dato reportado en el año 2011, frente a la Subred la localidad representa 12,1 % de los hogares. En relación con las viviendas la localidad cuenta con 83.953, 3,9 % más que en el año 2011. La relación de hogares por vivienda para la localidad es de 1 con una leve disminución del año 2011 al 2014, es decir, que la localidad mantiene la tendencia a consolidar un hogar por vivienda.

Tabla 4. Distribución personas, hogares y vivienda por localidad, y Subred, 2011-2014

Localidad	2011						2014					
	Personas		Hogares		Viviendas		Personas		Hogares		Viviendas	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Localidad de Puente Aranda	258.441	11,2	77.887	12,3	73.718	12,2	261.468	11,4	84.736	12,1	83.953	12,3
Total subred	2.297.335	100	630.673	100	603.667	100	2.319.492	100	700.777	100	684.877	100

Fuente: DANE - SDP, Encuesta Multipropósito 2011 - 2014. Cálculos: Dirección de Estudios Macro, SDP

De acuerdo a la información del ASIS diferencial, para la localidad de Localidad de Puente Aranda, los grupos poblacionales diferenciales que concentran mayor población es el de discapacidad con 10.621 seguido por el de etnias con 1.456 personas, dentro de este último los afrodescendientes tienen la mayor proporción con el 54 %.

Tabla 5. Distribución población diferencial por localidad, Subred Sur Occidente, 2015

Localidad	Etnias								Población habitante de calle		LGBTI		Discapacidad	
	Indígenas		Afrodescen-dientes		Raizales		Rom Gitano							
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Homo	Bisexual	n	%
Localidad de Puente Aranda	492	1,2	795	2,1	156	7,4	13	0,9	318	43,6	1.045	1.307	10.621	16,7
Total subred	41.799	100	37.717	100	2.107	100	1.501	100	728	100	24.949	1.873	63.520	100

Fuente: SDP, EMB 2014. SDS, ASIS Diferencial, preliminar 2015

Con relación a la población habitante de calle, para el 2011, la localidad de Localidad de Puente Aranda cuenta con el mayor porcentaje de esta población en

la Subred con un 43,7 %, que son 318 personas quienes pernoctan en la localidad.

En relación con el aseguramiento, la mayor concentración de población de la localidad se encuentra en el régimen contributivo con el 84,9 %, siendo mayor que a nivel de la Subred y del Distrito, por el contrario, el régimen subsidiado reporta una prevalencia del 8,6 % menor que en la Subred y el Distrito, la menor proporción se encuentra en los no afiliados con el 0,7 % y el régimen de excepción con el 2,6 %, con un comportamiento similar en los demás niveles territoriales.

Tabla 6. Distribución de población por aseguramiento, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2016

Localización	Contributivo		Subsidiado		Excepción		No afiliados	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Localidad de Puente Aranda	191.265	84,9	19.385	8,6	5.856	2,6	1.668	0,7
Subred Sur Occidente	1.914.679	75,8	319.635	12,7	66.540	2,6	16.632	0,7
Bogotá D.C.	6.181.534	77,5	1.166.823	14,6	207.739	2,6	49.409	0,6

Fuente: Contributivo-Subsidiado BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2016. * BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2016. Base de datos SISBÉN certificada DNP, noviembre de 2016 (vigente a 31 de diciembre de 2016). * DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. Proyección población DANE a 2016. Maestro Subsidiado SDS, corte 31 de diciembre de 2016.

1.3. Dinámica demográfica

Los indicadores de dinámica demográfica de la localidad, al igual que la estructura demográfica permiten evidenciar el proceso de envejecimiento de la localidad de Localidad de Puente Aranda, así como una disminución y cambios en su población. La relación de hombres/mujer muestra una tendencia a la igualdad en la distribución por sexo, dado principalmente por el aumento en la proporción de mujeres en la edad adulta y en la vejez.

Los indicadores relacionados con la infancia desde el año 2005 muestran una disminución progresiva y esta tendencia se proyecta hasta el año 2020, por

ejemplo, el índice de infancia para el año 2005 reportaba 25 menores de 15 años por cada 100 habitantes, para el 2016 esta razón disminuye hasta 19 y para el 2020 se espera que sea de 18. Este comportamiento, se evidencia igualmente en el índice de juventud que disminuyó en cuatro puntos en el 2016 en comparación con el 2005 pasando de 27 a 23 personas entre 15 y 29 años por cada 100 personas de la localidad. A pesar que a nivel Distrito se observa esta tendencia en la reducción de la población infantil y joven, en la localidad de Localidad de Puente Aranda es mucho más acentuada, pues presenta una menor población infantil.

Tabla 7. Indicadores demográficos, localidad de Puente Aranda, 2005-2016-2020

Indicador demográfico	Año		
	2005	2016	2020
Población total	257.090	225.220	211.802
Población masculina	124.734	111.898	106.060
Población femenina	132.356	113.322	105.742
Relación hombres: mujer	94,24	98,74	100,30
Razón niños: mujer	25	23	22
Índice de infancia	23	19	18
Índice de juventud	27	23	22
Índice de vejez	8	11	12
Índice de envejecimiento	34	56	69
Índice demográfico de dependencia	44,47	42,19	43,24
Índice de dependencia infantil	33,22	27,01	26,08
Índice de dependencia mayores	11,25	15,18	17,66
Índice de Friz	104,57	86,39	82,65

Fuente: DANE-SDP. Proyecciones de población por localidad, grupos de edad y por sexo. 2005-2015, 2016-2020.

En contraste, el índice de vejez ha aumentado desde el 2005 con 8 mayores de 65 años por cada 100 habitantes a 11 en el 2016, igualmente la relación entre los

adultos mayores y los niños y jóvenes muestra el aumento progresivo de los primeros, pues para el 2016 por cada 100 menores de 15 años se cuentan 56 personas mayores de 65 años frente a los 34 que se reportaron en el año 2005.

Los resultados descritos anteriormente cambian el comportamiento del índice dependencia de la localidad que presenta una disminución para el año 2016, a pesar del aumento del índice de dependencia de los mayores de 65 años, debido a que el índice de dependencia infantil, que representa el mayor peso para la población económicamente activa, decreció durante este mismo período, pasando de 33,22 menores de 15 años por cada 100 personas entre 15 y 64 años en el 2005 a 27,01 en el 2016.

Finalmente, el índice de friz que muestra la relación entre la población menor de 20 años, con respecto a la población entre los 30 y los 49 años evidencia que, aunque la localidad no cuenta con una población francamente envejecida si se encuentra en este proceso de transición pues este índice ha venido en disminución desde el año 2005, considerando que un dato inferior a 60 considera una población envejecida.

En Bogotá se observa in proceso similar en la disminución de la población infantil y la mayor presencia de población adulta y adulta mayor, sin embargo, en Localidad de Puente Aranda este cambio es mucho más notorio siendo una población más envejecida que el promedio del Distrito.

En cuanto al crecimiento demográfico, que se relaciona con el comportamiento de la natalidad y mortalidad, igualmente encuentra que en la localidad de Localidad de Puente Aranda el crecimiento de la población ha venido disminuyendo pasando de 0,8 en el año 2011 a 0,7 en el año 2016, siendo este crecimiento menor que a nivel distrito.

Desde el año 2011 los indicadores de natalidad han venido disminuyendo tanto a nivel de la localidad como en la Subred Sur Occidente y el Distrito, sin embargo, para el año 2016 se evidencia un incremento en estos indicadores, a pesar de la

disminución progresiva de los nacimientos. Lo anterior, se presenta debido a una reducción del 12 % de la población general para el año 2016 frente al año anterior, aun cuando en los años anteriores había permanecido casi estacionario con un promedio de aproximadamente 0,1 % anual, de acuerdo a las proyecciones de población. En cuanto a la mortalidad, la localidad de Localidad de Puente Aranda reporta una tasa mayor en comparación con la Subred y el Distrito, aunque en todos los niveles territoriales se observa una disminución desde el año 2012 al 2015.

Tabla 8. Indicadores crecimiento demográfico, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2012-2014-2016

Indicador	Nivel Territorial	Año		
		2012	2014	2016
Tasa de crecimiento natural	Localidad de Puente Aranda	0,7	0,8	0,7
	Bogotá D.C.	1,0	1,0	0,9
Tasa bruta de natalidad	Localidad de Puente Aranda	11,8	12,3	12,5
	Subred Sur Occidente	14,9	14,1	12,3
	Bogotá D.C.	13,9	13,4	12,3
Tasa global de fecundidad	Localidad de Puente Aranda	1,4	1,5	1,6
	Subred Sur Occidente	1,7	1,7	1,5
	Bogotá D.C.	1,6	1,6	1,5
Tasa general de fecundidad	Localidad de Puente Aranda	33,9	36,2	38,3
	Subred Sur Occidente	41,9	39,8	35,2
	Bogotá D.C.	39,1	38	35,6
Tasa de mortalidad	Localidad de Puente Aranda	4,8	4,4	4,6*
	Subred Sur Occidente	3,5	3,4	3,3*
	Bogotá D.C.	3,9	3,7	3,7*

*Año 2015. Fuente: DANE-SDP. Proyecciones de población por localidad, grupos de edad y por sexo. 2005-2015, 2016-2020.Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS RUAF ND.

Al analizar la fecundidad específica por grupos de edad, se puede evidenciar que en general, la fecundidad es menor en la localidad de Localidad de Puente Aranda en comparación con la Subred y el Distrito. Para el año 2016, La tasa más alta de

fecundidad se encuentra en el grupo de 25 a 29 años con 90,6 nacimientos por cada mil mujeres en este grupo de edad, seguido por el de 20 a 24 años con 84,2, es decir que la mayoría de las mujeres de la localidad son madres en la etapa juventud y adultez, por otro lado, en la Subred y en el Distrito la mayor tasa de fecundidad se encuentra en las mujeres entre 20 y 24 años.

Tabla 9. Tasa específica de fecundidad por grupo de edad, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2012-2014-2016

Grupo de edad	Localidad de Puente Aranda			Subred Sur Occidente			Bogotá D. C.		
	2012	2014	2016	2012	2014	2016	2012	2014	2016
10 a 14 años	0,7	0,7	0,6	1,6	1,3	0,9	1,6	1,4	1,1
15 a 19 años	37,7	40,2	34,2	63,3	54,5	42,7	59,2	52,3	43,5
20 a 24 años	72,8	75,3	84,2	100,0	95,3	80,1	90,4	86,5	79,2
25 a 29 años	68,4	77,8	90,6	81,8	81,4	77,2	74,8	76,1	76,3
30 a 34 años	57,6	62,7	67,3	59,2	58,9	56,6	59,2	59,2	57,9
35 a 39 años	34,8	36,1	39	33,2	33,1	30,8	33,1	34,1	33,7
40 a 44 años	8,7	8,0	8,1	9,5	8,1	8,2	9,2	8,6	8,6
45 a 49 años	1,1	0,5	1,1	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
50 a 54 años	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1

Fuente: DANE-SDP. Proyecciones de población por localidad, grupos de edad y por sexo. 2005-2015, 2016-2020.Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS RUAF ND.

En el 2016, se observa un incremento de la tasa de fecundidad en los grupos a partir de los 20 años, lo que puede explicarse por el cambio en la población, descrito anteriormente. Con respecto a la fecundidad en las adolescentes, la localidad presenta tasas de fecundidad más bajas que la Subred y el Distrito,

además en todos los niveles se ha presentado un decrecimiento progresivo de fecundidad en las menores de 20 años.

La razón de masculinidad en la localidad muestra que, en el año 2016, por cada 100 mujeres hay 99 hombres. Durante los años reportados, se evidencia tanto a nivel de la localidad como en la Subred y el Distrito, desde el nacimiento hasta los 29 años de edad, hay más hombres que mujeres, sin embargo, a partir de los 30 años esta relación se invierte y aumenta la diferencia a mayor edad, por ejemplo, en la localidad para el año 2016, en el grupo de mayores de 80 años solo hay 63 hombres por cada 100 mujeres, lo que demuestra una mayor supervivencia de las mujeres.

Tabla 10. Razón de masculinidad por grupos de edad, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2012-2012-2016

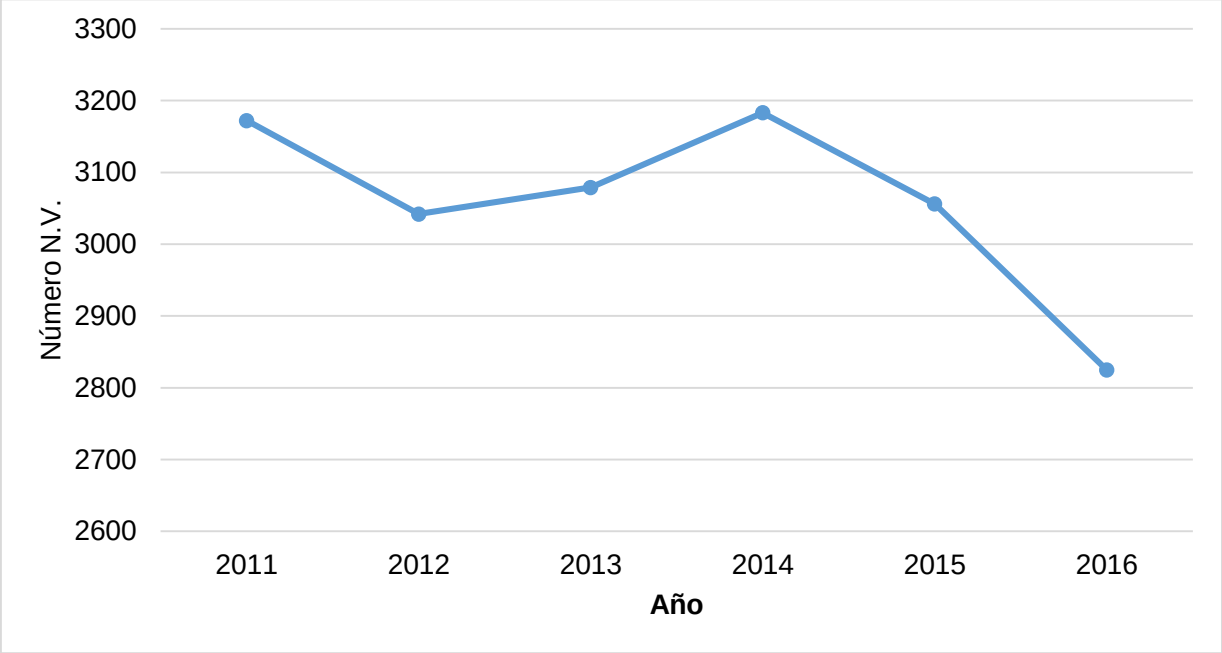
Grupo de edad	Localidad de Puente Aranda			Subred Sur Occidente			Bogotá D. C.		
	2012	2014	2016	2012	2014	2016	2012	2014	2016
0-4	108	109	107	106	106	105	105	105	106
5-9	108	109	108	106	106	105	105	105	105
10-14	107	109	112	105	105	105	104	105	105
15-19	106	107	111	104	103	103	103	103	103
20-24	106	106	110	104	103	103	103	103	102
25-29	98	103	110	95	100	102	94	99	102
30-34	94	94	99	92	91	93	91	90	92
35-39	95	95	98	92	92	91	91	91	91
40-44	93	94	98	90	91	91	89	90	91
45-49	90	92	96	88	88	89	87	88	89
50-54	88	89	93	85	86	86	84	85	86
55-59	86	86	90	83	83	83	82	83	83
60-64	84	85	88	82	82	81	81	81	81
65-69	83	83	85	81	80	79	80	79	79
70-74	77	80	82	75	77	76	74	76	76
75-79	70	69	72	65	65	67	65	65	67
80 +	61	62	63	59	59	59	58	58	58
Total	**95**	**96**	**99**	**94**	**95**	**95**	**93**	**94**	**94**

Fuente: DANE-SDP. Proyecciones de población por localidad, grupos de edad y por sexo. 2005-2015, 2016-2020.

En general, la localidad de Localidad de Puente Aranda tiene una mayor proporción de mujeres frente a los hombres en todos los grupos de edad, en comparación con la Subred y el Distrito. Aunque se observa que este indicador aumenta a favor de las mujeres, en la localidad, para el 2016 se muestra un crecimiento de la población masculina frente a los años 2011 y 2013.

Referente a los nacimientos, la localidad ha tenido durante los últimos seis años una tendencia hacia la disminución con un 11 %, que se ve más acentuado durante los años 2015 y 2016. La localidad de Localidad de Puente Aranda aporta en promedio un 3 % de los nacimientos del Distrito un 9 % a nivel y un 9 % de la Subred Sur Occidente.

Gráfica 2. Nacidos vivos totales, localidad de Puente Aranda, 2011-2016

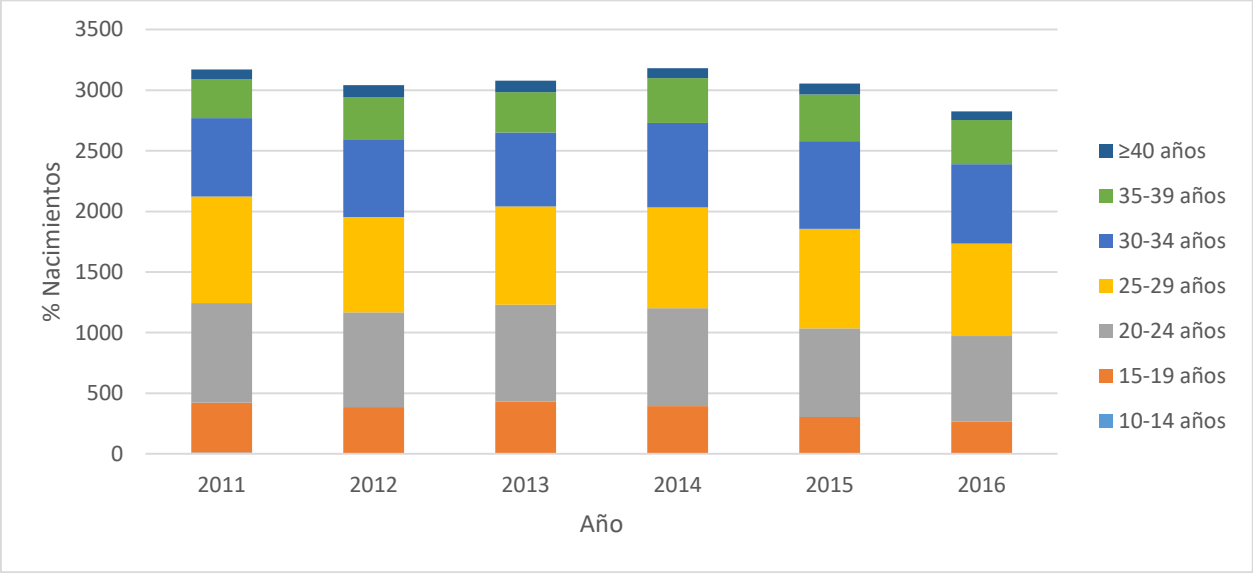


Fuente: SDS. Sistema de Estadísticas Vitales RUAF ND. 2011-2016

En cuanto a la edad de la madre, los nacimientos de la localidad muestran el comportamiento observado en la tasa específica de fecundidad, con una mayor concentración de nacimientos en el grupo de mujeres entre 25 y 29 años y entre 20 y 24 años con un comportamiento similar en los últimos seis años (frente al año 2015, no se cuenta con información de variables de los nacimientos), con un

incremento de los nacimiento en el grupo de 30 a 34 años y una baja proporción de nacimiento en menores de 15 años.

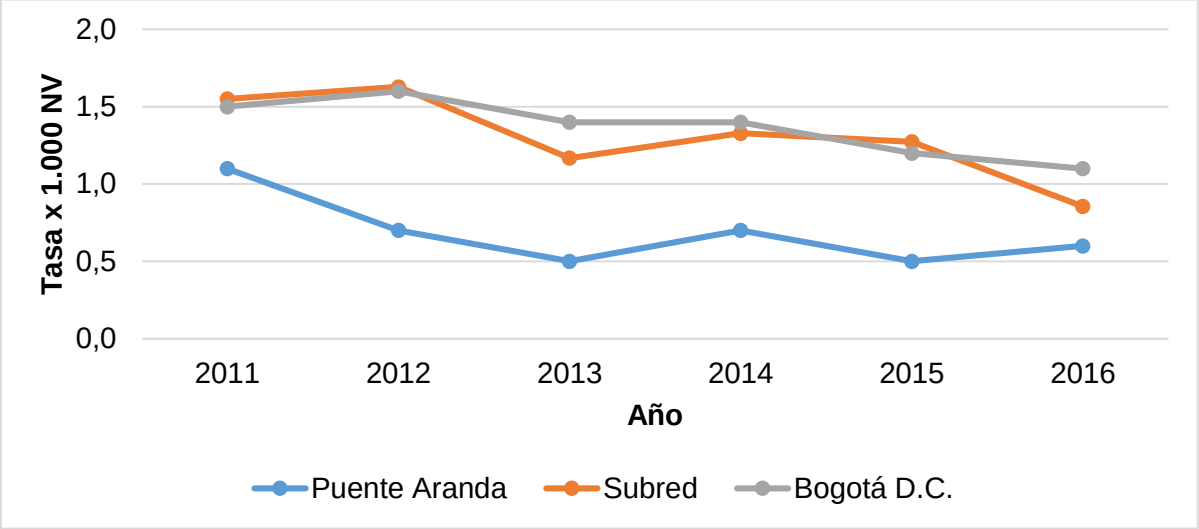
Gráfica 3. Nacimientos por edad de la madre, Localidad de Puente Aranda, 2011-2016



Fuente: SDS. Sistema de Estadísticas Vitales RUAF ND. 2011-2016

La localidad de Localidad de Puente Aranda ha presentado un descenso en la tasa fecundidad en menores de 15 años durante los últimos seis años, con una disminución del 49 % pasando de 1,1 nacimientos por cada mil mujeres de este grupo de edad en el 2011 a 0,6 en el 2016, este comportamiento se ha observado igualmente en la Subred Sur Occidente y en Distrito, aunque en la localidad presenta una tasa de fecundidad más baja en este grupo de edad.

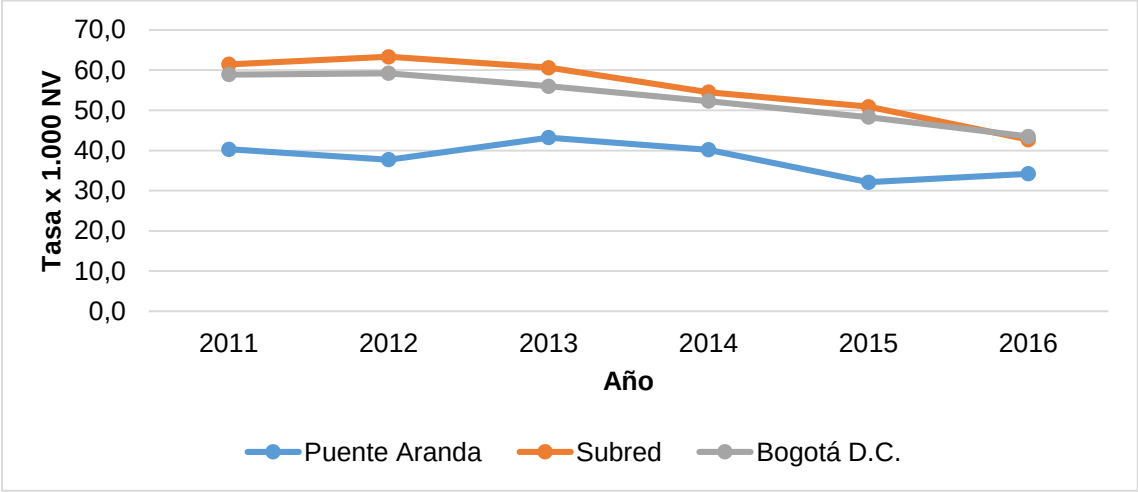
Gráfica 4. Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2011-2016



Fuente: Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades DANE y SDP 2000-2015 de junio 13 del 2008. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS RUAF ND

Para las adolescentes de 15 a 19 años, desde el año 2011 se ha presentado una reducción del 15 % en la tasa de fecundidad que para el año 2016 registra una tasa 34,2, frente a 40,3 en el 2011. Igualmente, en la Subred Sur Occidente y el Distrito se ha observado un descenso en este mismo período, en comparación, la localidad de Localidad de Puente Aranda presenta una tasa de fecundidad inferior.

Gráfica 5. Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito. 2011-2016



Fuente: Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades DANE y SDP 2000-2015 de junio 13 del 2008. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS RUAF ND.

En cuanto a las características de las madres se tiene que durante los últimos cinco años ha existido una baja identificación de adolescentes con pertenencia étnica, lo que puede deberse al subregistro e inadecuada captura del dato, ya que solo se identifican en este período 8 madres afrodescendientes y una indígena.

Frente al régimen de afiliación desde el 2012-2016 la mayor proporción de nacimiento de madres adolescentes pertenecen al régimen contributivo, sin embargo, esta prevalencia se ha incrementado pasando de 61,7 % en el 2012 a 74,8 %, por el contrario, la proporción del régimen subsidiado y no asegurado, han venido disminuyendo de forma importante, por ejemplo, en los no asegurados la proporción de nacimientos pasó de 13,2 % en el 2012 a 1,9 % en el 2016.

El nivel educativo, presenta un comportamiento irregular a lo largo del período, aunque la mayor prevalencia se encuentra en las adolescentes con educación media, seguidas por la básica secundaria, lo que se relaciona con la edad de las madres. Por otro lado, se destaca el incremento de las madres adolescentes con nivel técnico y tecnológico, el primero tuvo incremento de casi 4 puntos porcentuales entre el 2012 y el 2016 y el segundo pasó de 0,3 % en 2012 a 0,3 % en el 2016.

Tabla 11. Variables sociodemográficas de madres adolescentes de 10 a 19 años, localidad de Puente Aranda. 2012-2016

Variable sociodemográfica		2012		2013		2014		2015		2016	
		n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Etnia	Indígena	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Afrodescendiente	2	0,5	4	0,9	1	0,3	1	0,3	0	0,0
	ROM	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Raizal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Palenquero	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Ninguno	384	99,5	425	98,8	392	99,7	304	99,7	266	100,0
	Sin Dato	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Régimen de afiliación SGSSS	Contributivo	238	61,7	265	61,6	247	62,8	217	71,1	199	74,8
	Subsidiado	85	22,0	96	22,3	110	28,0	70	23,0	57	21,4
	Excepción	12	3,1	17	4,0	9	2,3	9	3,0	5	1,9
	Especial	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

	No asegurado	51	13,2	52	12,1	27	6,9	9	3,0	5	1,9
Nivel educativo	Preescolar	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0
	Básica Primaria	26	6,7	29	6,7	21	5,3	15	4,9	21	7,9
	Básica Secundaria	136	35,2	137	31,9	129	32,8	77	25,2	73	27,4
	Media	195	50,5	236	54,9	209	53,2	182	59,7	140	52,6
	Técnica	8	2,1	13	3,0	8	2,0	10	3,3	16	6,0
	Tecnológica	1	0,3	4	0,9	6	1,5	4	1,3	7	2,6
	Profesional	10	2,6	8	1,9	4	1,0	10	3,3	5	1,9
	Ninguno	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Sin Dato	10	2,6	3	0,7	15	3,8	7	2,3	4	1,5
Estado conyugal	Unión Libre	196	50,8	242	56,3	239	60,8	170	55,7	149	56,0
	Separada/divorciada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Viuda	0	0,0	0	0,0	2	0,5	0	0,0	0	0,0
	Soltera	169	43,8	174	40,5	135	34,4	118	38,7	109	41,0
	Casada	9	2,3	9	2,1	8	2,0	13	4,3	5	1,9
	Sin Dato	12	3,1	5	1,2	9	2,3	4	1,3	3	1,1
Total		**386**	**100**	**430**	**100**	**393**	**100**	**305**	**100**	**266**	**100**

Fuente: SDS. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS RUAF ND

La mayoría de las madres se encuentran en unión libre, aunque ha presentado un comportamiento oscilante se evidencia un incremento de esta proporción durante los últimos cinco años, en segundo lugar, se encuentra las madres solteras.

1.4. Conclusiones capítulo 1

La localidad de Localidad de Puente Aranda a pesar de contar con una mayoría de uso residencial cuenta con una de las zonas industriales de la ciudad que representa el 40 % del total del territorio, lo que representa particularidades en cuanto al uso del suelo y generando además impactos ambientales que repercuten no solo a lo localidad sino a sus alrededores, como la contaminación del aire por el importante número de industrias, contaminación por residuos sólidos y de fuentes hídricas, en las cuales juegan un papel importante los habitantes de calle, quienes hacen sus “cambuches” en las rondas de canales generando contaminación por acumulación de residuos.

Los indicadores demográficos de la localidad de Localidad de Puente Aranda muestran un acelerado crecimiento de la población en la etapa adulta y vejez, así

como un decrecimiento de la fecundidad y de la población infantil, así mismo se encuentra una mayor proporción de mujeres frente a los hombres en edades adultas y mayores. En la localidad de Localidad de Puente Aranda para el año 2016, 15,3 % de la población es mayor de 60 años, mientras que en Bogotá es del 11,9 %, sin embargo es necesario evaluar la forma en que se está envejeciendo, pues aunque la reducción de la población infantil ha disminuido el nivel de dependencia para las personas económicamente activas, el ritmo de crecimiento de la población mayor hará que esta tasa de dependencia aumente con una baja renovación de la población económicamente activa, además de la carga que representa la población mayor en el sentido que se ven afectados en su mayoría por afecciones crónicas, algunos sin tratamiento y otras limitaciones que requieren atenciones y demandan servicios tanto de salud como sociales.

En cuanto a la distribución de la población por UPZ, casi todas presentan un comportamiento uniforme con una mayor concentración entre los 20 y 39 años (entre el 7 % y 8 % del total encada quinquenio), sin embargo, la UPZ Localidad de Puente Aranda presenta un comportamiento diferencial con un porcentaje de hombres del 85 % y una mayor prevalencia de personas entre los 25 y 44 años (12 % y 18 % del total en cada quinquenio) y menor proporción tanto de población infantil y adolescente como de población adulta mayor; lo anterior, por su condición predominantemente industrial y comercial.

En este mismo sentido, aunque en Bogotá, en los últimos años se ha observado un descenso sostenido de los nacimientos, en la localidad de Localidad de Puente Aranda este comportamiento es más acentuado con una reducción del 10,9 % entre el 2011 y el 2016, frente a un 7,6 % en el Distrito y 6,7 % en la Subred. ´por otro lado, aunque la fecundidad ha reportado un comportamiento estable en la distribución por edad de las madres, se mantiene una reducción en las adolescentes con predominio en los grupos de 25 a 29 años, por el contrario, se observa un incremento en el grupo entre los 25 y 39 años, es decir la localidad se caracteriza por madres adultas.

2. ANÁLISIS DE CONDICIONES DE VIDA Y SALUD

La salud de los habitantes de la localidad no solo depende de las intervenciones médicas a los eventos de enfermedad que estos presenten, también está determinada por las circunstancias en que desarrollan su vida cotidiana, es decir, por sus condiciones de vida. La ley 1751 de 2015 define los determinantes sociales de la salud como “aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos”, y establece como deber del Estado “adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud”(4).

En este capítulo se analizan los determinantes en salud que condicionan la calidad de vida y salud de los habitantes en la localidad de Localidad de Puente Aranda. Este análisis requirió consolidar la información disponible en diversas fuentes.

La información recopilada se organizó en una matriz (anexo 1), usando como categorías ordenadoras las dimensiones del desarrollo propuestas en la metodología de la estrategia “PASE a la Equidad en Salud”: i) Población, ii) Ambiente (dividido en Ambiente Natural y Ambiente Construido), iii) Sociedad, iv) Economía, y v) Organización Político Administrativa. Cada condición de vida se intentó enmarcar en una de las dimensiones del Plan Decenal de Salud y en el ciclo de vida donde dicha condición tuviera mayor incidencia; sin embargo, algunas de las condiciones encontradas eran demasiado amplias para asignarles una sola dimensión del Plan Decenal y/o un solo ciclo de vida. Como parámetros de comparación de la información local se usan los datos de la Subred Sur Occidente y del Distrito Capital; no siempre se logró hacer tales comparaciones, pues la naturaleza de los datos es muy heterogénea en razón de la diversidad de fuentes utilizadas.

2.1. Dimensión poblacional

A continuación, se exponen las diferentes categorías relacionadas con la dimensión población de la estrategia BIT PASE a la equidad en Salud y las condiciones encontradas en la localidad respecto a cada categoría**.**

Tabla 12. Condiciones de vida en la dimensión Poblacional, localidad de Puente Aranda, 2016

Categorías ordenadoras	CONDICIÓN
Tamaño y distribución de la población	Para el año 2016, la localidad de Localidad de Puente Aranda cuenta con una proyección de 225.220 habitantes, con una distribución similar por sexo, siendo levemente mayor la proporción de las mujeres con un 50,3 %. Cuenta con una densidad poblacional de 130,1 habitantes por hectárea, por UPZ, de acuerdo a los últimos datos disponibles de población (2015), se tiene que Ciudad Montes es la más densamente poblada con 244,4 hab. /ha para el año 2015, seguida por San Rafael con 227,2 hab./ha, las UPZ con mayor concentración de población son las de tipo residencial consolidado mientras que las de uso industrial tiene una baja densidad.
Estructura de la población	Por momentos del curso de vida, la adultez tiene la mayor cantidad de población en la localidad con el 44,4 % con mayor proporción de mujeres, luego se encuentra la juventud con el 17 %, el momento con menor proporción es el de primera infancia con el 7,3 %, es decir que la localidad se caracteriza por concentrar población adulta en su mayoría y en proceso de envejecimiento progresivo.
Fecundidad	La tasa general de fecundidad presentó un incremento en el año 2016 frente al 2013, pasando de 34,7 a 38,3 lo que puede deberse a un cambio en la proyección de población que presentó un incremento en el número de habitantes para el 2016, considerando que durante los años anteriores la fecundidad mostraba una disminución progresiva. Para el año 2016, La tasa más alta de fecundidad se encuentra en el grupo de 25 a 29 años con 90,6 nacimientos por cada mil mujeres en este grupo de edad, seguido por el de 20 a 24 años con 84,2, es decir que la mayoría de las mujeres de la localidad son madres en la etapa juventud y adultez, por otro lado, en la Subred y en el Distrito la mayor tasa de fecundidad se encuentra en las mujeres entre 20 y 24 años (80,1 y 79,2, respectivamente). Asimismo, se ha presentado un descenso en la tasa fecundidad en menores de 15 años durante los últimos seis años, con una disminución del 49 % pasando de 1,1 nacimientos por cada mil mujeres de este grupo de edad en el 2011 a 0,6 en el 2016

Categorías ordenadoras	CONDICIÓN
Conformación familiar	De acuerdo con la Encuesta Multipropósito 2014, la localidad tiene un promedio de 1,01 hogares por vivienda y 3,08 personas por hogar, menor que en el Distrito (1,02 y 3,20, respectivamente). La mayor proporción de hogares es de tipo nucle ar con el 61 %, mientras que los hogares unipersonales reportan 13,5%, el cual se incrementó frente al 2011 donde fue de 10,4%. En el 42,4 % de los hogares se cuenta con jefatura femenina, siendo la tercera localidad en el Distrito con mayor proporción y con un incremento del 27 % frente al 2011.
Mortalidad	Para el 2015, la localidad reporta una tasa bruta de mortalidad de 4,6 superior al Distrito (3,7) y la Subred (3,3), esta tasa es mayor en hombres con 4,7 mientras que en las mujeres es 4,3. En cuanto a las causas de mortalidad, de acuerdo a la información más reciente del año 2014, la principal causa de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio seguido por las neoplasias, ambas relacionadas con condiciones crónicas
Inmigración y emigración	Según Encuesta Bienal de Culturas 2015, el 30,0 % de la población de la localidad de Localidad de Puente Aranda mayor de 13 años nació en un municipio fuera de Bogotá (por debajo del mismo indicador para Bogotá, que está en 38,6 %), y el 46,9 % es hijo(a) de madre nacida en un municipio fuera de Bogotá (por debajo del mismo indicador para Bogotá que está en 49,1 %).
Patrones de movilidad	Según Encuesta Bienal de Culturas 2015, la población mayor de 13 años de Localidad de Puente Aranda se moviliza principalmente por los siguientes medios (entre paréntesis se coloca el indicador de Bogotá para comparar): Carro particular 19,4% (11,6 %), Transmilenio 19,3% (29,2 %), SITP 18,8 % (11,4 %), Bus buseta y colectivo 18,2% (18 %), A Pie 11,2 % (15,4 %), Bicicleta 8,0 % (5,9 %), Taxi 2,1% (2,3 %), Moto 1,9 % (4,0 %). El 32,1 % de los encuestados calificaron como insatisfactorio y muy insatisfactorio su principal medio de transporte (el indicador Bogotá es 34 %).Desde la elaboración de la encuesta, se estima que el uso del SITP y de las motos se ha incrementado.

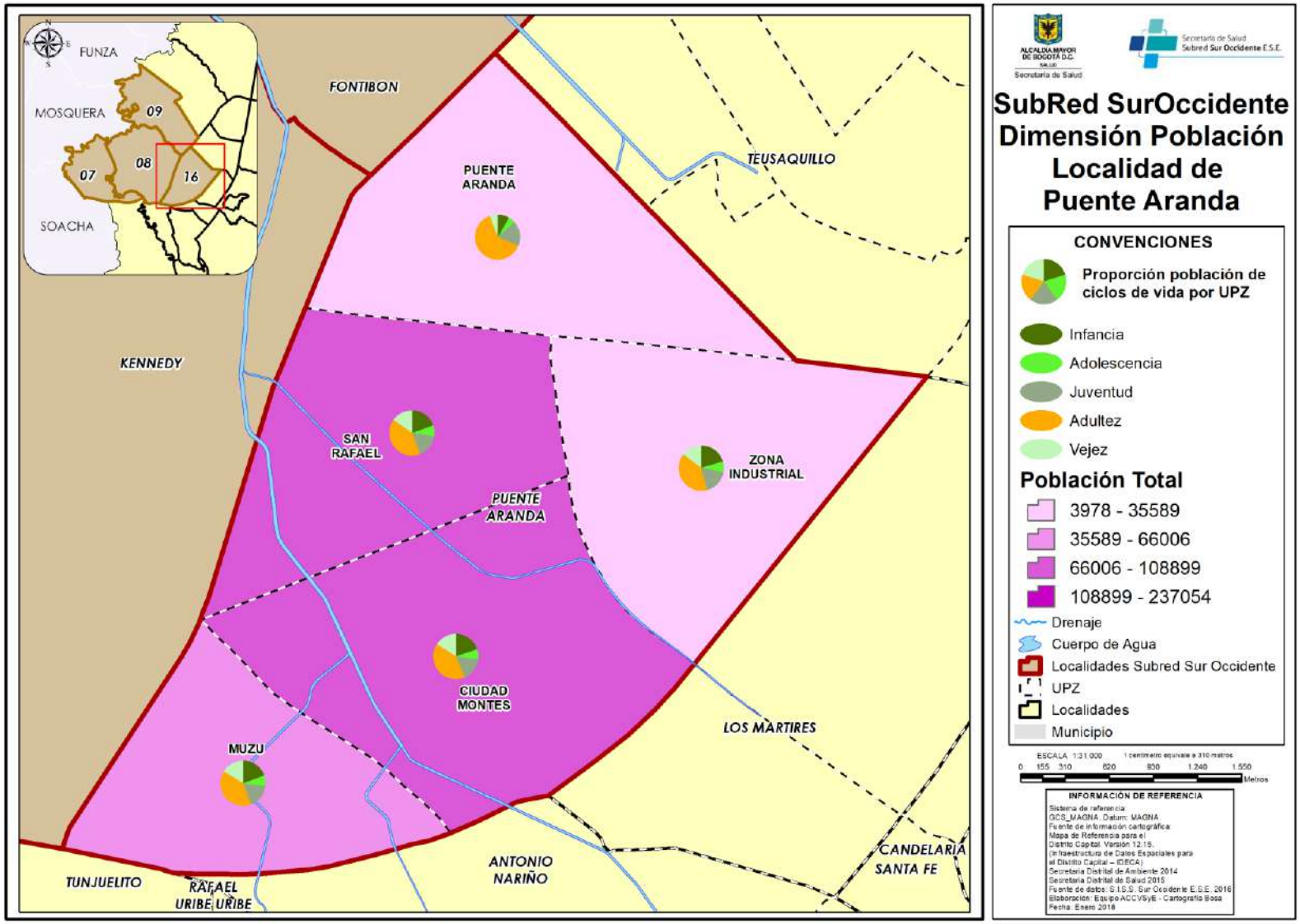
Categorías ordenadoras	CONDICIÓN
Presencia de población diferencial	De acuerdo a la información del ASIS diferencial, para la localidad de Localidad de Puente Aranda, los grupos poblacionales diferenciales que concentran mayor población es el de discapacidad con 10.621 seguido por el de etnias con 1.456 personas, dentro de este último los afrodescendientes tienen la mayor proporción con el 54 %. De acuerdo Encuesta Bienal de Culturas 2015 el 6,3 % de la población de la localidad pertenece a un grupo étnico, con mayor proporción de afrodescendientes, seguido por los ROM. para el 2011, la localidad cuenta con el mayor porcentaje de población habitante de calle en la Subred con un 43,7 %, que son 318 personas quienes pernoctan en la localidad

Fuente: Anexo 1, Capitulo 2, Documento Accvsye, Localidad Localidad de Puente Aranda. 2016

Para la dimensión poblacional se seleccionaron 8 categorías ordenadoras que dan cuenta de la situación poblacional de la localidad, en este sentido, al analizar la dinámica de la población, Localidad de Puente Aranda es la localidad que menos población tiene de la Subred y ocupa el 12^{avo} lugar en Bogotá. Las UPZ Localidad de Puente Aranda y Zona Industrial tienen una baja concentración de población, sin embargo, debido a su carácter industrial aportan de manera importante a la contaminación ambiental no solo de la localidad, sino del Distrito, generando un mayor riesgo de enfermedades respiratorias, gástricas y de piel, tanto a nivel agudo como crónico.

Respecto a los cursos de vida, la mayor población es la adulta, seguida de la juventud y la vejez, estas proporciones responden al envejecimiento progresivo de la localidad lo que genera una mayor tasa de dependencia para la población activa, así como una mayor carga para los sistemas de salud, considerando que la población mayor presenta alta prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidad. La mortalidad en la localidad está relacionada con enfermedades crónicas, que en concordancia con la estructura demográfica afecta en mayor medida a la población adulta mayor y adulta, si bien no es factor determinante, la edad se relaciona en mayor medida con condiciones ambientales y estilos de vida.

Mapa 2. Dimensión población, localidad de Puente Aranda



La tasa más alta de fecundidad se encuentra en el grupo de 25 a 29 años con 90,6 nacimientos por cada mil mujeres en este grupo de edad, seguido por el de 20 a 24 años con 84,2, es decir que la mayoría de las mujeres de la localidad son madres en la etapa juventud y adultez. En general, la localidad presenta un comportamiento similar en el tipo de familia frente al Distrito, no obstante, presenta un porcentaje más alto de jefatura femenina, esto puede ocasionar un incremento de la violencia intrafamiliar principalmente física, negligencia y económica, además elevados niveles de estrés de las madres por su alta carga laboral y familiar.

Del total de la población de Localidad de Puente Aranda el 6,3 % tiene alguna pertenencia étnica, a pesar que Bogotá por ser la capital es la principal receptora de población étnica, Localidad de Puente Aranda no se caracteriza por recibir un alto número de población debido a que representa un costo de vida más alto por la estratificación y tipo de vivienda. A pesar de la anterior, existen personas que se ubican en casas tipo inquilinato, que pueden presentar condiciones de hacinamiento generando riesgo de enfermedades infecciosas, además en situaciones de escasos ingresos se ve afectada la seguridad alimentaria conllevando a la desnutrición especialmente en la infancia. Esta población a su vez presenta barreras de acceso a la salud por no hacer uso del derecho de portabilidad generando o empeorando situaciones adversas de salud.

La población diferencial presenta mayor vulnerabilidad por el bajo acceso a oportunidades laborales, bajos ingresos, limitado acceso a servicios de salud y sociales, generando un mayor riesgo de morbimortalidad especialmente en extremos de la vida, infancia y vejez.

Por último, al analizar la movilidad en la dimensión poblacional, se encuentra que el 56,3 % de los habitantes de la localidad utilizan el transporte público como medio transporte, el cual se considera uno de los medios más insatisfactorios. Los largos tiempos de desplazamiento, la congestión e incomodidad pueden generan problemas en salud mental como trastornos, dolores de cabeza, estrés, entre otros.

2.2. Dimensión ambiente natural

A continuación, se exponen las diferentes categorías relacionadas con la dimensión ambiental de la estrategia BIT PASE a la equidad en Salud y las condiciones encontradas en la localidad respecto a cada categoría**.**

Tabla 13. Condiciones de vida en la dimensión Ambiente, Localidad de Puente Aranda, 2016

Categorías ordenadoras	Condición
Medio ambiente y recursos naturales	La localidad tiene un 100 % de suelo urbano, se caracteriza por tener un relieve plano, con algunas depresiones naturales a orillas del río Fucha y un ligero desnivel de oriente a occidente. De acuerdo al Plan Local Ambiental 2013-2016, existen 4 cuerpos hídricos, el principal es el Río Fucha y sus afluentes son el canal Río Seco, La Albina y Los Comuneros), los canales se estructuraron para el transporte de aguas lluvias, pero por falta de apropiación y presencia de conexiones erradas industriales y comunitarias se presenta contaminación por aguas negras e industriales, disposición inadecuada de basuras y escombros, invasión de rondas, presencia de habitante de calle, baja arborización y pocas zonas verdes, malos olores y proliferación de vectores.
Condiciones del aire	Según el informe anual de calidad del aire 2015, la concentración de PM10, que se considera contribuyen a efectos adversos en la salud, permite establecer que tres estaciones en la ciudad superan el límite anual permisible (50 µg/m3), siendo estas Localidad de Puente Aranda (53 µg/m3), Kennedy (66 µg/m3) y Carvajal-Sevillana (87 µg/m3), ubicadas en el suroccidente y sur de la ciudad, lo cual demuestra que esta zona representa altos niveles de contaminación en comparación con otros sectores, igualmente, esta localidad presentó el mayor promedio de concentración de monóxido de carbono. Según Diagnóstico Rápido de VSPC 2016, en las UPZ 108 Zona Industrial y 111 Localidad de Puente Aranda hay presencia de industrias y empresas que emiten gases contaminantes. A esto se suma las emisiones del transporte pesado que ingresa a algunas zonas de la localidad.
Riesgo de zoonosis	Según Diagnóstico Rápido de VSPC 2016, se identificó el barrio Gorgonzola (UPZ 108 Zona Industrial) con riesgo alto de zoonosis por presencia de perros callejeros que hacen sus necesidades en las calles.

Categorías ordenadoras	Condición
	Según Diagnóstico Rápido de VSPC 2016, en zonas aledañas al río Fucha y al canal Comuneros se observan roedores, zancudos y moscos, debido a que por ellos se canalizan aguas contaminadas.
Areas de riesgo y amenazas	Según el Diagnóstico ambiental de la localidad, es una de las dos zonas industriales de la ciudad, consideradas de alto impacto ambiental. En este sentido, y sumado a la zona residencial de la localidad las principales problemáticas ambientales son: contaminación atmosférica (fuentes fijas, móviles), alta contaminación de los ríos y canales y deterioro progresivo de su entorno, generación de asentamientos ilegales (habitantes de calle) en los alrededores de las fuentes hídricas, contaminación por residuos sólidos (escombros), aunado a la aparición de vectores plaga (ratas, palomas); contaminación auditiva, visual y riesgo tecnológico.
Uso del suelo	Si bien dentro de la localidad, las UPZ Zona Industrial y Localidad de Puente Aranda son de carácter industrial, lo que permite la ubicación de empresas e industrias, se localizan los espacios ecológicos parque Ronda Río Fucha, Canal de los Comuneros, Canal de la Albina y Canal de Río Seco, que conforman el suelo de protección, los cuales han sido afectados por la disposición inadecuada de residuos sólidos coma escombros y basuras. Además, de acuerdo al censo oficial de la Secretaría Distrital de Planeación a mayo del 2011 se ubican setenta y ocho (78) bodegas de reciclaje registradas, ocupando el quinto puesto como una de las localidades con mayor número de este tipo de establecimiento, lo que favorece la recuperación de material, pero de igual manera permite la permanencia del ciudadano habitante de calle y la dispersión del material que no es potencialmente comercializable.

Fuente: Anexo 1, Capitulo 2, Documento Accvsye, Localidad Localidad de Puente Aranda 2016

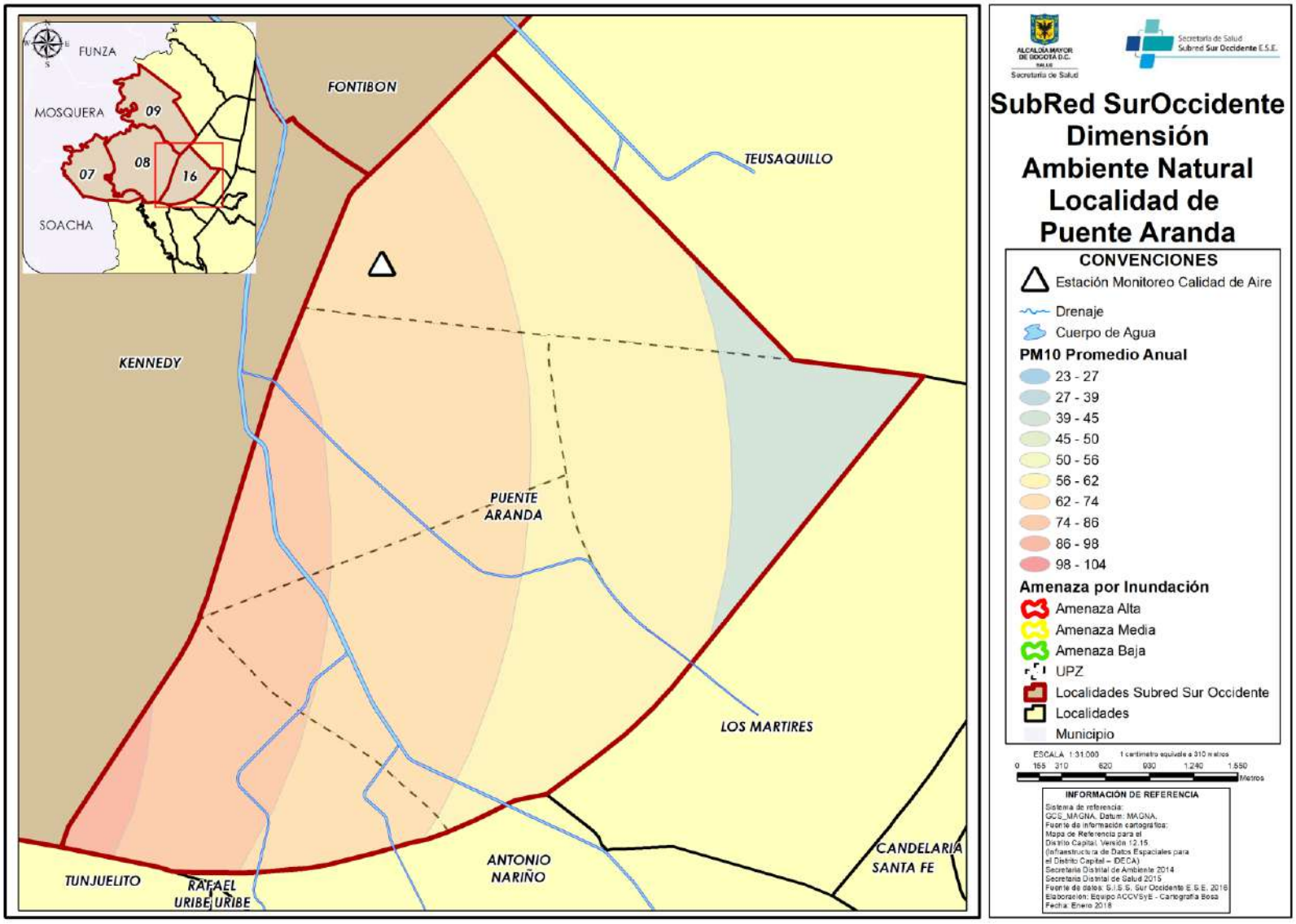
Para la dimensión ambiental se seleccionaron cinco categorías dentro de las cuales se encuentra el medio ambiente y los recursos naturales, al respecto, la localidad cuenta con 4 cuerpos hídricos, el principal es el Río Fucha y sus afluentes son el canal Río Seco, La Albina y Los Comuneros, a pesar de contar con estos cuerpos hídricos, no existe riesgo de inundación. El canal de los comuneros ha sido territorializado por los habitantes de calle, al asentarse allí y no hacer uso adecuado de los residuos generan contaminación en los cuerpos de

agua causando enfermedades infectocontagiosas, diarreicas, respiratorias y de piel (1).

Los canales se estructuraron para el transporte de aguas lluvias, estos por el contrario presentan contaminación por aguas negras e industriales, disposición inadecuada de basuras, invasión de rondas, baja arborización, malos olores y proliferación de vectores y plagas; condiciones que son factores de riesgo para la generación de enfermedades infectocontagiosas, diarreicas, respiratorias y de piel.

Por otro lado, Localidad de Puente Aranda tiene una baja densidad arbórea, donde la proporción de árboles por habitante es de 0,1611, y ocupa el décimo lugar entre las localidades de Bogotá, lo que traduce en la disminución de la producción de oxígeno y baja captura de partículas.

Mapa 3. Dimensión ambiente natural, localidad de Puente Aranda



Respecto a la calidad del aire, una de las principales problemáticas de la localidad es la mala calidad del mismo, asociada con las altas concentraciones de material particulado, menor a 10 micras (PM10) y gases, como consecuencia de las emisiones atmosféricas de las industrias y los vehículos de transporte pesado y público colectivo que circulan por la zona (5). La contaminación del aire genera enfermedades respiratorias a corto o largo plazo dependiendo del nivel de exposición, también se asocia a fatiga y dolores de cabeza crónicos, causados principalmente por el monóxido de carbono (6).

En otro sentido, la mayor densidad de predios con uso industrial se localiza en los barrios Centro Industrial, Salazar Gómez y Ortezal, Pensilvania e Industria Centenario (territorio social industrial y comercial), y en La Pradera, Trinidad y San Rafael Industrial (territorio social San Rafael). La localidad se caracteriza por la ubicación de industrias y comercio, principalmente en las UPZ Zona Industrial y Localidad de Puente Aranda. Esta zona configura un territorio social industrial y comercial, en el cual existe alto volumen de producción y transporte de materiales químicos y residuos peligrosos, con alta presencia de riesgos biotecnológicos (7). Lo anterior también origina una mayor recepción de personas trabajadoras de otras partes de la ciudad y fuera de ella, lo que podría generar menor sentido de pertenencia frente al cuidado del ambiente en la localidad.

En los recorridos territoriales realizados por el componente geográfico del equipo Accvsye local se pudo evidenciar en la intersección vial del puente de Venecia vías secundarias y andenes en mal estado, invasión de los andenes y nivel de ruido alto por las carretas con parlantes publicitando productos y música, contaminación atmosférica y auditiva por alto tráfico vehicular, en la Unidad deportiva la Alquería se identificó, tenencia inadecuada de mascotas y disposición de desechos. En el canal Río Seco se evidenció excretas humanas debido a la habitabilidad en calle, disposición inadecuada de residuos e insalubridad por olores, en el canal de Fucha ocurre lo mismo, además se hacen cambuches, así como se dejan abandonados escombros y objetos de casa que ya no son utilizados como muebles y colchones.

En el barrio Pensilvania se identificó malos olores por plantas de reciclaje, mala disposición de residuos y arquitectura deteriorada caracterizada por bodegas, presencia de habitante de calle, congestión vehicular, contaminación atmosférica debido a las industrias y el tráfico vehicular, ruido Medio-alto por tráfico vehicular.

En el barrio Florida Occidental se encontró presencia de cambuches y personas en habitabilidad de calle, basuras y bodegas de reciclaje que impactan el ambiente por la disposición de los residuos. Otro punto crítico de contaminación en la localidad de Localidad de Puente Aranda es el canal de comuneros ya que en este continuamente se evidencia presencia de habitantes de calle quienes hacen de este lugar su lugar de pernoctar por ende se presencia un fuerte olor a excretas humanas.

Por último, se resalta el sector de la cárcel modelo debido a que alrededor se han hecho recicladores quienes han instalado cambuches, generando a su vez escombros, mal manejo de residuos, generando condiciones de insalubridad y propagación de enfermedades, además de malos olores

2.3. Dimensión ambiente construido

A continuación, se exponen las diferentes categorías relacionadas con la dimensión ambiente construido de la estrategia BIT PASE a la equidad en Salud y las condiciones encontradas en la localidad respecto a cada categoría**.**

Tabla 14. Condiciones de vida en la dimensión Ambiente Construido, localidad de Puente Aranda, 2016

Categorías ordenadoras	Condición
Servicios públicos domiciliarios	De acuerdo a la encuesta multipropósito 2014 la cobertura para los hogares de los servicios públicos es de 99,6 % para agua, alcantarillado, recolección de basuras y luz, el 95,8 % en gas natural, el 63,2 % en telefonía fija y el 64 % en internet, el gasto promedio de los hogares en servicios públicos pasó de ser de 138.500 en el 2011 a 189.000 en el 2014

Categorías ordenadoras	Condición
Saneamiento básico	De acuerdo a la encuesta EMB 2014 Localidad de Puente Aranda el 99,6 % de los hogares cuenta con alcantarillado. Para el año 2014, desde la línea de calidad de agua y saneamiento básico se intervinieron 149 establecimientos educativos, 116 establecimientos en riesgo alto y 662 equipamientos con bajo riesgo, de los establecimientos intervenidos las medidas sanitarias que se tomaron fueron 2 en clausura temporal total, 6 con suspensión total de trabajos o servicios y 3 con suspensión total de trabajos o servicios. De los establecimientos intervenidos 294 tuvieron concepto favorable, 595 concepto pendiente y 27 desfavorable.
Espacio público	El espacio público efectivo por habitante en la localidad de Localidad Puente de Aranda es de 4,06 m2, superior al total del Distrito (3,69 m2), sin embargo, es muy inferior al estándar internacional de la OMS (11,5 m2). El espacio público verde por habitante es de 5,4, menor que en el nivel del Distrito y la recomendación de la OMS (6 y 9,2 m2, respectivamente). De acuerdo con el DADEP, en el año 2015 esta entidad recibió 1.644 solicitudes de denuncias de invasión al espacio público y recuperó un total de 750.931 m2 de los cuales, 37.655 corresponden a Localidad de Puente Aranda
Equipamiento en educación	Según la Caracterización del Sector Educativo en el 2015, la localidad cuenta con 91 colegios privados (86 %) y 15 Distritales (14 %). Según la monografía de la localidad 2011, adicionalmente se cuenta con 2 universidades, 1 centro tecnológico, 1 escuela tecnológica y 1 establecimiento de régimen especial
Equipamiento en salud	La localidad cuenta con cinco sedes de atención en salud, adscritas a la Subred Sur Occidente, de las cuales una corresponde a media complejidad, de acuerdo al portafolio de servicios de la Subred Sur Occidente. Además, se ubica el Centro Distrital de Salud que Incluye la Secretaría Distrital de Salud, Hemocentro Distrital y Laboratorio Distrital de Salud Pública. Como IPS privadas se identifican 77 en la localidad, distribuidas en todo el territorio de la localidad, las cuales no solamente atiende a personas residentes en Localidad de Puente Aranda, ya que también son atendidos personas externas a la localidad. Dentro de ellas se encuentran clínicas odontológicas, entidades prestadoras integrales de salud, clínicas entro otras.
Equipamiento en atención a urgencias	De acuerdo a bomberos Bogotá las emergencias y desastres que ocurran en la localidad son atendidos por la estación B4 Localidad de Puente Aranda ubicada en la localidad de Fontibón, UPZ granjas de techo. Cuenta con dos equipamientos de defensa civil uno en el barrio Cundinamarca y el otro ubicado en el barrio San Eusebio

Categorías ordenadoras	Condición
Equipamiento en recreación y deportes	En la localidad Localidad de Puente Aranda se localizan 5 equipamientos recreativos y deportivos que corresponden a 3 clubes, 1 coliseo y 1 estadio. En lo referente a parques, según la base de datos del Instituto de Recreación y Deporte, de 2011, se localizan 283 parques que suman 1.089.352,7 m², lo que equivale a 4,2 m² por habitante; ligeramente por debajo del promedio de la ciudad que registra 4,4 m²/hab. (SDP. Monografía 2011).
Equipamiento en seguridad	Se localiza una estación de policía y 6 CAI
Equipamientos culturales	Según Ficha local de Localidad de Puente Aranda 2016 de la Secretaría de Cultura, Recreación y Deportes, la localidad cuenta con 10 equipamientos culturales desagregados así: Bibliotecas 6, Casas de la Cultura 1, Museos 1, PPP 2. Las UPZ mejor equipadas es Ciudad Montes 5 (55 %). Comparado con el promedio distrital (6,5), Localidad de Puente Aranda tiene 3,5 equipamientos culturales por 100 mil habitantes, ocupa el puesto 15 de las 19 localidades con más equipamientos de este tipo por habitante, sin contar Sumapaz.
Equipamientos en vivienda	La encuesta multipropósito 2014, muestra que en la localidad el 18,3 % de las viviendas presentan problemas de humedad, con una disminución importante frente al 2011 (35,5 %) y siendo menor que el Distrito (25 %). Por otro lado, el 1,3 % de hogares presentan déficit cuantitativo de vivienda siendo la tercera localidad con el indicador más bajo (Bogotá 3,6 %), principalmente en las UPZ San Rafael y Muzú.
Presencia de CADES	1 Cade: Cade Localidad de Puente Aranda, en UPZ 111 Localidad de Puente Aranda
Malla vial	La localidad cuenta con vías principales de acceso como Av. Primero de Mayo, Avenida NQS (con Transmilenio), Av. Las Américas, Av. Carrera 50, Av. Cll 3, Cll 13 (con Transmilenio), y Crr 68. Cuenta con buenas vías de acceso, y una ubicación central en la ciudad. Según el Instituto de Desarrollo Urbano para el 2013, el 79,5 % de la malla vial arterial se encuentra en buen estado (70,3 % Bogotá), 12,8 % regular (17,3 % Bogotá) y 7,6 % mal estado (12,4 % Bogotá). En cuanto a la malla vial intermedia el 57 % se encuentra en buen estado (54,3% Bogotá), 16,5 % regular (12,9 % Bogotá) y 26,4 % mal estado (32,8 % Bogotá). La malla vial local se encuentra en un 19,7 % en buen estado (20,7 % Bogotá), 25,1 % regular (23,7 % Bogotá) y 55,1 % en mal estado (55,6 % Bogotá)

Categorías ordenadoras	Condición
Barreras de movilidad para personas con discapacidad	De acuerdo a la base de Vigilancia en Salud Pública de Discapacidad 2015, el 83 % presenta barreras en las calles, 66,8 % en las aceras, 68,3 % en los parques, 84 % en vehículos y solo el 6 % no reporta ninguna barrera. Según Diagnóstico Rápido de VSPC 2016, en el Barrio El Ejido (UPZ 111 Localidad de Puente Aranda) se detectó altas barreras de movilidad en espacio público para personas en condición de discapacidad. Estas barreras se encuentran en menor grado en toda la localidad, y se refieren a andenes sin rampas o calles en mal estado.

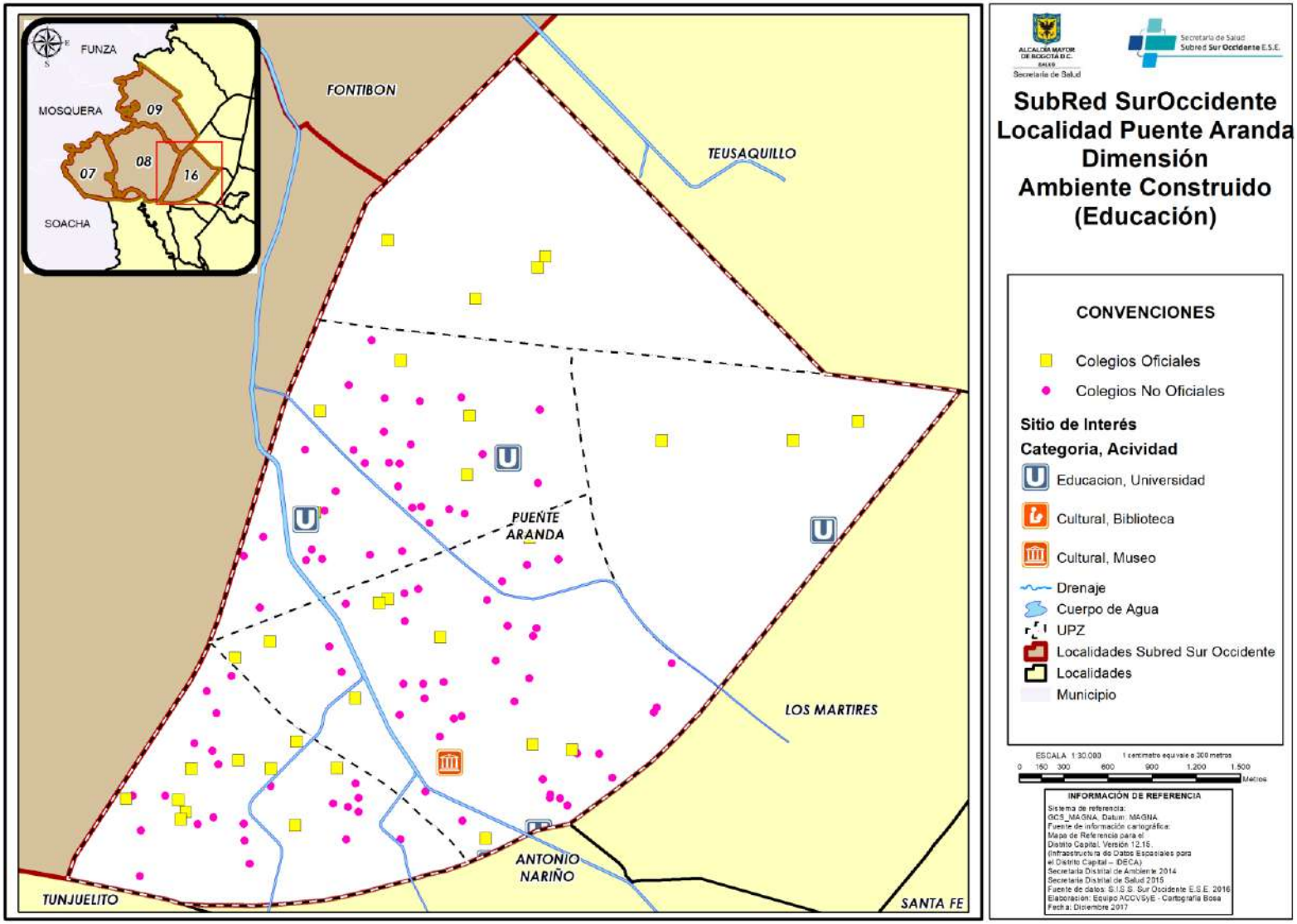
fuente: anexo 1, capitulo 2, documento accvsye, localidad de Puente Aranda 2016.

La metodología pase a la equidad cuenta con cuatro dimensiones del desarrollo, sin embargo, para efectos del análisis la dimensión ambiental se dividió en dos componentes ambiente natural y ambiente construido que da cuenta de la infraestructura con la que cuenta la localidad.

Al analizar las condiciones de vivienda, la localidad presenta mejores condiciones, en comparación con el promedio del Distrito, lo que hace de esta condición un factor favorable para la preservación de la salud de las personas, previniendo así enfermedades respiratorias, infecciones o afectaciones en la piel.

Entre las categorías de ambiente construido se encuentra la cobertura de los servicios públicos como agua y alcantarillado que de acuerdo a lo reportado en la mayoría de los servicios la cobertura es del 99 % siendo esto un potencial positivo para la salud en la localidad, al disminuir riesgo de infecciones gastrointestinales. Así mismo, el acceso a internet y telefonía permiten que las personas tengan una amplia red de comunicaciones lo que puede influir en posibilidades de acceso a solicitud de servicios de salud, información y educación promocional y preventiva, suministrada por la EAPB a través de estos medios.

Mapa 4. Dimensión ambiente construido en Educación, localidad de Puente Aranda

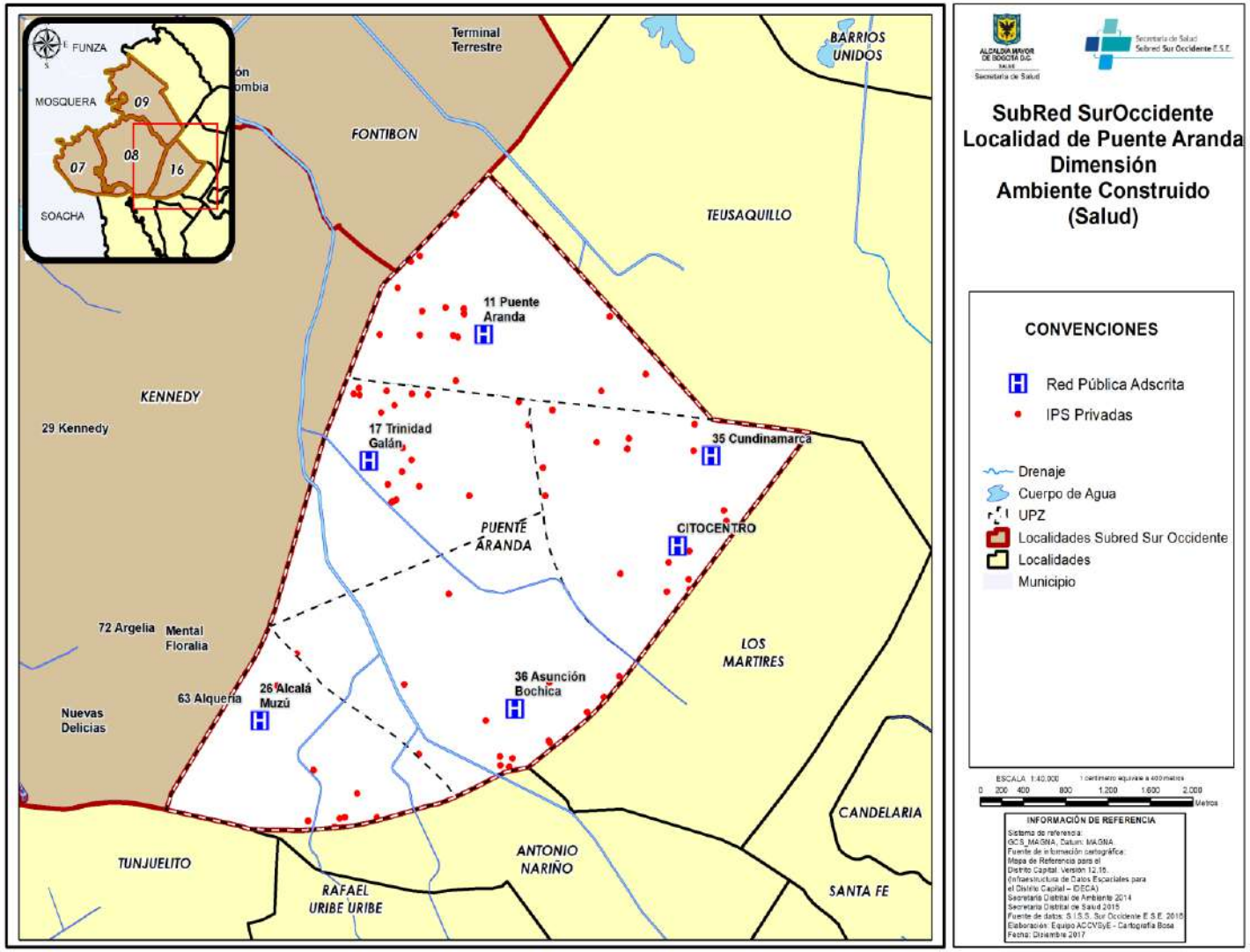


En los hallazgos de las Investigaciones socio-epidemiológicas de campo realizadas por vigilancia comunitaria de la Subred se identifica en el barrio Santander de la UPZ Ciudad Montes cables de luz expuestos en la vía, colgando, lo que puede ocasionar un accidente en los agentes viales debido a su contacto y carga eléctrica que puedan tener estos cables.

En cuanto a la educación básica y media, la oferta en la localidad es superior la demanda y la matrícula oficial, lo que puede explicarse por la disminución progresiva de la población infantil, sin embargo, existe una baja oferta de educación superior y si esto repercute en el acceso a este nivel educativo, puede generar una menor cualificación para el trabajo, ingresos bajos o inestables que afectan en la salud física y mental.

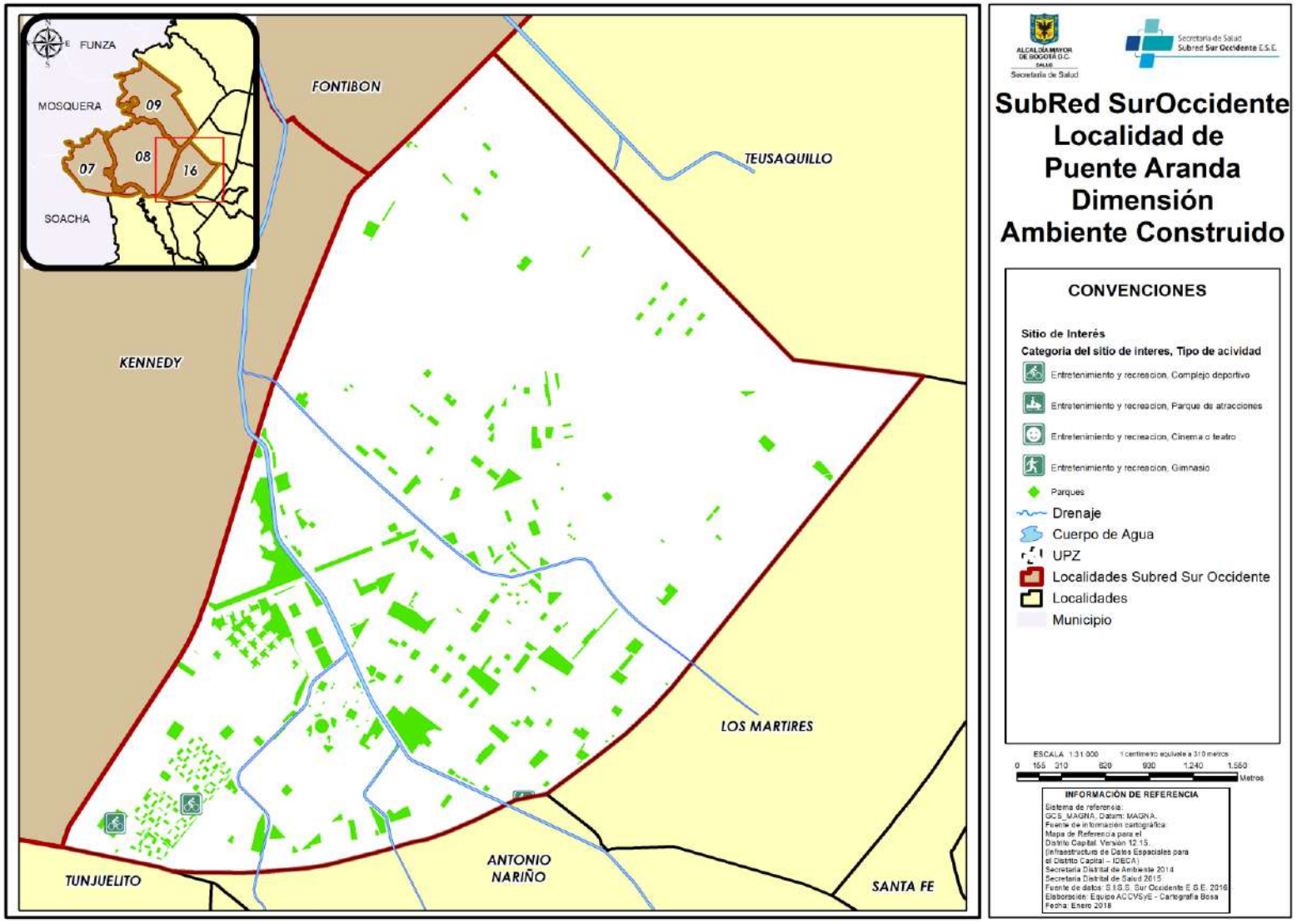
La localidad cuenta con una amplia oferta equipamientos en salud especialmente de sector privado, teniendo en cuenta que la mayor parte de la población pertenece al régimen contributivo, aun así, no se cuenta con una institución de alto nivel de complejidad, lo que requiere el direccionamiento de pacientes a otras localidades.

Mapa 5. Dimensión ambiente construido en Salud, localidad de Puente Aranda



Respecto a los equipamientos recreativos, deportivos y culturales se evidencia que este tipo de equipamientos permiten generar factores protectores en la comunidad ya que el acceso a zonas verdes y contar con espacios de recreación es un factor fundamental para promoción de la actividad física y la protección de la salud mental, que debe iniciarse desde la infancia y trascender en las etapas adulta y vejez donde es un factor relevante para la prevención de enfermedades crónicas, sin embargo, en los parques de bolsillo de la localidad se ha presentado focos de inseguridad ya sea por robo o porque se convierten en espacios para consumir spa, lo que desmotiva la intención de la población para realizar cualquier tipo de actividad a los parques (8).

Mapa 6. Dimensión ambiente construido, localidad de Puente Aranda

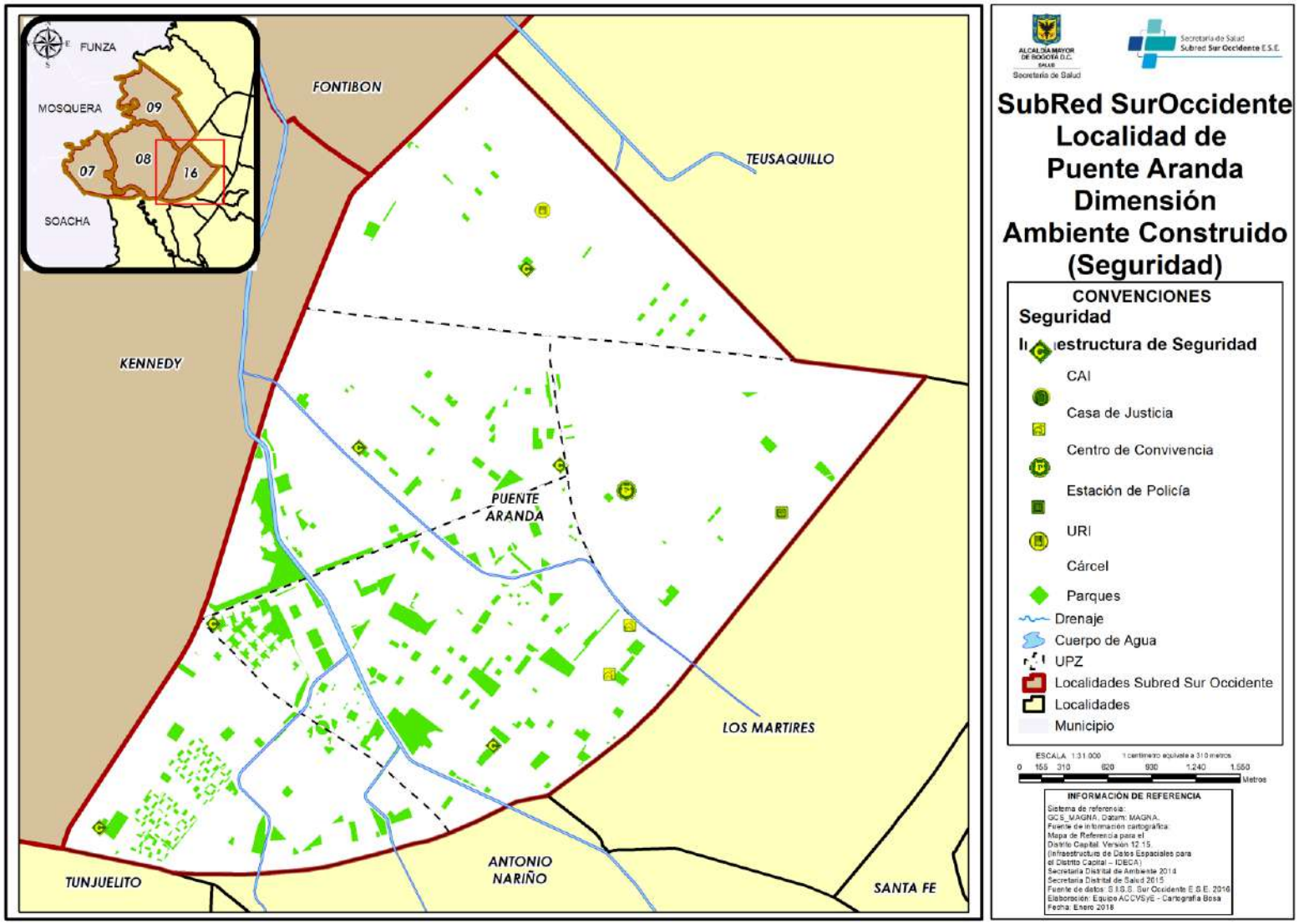


En los recorridos territoriales se pudo evidenciar algunos equipamientos recreativos como lo son el Polideportivo Jazmín, el parque de los Skaters, el parque Santa Matilde y la Unidad Deportiva La Alquería. Presentan problemáticas como el consumo de SPA, la tenencia inadecuada de mascotas y la proliferación de palomas.

La oferta de equipamiento culturales no garantiza el acceso y utilización de los mismos, además se requiere un ejercicio de promoción y divulgación para lograr que las personas aprovechen de forma adecuada el tiempo libre, especialmente niños y adolescentes, previniendo conductas nocivas como el pandillismo, consumo de SPA, embarazo adolescente y conducta suicida.

Al considerar las condiciones de seguridad se identifica que la inseguridad en la localidad genera causas mortales y no mortales, aunque la localidad ha reportado una disminución de la tasa de mortalidad por causas externas (homicidios, suicidios, accidentes de tránsito) pasando de 25,5 en 2012 a 21,8 en 2014, asimismo, según la encuesta multipropósito 2014, el 61,8 % de las viviendas tiene problemas de inseguridad con una reducción frente al 2011 (72,3 %), no se puede desconocer el riesgo de afectaciones en la salud mental dado por trastornos del sueño, irritabilidad, trastornos de concentración, entre otras. La localidad ha sido víctima de la delincuencia común siendo los actos delictivos más comunes el robo de autos, autopartes, celulares.

Mapa 7. Dimensión ambiente construido en Seguridad, localidad de Puente Aranda



Por último, la malla vial local presenta el mayor porcentaje de deterioro y sobre estas vías reside la mayor proporción de población, lo que conlleva a un mayor riesgo de enfermedades respiratorias y de la piel por la mayor aspiración de polvo, tierra, estancamiento de aguas y presencia de basuras, así como la poca o nula accesibilidad de personas con discapacidad.

2.4. Dimensión social

A continuación, se exponen las diferentes categorías relacionadas con la dimensión social de la estrategia BIT PASE a la equidad en Salud y las condiciones encontradas en la localidad respecto a cada categoría**.**

Tabla 15. Condiciones de vida en la dimensión Social, localidad de Puente Aranda, 2016

Categorías ordenadoras	Condición
Seguridad	De acuerdo a la EMB 2014 la proporción de viviendas con problemas de inseguridad es de 61,8 %. La ficha local de Localidad de Puente Aranda de la Secretaría de Cultura, recreación y deporte menciona que, en relación con temas asociados a la convivencia, en el año 2015 Localidad de Puente Aranda fue la localidad número 8 con menor participación en delitos de impacto social. En 2015, Localidad de Puente Aranda fue la localidad número 13 con mayor participación en la tasa de homicidio en Bogotá; en el 2014 la tasa fue de 8,1 homicidios por cada 100.000 habitantes, y en el 2015 de 8,9. En materia de seguridad en parques, Localidad de Puente Aranda es la localidad número 11 con mayor número de casos en riñas y consumo de narcóticos, y novena en casos de hurto. En 2015 se presentan 866 hurtos a personas, correspondiente al 3,1 % del total de la ciudad.
Educación	La tasa de aprobación para el 2015 es del 97,2 % en el sector no oficial y 87,1 % en el sector oficial frente al 88,7 % del total de Bogotá. La tasa de deserción es del 3,7 % en el sector oficial y 0,8 % en el no oficial, mientras que en Bogotá es del 2,3 %.
Vivienda	De acuerdo a la EMB 2014, el 0,1 % de las personas tiene vivienda inadecuada (1,8 % Bogotá), el hacinamiento es de 0,4 % (2 % Bogotá), en el 18,3 % de las viviendas presenta problemas de humedad en paredes, pisos o techos, el déficit cuantitativo de

Categorías ordenadoras	Condición
	la vivienda es de 4,8 %, el 79 % de hogares gastan menos de diez minutos caminando para acceder a parques o zonas verdes.
Práctica recreativa y deportiva	De acuerdo al informe Cómo Vamos en localidades 2015, en Localidad de Puente Aranda el porcentaje de práctica de algún deporte es de 33,4 %, menor que en Bogotá (33,9 %), por el con trario, la tendencia al sedentarismo es de 31,9 % y Bogotá se encuentra en 37,7%
Acceso efectivo a espacios culturales	Según Encuesta Bienal de Culturas 2015, los porcentajes de habitantes de Localidad de Puente Aranda mayores de 13 años que en los últimos 12 meses NO han asistido ni una vez a las siguientes actividades culturales son (el indicador de Bogotá está entre paréntesis, para comparar): Obras de Teatro 67,9 % (71,7 %), Actividades de Artes Plásticas y Visuales 77,4 % (78,3 %), Presentaciones de danza 75,6 % (73,3 %), Salas de cine o espacios de exhibición de películas 60,6 % (57,2 %), Presentaciones de música en vivo 69,8 % (66,0 %). La participación de la población de Localidad de Puente Aranda en eventos de danza, cine y música en vivo es inferior a la media bogotana, y superior a ella en eventos de artes plásticas y obras de teatro. En cuanto a los motivos de inasistencia (el indicador Bogotá se encuentra entre paréntesis) 11% manifiesta no haber asistido por falta de dinero (21,6 %), el 23,2% por falta de interés (18,9 %) y el 42,4 % por falta de tiempo (33,2 %)
Pobreza	Según la EMB 2014, en Localidad de Puente Aranda el 2,5 % de personas son pobres por NBI y 0,2 % se encuentran en miseria, frente al 2011 se observa una disminución de la pobreza (3,4 %) y un incremento de la miseria (0,1 %), mientras que Bogotá tiene 4,2 % de pobreza y 0,2 % de miseria. En cuanto al índice de condiciones de vida Localidad de Puente Aranda registra un 93,6, igual que en el 2011 y superior al total de Bogotá que tiene 92,0. De acuerdo al Informe de calidad de vida de Bogotá cómo vamos?, para el 2014, el índice de pobreza multidimensional de la localidad es de 8,2 %, número 14 a nivel Distrital e inferior que Bogotá (11,3 %), así mismo el 12,5 % de la población se encuentra en pobreza y 5,8 % en pobreza extrema, Bogotá registra 15,8 % y 4,1 % respectivamente, similar al comportamiento de NBI. En cuanto a la desigualdad por ingresos, el coeficiente de Gini es de 0,431, inferior al de Bogotá 0,504, es decir que la localidad es menos desigual y ocupa el lugar 13 dentro de las localidades más desiguales por ingresos. Además, en la localidad se ha venido visibilizando el problema de la pobreza oculta, por ejemplo, de acuerdo a la EMB 2011 Localidad de Puente Aranda ocupa el tercer lugar, con Rafael

Categorías ordenadoras	Condición
	Uribe U, en el porcentaje de hogares de estrato 3 y 4 sin capacidad de pago y con jefe de hogar de 35 años y más (11 %).
Coberturas en salud	De acuerdo a datos de la SDS 2016, el 84,6 % de las personas de la localidad se encuentran afiliadas al régimen contributivo (Bogotá 77,5 %, Subred 75,8 %), 8,6 % son de régimen subsidiado (Bogotá 14,6 %, Subred 12,7 %), 2,6 % de excepción (Bogotá 2,6 %, Subred 2,6 %) y 0,7 % son no afiliados (Bogotá 0,6 %, Subred 0,7 %). En cuanto a las coberturas de vacunación, durante los últimos años Localidad de Puente Aranda no ha tenido coberturas útiles para los biológicos trazadores Polio y triple viral, para el 2016 fue de 80,6 % y 71,7 %, respectivamente.
Bienestar y protección social	De acuerdo a la monografía de la localidad 2011 realizada por la SDP la mayor cantidad de equipamientos de la localidad corresponde al sector de bienestar social con 168 equipamientos, dentro de los cuales se destacan los destinados a la asistencia básica que representan el 91,7 %, en este grupo se encuentran los jardines sociales e infantiles, casas vecinales, hogares infantiles y comunitarios que atienden a los menores, con edades entre los 0 y 5 años, clasificados entre los estratos 1 y 2. Entre estos equipamientos hay 2 de asistencia integral al hogar-familia, 6 equipamientos de asistencia y rehabilitación a grupos vulnerados, 2 de control de riesgos específicos 4 de administración, información y recepción.
Prácticas sociales y culturales, estilos de vida	Según Diagnóstico Rápido de VSPC 2016, en la UPZ 40 Ciudad Montes, barrio El Ejido: se ha detectado inadecuado manejo de residuos sólidos por parte de la ciudadanía, existen puntos críticos de botaderos de basura en el barrio. En la UPZ 40 Ciudad Montes, se ha identificado inadecuada tenencia de mascotas que dejan sus heces en los parques del sector y no son recogidas por sus dueños o cuidadores.

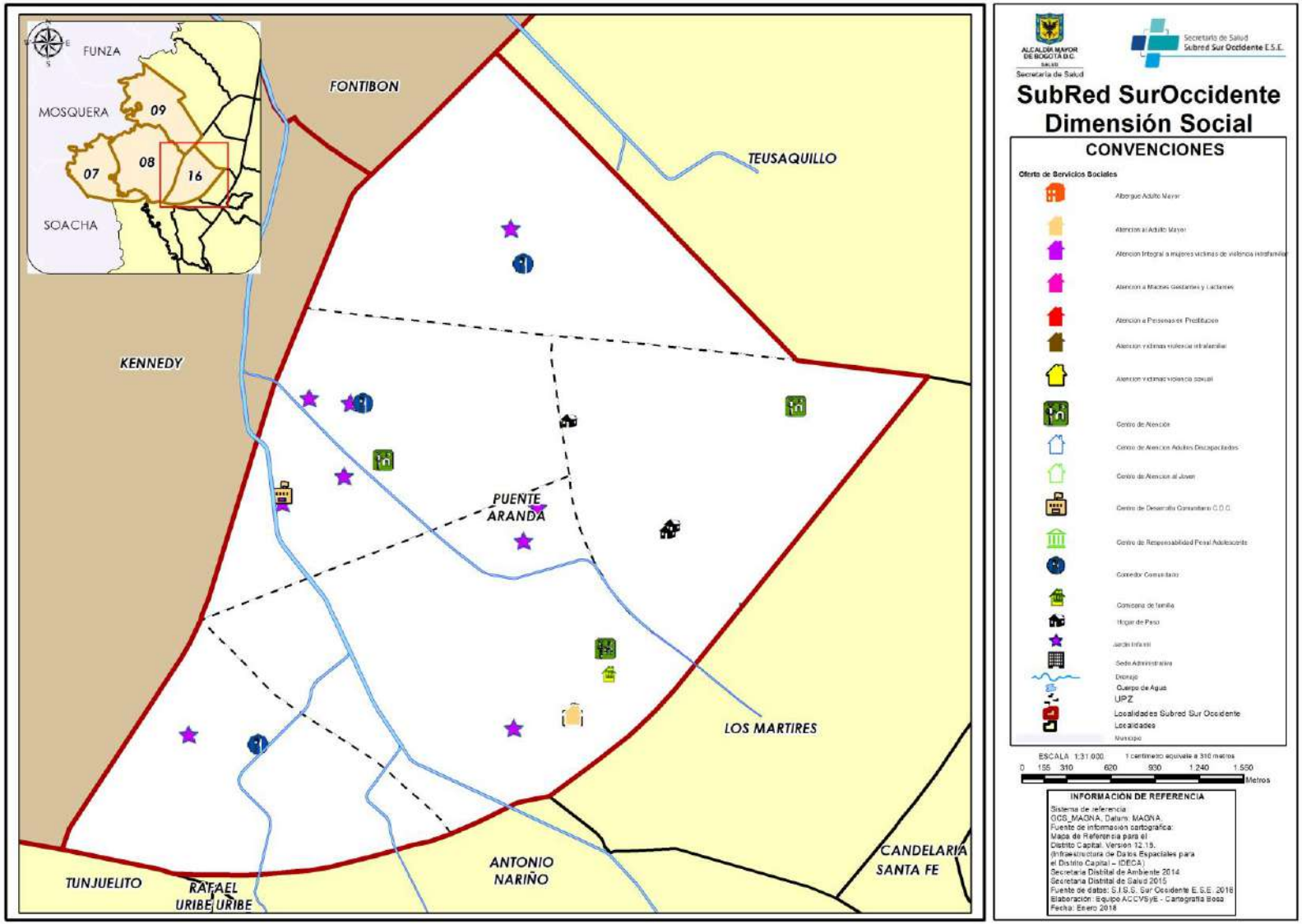
Fuente: Anexo 1, Capitulo 2, Documento Accvsye, localidad de Puente Aranda 2016.

En la dimensión social se partió de las categorías ya establecidas en ambiente construido, de tal forma que en las categorías de la dimensión no se nombrara lo correspondiente a infraestructura, sino a las dinámicas propias que se dan dentro de esas estructuras. En este sentido, se analizaron las condiciones de la vivienda, los servicios de educación y salud, el acceso a espacios recreativos, deportivos y culturales, entre otros.

Las condiciones inadecuadas de la vivienda permiten una mayor presencia de vectores, enfermedades respiratorias y de la piel, así como un mayor riesgo de accidentes, sin embargo, Localidad de Puente Aranda

La educación es un factor fundamental para que se puedan dar cambios en la sociedad, la localidad cuenta con 91 colegios privados y 15 distritales y aunque la oferta responde a la demanda, Localidad de Puente Aranda tiene una importante tasa de deserción, especialmente en el sector público. La calidad en la educación permite generar en los adolescentes patrones de comportamiento necesarios para tener una convivencia sana y hacer buen uso del tiempo libre, es en estas instituciones donde se afianza la labor hecha por los padres, donde se brindan herramientas para que puedan enfrentar la sociedad, pero muchas veces la calidad de los colegios en especial oficiales, impiden que se den condiciones favorables para el desarrollo de la personalidad

Mapa 8. Dimensión Social, localidad de Puente Aranda



La mayor parte de la población se encuentra afiliada al régimen contributivo, esto coincide con la mayor presencia de instituciones de salud de este tipo, a pesar de ello, no se garantiza el acceso a los servicios de salud, por problemas de afiliación, cambios de régimen, autorizaciones y entrega de medicamentos, especialmente en la población adulta mayor, quienes son los que más demandan los servicios.

Los equipamientos de bienestar social generan factores protectores en la comunidad ya que son centros especializados que brindan atención a toda la población atendiendo necesidades específicas, los centros de atención al adulto mayor, los jardines infantiles permiten identificar desde su quehacer situaciones potencialmente riesgosas para la salud, lo importante en esta detección en la canalización oportuna a los servicios de salud. Estos centros de bienestar y protección social están dirigidos básicamente a personas con un grado de vulnerabilidad alto. Una de las dificultades que se presentan es el desconocimiento que las personas tienen de estos equipamientos y a pesar que la población en su mayoría están en estrato 3, existen situaciones de vulnerabilidad que pueden ser atendidos por estos centros.

El desconocimiento, en la mayoría de ocasiones, de actividades culturales que se ofertan de forma gratuita limitan el acceso a este tipo de espacios, así mismo, largas jornadas laborales impiden que los jóvenes y adultas asistan y, por ende, no acompañen a niños y adolescentes. Esta falta de momentos de dispersión y de aprovechamiento del tiempo libre, ocasiona mayores cargas de estrés, frustración y falta de esparcimiento. A su vez, la falta de práctica recreativo y deportiva constituye un factor de riesgo para la aparición de enfermedades como el sobrepeso y obesidad y subsecuentemente la diabetes, hipertensión, enfermedades del sistema circulatorio, además problemas en salud mental, como estrés, depresión, entro otras.

Respecto a la seguridad, Localidad de Puente Aranda tiene una de las tasas de homicidios más bajas en Bogotá, asimismo en otros temas de inseguridad se

encuentra dentro de las más bajas, no obstante, existen focos en diferentes sectores de la localidad que se consideran inseguros, donde existe mayor riesgo de mortalidad por causas violentas y otras causas externas.

En general la localidad presenta menores índices de pobreza que el promedio distrital, no obstante, se encuentra en crecimiento el fenómeno de la pobreza oculta debido al deterioro de los ingresos, informalidad y desempleo, que desencadena en un empobrecimiento que va desde las clases bajas hasta las clases medias, lo que visibiliza claramente sus necesidades para atenderlas, dentro de las que se cuenta bajo acceso a programas de asistencia social, barreras de acceso a la salud.

2.5. Dimensión económica

A continuación, se exponen las diferentes categorías relacionadas con la dimensión económica de la estrategia BIT PASE a la equidad en Salud y las condiciones encontradas en la localidad respecto a cada categoría**.**

Tabla 16. Condiciones de vida en la dimensión Económica, localidad de Puente Aranda, 2016

Categorías ordenadoras	Condición
actividades económicas	Localidad de Puente Aranda es el epicentro de la actividad industrial de la capital y de gran importancia a nivel nacional, registró una estructura empresarial concentrada en el sector de los servicios (69 %). Otros sectores que se consolidaron en la economía de la localidad fueron la industria (26 %) y la construcción (3 %). La estructura empresarial es similar a la de Bogotá, es decir, con predominio de las microempresas (85 %) y PYMES (14 %) (Cámara de Comercio de Bogotá 2007-2009). Además, cuenta con zonas comerciales tan amplias como el San Andresito de la Carrera 38 y Las Américas, (sectores llenos de almacenes y centros comerciales que venden todo tipo de ropa y electrodomésticos a bajo costo.

Categorías ordenadoras	Condición
incidencia del desempleo	De acuerdo al informe Cómo Vamos en localidades 2015, la tasa global de participación de Localidad de Puente Aranda es de 57,6 % siendo la más baja a nivel del Distrito, al igual que la tasa de ocupación con un 55,4 %.
incidencial del trabajo informal	De acuerdo al informe Cómo Vamos en localidades 2015, la tasa de informalidad en Localidad de Puente Aranda es de 38,4 %, número 12 a nivel distrital, De acuerdo al diagnóstico local 2009 el área industrial, se encuentra comprendida entre las calles 13 y 22, desde la Avenida 68 hasta la carrera 30, las industrias alrededor de estas industrias se generan unidades productivas informales que precarizan las condiciones laborales de los trabajadores y no cumplen con normas ambientales, ni ocupacionales, lo mismo pasa con el área comercial, que se encuentra establecida principalmente en el sector correspondiente a la calle 13 hasta la Avenida 6 y de la Avenida 68 a la carrera 30, conocido como “San Andresito”. Este sector ha sido punto de referencia comercial para la población capitalina, al existir oferta y demanda de productos importados y nacionales.
costo de vida en la localidad	De acuerdo a la monografía local 2011 que realizó la SDP el gasto promedio mensual en servicios públicos para Localidad de Puente Aranda alcanzó los $138.461, por encima del promedio para el Total Bogotá. El gasto promedio mensual en acueducto fue de $54.357, en energía eléctrica $62.989 y en gas natural de $20.486.
ingreso per capita de la localidad	De acuerdo al boletín 49 de prosperidad de la SDP 2013 la localidad tiene un ingreso per cápita de $782.973. La monografía local 2011 realizada por la SDP indica que el 10,1 % de las personas son pobres por ingresos y el 3 % son personas en indigencia por el ingreso. La percepción sobre los ingresos para la localidad de Localidad de Puente Aranda del total de los hogares, el 16,3 % afirma que sus ingresos no alcanzan para cubrir los gastos mínimos, el 57,1 % dice que sus ingresos solo alcanzan para cubrir los gastos mínimos y el 26,6 % reporta que sus ingresos cubren más que los gastos mínimos.

Categorías ordenadoras	Condición
seguridad alimentaria	De acuerdo a la monografía local 2011 realizada por la SDP en la localidad de Localidad de Puente Aranda la prevalencia de la inseguridad alimentaria en el hogar (ISAH) fue del 21,7 %. El 39,3 % de los/as jefes de hogar perciben una mejoría en las condiciones de alimentación de los miembros del hogar, con una participación 2,7 puntos porcentuales superior a la de total Bogotá, La razón principal argumentada por lo/as jefes de hogar para la mejora en las condiciones de alimentación, tanto en Localidad de Puente Aranda como a nivel de total Bogotá, es que mejoraron los ingresos. Cambios que hicieron en los alimentos que consumen, fue la principal razón de la mejora en el 19,9 % de los hogares. En contraste con la situación anterior, en Localidad de Puente Aranda el 7,8 % de los/as jefe/as de hogar reportó que las condiciones de alimentación de los miembros del hogar empeoraron. Esta participación es 1,1 puntos porcentuales inferior a la observada en el total Bogotá. Las principales razones, reportadas por lo/as jefes de hogar, por las cuales empeoraron las condiciones de alimentación en Localidad de Puente Aranda son: 1) la baja en los ingresos o una pérdida económica importante, 2) el aumento de los precios de los bienes y servicios que consume el hogar y 3) porque una o más personas del hogar perdieron el empleo.
estratificación socioeconómica en la localidad	De acuerdo a la monografía 2011 de la localidad realizada por la SDP, de las personas que se encuentran en este estrato socioeconómico medio bajo (3), el 42,8 % se ubica en la UPZ Ciudad Montes, el 29,8 % en San Rafael y el 22,5 % en Muzú, representando en su conjunto el 95,0 % de la población de la localidad en este estrato. La población sin estratificar se distribuye de la siguiente manera: Localidad de Puente Aranda (70,5 %), San Rafael (22,8 %), Zona Industrial (3,7 %), Ciudad Montes (2,0 %), y Muzú (1,0 %). El 54,0 % de los habitantes de la localidad que pertenece a estrato bajo (2) se encuentra en la Localidad de Puente Aranda y el 46,0 % en Zona Industrial.

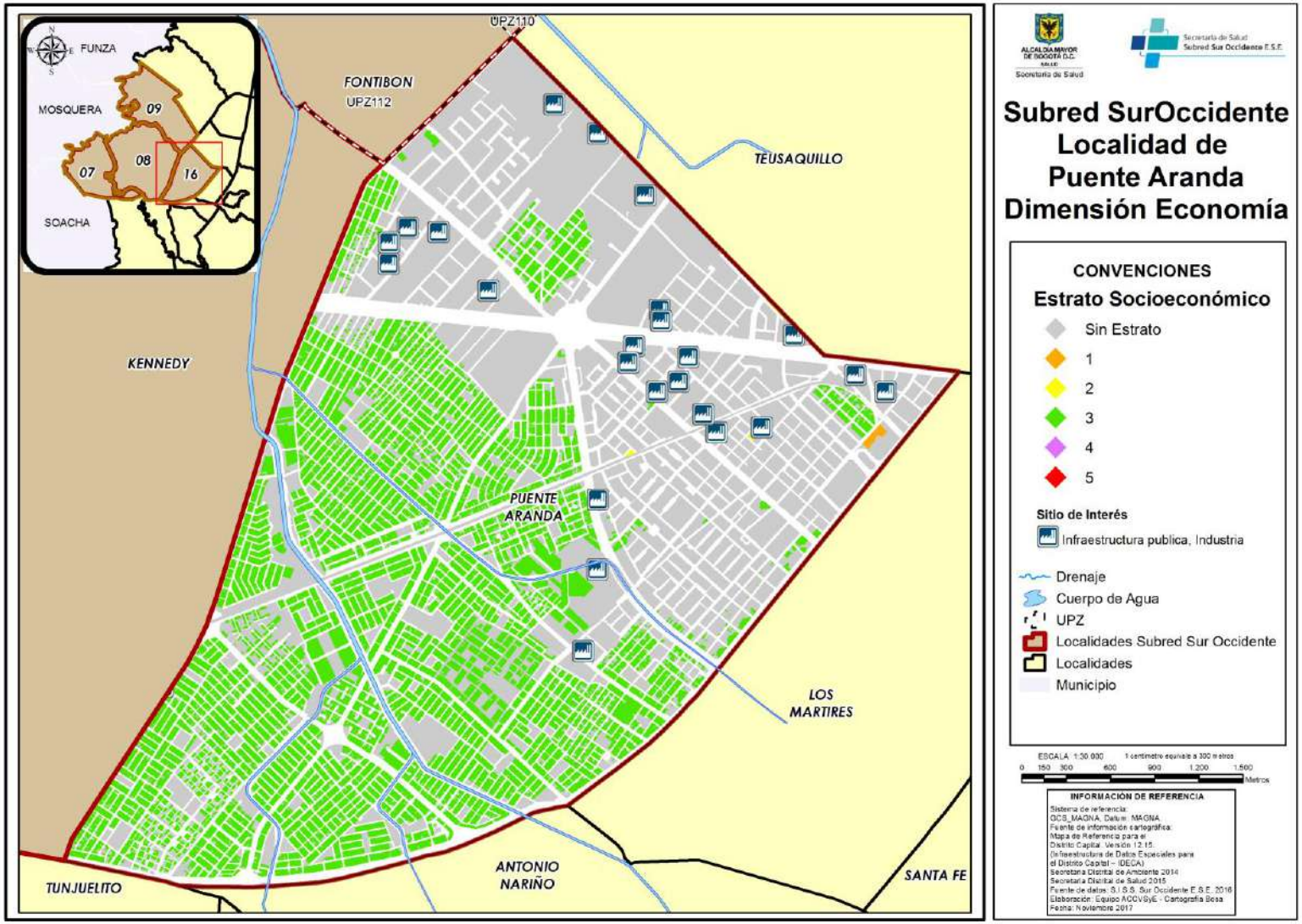
Fuente: Anexo 1, Capitulo 2, Documento Accvsye, Localidad de Kennedy 2016

Para la dimensión económica se tuvo en cuenta el ingreso de los hogares, las condiciones de empleo, el costo de la vida, la estratificación económica y la seguridad alimentaria, es así como analizando el ingreso, no solo en la localidad sino a nivel general, es un determinante intermedio fundamental para el desarrollo de los hogares, sin este, el acceso a la canasta familiar y a los servicios se reduce,

disminuyendo así la calidad de vida de las personas, esto se atribuye a su vez a las dinámicas propias de la localidad tales como la informalidad que abarata la obra de mano, así mismo desde lo estructural, el Estado no garantiza a la población el acceso a un empleo formal con condiciones dignas lo que empeora el panorama siendo consecuencia las afectaciones en salud, por la no disposición de recursos, entre los más importantes la afiliación a la salud.

A pesar de la alta presencia de industrias y comercio, el empleo se destina para residentes de otras localidades, lo que se refleja en los indicadores de empleo y ocupación que son los más desfavorables del Distrito. En relación a los datos presentados la localidad presenta la menor ocupación a nivel del Distrito, relacionado con una mayor concentración de población adulta y adulta mayor desempleado y sin posibilidad de obtener una pensión, lo que resulta en un empobrecimiento progresivo que afecta la seguridad alimentaria y la salud mental
El trabajo informal genera un mayor riesgo de enfermedad laboral y accidentes de trabajo, igualmente, al tener poca estabilidad afecta el ingreso, generando pobreza e inseguridad alimentaria.

Mapa 9. Dimensión económica, localidad de Puente Aranda



La estratificación de la localidad afecta a la población en cuento se restringe el acceso a programas sociales y servicios de salud, aun cuando las condiciones de vida de la población son precarias, por lo que se requiere mejores oportunidades para la generación de ingresos y formación laboral.

2.6. Dimensión político-administrativa

A continuación, se exponen las diferentes categorías relacionadas con la dimensión político-administrativa de la estrategia BIT PASE a la equidad en Salud y las condiciones encontradas en la localidad respecto a cada categoría.

Tabla 17. Condiciones de vida en la dimensión político-administrativa, localidad de Puente Aranda, 2016

Categorías ordenadoras	Condición
Estructura administrativa de la localidad	LA organización político administrativa de la localidad está conformada por la Junta Administradora Locales que se constituyen en el máximo ente de representación política y el Alcalde Local.
Espacios de participación comunitaria presentes en la localidad	De acuerdo a la EMB 2014 Localidad de Puente Aranda presentó el aumento más considerable en el porcentaje de personas que participan en organizaciones sociales de 2011 a 2014, con un aumento del 14,1 % en 2011 a 18,1 % en 2014. La localidad esta entre las que mayor porcentaje de personas tuvieron participando en organizaciones religiosas, con proporción superior al 70 %. Al contrario, en participación de organizaciones artísticas, esta fue menor en la localidad con un porcentaje del 12,6 %

Fuente: Anexo 1, Capitulo 2, Documento Accvsye, localidad Localidad de Puente Aranda 2016

Finalmente, la dimensión político administrativa nos muestra cómo está organizada administrativamente la localidad y cuáles son las dinámicas que se entretejen para lograr una convivencia ciudadana efectiva. La participación comunitaria es un determinante importante para la salud y la calidad de vida de las personas que habitan en la localidad, ya que estos espacios permiten crear lazos de vecindad aportando así a la disminución de riñas por convivencia entre las

personas. A su vez, estos espacios se vuelven factores protectores al brindar confianza y seguridad a las personas a través de las dinámicas del territorio haciéndolo una fraternidad. Los grupos comunitarios permiten a las personas desarrollar otro tipo de habilidades que en el quehacer diario se dejan de lado aportando así a la salud mental, emocional y física de la población.

2.7. Conclusiones capítulo 2

La localidad de Localidad de Puente Aranda cuenta con condiciones favorables para que la población pueda tener un desarrollo pleno y sostenible, sin embargo, la población presenta un envejecimiento acelerado y ante esta dinámica, las entidades deben prepararse.

Al ser parte de las zonas industriales de la ciudad, la localidad tiene un riesgo inminente de cualquier desastre a causa de las emisiones de gases, manipulación de químicos, bodegas de combustibles. Sin embargo, no presenta riesgo de inundación gracias a sus canales lluvia o derrumbamiento por lo que el terreno es totalmente plano.

Si bien es cierto, la localidad cuenta con equipamientos de todo tipo, el panorama no es tan favorable al analizar las condiciones laborales de la población debido a que es la localidad que presenta la tasa de desempleo más alta de la ciudad, aun cuando tiene dos UPZ de uso industrial.

En general las condiciones de la localidad de Localidad de Puente Aranda son favorables lo que permite una mejor dinámica entre las dimensiones del desarrollo, sin embargo, situaciones como la inseguridad, la presencia de habitantes de calle, el alto tráfico vehicular expone a la población a tener afectaciones en la salud mental y física.

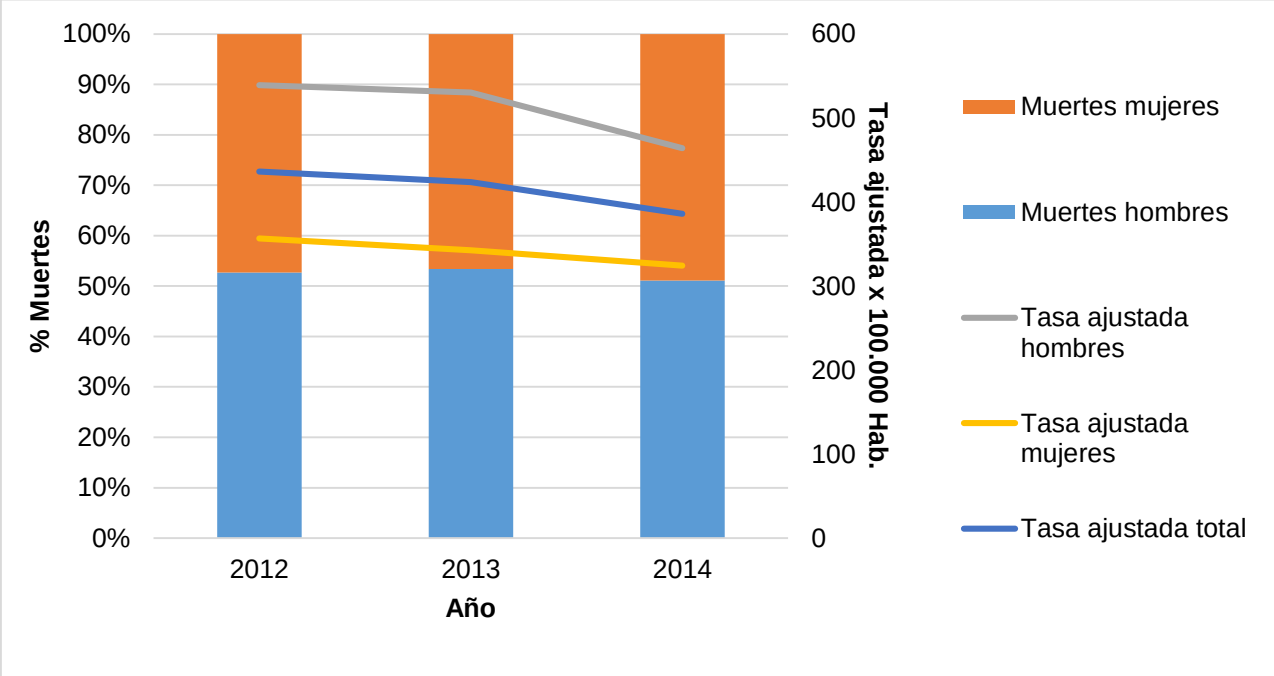
3. MORTALIDAD Y MORBILIDAD

3.1. Mortalidad

El análisis se realizó teniendo en cuenta el periodo comprendido entre los años 2012 y 2014, siendo este último año el periodo de análisis específico. Para el año 2014, se presentaron 1.153 muertes en la localidad con una tasa de mortalidad cruda de 446,6 muertes por cada 100.000 habitantes, superior al dato de subred que fue de 341,45, mientras que la tasa ajustada por edad reportó 386,0. La tasa de mortalidad en la localidad ha presentado una disminución en los últimos tres años, donde para el 2012 se registró una tasa cruda de 484,1.

El número de muertes para el año 2014, mantiene una distribución similar por sexo, siendo levemente superior en los hombres con un 51,1 %, sin embargo, la tasa de mortalidad refleja una diferencia más notoria con una tasa ajustada de 464,1 en hombres y 324,5 en mujeres. La brecha de mortalidad entre sexos se mantiene constante durante los tres años, siendo para el año 2014 un 43 % más alta en hombres que en las mujeres.

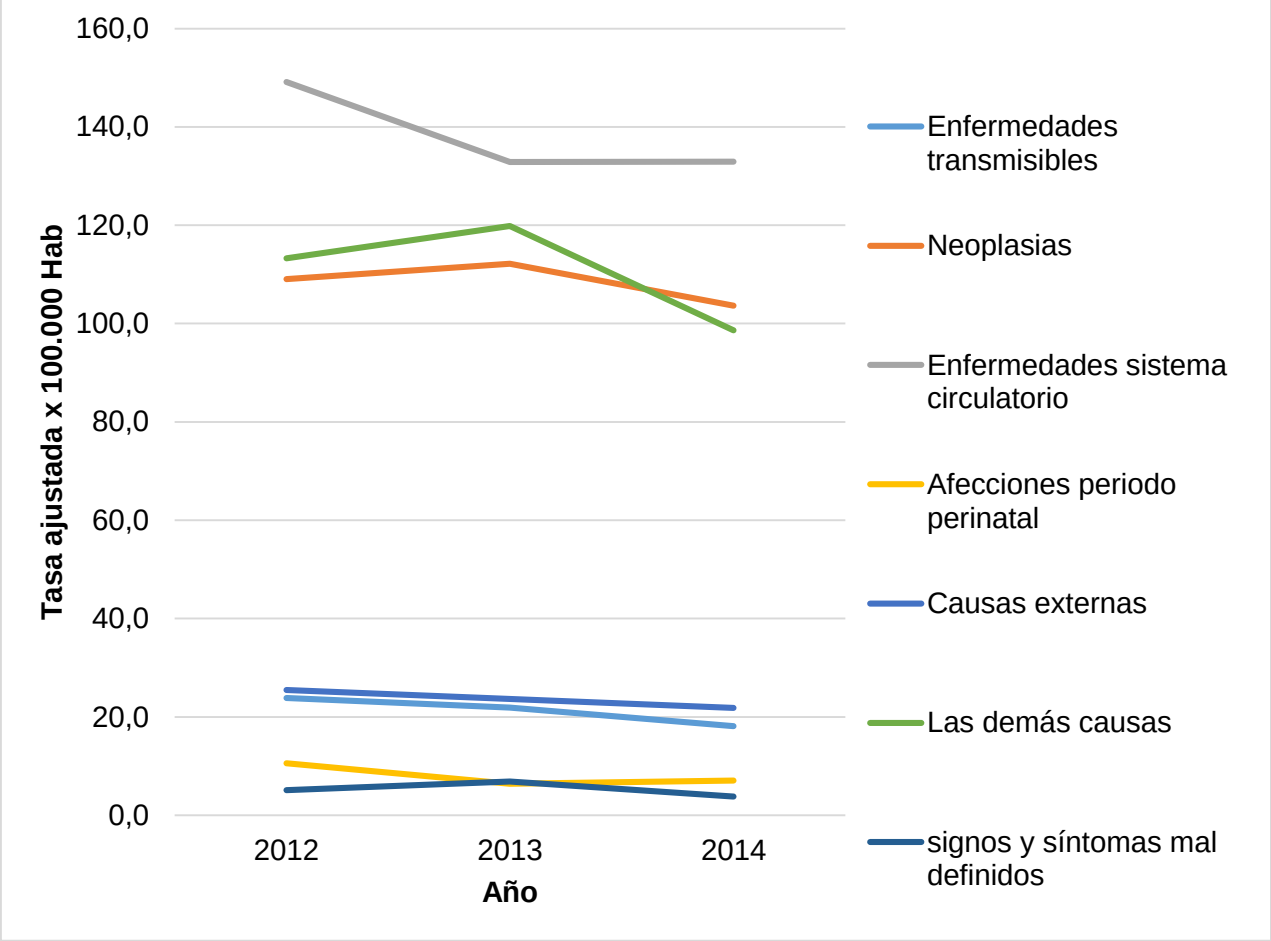
Gráfica 6. Mortalidad, localidad de Puente Aranda, 2012-2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Al describir las grandes causas de mortalidad se puede observar que entre el 2012 y 2014, la principal causa de muerte en la población de la localidad fueron las enfermedades del sistema circulatorio, aunque ha presentado un comportamiento irregular durante el período, para el 2014, representa el 32,2 % del total de muertes en la Subred y reporta una tasa ajustada de 132,9. Para el 2014, el grupo de las neoplasias se ubica en segundo lugar (103,7), seguido por el grupo de demás causas -agrupación de diagnósticos residuales- (98,7), para estos dos grupos se observa una leve disminución durante el último año. Este comportamiento de las grandes causas de mortalidad refleja una alta carga de enfermedad crónica en la población.

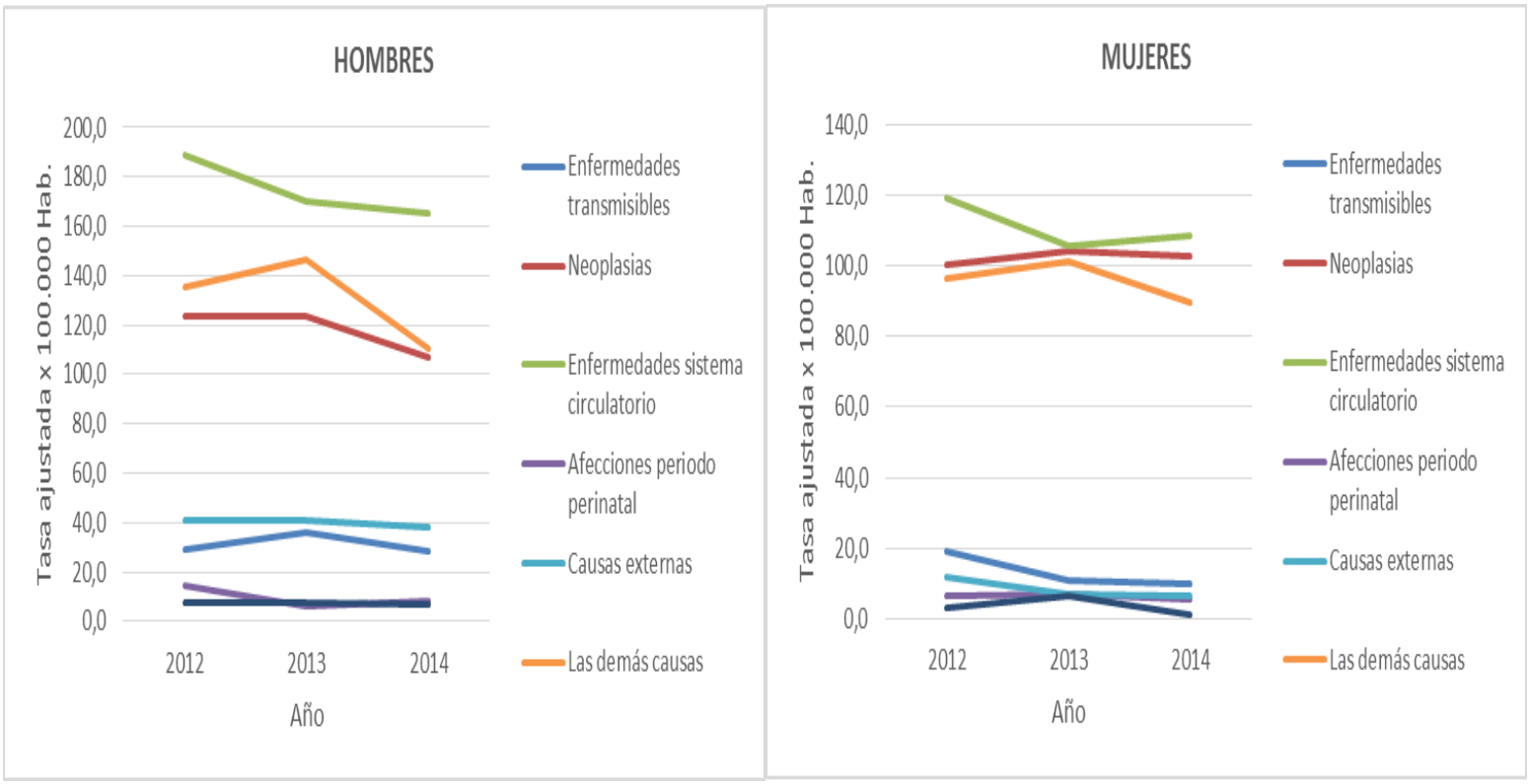
Gráfica 7. Tasas ajustadas de mortalidad por grandes causas, localidad de Puente Aranda, 2012 - 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Al desagregar por sexo, en general, los hombres reportan tasas más elevadas de mortalidad en la mayoría de los grupos, aunque comparten las primeras tres causas, las neoplasias ocupan el segundo lugar en las mujeres, mientras que en los hombres lo ocupan las demás causas. Por otra parte, en los hombres es mayor la tasa de mortalidad por causas externas, la cual se ubica en el cuarto lugar, mientras que para las mujeres se encuentra las enfermedades transmisibles.

Gráfica 8. Tasas ajustadas de mortalidad por grandes causas y sexo, localidad Puente de Aranda, 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

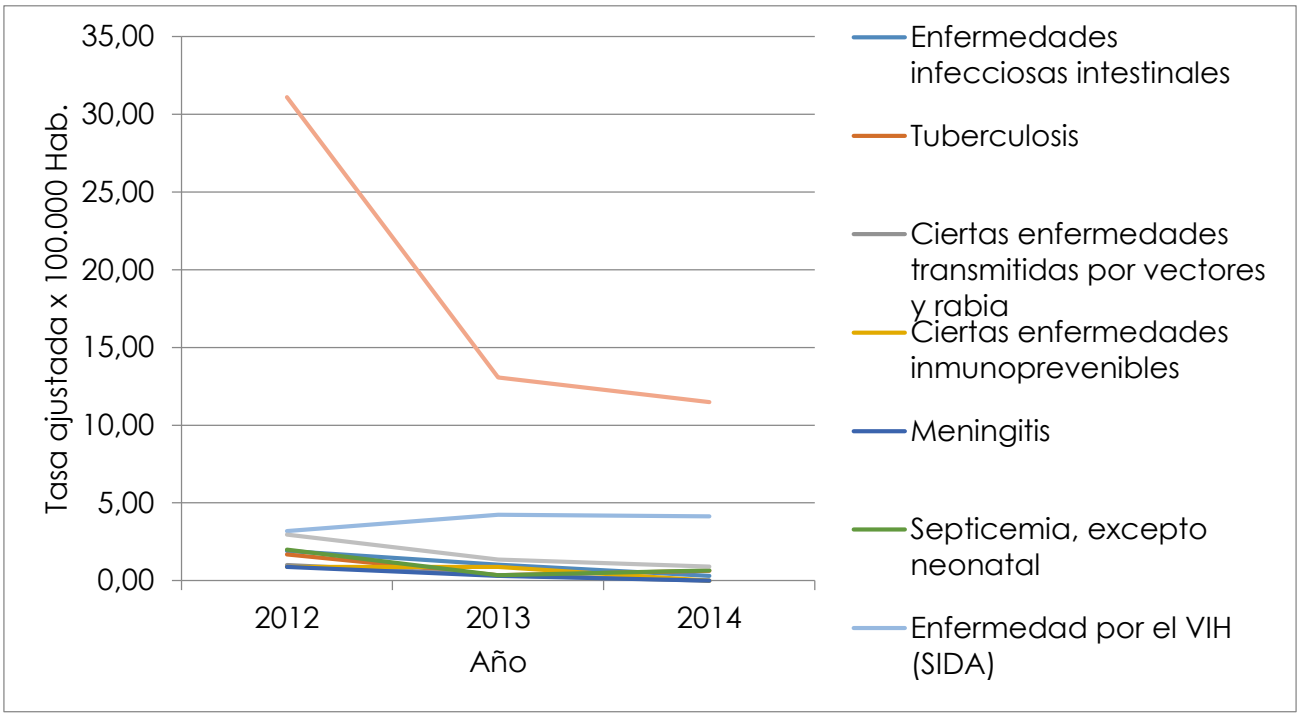
En cuanto a la edad, por grupos quinquenales se encuentra que durante todo el período 2012-2014 las mayores tasas específicas de mortalidad se encuentran a partir de los 70 años siendo mayor en los mayores de 80 años (10.797,6 muertes por cien mil mayores de 80 años en el 2014). Aunque las mayores tasas de mortalidad se encuentran en la edad adulta y en la vejez, los menores de cinco

años tienen tasas de mortalidad similares a las reportadas entre los 40 y 49 años (172,1 muertes por cada cien mil menores de cinco años en el 2014).

3.1.1. Enfermedades transmisibles

La mortalidad por enfermedades transmisibles para la localidad presenta una reducción para el periodo comprendido entre el 2012 y 2014, para el año 2014, la tasa ajustada de mortalidad fue de 18,1, evidenciando una disminución de más de cinco puntos de cinco puntos en comparación con el 2012, que reportó 23,9.

Gráfica 9. Mortalidad subgrupo enfermedades transmisibles, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Dentro de los subgrupos de enfermedades transmisibles para el año 2014 con una tasa ajustada de 11,48 para la localidad se evidencia una mayor magnitud para las infecciones respiratorias agudas (IRA), siendo más bajo a que a nivel de la subred que reporta una tasa de 12,61. Durante los últimos tres años la tasa de mortalidad

por esta causa ha presentado una disminución desde el 2012, año en que la tasa alcanzó 31,11. En segundo lugar, se encuentra el VIH/SIDA que para el 2014 tiene una tasa de 4,14, siendo la más elevada de las localidades de la subred y la cual se presenta principalmente en hombres. Las demás subcausas de mortalidad en el grupo de enfermedades transmisibles reportan tasas inferiores a 1.

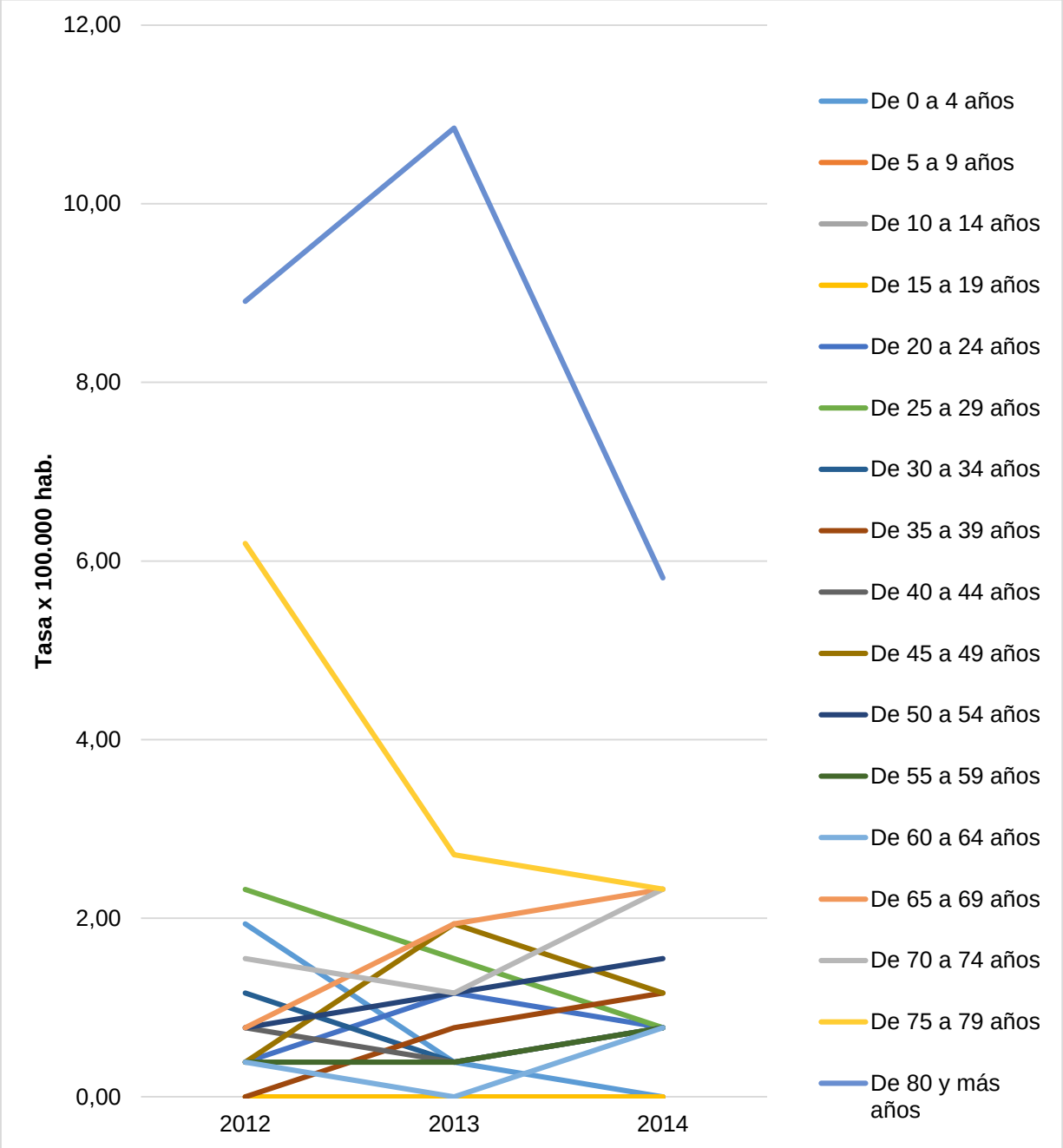
Tabla 18. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades trasmisibles, localidad de Puente Aranda y Subred Sur Occidente. 2014

ENFERMEDADES TRASMISIBLES	LOCALIDAD de PUENTE ARANDA	SUBRED SUROCCIDENTE
Enfermedades infecciosas intestinales	0,31	0,88
Tuberculosis	0,64	0,81
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,00	0,30
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,00	0,10
Meningitis	0,00	0,28
Septicemia, excepto neonatal	0,67	0,76
Enfermedad por el VIH (SIDA)	4,14	2,89
Infecciones respiratorias agudas	11,48	12,61
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,91	1,12

Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

En cuanto a la edad, se encuentran las mayores tasas a partir de los 65 años, siendo mayor, aunque los mayores de 80. Se evidencia una disminución en la mortalidad con un comportamiento diferencial por edad, en los menores de cinco años disminuyó desde 2012 con 29,92 y para el 2014 no se reportaron muertes. Mientras que en el grupo de 45 a 49 años de pasó de una tasa de 0,39 muertes por 100.000 hab. en el 2012 a 1,16 en el 2014.

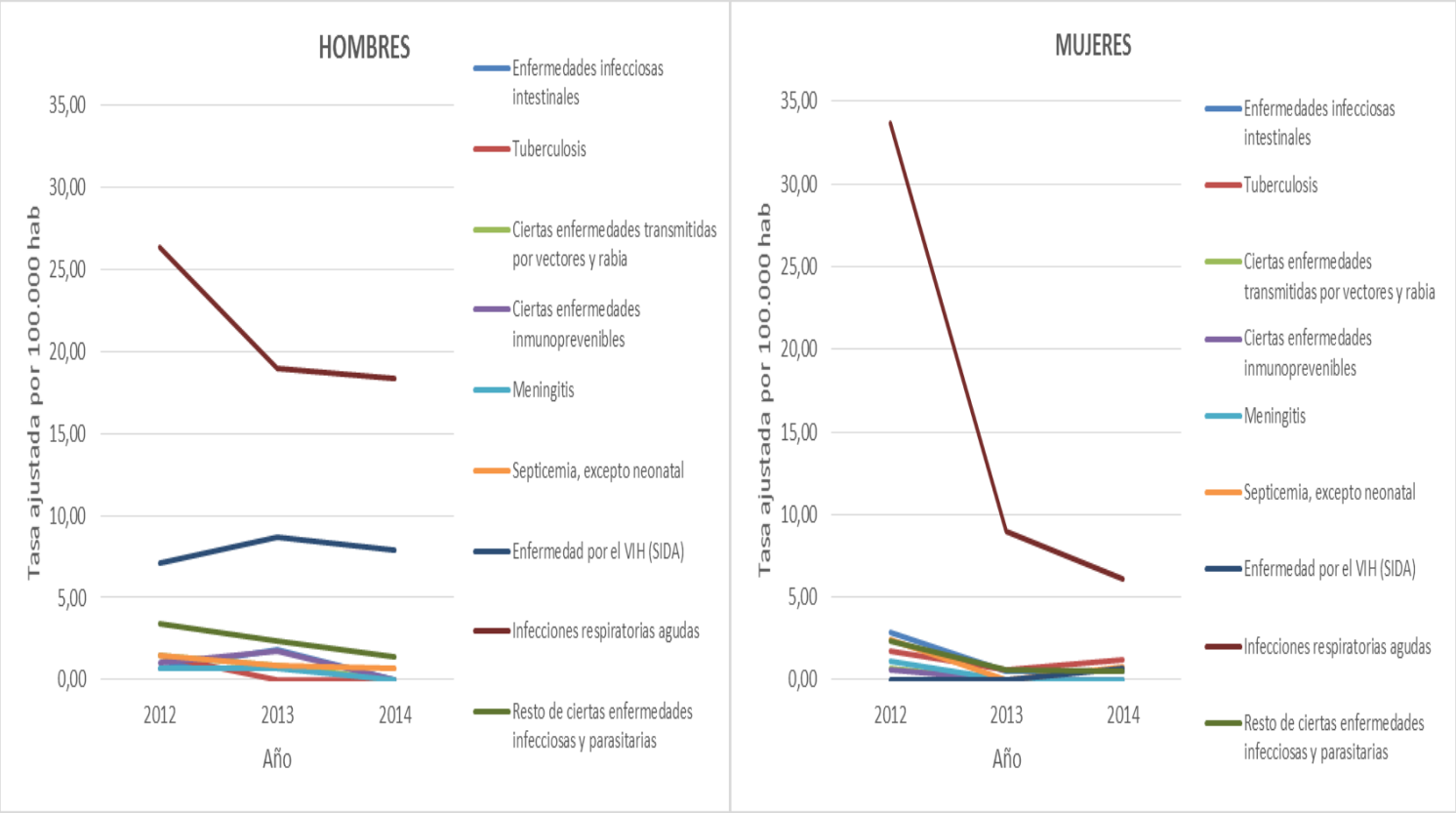
Gráfica 10. Mortalidad subgrupo enfermedades transmisibles por quinquenio, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

En cuanto al análisis por sexo se evidencia que las enfermedades transmisibles se presentan más en hombres que en mujeres en una proporción aproximada de dos hombres por cada mujer.

Gráfica 11. Mortalidad subgrupo enfermedades transmisibles por sexo, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014

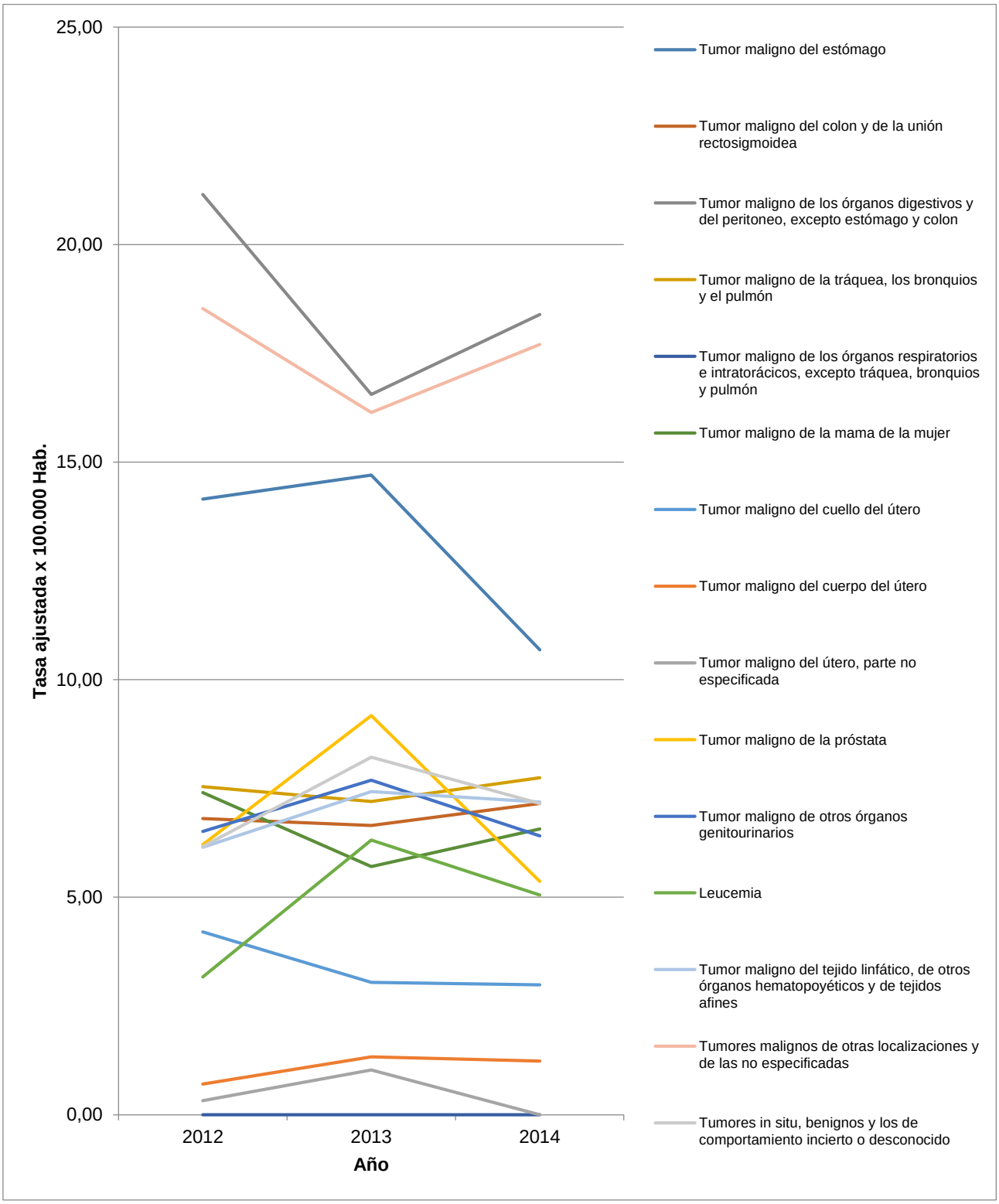


Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

3.1.2. Neoplasias

Las neoplasias han presentado un comportamiento variable durante los años 2012 a 2014, aunque se presentó una disminución en el 2014 con una tasa ajustada 103,7 frente a 109,0 en el 2012, en el año 2013 se presentó un pico con una tasa de 112,2.

Gráfica 12. Mortalidad subgrupo neoplasias, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

La primera subcausa de mortalidad en este grupo es el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon con una tasa ajustada de 18,39 superior a la Subred (17,33) y siendo mayor en los hombres. En segundo lugar, se encuentran los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas con una tasa de 17,71, los cuales tienen una tasa más elevada en las mujeres. En tercer lugar, se encuentra el tumor maligno del estómago con una tasa de 10,69, el cual afecta más a los hombres con cerca del doble de la tasa reportada en mujeres, 15,5 y 7,1, respectivamente.

Los mayores de 70 años tienen las mayores tasas de mortalidad en la localidad, con una tendencia irregular durante el período. Sin embargo, se destaca el incremento de la tasa en el grupo de 10 a 14 años que pasó de no tener casos en el 2012 a una tasa d 6,15 en el 2014.

Tabla 19. Tasas ajustadas de mortalidad Neoplasias, localidad de Puente Aranda y Subred Sur Occidente, 2014

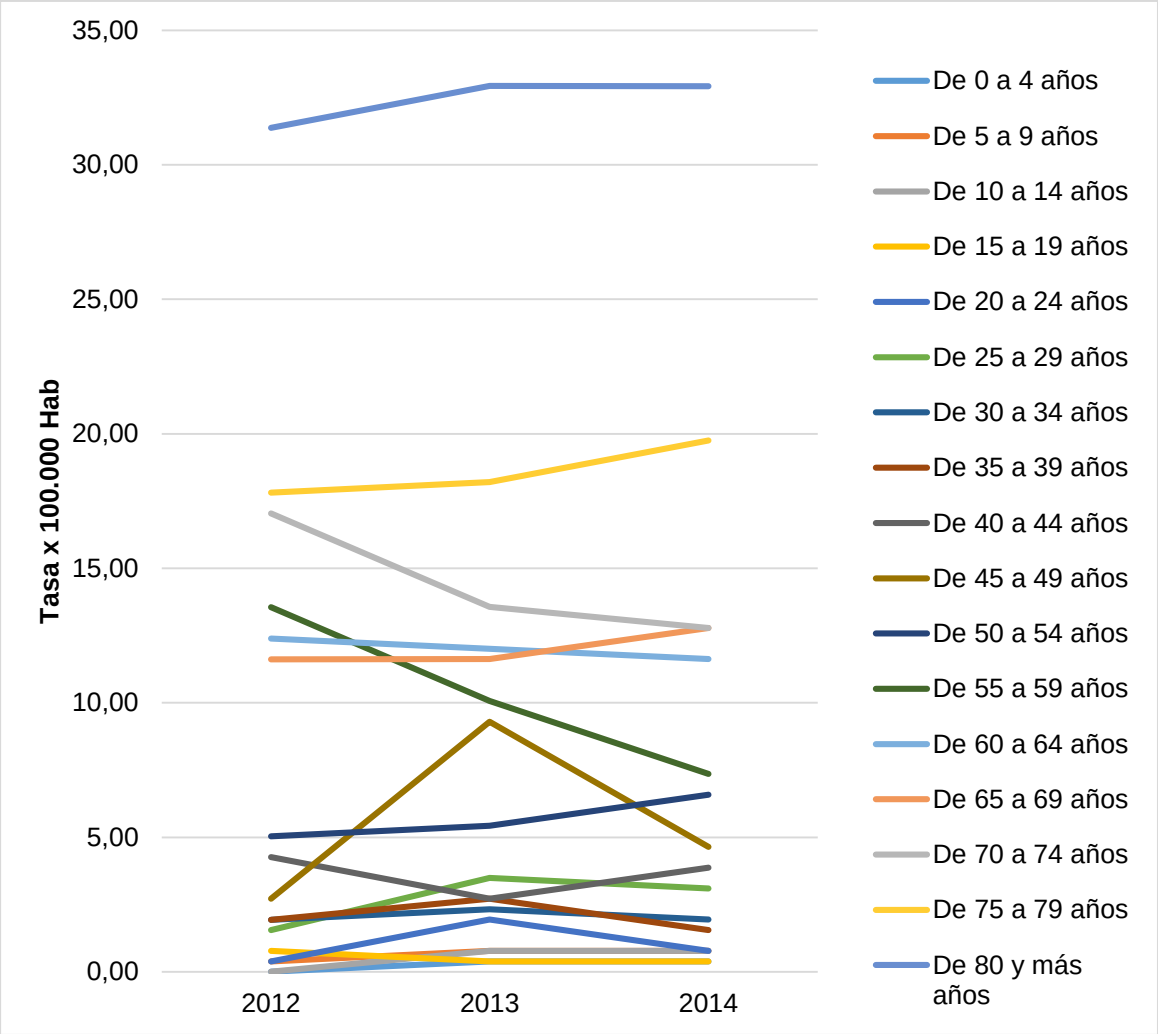
Neoplasias	Localidad de Puente Aranda	Subred suroccidente
T. maligno del estómago	10,69	13,24
T. maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	7,16	7,33
T. maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	18,39	17,33
T. maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	7,75	7,96
T. maligno de los órganos resp. e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	0,00	0,74
T. maligno de la mama de la mujer	6,57	5,87
T. maligno del cuello del útero	2,99	3,54
T. maligno del cuerpo del útero	1,24	1,41
T. maligno del útero, parte no especificada	0,00	0,38
T. maligno de la próstata	5,37	6,79
T. maligno de otros órganos genitourinarios	6,41	5,50
Leucemia	5,05	4,78
T. maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	7,19	6,45

T.es malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	17,71	15,64
T.es in situ, benignos y los de compor. incierto o desconocido	7,15	7,20

Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

El comportamiento por quinquenio muestra el incremento de la mortalidad a partir de los 70 años, donde los mayores de 80 años tienen la mayor tasa de mortalidad, se observa un incremento de la mortalidad en este grupo durante el período.

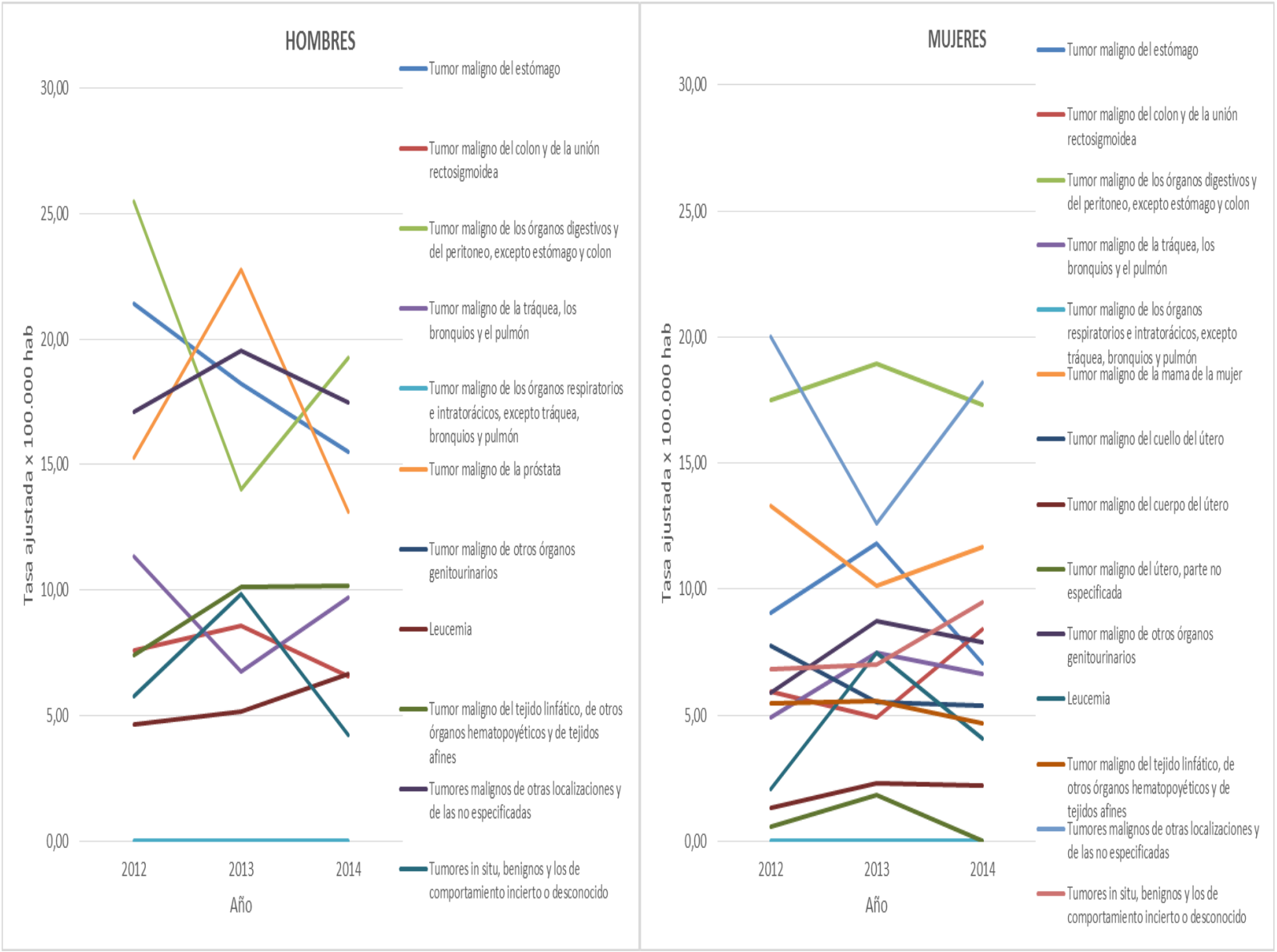
Gráfica 13. Mortalidad subgrupo enfermedades neoplasias por quinquenio, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Frente al sexo, durante el período los hombres han reportado las mayores tasas de mortalidad, sin embargo, esta brecha se ha disminuido notoriamente pasando de una diferencia de 22 puntos en el 2012 a solo tres en el 2014, la cual se ha dado por una disminución importante en la mortalidad en los hombres.

Gráfica 14. Mortalidad subgrupo neoplasias por sexo, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014



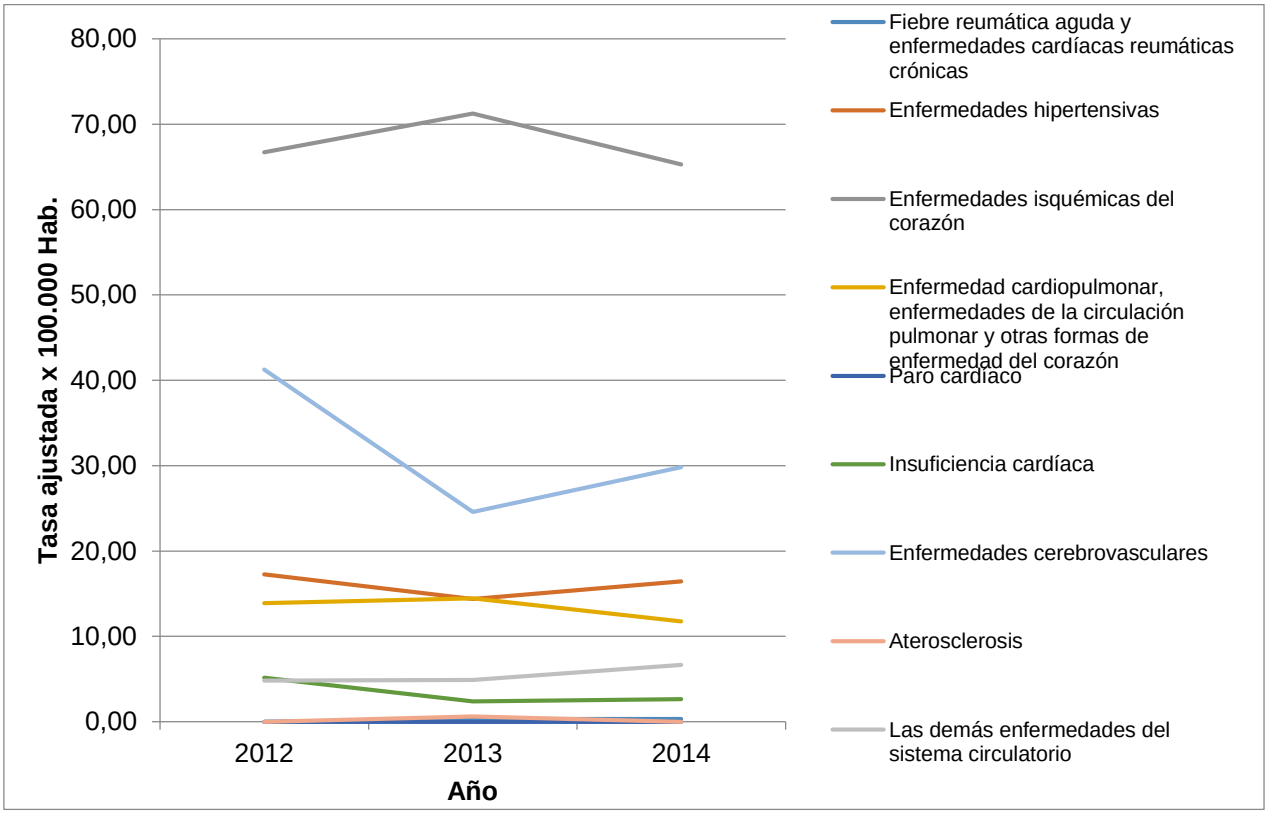
Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

3.1.3. Enfermedades del sistema circulatorio

La mortalidad por este grupo de causas para el 2014 es de 132,9, como se mencionó anteriormente, es la primera causa de mortalidad en la localidad, frente al año 2012 se presenta una disminución (149,1).

La primera causa de mortalidad son las enfermedades isquémicas del corazón con una tasa ajustada de 65,28, aunque presenta una leve disminución se reportó un pico durante el año 2013 (71,3). La diferencia por sexo es más marcada para esta causa donde los hombres reportan una tasa de 91,9 para el 2014, frente 45,9 en las mujeres. En segundo lugar y tercer lugar, se encuentran las enfermedades cerebrovasculares con 29,9 y las enfermedades hipertensivas con 16,4, que igualmente se presentan en su mayoría en hombres.

Gráfica 15. Mortalidad subgrupo enfermedades del sistema circulatorio, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

La mortalidad por enfermedades circulatorias se asocia a la presencia de enfermedad crónica, e implican tratamientos de larga duración, para lo cual es determinante un cuidado específico que termina afectando la dinámica familiar respecto a los ingresos, dependencia y estilos de vida, además de disminuir la esperanza de vida al nacer.

Considerando que este tipo de enfermedades tienen mayor impacto en las edades adultas y en la vejez, se explica que las mayores tasas de mortalidad se encuentren en estas edades, aunque son más altas a partir de los 75 años, el grupo de 80 años y más tiene tasas cuatro veces más altas. Aunque también se ha incrementado la tasa entre 55 y 64 años de edad.

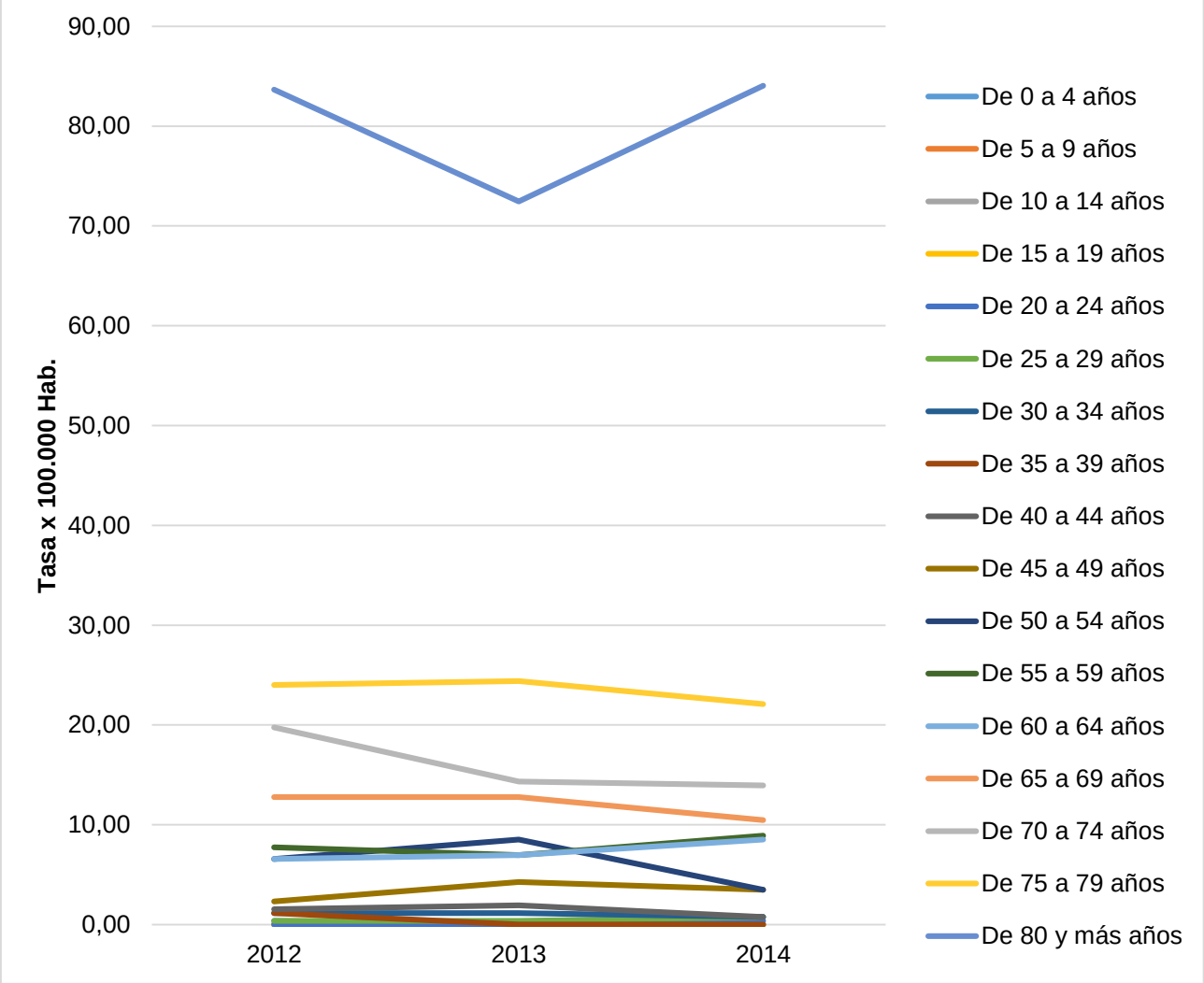
Tabla 20. Tasas ajustadas de mortalidad enfermedades del sistema circulatorio, localidad de Puente Aranda y Subred Sur Occidente, 2014

Enfermedades sistema circulatorio	Localidad de Puente Aranda	Subred Suroccidente
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	0,31	0,11
Enfermedades hipertensivas	16,43	17,89
Enfermedades isquémicas del corazón	65,28	74,64
Enfermedad cardiopulmonar, enfer. de la circulación pulmonar y otras formas de enfer. del corazón	11,77	12,60
Paro cardíaco	0,00	0,00
Insuficiencia cardíaca	2,65	2,34
Enfermedades cerebrovasculares	29,83	30,90
Aterosclerosis	0,00	0,07
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	6,64	7,67

Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Por grupo de edad, la mayor tasa de mortalidad se observa en lo mayores de 80 años, con un comportamiento irregular durante el período, en segundo lugar, con una menor tasa se encuentra el grupo entre 75 y 79 años, en general, este grupo tiene mayor carga de mortalidad en las personas del momento del curso de vida vejez.

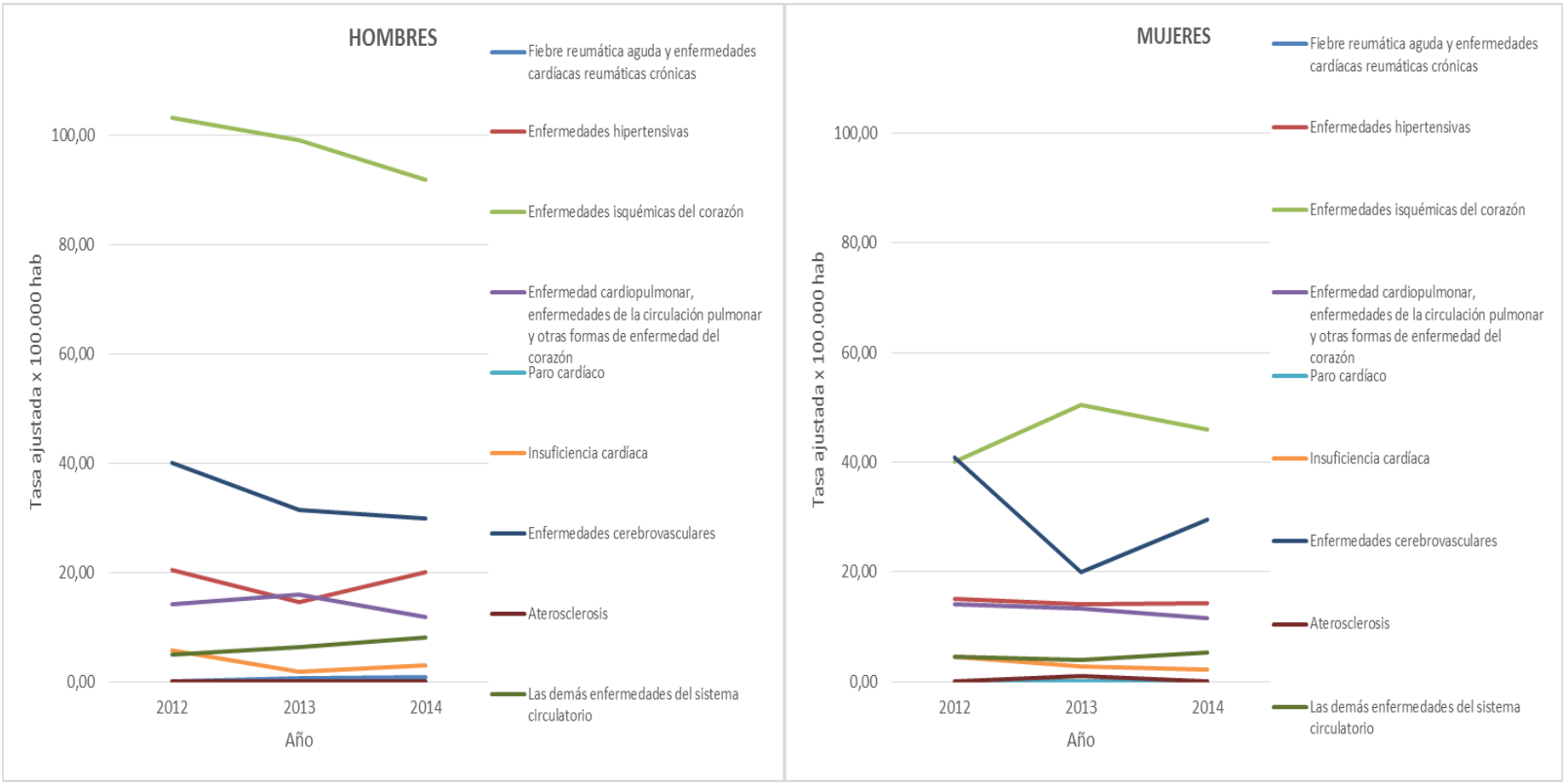
Gráfica 16. Mortalidad subgrupo enfermedades del sistema circulatorio por quinquenio, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

En este grupo, aunque se presenta un comportamiento similar por sexo, la tasa es mayor en los hombres.

Gráfica 17. Mortalidad subgrupo enfermedades del sistema circulatorio por sexo, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014

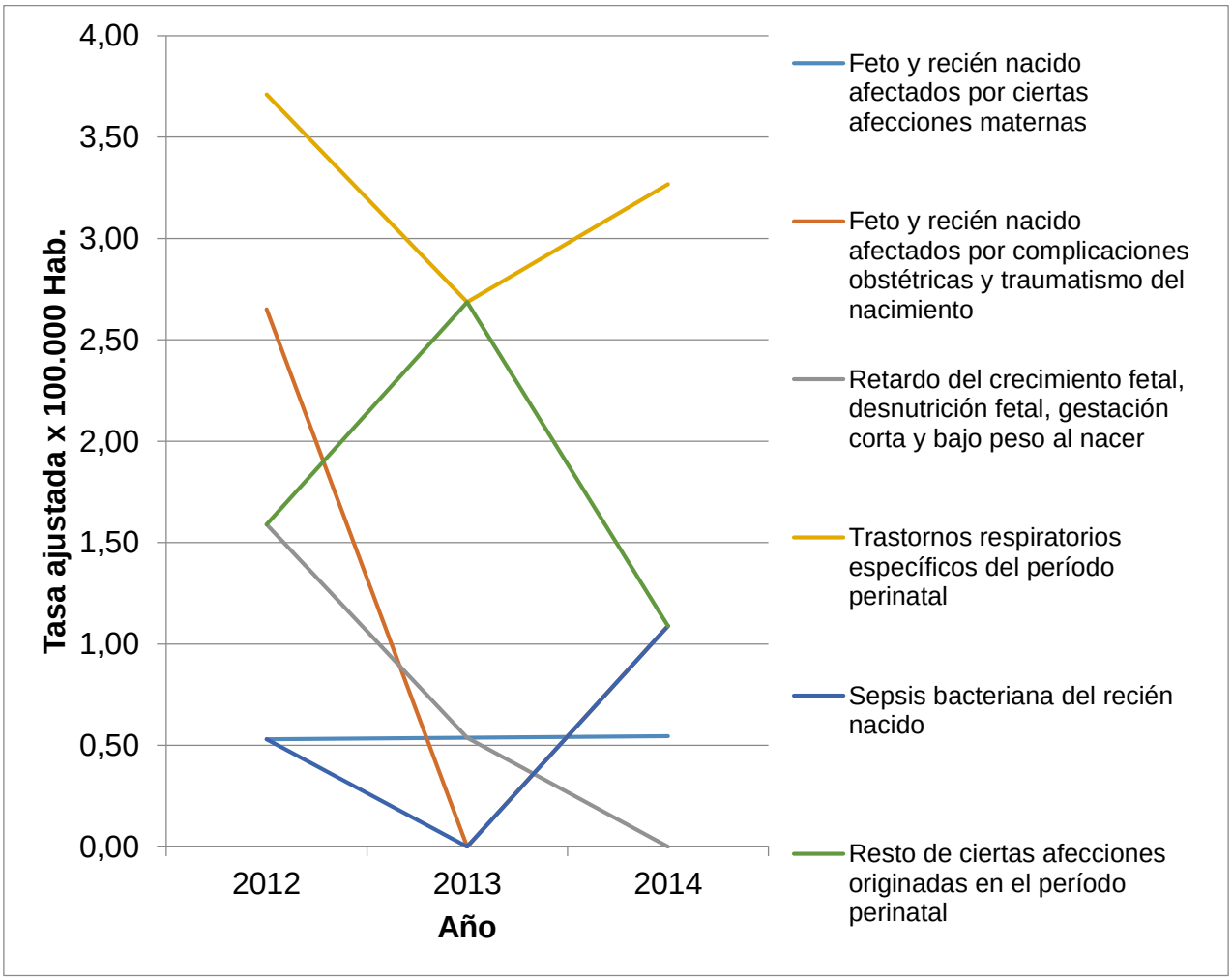


Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

3.1.4. Afecciones del periodo perinatal

Comparado con el año 2012, la localidad reportó una disminución de la tasa de mortalidad en este grupo para el 2014, pasando de una tasa ajustada de 10,6 a 7,1. Frente a la subred, para el 2014, reporta un comportamiento menor (7,5).

Gráfica 18. Mortalidad subgrupo afecciones en el periodo perinatal, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Aunque las causas de mortalidad en este grupo han presentado un comportamiento oscilante, los trastornos respiratorios se mantienen como la primera causa de mortalidad durante el período 2012 a 2014, con una tasa de 3,27 para el último año reportado. En segundo lugar, se encuentran la sepsis bacteriana, resto de afecciones originadas en el período perinatal y feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento con una tasa de 1,09 cada una, las cuales para el 2014, reportan una tasa levemente superior en las mujeres. En comparación con la Subred se encuentra un comportamiento similar en las causas de mortalidad.

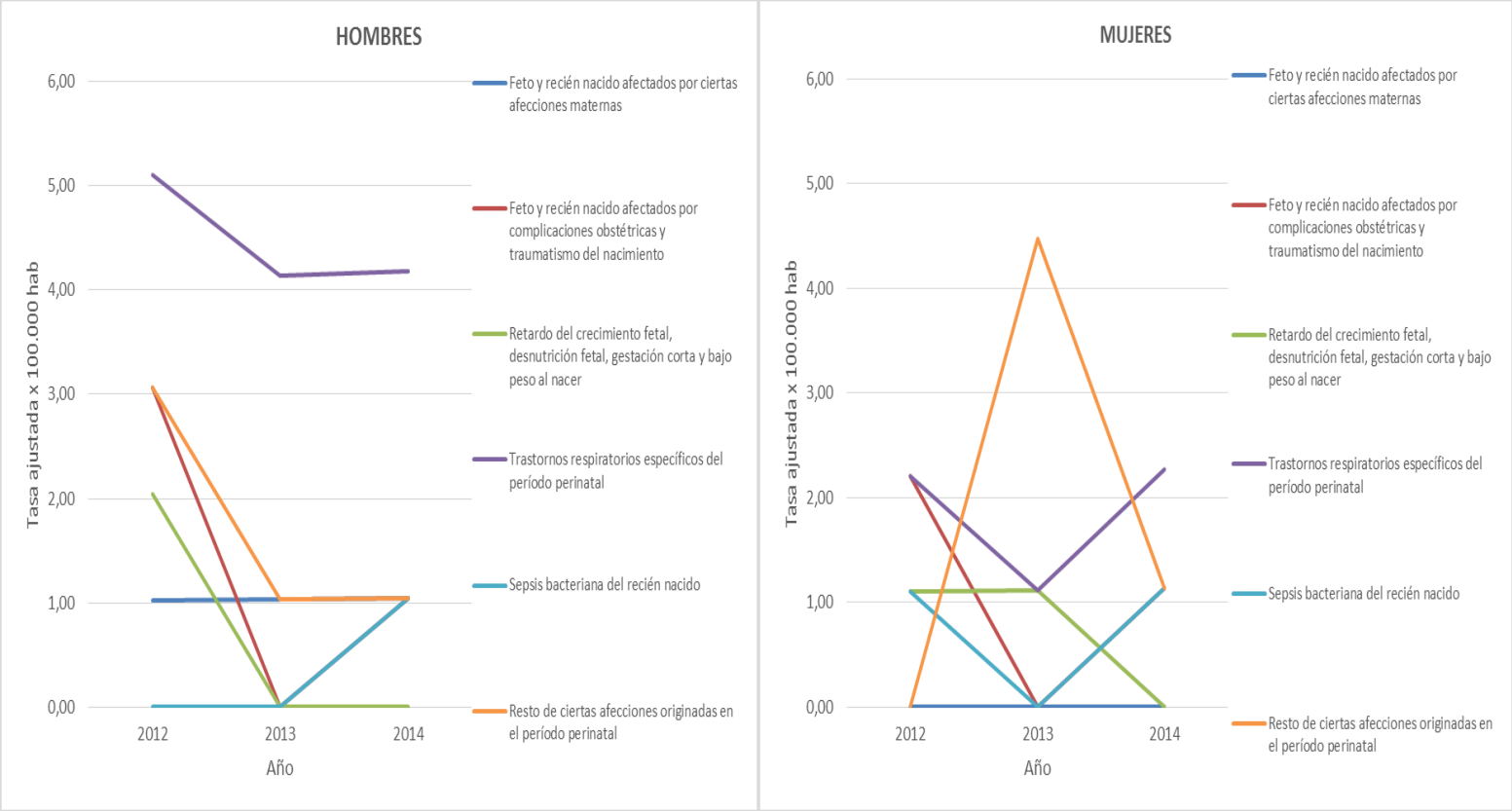
Tabla 21. Tasas ajustadas de mortalidad por afecciones del periodo perinatal, localidad de Puente Aranda y Subred Sur Occidente. 2014

Afecciones periodo perinatal	Localidad de Puente Aranda	Subred Suroccidente
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	0,54	0,47
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	1,09	0,80
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	0,00	0,56
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	3,27	2,68
Sepsis bacteriana del recién nacido	1,09	1,22
Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1,09	1,74

Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Aunque por sexo, se comparte el mismo comportamiento entre las causas de mortalidad, los hombres presentan las mayores tasas, para el 2014 fue de 8,4 mientras que en las mujeres fue de 5,7.

Gráfica 19. Mortalidad subgrupo afecciones en el periodo perinatal por sexo, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014

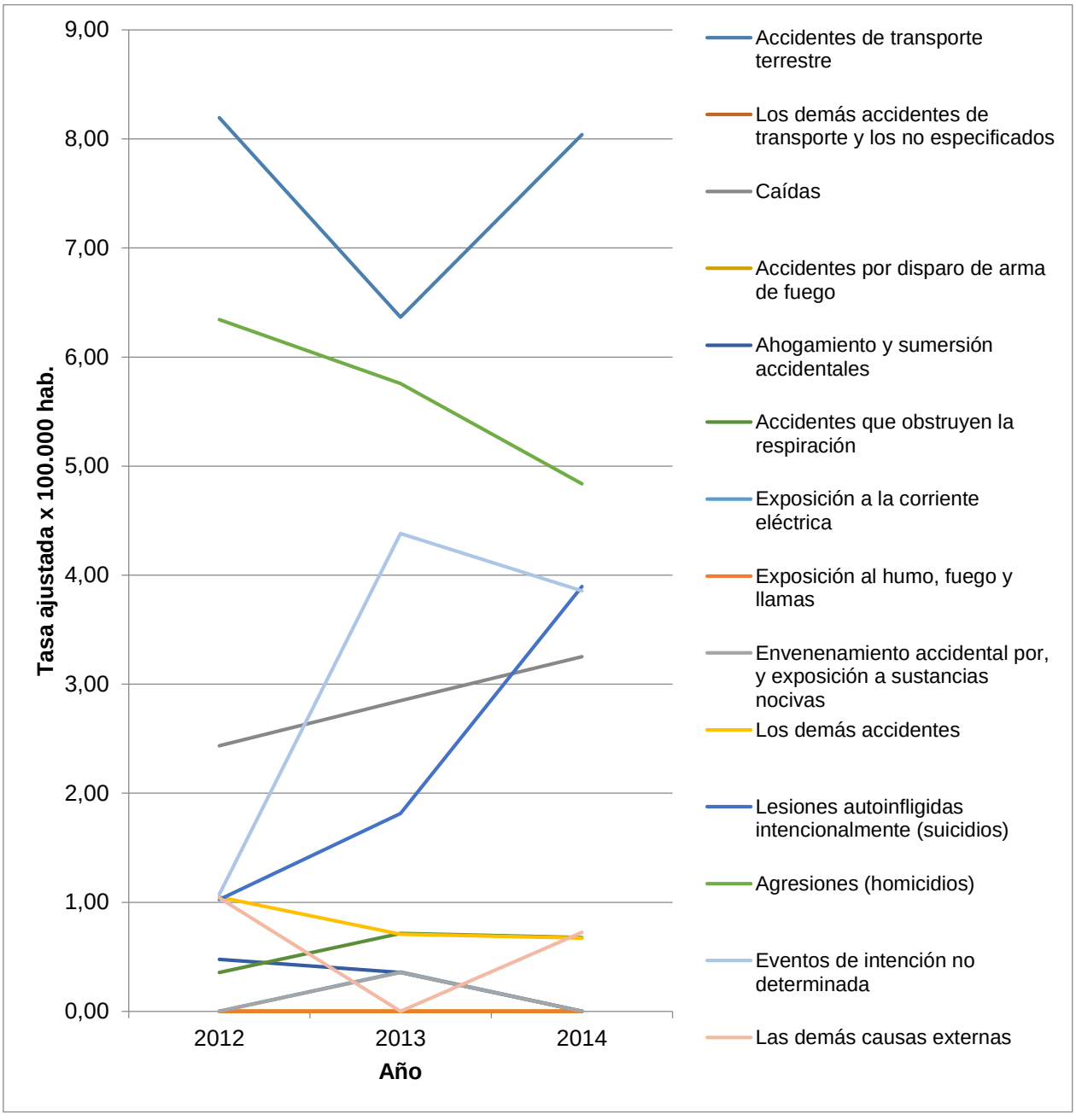


Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

3.1.5. Causas externas

Las causas externas son la cuarta causa de mortalidad en la localidad de Localidad de Puente Aranda, durante el 2014, se registra una tasa ajustada de 21,8, lo que evidencia un descenso frente al año 2012, donde se registró una tasa de 25,5.

Gráfica 20. Mortalidad subgrupo causas externas, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Frente al subgrupo de causas, los accidentes de transporte terrestre ocupan el primer lugar con una tasa de 8,0, donde las principales víctimas son los hombres con una tasa de 12,5 frente a 3,7 en las mujeres. En segundo lugar, se encuentran

las agresiones (homicidios) que reporta una tasa de 4,8 inferior que a nivel de la subred con 9,37 y en tercer lugar se ubican las lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios), que presentan el mismo comportamiento por sexo, con mayor afectación de los hombres.

Aunque al igual que en los demás grupos, estas causas tienen las mayores tasas en el grupo de mayores de 80 años, tiene una distribución uniforme entre los grupos de edad a partir de los 20 años, considerando que afecta de manera importante al grupo de jóvenes y adultos.

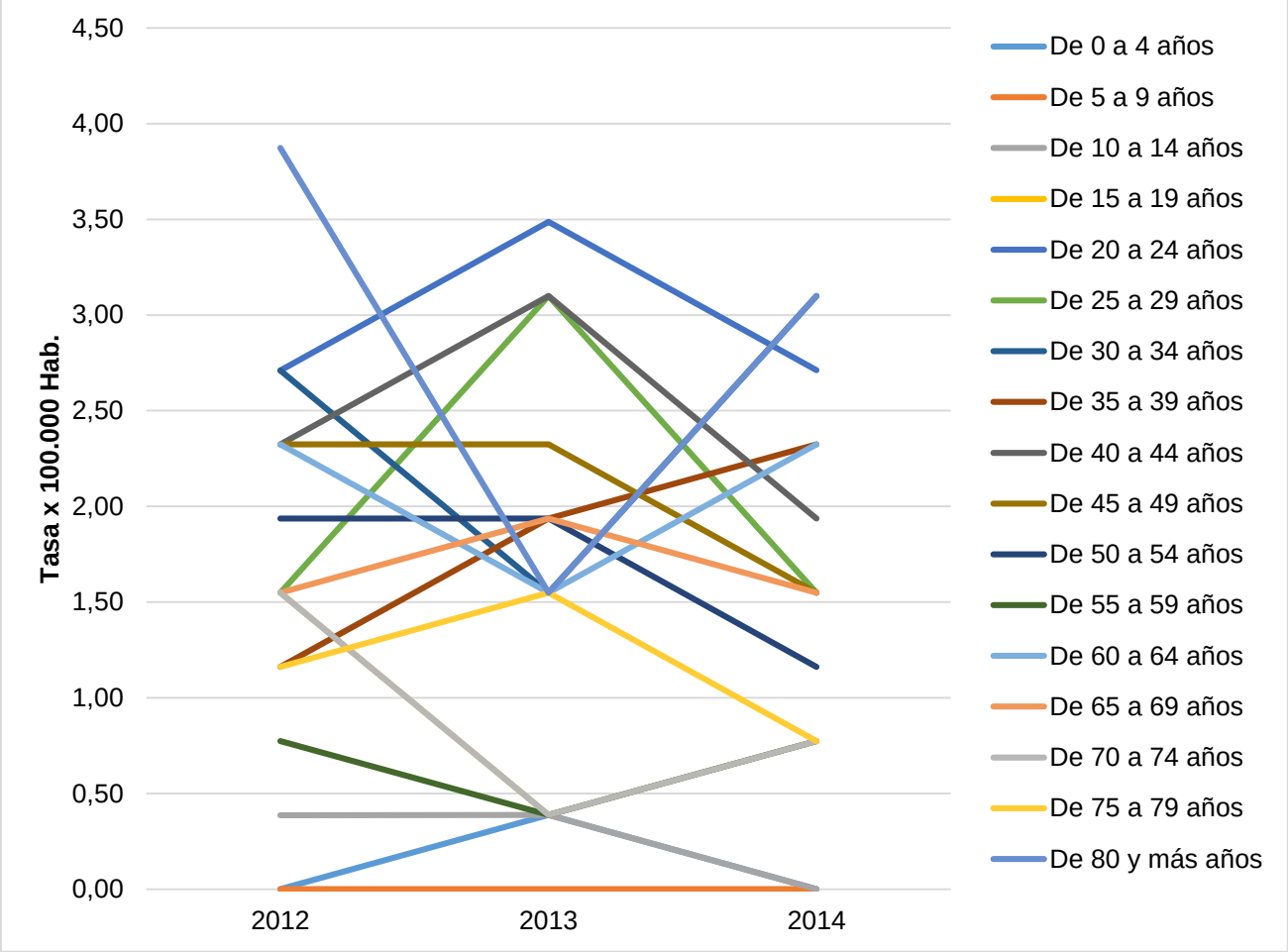
Tabla 22. Tasas ajustadas de mortalidad por causas externas por localidad, localidad de Puente Aranda y Subred Sur Occidente. 2014

Causas externas	Localidad de Puente Aranda	Subred Suroccidente
Accidentes de transporte terrestre	8,04	10,42
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0,00	0,17
Caídas	3,25	3,70
Accidentes por disparo de arma de fuego	0,00	0,00
Ahogamiento y sumersión accidentales	0,00	0,29
Accidentes que obstruyen la respiración	0,68	0,44
Exposición a la corriente eléctrica	0,00	0,21
Exposición al humo, fuego y llamas	0,00	0,00
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	0,00	0,12
Los demás accidentes	0,67	0,72
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	3,90	3,21
Agresiones (homicidios)	4,84	9,37
Eventos de intención no determinada	3,86	3,16
Las demás causas externas	0,73	0,37

Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

El comportamiento por edad muestra un comportamiento variable entre los grupos, no obstante, entre los 20 y 24 años se observa la mayor tasa de mortalidad y para los mayores de 80 años para el 2012 y 2014, en segundo lugar, encuentra el grupo entre 40 y 44 años, es decir que en este grupo la mortalidad tiene mayor peso en las personas jóvenes y adultas.

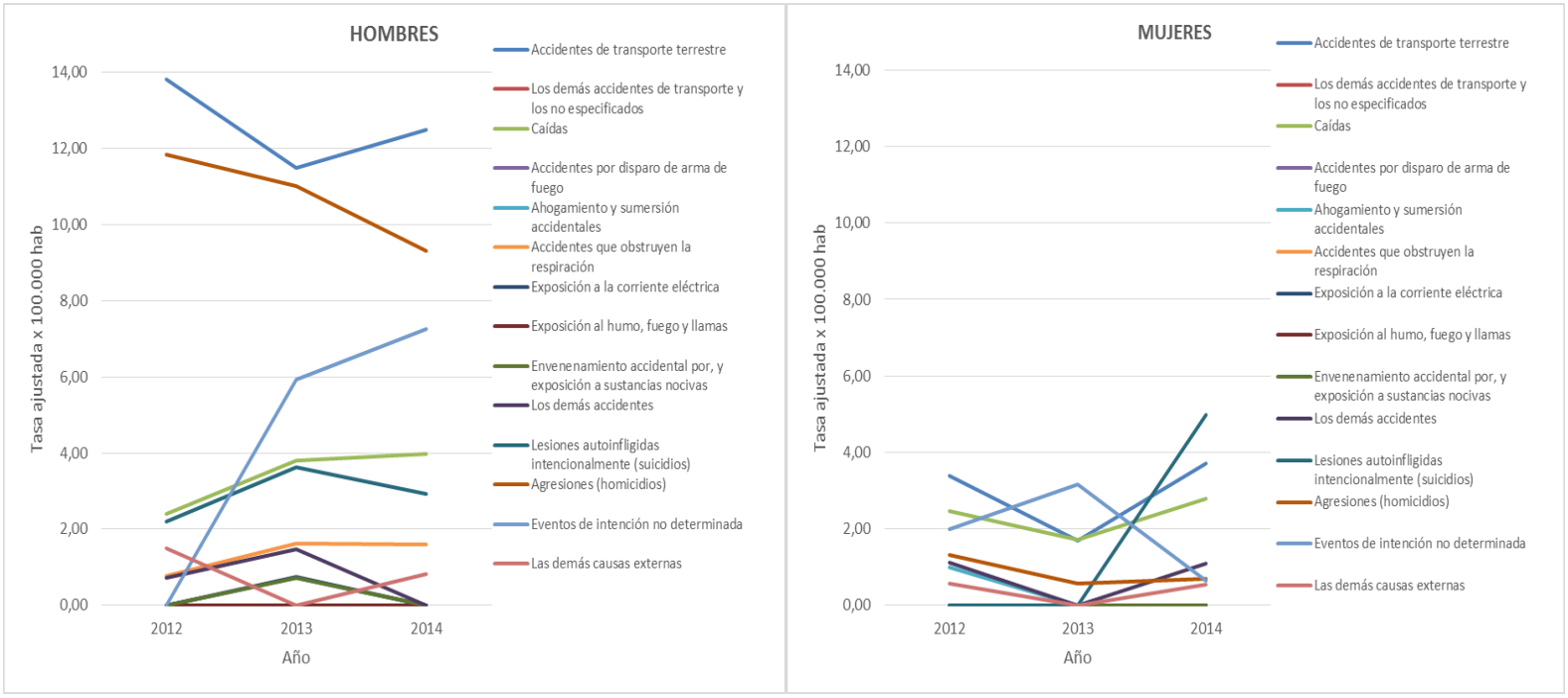
Gráfica 21. Mortalidad subgrupo causas externas por quinquenio, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Respecto al sexo los hombres representan el 82,5 % del total de muertes por esta causa y reportan tasas tres veces más elevadas, para el 2014 la tasa de mortalidad es de 38,4 mientras que en las mujeres es solo de 6,6.

Gráfica 22. Mortalidad subgrupo causas externas por sexo, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014

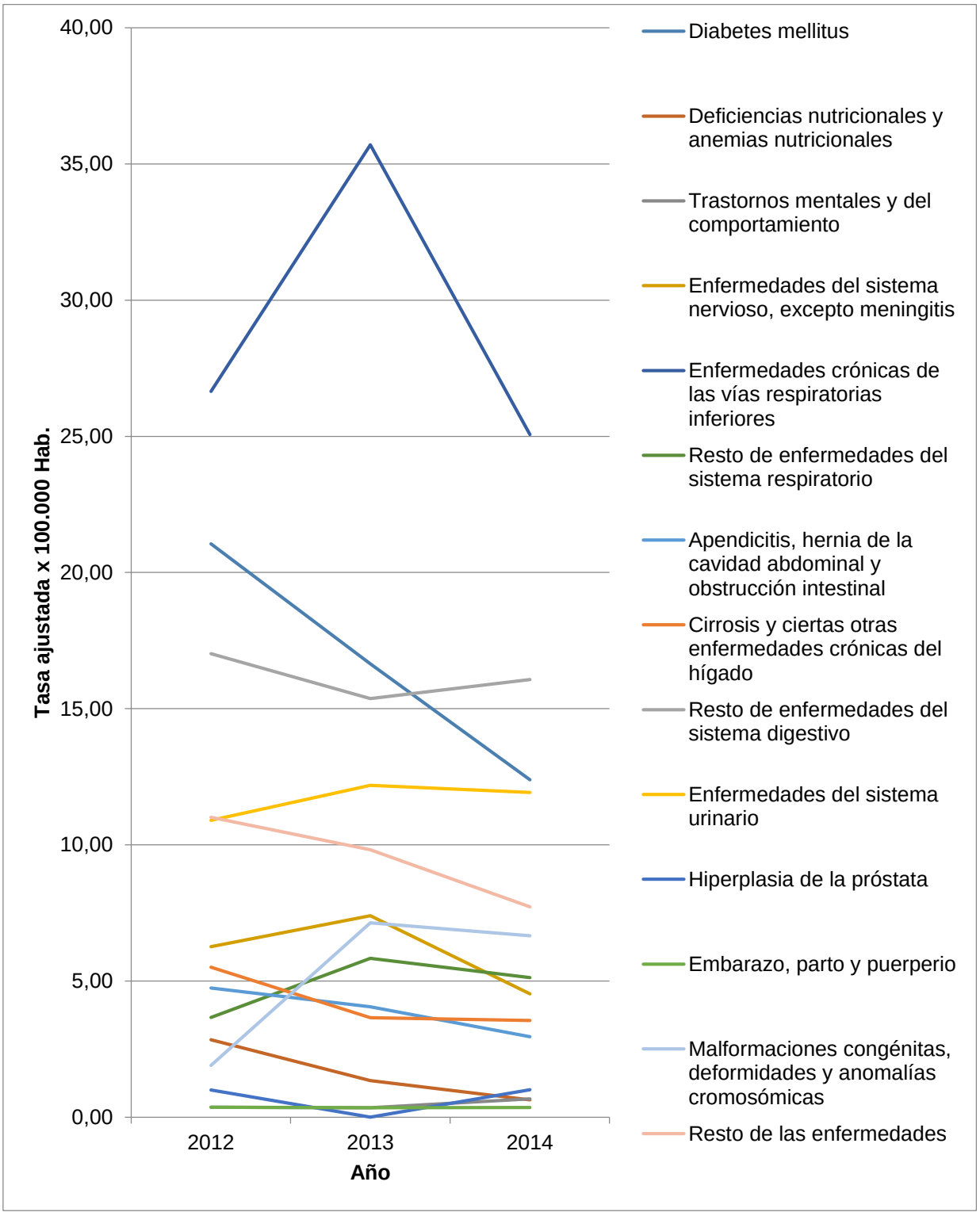


Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

3.1.6. Demás causas

Este grupo es la tercera causa de mortalidad en la Subred y representa el 25,2 % del total de muertes para el año 2014 con una tasa ajustada de 98,7 siendo la menor frente a las demás localidades de la Subred. Desde el 2012, donde se reportó una tasa de 113,3 se ha presentado una disminución en la mortalidad en este grupo para la localidad.

Gráfica 23. Mortalidad subgrupo Demás causas, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

El subgrupo que tiene mayores tasas es el de enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con una tasa de 25,06 para el 2014, seguido de las demás enfermedades del sistema digestivo con una tasa de 16,06 y la Diabetes Mellitus con una tasa de 12,39 para el mismo año. En general la tendencia de este grupo de enfermedades es hacia la disminución.

En este grupo de causas la tasa más alta de mortalidad se encuentra en el grupo de 80 años y más, aunque se encuentras una mayor concentración a partir de los 70 años de edad.

Tabla 23. Tasas ajustadas de mortalidad demás causas, localidad de Puente Aranda y Subred Sur Occidente, 2014

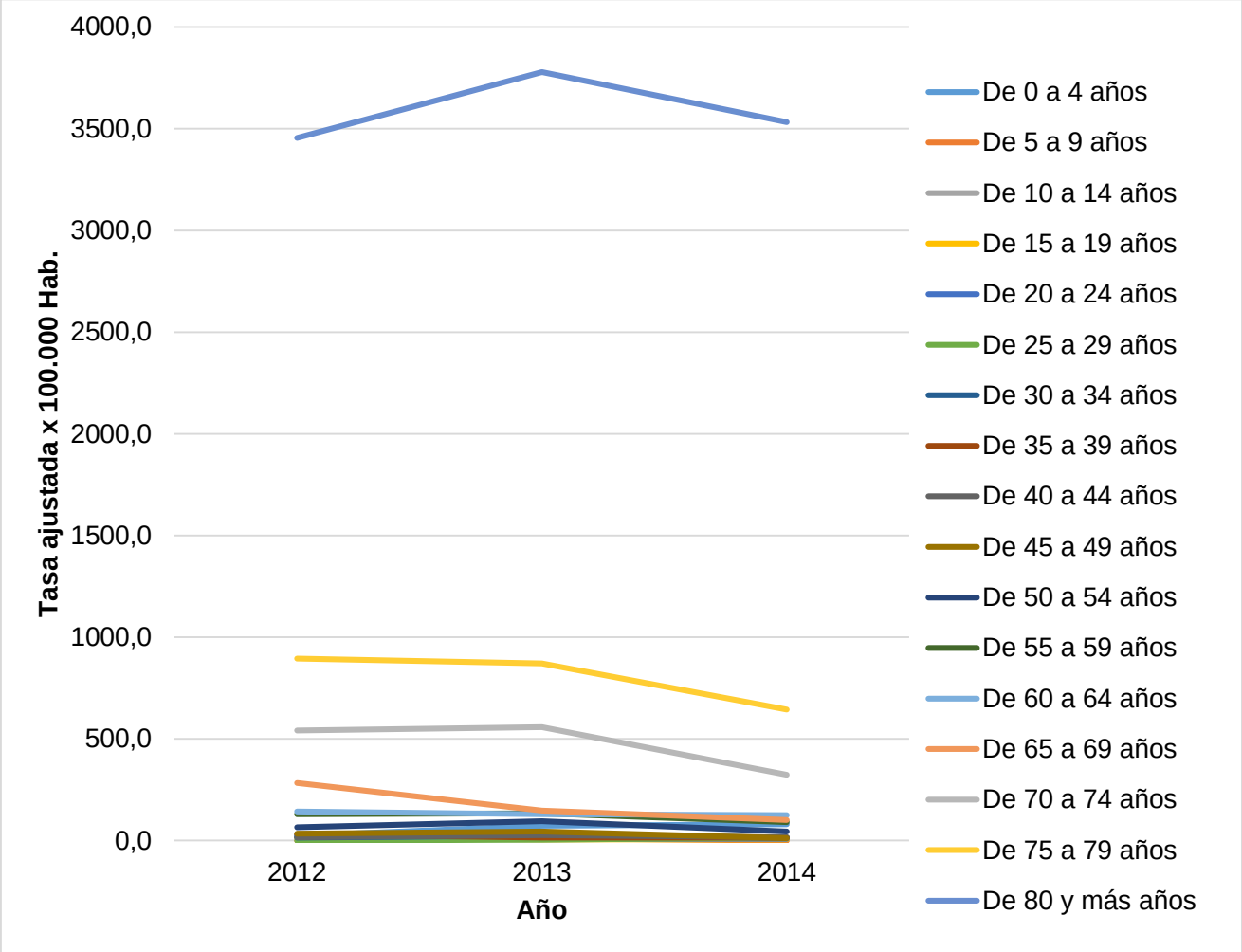
Demás causas	Localidad de Puente Aranda	Subred Suroccidente
Diabetes mellitus	12,39	13,77
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	0,63	1,32
Trastornos mentales y del comportamiento	0,67	1,38
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	4,53	5,90
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	25,06	29,41
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	5,13	7,05
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	2,95	3,65
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	3,55	4,57
Resto de enfermedades del sistema digestivo	16,06	15,50
Enfermedades del sistema urinario	11,92	12,22
Hiperplasia de la próstata	1,01	0,52
Embarazo, parto y puerperio	0,36	0,57
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	6,66	5,64
Resto de las enfermedades	7,72	9,52

Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016). *Tasas ajustadas.

Este comportamiento presentado tanto en la tendencia como en la magnitud refleja al igual que para el grupo de neoplasias y enfermedades del sistema circulatorio una problemática de enfermedades crónicas en cuanto a estilos de vida y factores ambientales.

Por grupos de edad, los mayores de 80 años reportan las tasas más altas de mortalidad, durante el período 2012 a 2014, los demás grupos se encuentran alejados del primer lugar, aunque en segundo lugar se ubican las personas a partir de los 70 años.

Gráfica 24. Mortalidad subgrupo demás causas por quinquenio, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016). *Tasas ajustadas

Por sexo, durante todo el período 2012 a 2014, los hombres reportan tasas más elevadas de mortalidad en comparación con las mujeres, aunque en ambos sexos se ha reportado disminución en las tasas de mortalidad.

Gráfica 25. Mortalidad subgrupo demás causas por sexo, localidad de Puente Aranda, 2012 – 2014



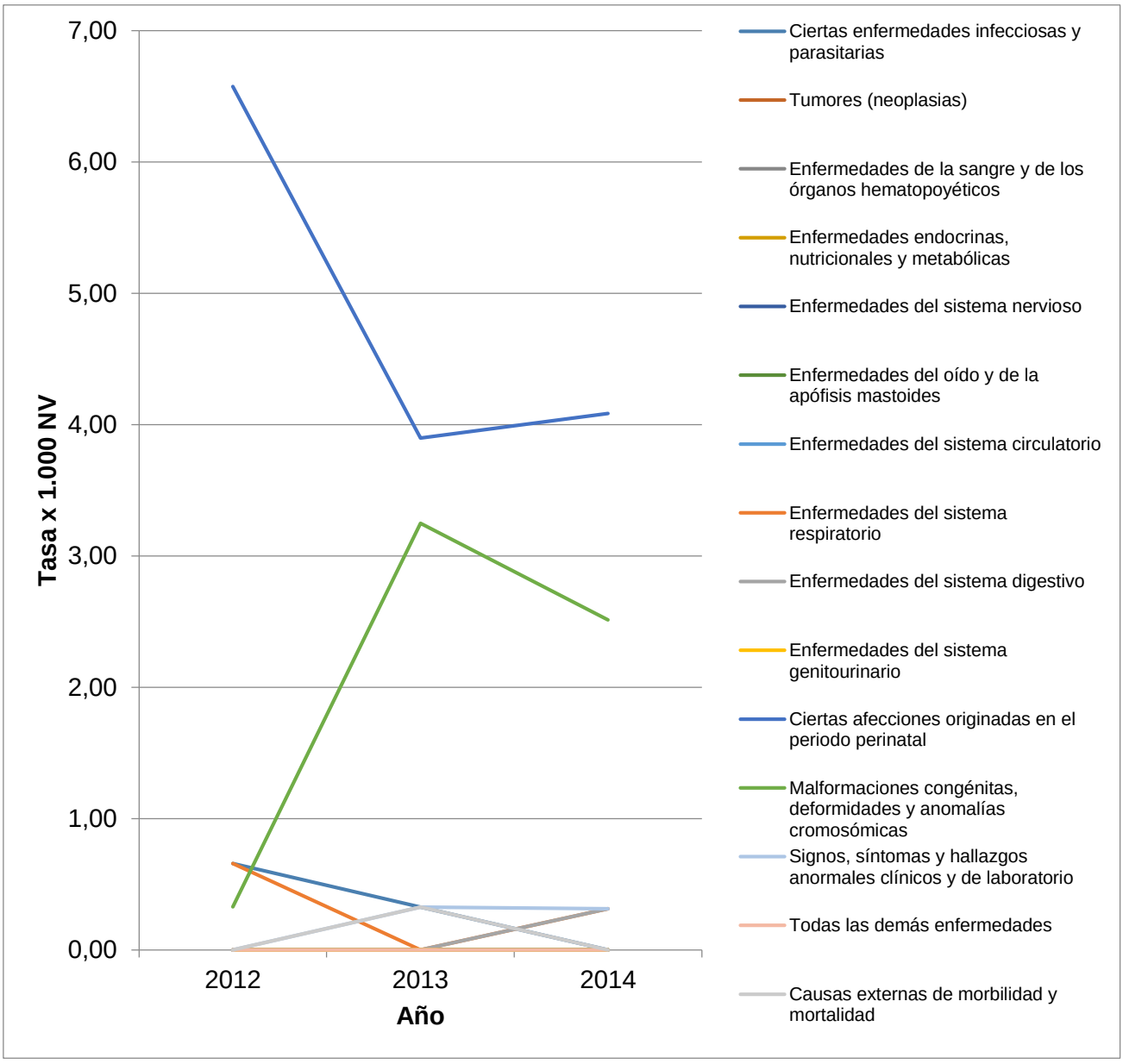
Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016). *Tasas ajustadas.

3.1.7. Mortalidad infantil y en la niñez

En el grupo de menores de un año, la mortalidad ha presentado una reducción durante los últimos tres años, de acuerdo a la información disponible, pasando de una tasa de 8,22 muertes por cada mil nacidos vivos en el 2012 a 7,54 en el año 2014.

En cuanto a las causas de mortalidad, durante el período 2012 a 2014 se han mantenido como primera causa las afecciones originadas en el período perinatal, aunque se observa una disminución sostenida de la tasa. En segundo lugar, se encuentran las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, que, por el contrario, han tenido un comportamiento más irregular.

Gráfica 26. Mortalidad infantil por subgrupo de causas, localidad de Puente Aranda, 2012-2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Al desagregar por sexo, se evidencia que los niños tienen mayores tasas de mortalidad que las niñas, aunque se conserva el mismo comportamiento en cuanto a las causas de mortalidad. La primera causa en ambos sexos se refiere a las afecciones originadas en el período perinatal, no obstante, en los niños durante el período 2012 a 2014 se ha observado un comportamiento oscilante mientras que en las niñas se ha mantenido en disminución.

Tabla 24. Proporción número de muertes infantiles, por subgrupo de causas y sexo, localidad de Puente Aranda, 2012-2014

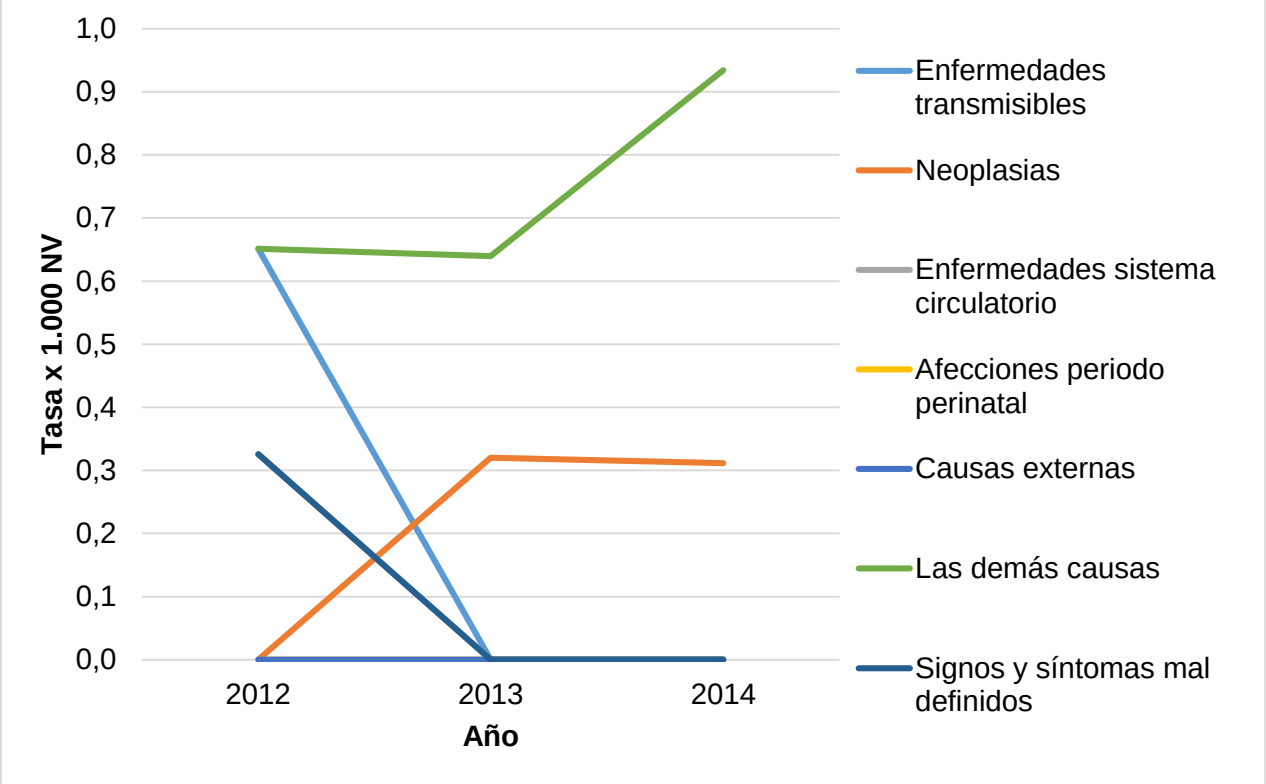
Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres			Mujeres		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	4,0	4,00	0,00	4,0	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,0	0,00	0,00	0,0	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0	0,00	0,00	0,0	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,0	0,00	0,00	0,0	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,0	0,00	0,00	0,0	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,0	0,00	0,00	0,0	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,0	0,00	0,00	0,0	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	8,0	0,00	0,00	0,0	0,00	4,17
Enfermedades del sistema digestivo	0,0	0,00	4,17	0,0	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,0	0,00	0,00	0,0	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	56,0	24,00	33,33	24,0	24,00	20,83
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,0	28,00	25,00	0,0	12,00	8,33
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,0	0,00	4,17	0,0	4,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,0	0,00	0,00	0,0	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,0	4,00	0,00	0,0	0,00	0,00

Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Para los niños de 1 a 4 años de acuerdo a la lista 6/67, para el año 2014, se reportan muertes en solo dos de los siete grupos, teniendo como primera causa el grupo de las demás causas, con un para el año 2014 y una tasa de 0,9 casos por

cada 1.000 nacidos vivos, para el 2012 se registró una tasa de 0,7. En segundo lugar, se encuentran las neoplasias ubicándose en el 2014 en una tasa de 0,3, en comparación con el 2012, donde no se reportaron casos. En general, se encuentran bajas tasas de mortalidad para este grupo de edad, mostrando que la mortalidad en la niñez se concentra en los menores de un año.

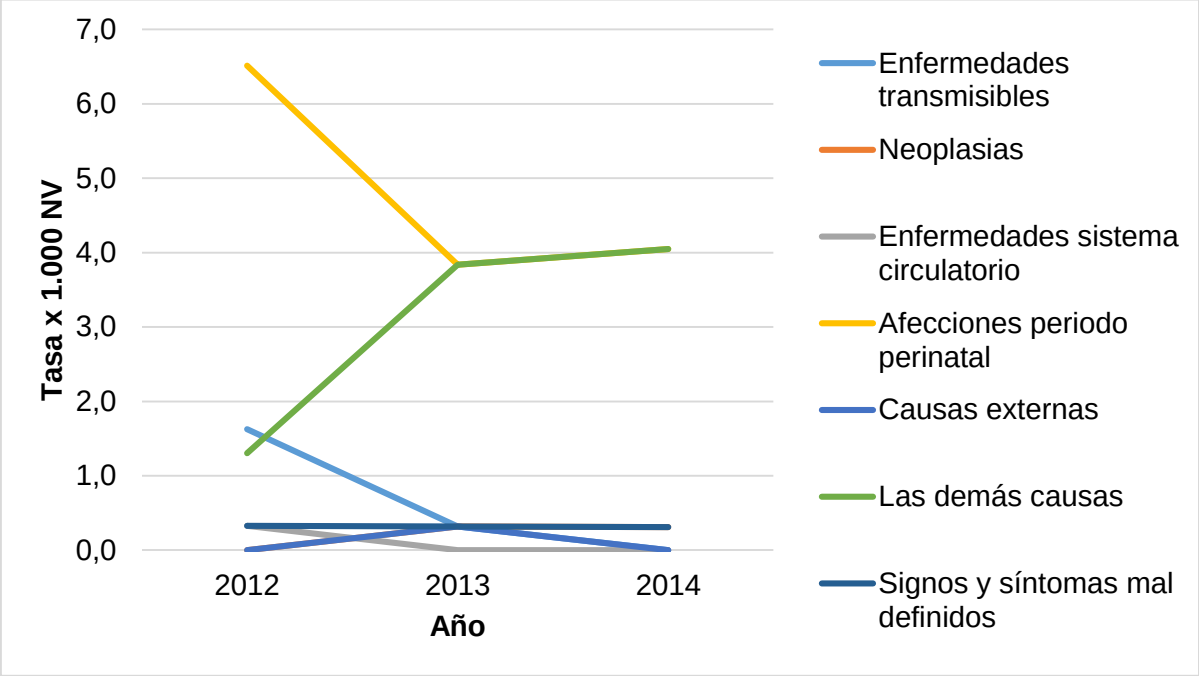
Gráfica 27. Mortalidad de 1 a 4 años, localidad de Puente Aranda, 2012-2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Para los menores de cinco años, se presenta un cambio en el comportamiento donde la primera causa de mortalidad se relaciona con las afecciones del período perinatal, que presenta una disminución para el año 2014, para ese mismo año las demás causas comparten el primer lugar con una tasa 4,0 muertes por cada 10.000 menores de cinco años, esta causa por el contrario ha presentado un incremento desde el año 2012 donde se reportó una tasa de 1,3.

Gráfica 28. Mortalidad en menores de cinco años, localidad de Puente Aranda, 2012-2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

3.1.8. Mortalidad Materno - Infantil y en la Niñez

Por otra parte, para el análisis de la mortalidad materno infantil, se realiza un ejercicio de semaforización, teniendo en cuenta los intervalos de confianza de las diferencias relativas. De acuerdo con esta semaforización, no se encuentran diferencias en los indicadores de la localidad frente al Distrito

Tabla 25. Resultado indicadores salud materno infantil semaforización ASIS, localidad de Puente Aranda, 2014

Causa de muerte	Bogotá	Localidad de Puente Aranda	2012	2013	2014
Razón de mortalidad materna	29,9	31,9	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad perinatal	12,8	13,1	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad neonatal	6,4	5,3	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad infantil	10,0	7,5	↗	↘	↘

Tasa de mortalidad en la niñez	11,6	8,8	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	5,0	0,0	↗	↘	-
Tasa de mortalidad por neumonía en menores de cinco años	6,5	0,0	↗	↘	-
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0,8	0,0	-	-	-
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0,3	0,0	-	-	-

Fuente: año 2012-2013: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS- Año 2013 ajustado con datos definitivos publicación DANE 30 de julio del 2015. Año 2014: Bases de datos DANE -RUAF-ND, actualizados agosto 2016 (publicación DANE de junio 30 2016 definitivos).

Sin embargo, al realizar la comparación teniendo en cuenta el valor de la tasa de mortalidad del Distrito frente a la localidad de Localidad de Puente Aranda, se observan algunas diferencias. La mortalidad materna y la mortalidad perinatal son los indicadores críticos para la localidad, ya que están por encima del Distrito. Por el contrario, la mortalidad en menores de un año y en menores de cinco años es menor que a nivel Distrital. Con respecto a la mortalidad por IRA, EDA y desnutrición, en la localidad no se reportan casos.

3.2. Morbilidad

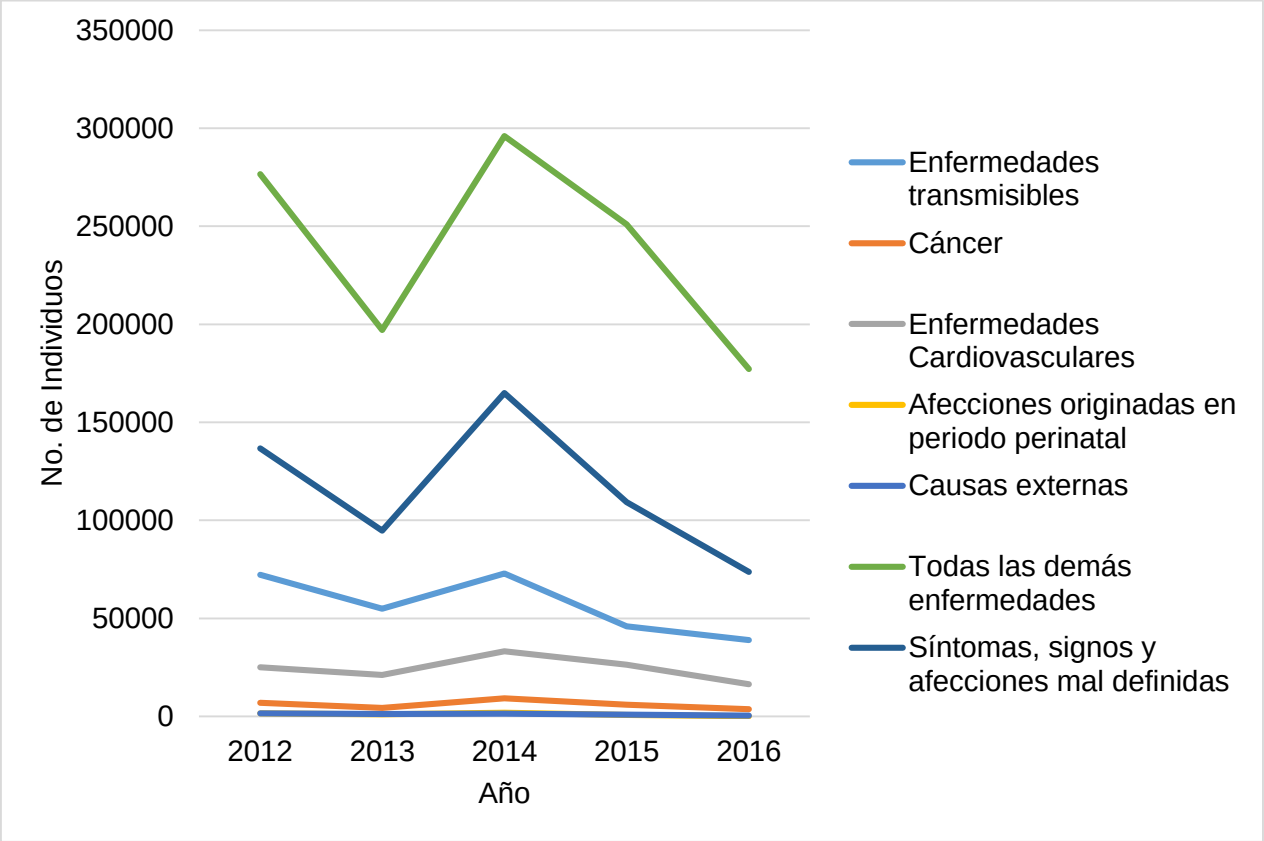
3.2.1. Morbilidad general y análisis de la prestación de servicios

3.2.1.1. Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud -RIPS-

Este apartado describe el comportamiento de la morbilidad de los usuarios que asistieron a los diferentes servicios prestados por las unidades de servicios de salud públicas y privadas, ubicadas en la localidad. El análisis se realiza teniendo en cuenta la agrupación 6/67, incluyendo análisis de las atenciones realizadas por tipo de servicio discriminado en los 6 grandes grupos de mortalidad donde se registraron atenciones, cada uno de los análisis se encuentra discriminado por sexo y curso de vida.

En este orden de ideas, en el año 2016 se realizaron 516.263 atenciones a 314.623 individuos en las Unidades de Servicios de Salud de la localidad, esto indica un promedio de 1,6 atenciones por individuo. En cuanto al grupo de causas con mayor número de individuos atendidos se observa que durante el período 2012 a 2016 el grupo de todas las demás enfermedades concentra la mayor proporción, seguido por los síntomas, signos y afecciones mal definidas y las enfermedades transmisibles. Además, se observa una reducción importante de los individuos atendidos por las dos primeras causas durante los últimos dos años.

Gráfica 29. Individuos atendidos por grupo de causas, localidad de Puente Aranda, 2012-2016



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no POS. (Datos reportados por las ESE de la red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017).

La distribución por sexo en la localidad reporta que el 59 % los individuos atendidos son mujeres, con una menor proporción en comparación con la Subred

y el Distrito que tienen un 61,9 % y 62 %, respectivamente. Aunque existe una mayor proporción de mujeres atendidas en la localidad, los hombres tienen una mayor concentración de atenciones por individuo con 1,5, frente a 0,9 en las mujeres.

No obstante, la localidad se comporta similar a la Subred y el Distrito en cuanto a los grupos de causas, Localidad de Puente Aranda tiene una menor proporción en el grupo de síntomas, signos y afecciones mal definidas y existe una menor diferencia entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta que en las todas las escalas existe una mayor proporción de mujeres atendidas por esta causa.

Tabla 26. Distribución de individuos por grupo de causas y sexo, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2016

Grupo de causas	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Localidad de Puente Aranda						
Afecciones originadas en periodo perinatal	59	0,0	55	0,0	114	0,0
Cáncer	1.093	0,4	2.490	0,8	3.583	1,2
Causa externas	169	0,1	248	0,1	417	0,1
Enfermedades Cardiovasculares	6.371	2,1	9.989	3,2	16.360	5,3
Enfermedades transmisibles	18.301	5,9	20.580	6,6	38.881	12,5
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	29.304	9,4	44.386	14,3	73.690	23,7
Todas las demás enfermedades	71.933	23,2	105.304	33,9	177.237	57,1
Total	**127.230**	**41,0**	**183.052**	**59,0**	**310.282**	**100**
Subred						
Afecciones originadas en periodo perinatal	838	0,1	856	0,1	1.694	0,1
Cáncer	4.353	0,3	11.821	0,7	16.174	1,0
Causa externas	4.279	0,3	13.109	0,8	17.388	1,1
Enfermedades Cardiovasculares	35.172	2,2	76.896	4,7	112.068	6,9
Enfermedades transmisibles	85.960	5,3	105.598	6,5	191.558	11,8

Síntomas, signos y afecciones mal definidas	167.265	10,3	303.002	18,6	470.267	28,8
Todas las demás enfermedades	323.888	19,9	497.236	30,5	821.124	50,4
Total	**621.755**	**38,1**	**1.008.518**	**61,9**	**1.630.273**	**100**
Distrito						
Afecciones originadas en periodo perinatal	5.949	0,1	5.512	0,1	11.461	0,2
Cáncer	36.945	0,5	87.307	1,2	124.252	1,7
Causa externas	27.083	0,4	56.765	0,8	83.848	1,2
Enfermedades Cardiovasculares	165.786	2,3	317.831	4,4	483.617	6,7
Enfermedades transmisibles	349.677	4,8	451.600	6,2	801.277	11,1
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	710.773	9,8	1.310.154	18,1	2.020.927	27,9
Todas las demás enfermedades	1.454.810	20,1	2.256.666	31,2	3.711.476	51,3
Total	**2.751.023**	**38,0**	**4.485.835**	**62,0**	**7.236.858**	**100**

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no POS. (Datos reportados por las ESE de la red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017)

En mujeres, el grupo de todas las demás enfermedades aportaron el 36,3 % del total de las atenciones prestadas en este sexo, estando por encima de la proporción de la Subred y del Distrito, seguidas por los síntomas, signos y afecciones mal definidas que causaron el 15 % de las atenciones.

En hombres, el grupo de todas las enfermedades aportaron el 22,2 % del total de las atenciones prestadas en este sexo, mayor a nivel Subred y Distrito y el 7,8 % de las atenciones se produjeron por los síntomas, signos y afecciones mal definidas.

Referente al tipo de atención se encuentra que el 93,2 % de las atenciones se realizaron en consulta externa, el 6,7 % en urgencias y el 0,04 % fueron hospitalizaciones.

Para todos los tipos de atención, los grupos de causas tienen el mismo comportamiento donde el grupo de todas las demás enfermedades ocupa el primer lugar, aunque el mayor porcentaje se encuentra en el servicio de consulta. Seguido están los síntomas, signos y afecciones mal definidas, que tiene la mayor proporción en el servicio de urgencias, lo que se explica por la diversidad de síntomas por los que acuden los usuarios; este servicio además concentra la mayor cantidad de atenciones por individuo con 2,2, consultas reporta 1,6 y hospitalizaciones tiene 1,3 atenciones por individuo.

Tabla 27. Distribución de atenciones e individuos por tipo de atención y grupo de causas, localidad de Puente Aranda. 2016

Tipo de atención	Grupo de causas	Atenciones		Individuos	
		n	%	n	%
Consultas	Afecciones originadas en periodo perinatal	119	0,0	91	0,0
	Cáncer	5.471	1,1	3.522	1,2
	Causa externas	418	0,1	283	0,1
	Enfermedades Cardiovasculares	41.900	8,7	16.235	5,4
	Enfermedades transmisibles	41.978	8,7	36.142	12,1
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	107.021	22,2	69.953	23,4
	Todas las demás enfermedades	284.449	59,1	172.562	57,8
	Total	**481.356**	**100**	**298.788**	**100**
Hospitalizaciones	Afecciones originadas en periodo perinatal	17	8,1	12	7,3
	Cáncer	22	10,5	17	10,3
	Causa externas	22	10,5	16	9,7
	Enfermedades Cardiovasculares	1	0,5	1	0,6
	Enfermedades transmisibles	12	5,7	11	6,7
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	38	18,1	32	19,4
	Todas las demás enfermedades	98	46,7	76	46,1
	Total	**210**	**100**	**165**	**100**

Urgencias	Afecciones originadas en periodo perinatal	40	0,1	20	0,1
	Cáncer	104	0,3	73	0,5
	Causa externas	239	0,7	139	0,9
	Enfermedades Cardiovasculares	288	0,8	167	1,1
	Enfermedades transmisibles	6.088	17,5	2.969	19,4
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	10.833	31,2	4.972	32,5
	Todas las demás enfermedades	17.105	49,3	6.946	45,4
	Total	**34.697**	**100**	**15.286**	**100**

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no POS. (Datos reportados por las ESE, red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017)

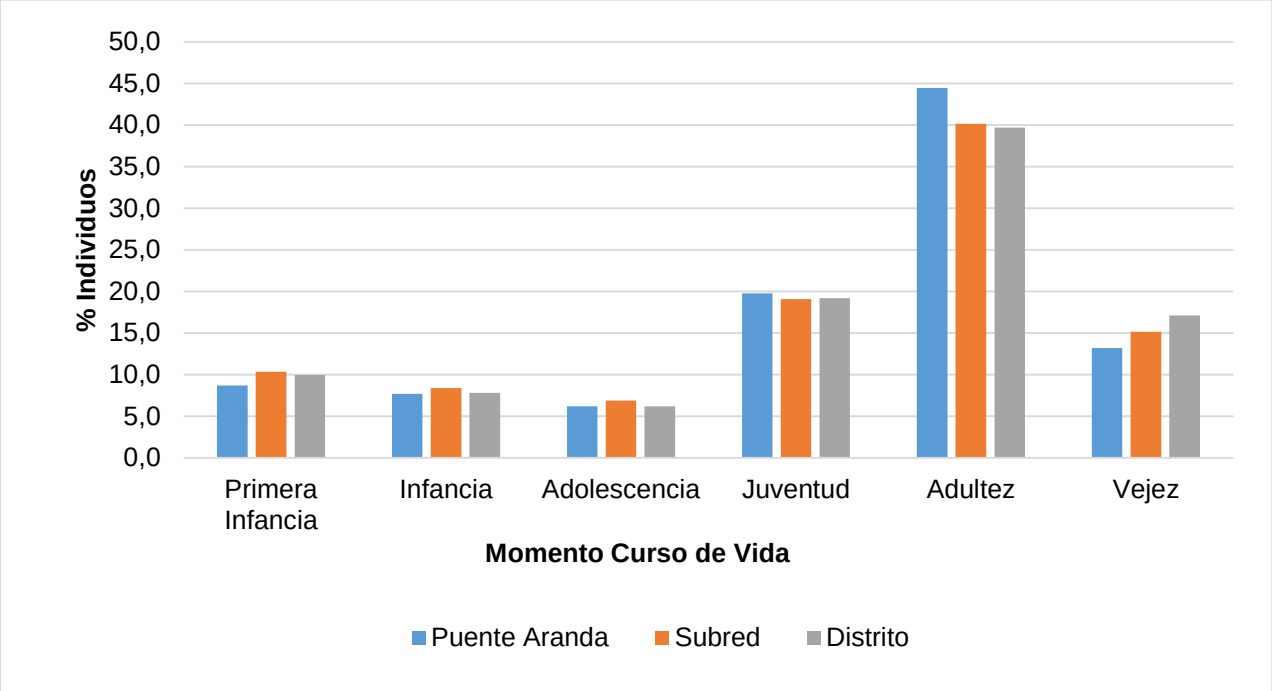
En cuanto a la distribución por red, en la localidad el 98,2 % de las atenciones corresponden a la red no adscrita, por encima del porcentaje del Distrito que tiene el 90,9 % de las atenciones en esta red, lo anterior debido a que la localidad concentra una mayor cantidad de unidades de atención privadas.

Comportamiento de individuos atendidos por momento del curso de vida

La adultez es el momento del curso de vida que concentra la mayor proporción de individuos atendidos durante el año 2016 con un 44,4 % y concentra el 44,6 % de atenciones en este grupo de edad, este comportamiento se mantiene tanto en la Subred como en el Distrito, aunque en menor porcentaje con 40,1 % y 39,7 % de individuos, respectivamente.

En segundo lugar, se encuentra la juventud con el 19,9 %, seguido por la vejez con el 13,2 %, a diferencia de los anteriores, la localidad presenta una menor proporción en este grupo de edad en comparación con la Subred con 14,8 % y el Distrito con 16,8 %, a pesar de que la localidad, tiene un mayor porcentaje de población mayor de 60 años.

Gráfica 30. Proporción de individuos atendidos por momento del curso de vida, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2016



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no POS. (Datos reportados por las ESE de la red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017).

Primera Infancia

La primera infancia aporta el 8,7 % del total de individuos atendidos en la localidad de Localidad de Puente Aranda y un 7,7 % de las atenciones en este grupo de edad. Por grupo de causas, las atenciones e individuos tienen un mayor porcentaje en el grupo de todas las demás enfermedades, seguido por los síntomas, signos y afecciones más definidas, mientras que, en la Subred y el Distrito, esta causa ocupa el primer lugar. En tercer lugar, para todas las escalas territoriales se encuentran las enfermedades transmisibles, donde la localidad tiene una menor proporción frente a la Subred y el Distrito.

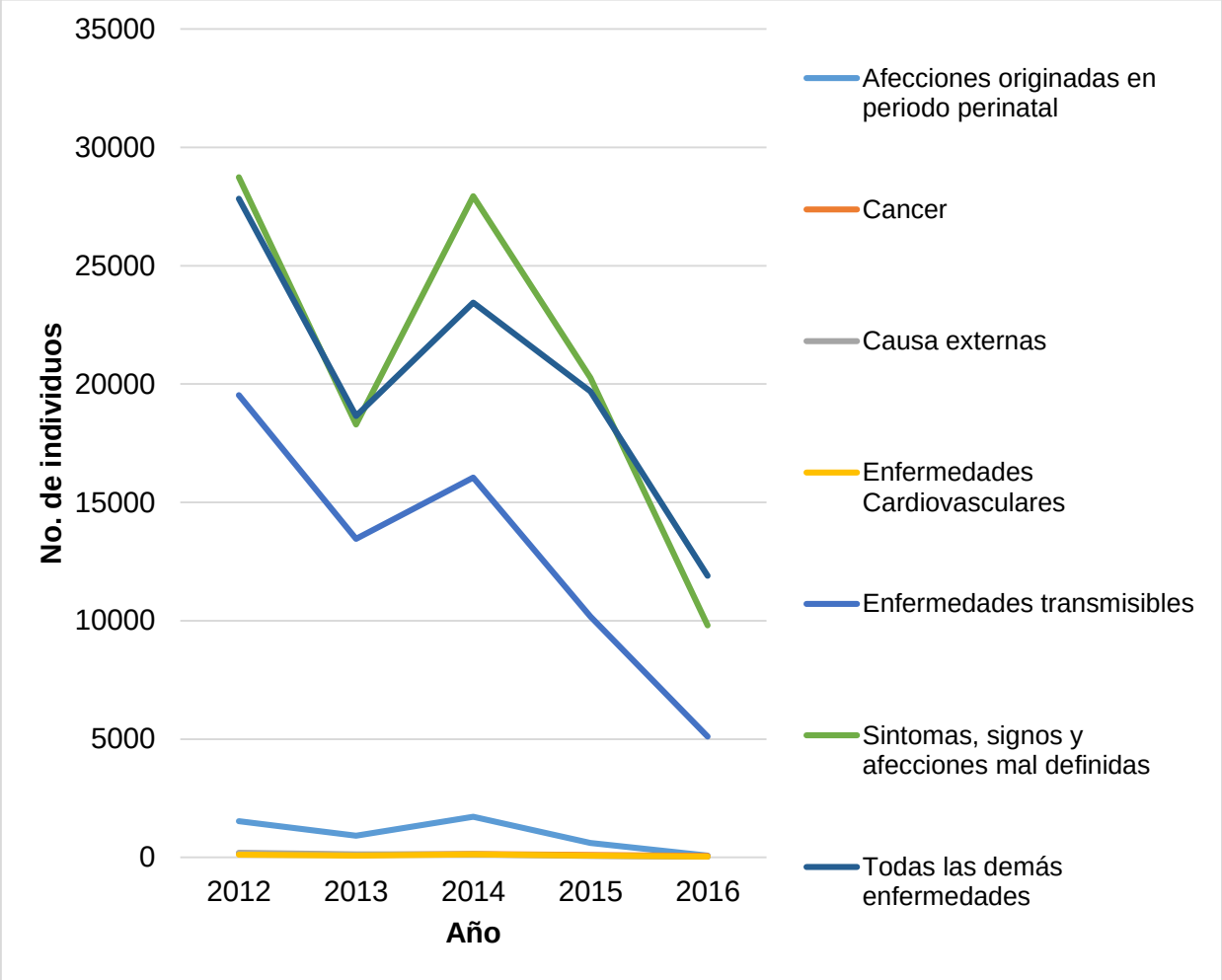
Tabla 28. Comportamiento de atenciones e individuos atendidos por grupo de causas, Primera Infancia, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2016

Grupo de causas	Localidad de Puente Aranda				Subred				Distrito			
	Atenciones		Individuos		Atenciones		Individuos		Atenciones		Individuos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Afecciones originadas en periodo perinatal	102	0,3	75	0,3	2.825	1,0	1.319	0,8	18.632	1,4	8.404	1,2
Cáncer	72	0,2	61	0,2	383	0,1	332	0,2	3.767	0,3	2.007	0,3
Causa externas	31	0,1	26	0,1	555	0,2	504	0,3	2.771	0,2	2.341	0,3
Enfermedades Cardiovasculares	39	0,1	34	0,1	270	0,1	216	0,1	2.370	0,2	1.631	0,2
Enfermedades transmisibles	6.836	17,3	5.106	18,9	53.378	18,9	36.596	21,6	267.077	20,3	161.856	22,3
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	16.037	40,5	9.805	36,3	133.577	47,3	74.280	43,8	568.595	43,2	294.153	40,6
Todas las demás enfermedades	16.467	41,6	11.899	44,1	91.531	32,4	56.478	33,3	453.442	34,4	254.528	35,1
Total	**39.584**	**100**	**27.006**	**100**	**282.519**	**100**	**169.725**	**100**	**1.316.654**	**100**	**724.920**	**100**

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no POS. (Datos reportados por las ESE de la red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017)

Del 2012 al 2016, los individuos de primera infancia atendidos han tenido una reducción del 65,4 %, lo que se puede observar en todos los grupos de causas. Esta reducción ha sido más alta en el grupo de afecciones originadas en el período perinatal con un 95,1 %, aunque es principalmente este grupo de edad que se presentan estas afecciones, sin embargo, este comportamiento coincide con la reducción de la mortalidad perinatal en la localidad durante el mismo período.

Gráfica 31. Individuos atendidos por grupo de causas. Primera Infancia, localidad de Puente Aranda. 2012-2016



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no POS. (Datos reportados por las ESE de la red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017).

Infancia

El 7,7 % de los individuos y el 6,3 % de las atenciones en la localidad corresponden a infancia. El grupo de todas las demás enfermedades tiene la mayor prevalencia de individuos y atenciones en la localidad, aunque se presenta el mismo comportamiento en la Subred y en el Distrito, la localidad concentra una mayor proporción en este grupo.

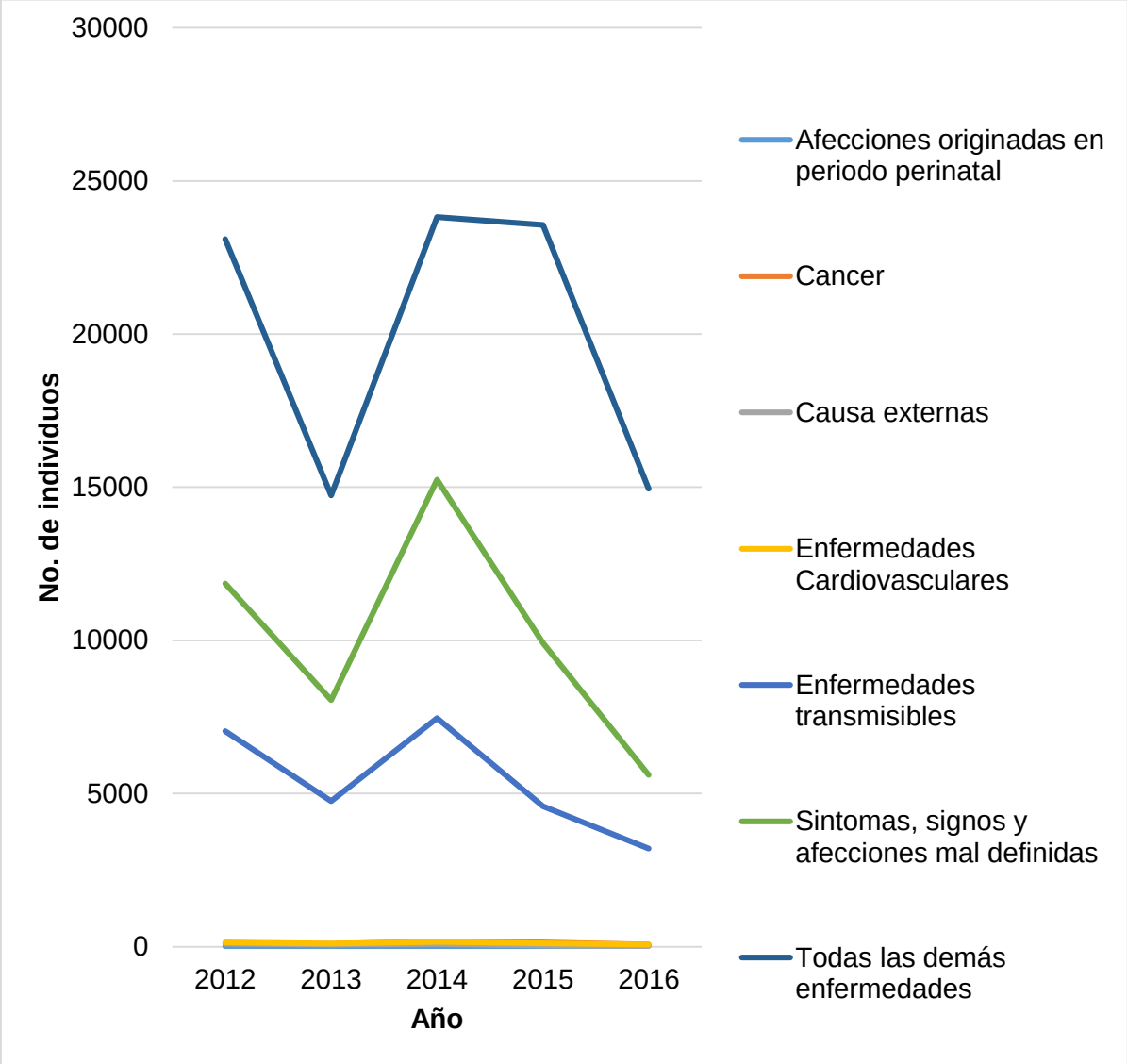
Tabla 29. Comportamiento de atenciones e individuos atendidos por grupo de causas, Infancia, Localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2016

Grupo de causas	Localidad de Puente Aranda				Subred				Distrito			
	Atenciones		Individuos		Atenciones		Individuos		Atenciones		Individuos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Afecciones originadas en periodo perinatal	57	0,2	29	0,1	514	0,2	316	0,2	3.282	0,4	2.038	0,4
Cáncer	81	0,2	68	0,3	450	0,2	381	0,3	4.025	0,4	2.278	0,4
Causa externas	19	0,1	16	0,1	602	0,3	534	0,4	2.863	0,3	2.501	0,4
Enfermedades Cardiovasculares	95	0,3	73	0,3	440	0,2	362	0,3	2.964	0,3	2.299	0,4
Enfermedades transmisibles	3.773	11,6	3.199	13,4	26.967	13,0	21.846	15,9	121.230	13,1	88.834	15,6
Síntomas, signos y afecciones mal definidos	7.467	23,0	5.605	23,4	76.236	36,9	49.238	35,8	318.849	34,5	196.163	34,5
Todas las demás enfermedades	20.997	64,6	14.951	62,4	101.549	49,1	64.942	47,2	470.110	50,9	274.213	48,2
Total	**32.489**	**100**	**23.941**	**100**	**206.758**	**100**	**137.619**	**100**	**923.323**	**100**	**568.326**	**100**

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no POS. (Datos reportados por las ESE de la red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017)

Desde el 2012, se observa una disminución del 43,5 % de los individuos atendidos, con una mayor reducción en el grupo de causas externas (83,7 %), el único grupo que reporta un incremento en los individuos es el de afecciones del período perinatal, que se observa en mayor medida en la primera infancia.

Gráfica 32. Individuos atendidos por grupo de causas, Infancia, localidad de Puente Aranda, 2012-2016



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no POS. (Datos reportados por las ESE de la red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017

Adolescencia

Para el año 2016, los adolescentes aportan el 6,2 % de los individuos y el 5,2 % de las atenciones en la localidad. Como primer grupo de causas de atención se encuentran todas las demás enfermedades, primer lugar que comparte con la Subred y el Distrito, aunque la localidad tiene una mayor proporción tanto en las

atenciones como en los individuos. Por el contrario, en el grupo de signos, síntomas y afecciones mal definidas, Localidad de Puente Aranda tiene una proporción más baja.

Tabla 30. Comportamiento de atenciones e individuos atendidos por grupo de causas, adolescencia, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2016

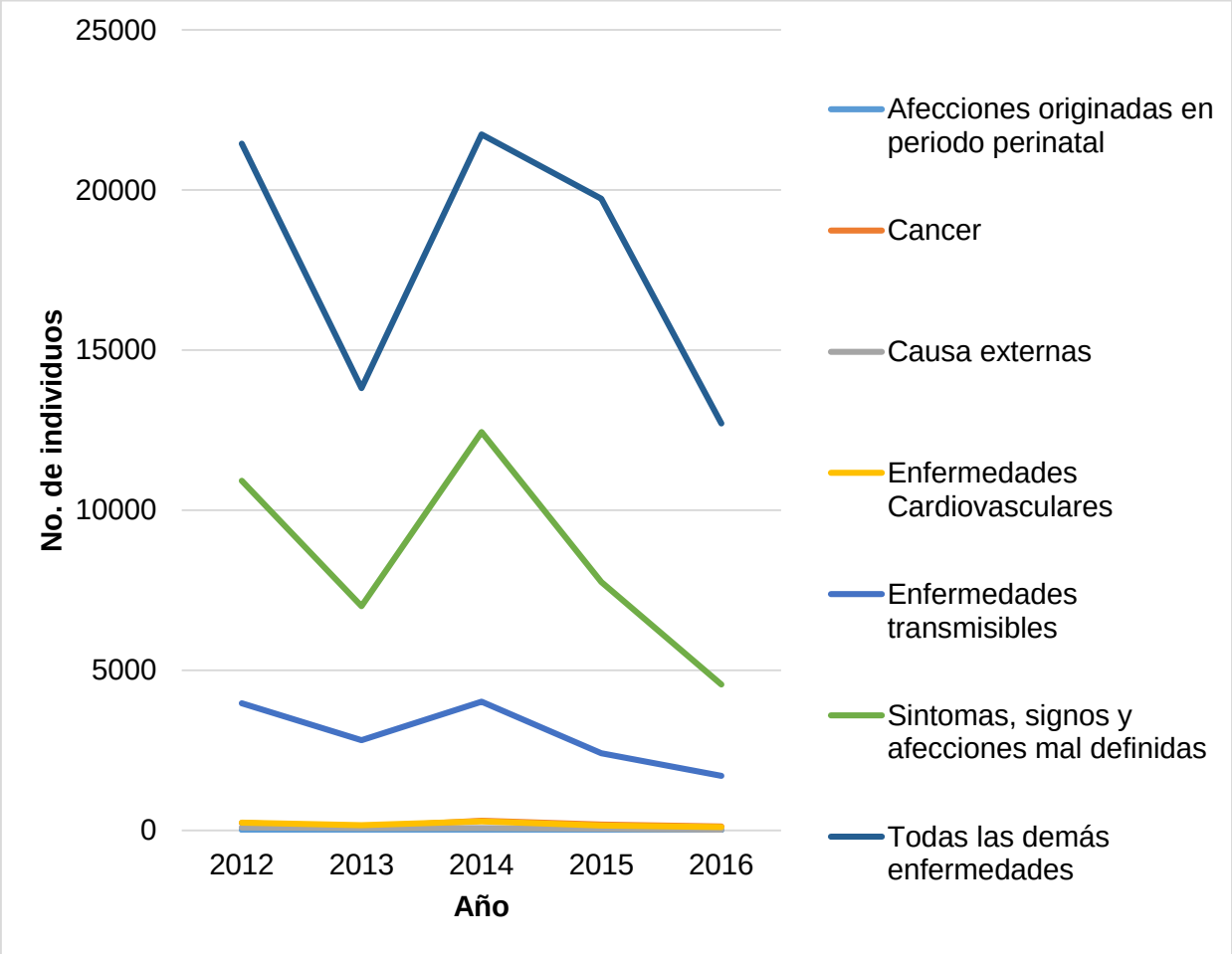
Grupo de causas	Localidad de Puente Aranda				Subred				Distrito			
	Atenciones		Individuos		Atenciones		Individuos		Atenciones		Individuos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Afecciones originadas en periodo perinatal	8	0,0	5	0,0	143	0,1	87	0,1	1.147	0,2	681	0,2
Cáncer	176	0,7	125	0,6	756	0,4	559	0,5	5.903	0,8	3.258	0,7
Causa externas	27	0,1	23	0,1	674	0,4	584	0,5	3.787	0,5	3.227	0,7
Enfermedades Cardiovasculares	120	0,4	106	0,6	860	0,5	685	0,6	4.251	0,6	3.106	0,7
Enfermedades transmisibles	1.946	7,2	1.707	8,9	11.845	6,5	10.377	9,2	52.616	7,0	42.052	9,4
Síntomas, signos y afecciones mal definido	6.410	23,8	4.559	23,7	67.723	37,4	39.506	35,1	254.144	33,8	148.831	33,1
Todas las demás enfermedades	18.240	67,7	12.709	66,1	99.027	54,7	60.830	54,0	429.603	57,2	247.992	55,2
Total	**26.927**	**100**	**19.234**	**100**	**181.028**	**100**	**112.628**	**100**	**751.451**	**100**	**449.147**	**100**

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no POS (Datos reportados por las ESE de la red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017

Desde el año 2012, en los adolescentes se evidencia una reducción del 47,9 % en los individuos atendidos, aunque todos los grupos de causas reportan una disminución, es más elevada en las causas externas con el 75 %. Mientras que el

grupo que ocupa el primer lugar, el de todas las demás enfermedades, tiene la menor reducción con 40,8 %.

Gráfica 33. Individuos atendidos por grupo de causas, Adolescencia, localidad de Puente Aranda, 2012-2016



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no POS. (Datos reportados por las ESE de la red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017.

Juventud

Para el año 2016, el 19,5 % de las atenciones y el 19,9 % de los individuos atendidos en la localidad corresponden a personas jóvenes. En cuanto a las causas, el primer lugar lo ocupa el grupo de todas las demás enfermedades seguido los síntomas, signos y afecciones mal definidos y las enfermedades transmisibles, compartiendo la misma distribución con la Subred y el Distrito.

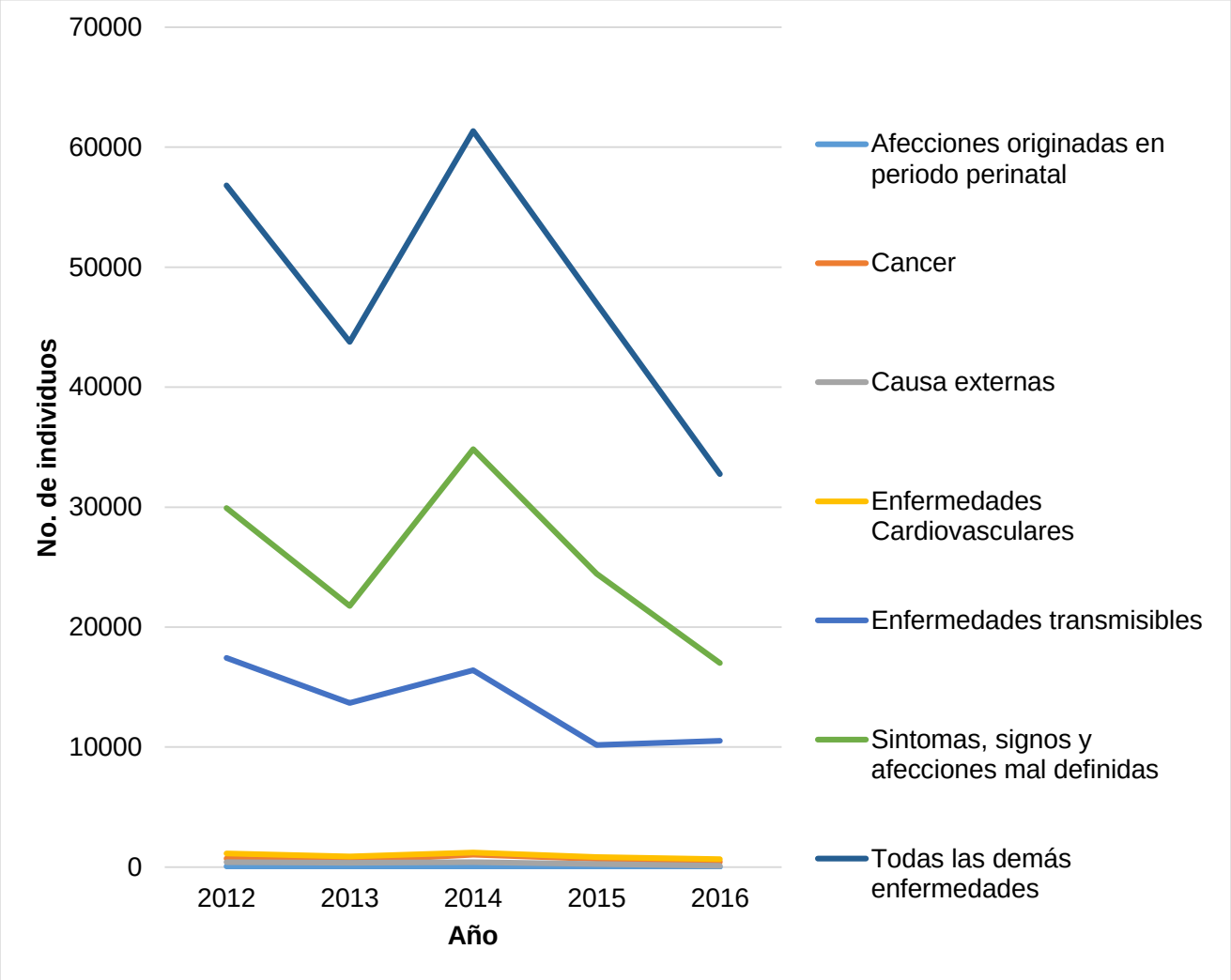
Tabla 31. Comportamiento de atenciones e individuos atendidos por grupo de causas, juventud, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2016

Grupo de causas	Localidad de Puente Aranda				Subred				Distrito			
	Atenciones		Individuos		Atenciones		Individuos		Atenciones		Individuos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Afecciones originadas en periodo perinatal	9	0,0	7	0,0	272	0,0	161	0,1	1.849	0,1	1.117	0,1
Cáncer	759	0,8	443	0,7	2.427	0,4	1.792	0,6	17.959	0,7	10.932	0,8
Causa externas	175	0,2	120	0,2	1.901	0,3	1.595	0,5	17.129	0,7	14.982	1,1
Enfermedades cardiovasculares	931	0,9	952	1,5	4.272	0,8	3.042	1,0	22.949	0,9	16.308	1,2
Enfermedades transmisibles	13.087	13,0	10.524	17,0	56.026	10,1	43.213	13,8	248.963	10,0	177.920	12,8
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	31.283	31,1	17.019	27,5	208.690	37,5	101.604	32,6	900.279	36,2	460.222	33,0
Todas las demás enfermedades	54.306	54,0	32.758	53,0	282.745	50,8	160.602	51,5	1.279.940	51,4	713.244	51,1
Total	**100.550**	**100**	**61.823**	**100**	**556.333**	**100**	**312.009**	**100**	**2.489.068**	**100**	**1.394.725**	**100**

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no POS. (Datos reportados por las ESE de la red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017

Durante los últimos cinco años, los individuos atendidos en el grupo juventud disminuyen 41,1 %, siendo más alta en el grupo de afecciones perinatales, que generalmente no corresponden a este grupo de edad y puede deberse a un error en la clasificación de la edad, seguido por las causas externas con 71,4 %.

Gráfica 34. Individuos atendidos por grupo de causas, juventud, localidad de Puente Aranda, 2012-2016



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no POS. (Datos reportados por las ESE de la red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017

Adultez

Los adultos aportan el 44,4 % de los individuos y el 44,6 % de las atenciones en la localidad, con la prevalencia más alta. Se presenta el mismo comportamiento en cuanto al grupo de causas con los otros grupos de edad, no obstante, es en los adultos donde se presenta la mayor proporción de atenciones por cáncer con 1,5 % así como de individuos con 1,7 %.

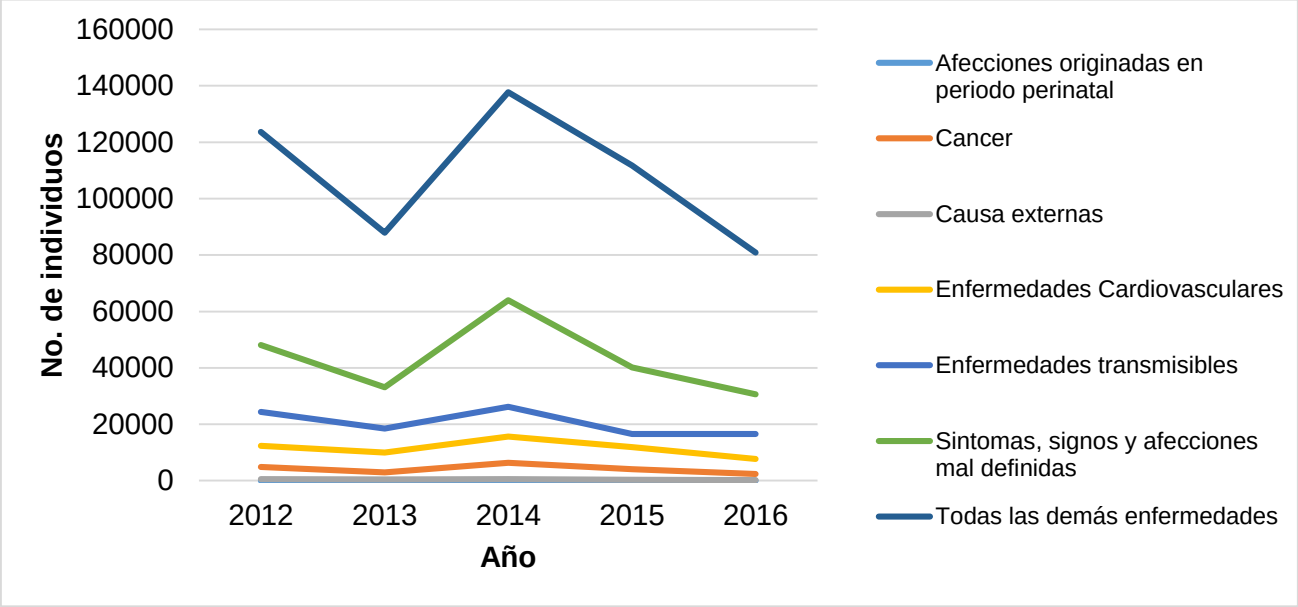
Tabla 32. Comportamiento de atenciones e individuos atendidos por grupo de causas, adultez, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2016

Grupo de causas	Localidad de Puente Aranda				Subred				Distrito			
	Atenciones		Individuos		Atenciones		Individuos		Atenciones		Individuos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Afecciones originadas en periodo perinatal	0	0,0	0	0,0	65	0,0	28	0,0	236	0,0	162	0,0
Cáncer	3.376	1,5	2.344	1,7	14.516	1,3	10.240	1,6	139.172	2,5	68.824	2,4
Causa externas	300	0,1	182	0,1	7.556	0,7	5.899	0,9	40.994	0,7	34.383	1,2
Enfermedades Cardiovasculares	16.155	7,0	7.713	5,6	78.163	6,8	43.127	6,6	328.356	6,0	179.070	6,2
Enfermedades transmisibles	20.066	8,7	16.561	12,0	86.401	7,5	68.832	10,5	403.080	7,3	275.845	9,6
Síntomas, signos y afecciones mal defin.	46.702	20,3	30.644	22,2	286.396	24,8	167.393	25,6	1.319.951	24,0	729.554	25,4
Todas las demás enfermedades	143.610	62,4	80.841	58,5	682.857	59,1	357.174	54,7	3.277.167	59,5	1.579.060	55,1
Total	**230.209**	**100**	**138.285**	**100**	**1.155.954**	**100**	**652.693**	**100**	**5.508.956**	**100**	**2.866.898**	**100**

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no POS. (Datos reportados por las ESE de la red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017

Los adultos reportan una disminución del 35,4 % en el número de individuos atendidos desde el año 2012, el grupo de causas externas tiene la mayor reducción con el 61,5 %, mientras que el grupo de todas las demás enfermedades es la más baja (44,5 %).

Gráfica 35. Individuos atendidos por grupo de causas, Adultez, localidad de Puente Aranda, 2012-2016



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no POS. (Datos reportados por las ESE de la red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017.

Vejez

En este grupo de edad se concentra el 16,8 % de las atenciones y el 13,2 % de los individuos atendidos en la localidad. Aunque la primera causa es igual a los demás grupos de edad, la segunda causa corresponde a las enfermedades cardiovasculares, siendo este grupo el que tiene la mayor proporción.

Tabla 33. Comportamiento de atenciones e individuos atendidos por grupo de causas, Vejez, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2016

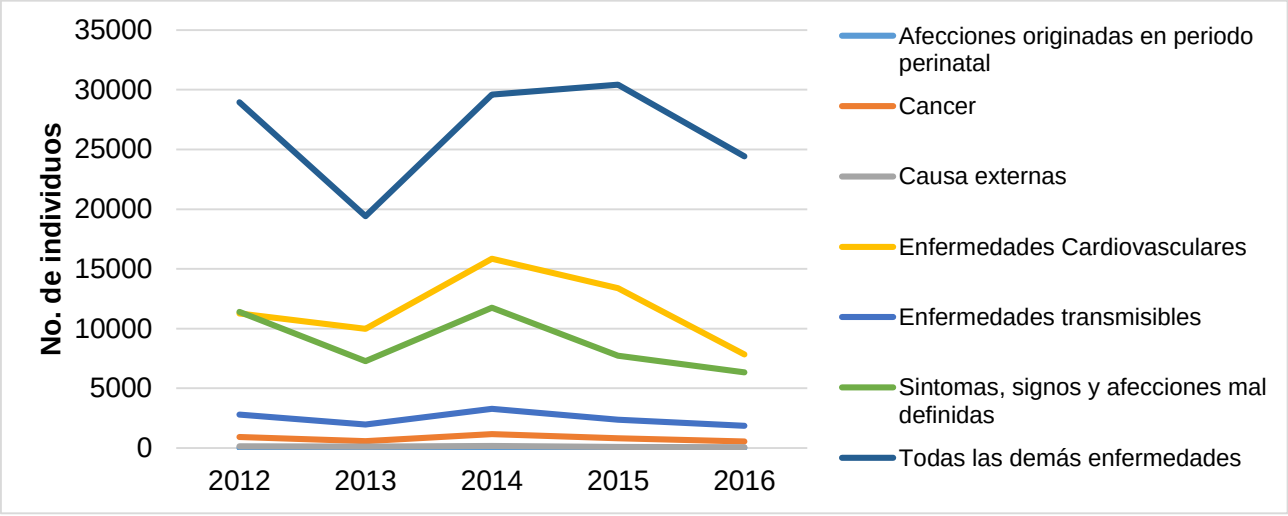
Grupo de causas	Localidad de Puente Aranda				Subred				Distrito			
	Atenciones		Individuos		Atenciones		Individuos		Atenciones		Individuos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Afecciones originadas en periodo perinatal	0	0,0	0	0,0	3	0,0	3	0,0	7	0,0	7	0,0
Cáncer	1.133	1,3	543	1,3	4.754	1,4	2.874	1,2	93.477	3,4	36.815	3,0
Causa externas	127	0,1	50	0,1	11.383	3,4	8.009	3,3	35.116	1,3	25.825	2,1

Grupo de causas	Localidad de Puente Aranda				Subred				Distrito			
	Atenciones		Individuos		Atenciones		Individuos		Atenciones		Individuos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Enfermedades Cardiovasculares	24.849	28,7	7.820	19,1	135	0,0	63.460	26,3	607.337	22,3	274.668	22,6
Enfermedades transmisibles	2.370	2,7	1.847	4,5	16.058	4,7	12.378	5,1	98.232	3,6	62.349	5,1
Síntomas, signos y afecciones mal definidos	9.993	11,6	6.327	15,4	70.118	20,7	44.578	18,5	402.555	14,8	220.854	18,2
Todas las demás enfermedades	48.032	55,5	24.430	59,6	236.565	69,8	110.167	45,6	1.490.659	54,7	594.235	48,9
Total	**86.504**	**100**	**41.017**	**100**	**339.016**	**100**	**241.469**	**100**	**2.727.383**	**100**	**1.214.753**	**100**

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no POS. (Datos reportados por las ESE de la red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017.

En el momento vejez se ha presentado una disminución del 26 % en el número de individuos atendidos desde el 2012, siendo el grupo de edad con menor reducción en la localidad.

Gráfica 36. Individuos atendidos por grupo de causas, vejez, localidad de Puente Aranda, 2012-2016



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no POS. (Datos reportados por las ESE de la red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017.

Comportamiento primeras causas de atención

Para el año 2016, la primera causa de atención en la localidad es la hipertensión esencial primaria con 25.542 atenciones, al igual que en el Distrito. Para esta causa se tiene una mayor prevalencia en mujeres con el 62,9 %, en concordancia con el total de veinte las primeras causas, donde las mujeres aportan el 61 %. En cuanto a la edad, la mayor proporción de atenciones se concentran en los mayores de 60 años y en menor medida en los adultos de 29 a 59 años.

Tabla 34. Primeras causas de atención, localidad de Puente Aranda, 2016

Cod.CIE 10	Nombre diagnóstico	Atenciones hombres		Atenciones mujeres		Total atenciones
		n	%	n	%	
I10X	Hipertensión esencial (primaria)	9.469	37,1	16.073	62,9	25.542
H522	Astigmatismo	9.316	40,3	13.776	59,7	23.092
H524	Presbicia	4.062	35,2	7.487	64,8	11.549
A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	5.135	45,0	6.276	55,0	11.411
H520	Hipermetropía	4.986	44,1	6.321	55,9	11.307
M545	Lumbago no especificado	5.055	46,6	5.784	53,4	10.839
J00X	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	4.870	45,3	5.891	54,7	10.761
I698	Secuelas de otras enfermedades cerebrovasculares y de las no especificadas	3.749	44,6	4.652	55,4	8.401
H521	Miopía	2.529	36,3	4.440	63,7	6.969
K021	Caries de la dentina	2.924	43,7	3.771	56,3	6.695
E039	Hipotiroidismo; no especificado	854	14,9	4.894	85,1	5.748
E669	Obesidad; no especificada	1.468	27,0	3.973	73,0	5.441
N390	Infección de vías urinarias; sitio no especificado	802	14,8	4.617	85,2	5.419
K297	Gastritis; no especificada	1.574	36,1	2.784	63,9	4.358
M255	Dolor en articulación	1.507	39,9	2.272	60,1	3.779

Cod.CIE 10	Nombre diagnóstico	Atenciones hombres		Atenciones mujeres		Total atenciones
		n	%	n	%	
J039	Amigdalitis aguda; no especificada	1.861	51,3	1.765	48,7	3.626
G439	Migraña; no especificada	638	20,8	2.424	79,2	3.062
E119	Diabetes mellitus no insulinodependiente; sin mención de complicación	1.480	49,6	1.506	50,4	2.986
E109	Diabetes mellitus insulinodependiente; sin mención de complicación	1.379	50,4	1.356	49,6	2.735
J029	Faringitis aguda; no especificada	1.153	43,6	1.494	56,4	2.647

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no POS. (Datos reportados por las ESE de la red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017

La segunda y tercera causas corresponden a patologías relacionadas con salud visual, aunque afectan a diferentes edades, el astigmatismo se presenta más en la infancia y adolescencia, mientras que la presbicia se da en mayor proporción a la adultez y vejez.

Se observa una baja concentración de atención relacionadas con la salud oral, la caries de la dentina es la décima causa de atención, que cobra mayor relevancia, a pesar que la en la infancia, adolescencia, juventud y adultez es la primera causa de atención, mostrando que los adultos mayores tienen un peso importante en la morbilidad por atenciones de la localidad.

3.2.1.2. *Morbilidad atendida de la población perteneciente al régimen subsidiado y vinculado, que es atendida en las instituciones de las Subredes Integradas de Servicios de Salud*

En el año 2016 para la red adscrita hubo un total de 9.195 atenciones aportando un 1,8 % al total de atenciones de la localidad y 8.118 individuos atendidos con un aporte del 2,6 %. El aporte que realiza Localidad de Puente Aranda al total de la red adscrita de la Subred para individuos atendidos es del 2,9 %, al Distrito Capital el aporte para individuos atendidos es del 1,1 %. Es decir que la localidad de Localidad de Puente Aranda se caracteriza por concentrar la atención por parte

de la red no adscrita o entidades de origen privado, consecuente con la oferta de instituciones de salud de carácter público.

Tabla 35. Distribución de individuos atendidos por la red adscrita por lista 667, localidad de Puente Aranda, Subred y Distrito, 2016

Grupo de causas	Localidad de Puente Aranda		Subred		Distrito	
	n	%	n	%	n	%
Afecciones originadas en periodo perinatal	0	0,0	457	0,2	2.043	0,3
Cáncer	13	0,2	1.822	0,6	4.644	0,6
Causa externas	4	0,0	156	0,1	646	0,1
Enfermedades Cardiovasculares	86	1,1	24.220	8,6	59.766	7,8
Enfermedades transmisibles	2.009	24,7	32.604	11,6	80.156	10,4
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	2.432	30,0	99.282	35,3	266.453	34,6
Todas las demás enfermedades	3574	44,0	123.006	43,7	356.104	46,3
Total	**8.118**	**100**	**281.547**	**100**	**769.812**	**100**

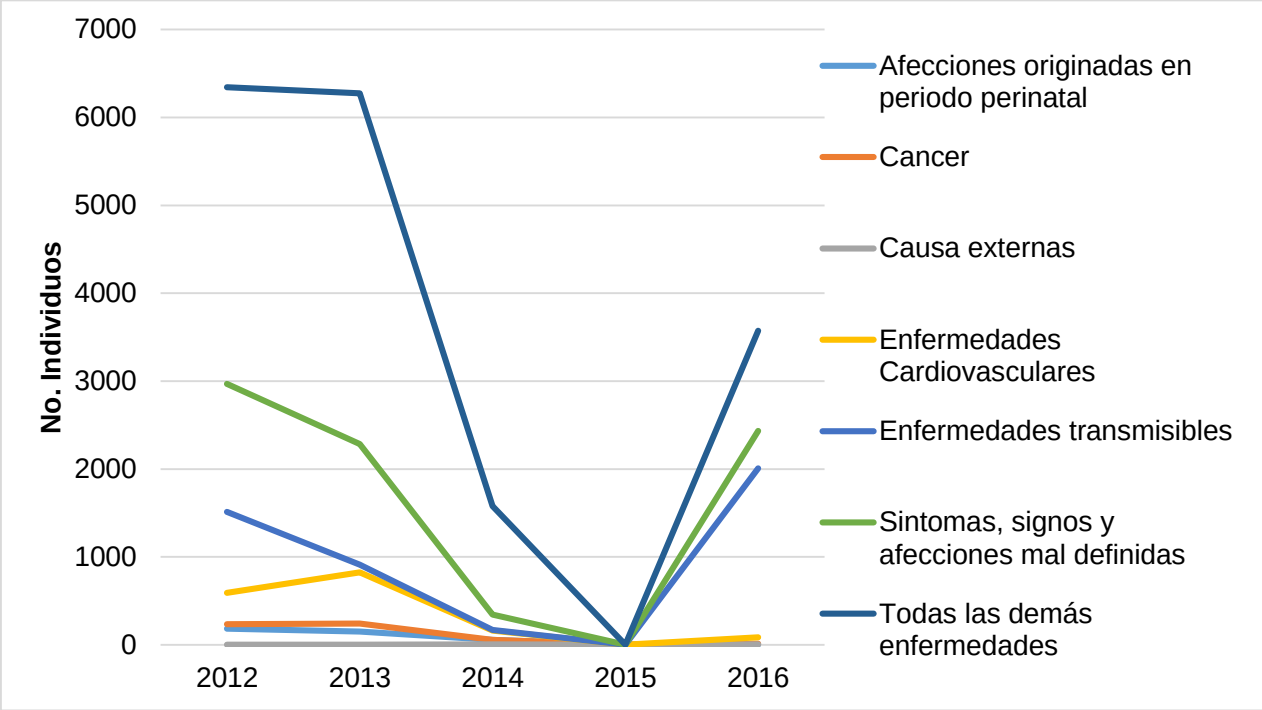
Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no POS. (Datos reportados por las ESE de la red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017

Referente al comportamiento por grupo de causas, se presenta el mismo comportamiento en la red adscrita con el perfil de atenciones de la localidad, donde el primer lugar lo ocupa el grupo de todas las demás enfermedades, seguido por los síntomas, signos y afecciones mal definidas, y en tercer lugar las enfermedades transmisibles. Igualmente, a nivel de la Subred y del Distrito se distribuyen de manera similar por grupo de causas.

Durante el período 2012 a 2016, se encuentra una tendencia hacia la disminución en los individuos atendidos, no obstante, es importante mencionar que para el año 2015, no se reportan atenciones ni individuos para la red adscrita en la localidad de Localidad de Puente Aranda. Aunque en este período se observa una

disminución hasta el año 2014, para el año 2016, los grupos que tienen los tres primeros lugares muestran un incremento en los individuos atendidos.

Gráfica 37. Distribución de individuos atendidos por la red adscrita por lista 667, localidad de Puente Aranda, 2012-2016



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no POS. (Datos reportados por las ESE de la red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017.

3.2.1.3. Descripción de la oferta

La oferta de instituciones de servicios de salud en la localidad consta de 96 unidades, de las cuales el 93,8 % (90) corresponde a IPS privadas (red no adscrita) y el restante a IPS Públicas (red adscrita), aun cuando estas instituciones se distribuyen en todas las UPZ de la localidad, se agrupan principalmente en las UPZ 43 San Rafael y 111 Localidad de Puente Aranda, la primera de tipo residencial consolidado y la segunda predominantemente industrial, que además cuenta con una zona comercial importante donde se mantiene una dinámica de alto volumen de personas que trabajan allí.

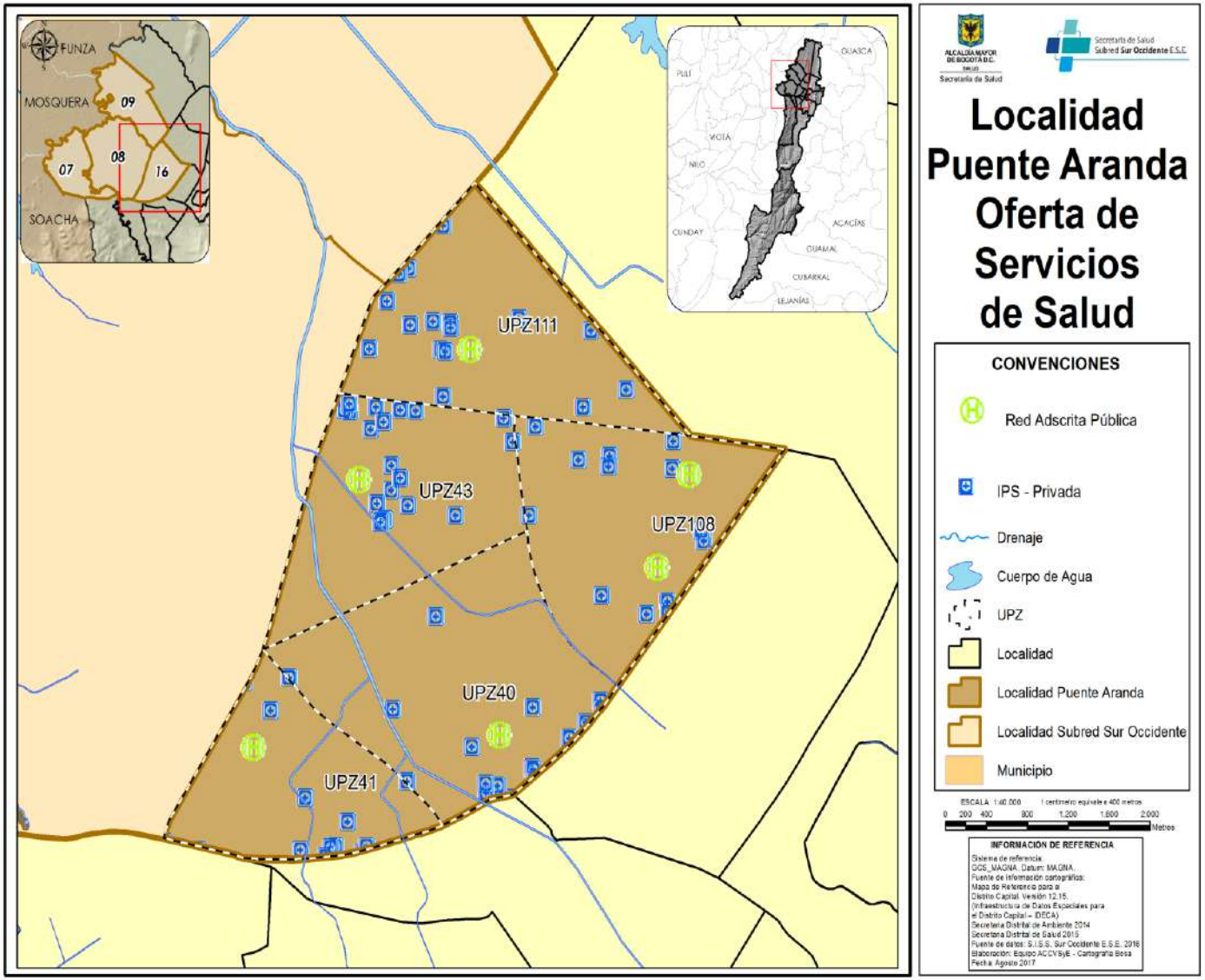
Por otra parte, considerando que la mayor parte de la población atendida corresponde al momento del curso de vida adultez, es coherente que las instituciones se ubiquen en alta proporción en la UPZ Localidad de Puente Aranda, que tiene el mayor porcentaje de población adulta en la localidad con un 43,5 %.

En relación con las instituciones de la red adscrita de la localidad, se tiene que en cada UPZ se encuentra con un centro, aunque en la UZP Zona Industrial se ubican dos sedes, una de ellas corresponde a la sede administrativa de la Subred Sur Occidente y no presta servicios de salud a usuarios. La oferta en salud de la localidad presta servicios de bajo nivel de complejidad a través de un Centro de Atención Prioritaria en Salud -CAPS-, que atiende consulta de medicina general, especialidades, consultas prioritarias, ayudas diagnósticas, medicamentos y rehabilitación. Adicionalmente, se cuenta con cinco Puntos de Atención Primaria en Salud -PAPS, que ofrece servicios de protección específica (vacunación), promoción y fomento de la salud, etc.

De acuerdo al último portafolio de servicio de la Subred (abril de 2017), en las instituciones descritas anteriormente, en la localidad se cuenta con 14 camas de hospitalización, cinco consultorios de consulta externa (1 unidad móvil), cuatro consultorios de odontología (1 unidad móvil), un consultorio de consulta prioritaria, una sala de partos, un servicio de urgencias, tres servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica (tamización de cáncer de cuello uterino y toma de muestras de laboratorio clínico), una ambulancia (transporte asistencial básico) y 48 servicios de protección específica y detección temprana, distribuidos en los centros de la localidad.

Teniendo en cuenta que las instituciones de la red adscrita en la localidad, prestan sus servicios a usuarios del régimen subsidiado y no asegurado, es importante mencionar que a 2016, el 8,6 % de la población pertenece al régimen subsidiado y el 0,7 % a no afiliados, lo que coincide con la menor oferta de servicios de salud de carácter público en la localidad.

Mapa 10. Oferta de instituciones de salud, localidad de Puente Aranda, 2016



3.2.2. Eventos de Vigilancia en Salud Pública

3.2.2.1. SIVIGILA Nacional

Durante el año 2016, la localidad en general, reporta un baja proporción de eventos en comparación con el Distrito, el grupo de eventos que presenta mayor proporción de notificación, agrupado por dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, es el de vida saludable y enfermedades transmisibles con el 3,9 %, con una mayor porcentaje en hombres con el 63,9 %; en cuanto a la edad, la juventud con el 33,6 % concentra la mayor proporción de eventos, seguido por la infancia con el 29,6 %, en este último dado principalmente por enfermedades inmunoprevenibles.

En el grupo de ***vida saludable y enfermedades transmisibles*** los eventos con mayor notificación son la varicela, la vigilancia integrada de rabia humana y la leishmaniasis cutánea, para los dos primeros, se reportan más eventos en las UPZ Ciudad Montes y San Rafael. Mientras que la leishmaniasis se presenta en mayor medida en la UPZ Localidad de Puente Aranda (97 %), lo que se relaciona con la ubicación del Batallón de Sanidad Caldas del Ejército Nacional en esta UPZ, el cual atiende a soldados quienes provienen de áreas endémicas, donde adquieren esta enfermedad. En cuanto al curso de vida la juventud es la etapa que concentra la mayor notificación con el 33,4 %, seguido por la adultez con el 23,6 %.

Tabla 36. Proporción de notificación por grupo de eventos SIVIGILA por DPSP, localidad y UPZ, localidad de Puente Aranda, 2016

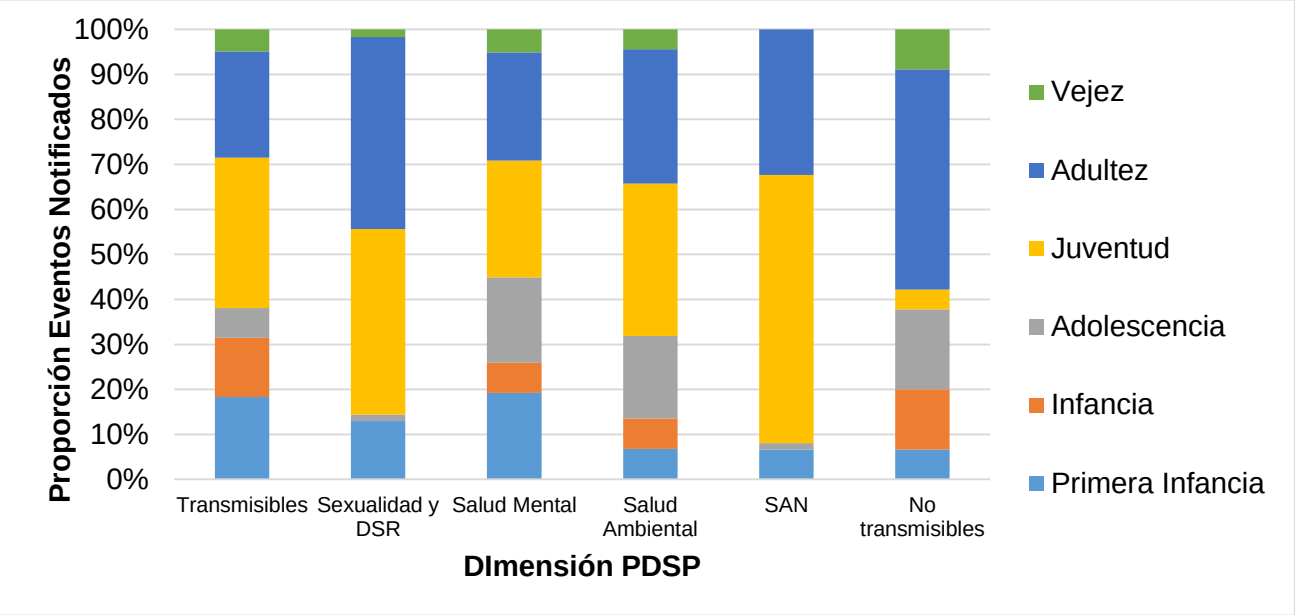
GRUPO DE EVENTOS	PUENTE ARANDA	UPZ 40 - CIUDAD MONTES	UPZ 41 - MUZÚ	UPZ 43 - SAN RAFAEL	UPZ 108 - ZONA INDUSTRIAL	UPZ 111 - PUENTE ARANDA
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	3,9	26,3	18,0	23,9	4,5	27,2
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	3,3	31,6	19,2	31,1	9,0	9,0
Convivencia Social y Salud Mental	2,4	32,2	22,7	29,6	9,3	6,3
Salud Ambiental	3,7	36,3	17,5	28,7	11,6	6,0
Seguridad Alimentaria y Nutricional	3,0	28,7	29,4	20,6	11,0	10,3
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	3,3	22,2	35,6	35,6	6,7	0,0

Fuente: SDS. Base SIVIGILA 2016. Fecha de Entrega: agosto 2017

En la dimensión de ***sexualidad y derechos sexuales y reproductivos***, que aporta el 3,3 % de la notificación distrital, el evento con mayor proporción es la morbilidad materna extrema, seguida por los defectos congénitos y la mortalidad perinatal. La UPZ donde se concentra la mayor notificación es Ciudad Montes con un 31,6%, seguida de cerca por la UPZ San Rafael con 31,1 %. El momento adultez tiene el mayor reporte de casos con un 42,7 %, relacionado con la morbilidad materna que se presenta en mayor medida en esta etapa y en segundo lugar la juventud con el 41,2 %.

En los eventos de ***convivencia social y salud mental***, que aportan el 2,4 % de la notificación del Distrito, el evento con mayor notificación es la vigilancia en salud pública de las violencias de género, con el 77,5 % de los casos en esta dimensión y que tiene en su gran mayoría a las mujeres como víctimas. Al igual que en los anteriores, las UPZ Ciudad Montes y San Rafael reportan la mayor notificación de estos eventos. Referente al curso de vida los jóvenes con el 25,9 % y los adultos con el 24,1 % aportan la mayor proporción de notificación, aunque se presentan una importante prevalencia en la primera infancia y adolescencia (19,2 % y 19 %, respectivamente).

Gráfica 38. Distribución de la notificación SIVIGILA por DPSP y momento del curso de vida, localidad de Puente Aranda, 2016



Fuente: SDS. Base SIVIGILA 2016. Fecha de Entrega: agosto 2017

La dimensión de ***salud ambiental***, representa el 3,7 % de la notificación de eventos a nivel del Distrito, en esta dimensión se consideran dos eventos, las intoxicaciones que reportan el 74,1 % y las enfermedades transmitidas por alimentos con un 25,9 %, la mayor prevalencia de estos eventos se encuentra en las UPZ Ciudad Montes con el 36,3 % y San Rafael con el 28,7 %. El comportamiento de los eventos notificados al SIVIGILA por cada una de las UPZ guarda relación con la distribución de la población, donde la UPZ Ciudad Montes concentra el 42,1 % y San Rafael el 28,9 % frente al total de población de la localidad. En cuanto al sexo se presenta una mayor proporción en hombres con el 53,4 % mientras que por momento de curso de vida la juventud con el 33,9 % y la adultez con el 29,9 % presentan la mayor notificación por eventos relacionados con intoxicaciones y enfermedades transmitidas por alimentos, que son los que corresponden a este grupo.

El evento de la dimensión de ***seguridad alimentaria y nutricional*** con mayor notificación es el bajo peso al nacer con un 93,4 %, además se encuentra la

desnutrición aguda en menores de cinco años con el 6,6 %, para este año no se reportan casos de mortalidad por desnutrición. A diferencia de las demás dimensiones, la UPZ que reporta la mayor notificación de eventos es Muzú con el 29,4 % y Ciudad Montes 28,7 %. Aunque los eventos de esta dimensión afectan a la primera infancia, en los casos de bajo peso al nacer se registra la edad de la madre, lo que muestra que el 59,6 % de los casos corresponde a mujeres jóvenes, seguidas por las adultas con el 32,4 %.

En la dimensión ***vida saludable y condiciones no transmisibles,*** que aporta el 3,3 % de la notificación distrital, el evento con mayor peso en la notificación es el cáncer de mama y cuello uterino con un 57,8 % seguido por el cáncer en menores de 18 años con el 28,9 %. Las UPZ Muzú y San Rafael reportan la mayor prevalencia de eventos con el 35,6 % cada una. Referente a la edad, la adultez tiene la mayor proporción con el 48,9 %, seguida por la adolescencia con 17,8 %, relacionada con los principales eventos notificados en la dimensión.

Al comparar la notificación con la población de la localidad, se mantiene el grupo de vida saludable y enfermedades transmisibles en el primer lugar con una tasa de notificación de 884,9 eventos por cada 100.000 habitantes, tasa mayor a la reportada a nivel del Distrito y de la Subred que registran 646,3 y 619,3 respectivamente; a nivel de UPZ Localidad de Puente Aranda reporta la tasa más alta con 3.206,5, seguida de Zona Industrial con 2.262,4, considerando que estas UPZ tienen la menor cantidad de población de la localidad. Al igual que en el análisis de proporción los eventos con mayores tasas son la varicela, la vigilancia integrada de la rabia y la leishmaniasis cutánea.

Seguidamente, se encuentra el grupo de convivencia social y salud mental con una tasa de 191,8, la UPZ que presenta la mayor tasa es Zona Industrial con 1.005,5. A diferencia de los otros grupos, en este se reporta una mayor notificación en mujeres con el 72,9 %. El evento que aporta mayor peso en este grupo es Vigilancia en Salud Pública de las Violencias de Género con una tasa de

148,7 a nivel de la localidad, que afecta más a las mujeres lo que explica el comportamiento por sexo de este grupo.

Tabla 37. Tasa* de notificación por grupo de eventos SIVIGILA por PDSP, localidad y UPZ, localidad de Puente Aranda, 2016

Grupo de eventos por dimensión DPSP	Localidad de Puente Aranda	UPZ 40 - Ciudad Montes	UPZ 41 - Muzú	UPZ 43 - San Rafael	UPZ 108 - Zona Industrial	UPZ 111 - localidad de Puente Aranda
Vida saludable y enfermedades transmisibles	884,9	482,1	666,5	637,9	2262,4	3206,5
Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	157,2	102,8	126,3	147,1	804,4	189,3
Convivencia social y salud mental	191,8	127,6	181,9	171,2	1005,5	159,7
Salud ambiental	111,4	83,6	81,7	96,3	729,0	88,7
Seguridad alimentaria y nutricional	60,4	35,8	74,3	37,4	377,1	82,8
Vida saludable y condiciones no transmisibles	20,0	9,2	29,7	21,4	75,4	0,0

Fuente: SDS. Base SIVIGILA 2016. Fecha de Entrega: agosto 2017. * Tasa por 100.000 habitantes.

Frente a los eventos de ***notificación colectiva*** se cuenta información de morbilidad por enfermedad diarreica aguda, frente a este evento la localidad de Localidad de Puente Aranda aporta el 1 % del total de la notificación en el Distrito con 8.346 afectados. La UPZ que concentra la mayor notificación es San Rafael con el 80,5 %, seguida en menor proporción por San Rafael con 15,9 %.

3.2.2.2. SIVIGILA Distrital

El Distrito desarrolla diversos subsistemas diferentes al SIVIGILA nacional, que permiten analizar un amplio número de temáticas a nivel, nutricional, de salud mental y salud oral, que permiten profundizar en el conocimiento y análisis de

estos temas. De acuerdo con lo anterior, en la localidad de Localidad de Puente Aranda, el subsistema que presenta una mayor proporción de eventos de notificación frente al distrito es el Sistema de Vigilancia de Consumo de Sustancias Psicoactivas –VESPA- con el 7,3 %, siendo más alta en la UPZ Zona Industrial con el 26,3 %, lo que se explica porque en esta UPZ se ubican los centros de acogida para ciudadanos habitantes de calle de la localidad.

Tabla 38. Proporción de notificación por subsistemas, localidad y UPZ, localidad de Puente Aranda, 2016

DIMENSIÓN DEL PDSP	SUBSISTEMA	PUENTE ARANDA	UPZ 40 - CIUDAD MONTES	UPZ 41 - MUZÚ	UPZ 43 - SAN RAFAEL	UPZ 108 - ZONA INDUSTRIAL	UPZ 111 - PUENTE ARANDA
Seguridad Alimentaria y Nutricional	SISVAN	2,3	34,9	26,8	23,7	5,3	9,3
Convivencia Social y Salud Mental	VESPA	7,3	6,7	3,0	3,8	26,3	0,8
	LESIONES DE CAUSA EXTERNA	2,7	26,5	19,8	35,1	9,1	8,4
	SISVECOS	2,9	35,6	22,5	29,8	5,9	4,8
	SIVIM	2,3	33,5	18,9	31,6	8,5	6,6
Vida Saludable y Condiciones No	SISVESO	3,3	15,2	32,5	9,5	1,3	28,3
	DISCAPACIDAD	3,7	SD	SD	SD	SD	SD
Saud y Ámbito Laboral	SIVISTRA	3,9	SD	SD	SD	SD	SD

Fuente: SDS. Bases VSP 2016. Fecha de Entrega: agosto 2017

En segundo lugar, se encuentra el Sistema de Vigilancia de Lesiones de causa Externa -SIVELCE-, con una mayor proporción en Ciudad Montes y San Rafael. En general, las UPZ con mayor prevalencia de eventos notificados corresponden a las UPZ con más población de la localidad. No se cuenta con desagregación por UPZ para el subsistema de VSP-Discapacidad ni para el subsistema de vigilancia epidemiológica ocupacional de las y los trabajadores del sector informal -SIVISTRA-.

Seguridad alimentaria y nutricional

Esta dimensión agrupa los eventos que corresponden al sistema de vigilancia alimentaria y nutricional -SISVAN-, la localidad aporta un 2,3 % frente al Distrito en los eventos de este subsistema para el año 2016 y representa la menor proporción

a nivel de la Subred. Los eventos con mayor porcentaje de notificación en la localidad son el exceso de peso y el retraso en talla en escolares de 5 a 17 años con un 3,2 % y 2,5 %, respectivamente. Las UPZ Ciudad Montes y Muzú reportan la mayor proporción de eventos.

Tabla 39. Proporción de eventos SISVAN, Localidad y UPZ, localidad de Puente Aranda, 2016

EVENTOS	PUENTE ARANDA	UPZ 40 - CIUDAD MONTES	UPZ 41 - MUZÚ	UPZ 43 - SAN RAFAEL	UPZ 108 - ZONA INDUSTRIAL	UPZ 111 - PUENTE ARANDA
DESNUTRICIÓN GLOBAL <5AÑOS	1,9	31,9	27,7	20,7	8,0	11,7
DESNUTRICIÓN CRÓNICA <5AÑOS	1,9	36,9	26,8	21,0	5,0	10,3
DESNUTRICIÓN AGUDA <5AÑOS	2,0	26,5	32,7	22,4	2,0	16,3
RETRASO EN TALLA <10 AÑOS	1,9	37,5	26,6	21,0	4,8	10,2
EXCESO DE PESO <10 AÑOS	2,4	41,8	26,7	16,7	3,7	11,1
RETRASO EN TALLA ESCOLARES	2,5	24,9	30,0	31,8	6,9	6,5
EXCESO DE PESO ESCOLARES	3,2	29,1	24,2	39,4	3,1	4,3
BAJO PESO GESTACIONAL	2,2	35,6	24,4	18,2	10,2	11,6
EXCESO DE PESO GESTACIONAL	2,2	33,7	30,0	17,6	8,3	10,5
TOTAL	**2,3**	**34,9**	**26,8**	**23,7**	**5,3**	**9,3**

Fuente: SDS. Base de Datos SISVAN. Año 2016

Desnutrición en menores de cinco años: en el 2016, la desnutrición crónica en la localidad es de 13,9 %, con un aumento frente al año 2015 (13,5 %), aunque se mantuvo inferior a la prevalencia Distrital (17,5 %). En cuanto la desnutrición global, se tiene un 4,2 %, con un incremento frente al año anterior (4,0 %), igual que la desnutrición crónica se encuentra por debajo del Distrito (5,1 %.)

Gestantes: para el año 2016 el 36 % de las gestantes notificadas al SISVAN en la localidad presentan sobrepeso u obesidad, inferior que en la Subred que alcanza 35,6 % y que el Distrito que reporta 34,9 %. Por otra parte, el bajo peso se ubica en 14,9 %, por encima de la prevalencia Distrital con un 14,3 % y de la Subred con 14,1 %. Las UPZ Ciudad Montes y Muzú tienen la mayor proporción de malnutrición en gestantes.

Convivencia y salud mental

En este grupo el subsistema con mayor proporción de notificación es el VESPA con el 7,3 %, siendo la segunda más alta a nivel de la Subred después de Bosa (8,8 %). La UPZ Zona Industrial alcanza un 26,3 %, la más alta en la localidad, que como se explicó anteriormente se explica por la presencia de centros de acogida de ciudadanos habitante de calle. El 82,9 % de la notificación corresponde a hombres, los grupos de edad adultez y juventud representan el porcentaje más elevado en la notificación con el 40,5 % y 40,3 %, respectivamente.

En segundo lugar, se encuentra el subsistema de vigilancia de la conducta suicida -SISVECOS- con el 2,9 % frente al total de la notificación Distrital. La UPZ con mayor reporte de casos en la localidad es Ciudad Montes con el 35,6 % y San Rafael con el 28,8 %. El evento que reporta la mayor proporción es el intento suicida con el 3,8 % del total Distrital, donde se observa el mismo comportamiento por UPZ. En cuanto a las características sociodemográficas de los casos notificados se evidencia un mayor porcentaje de mujeres con el 64,4 %, solo en la infancia existe una mayor proporción de hombres. Referente a la edad, los adultos son los que reportan mayor número de casos con el 32,4 %, seguido por los adolescentes con el 29,2 %.

Tabla 40. Proporción de eventos SISVECOS, Localidad y UPZ, localidad de Puente Aranda, 2016

EVENTOS	PUENTE ARANDA	UPZ 40 - CIUDAD MONTES	UPZ 41 - MUZÚ	UPZ 43 - SAN RAFAEL	UPZ 108 - ZONA INDUSTRIAL	UPZ 111 - PUENTE ARANDA
IDEACIÓN SUICIDA	2,5	35,9	21,2	32,1	3,8	5,1
AMENAZA SUICIDA	1,9	38,5	23,1	30,8	7,7	0,0
INTENTO SUICIDA	3,8	35,0	24,2	26,7	8,3	5,0
TOTAL	**2,9**	**35,6**	**22,5**	**29,8**	**5,9**	**4,8**

Fuente: SDS. Base de Datos SISVECOS. Año 2016

Las lesiones de causa externa notificados a través del subsistema SIVELCE ocupan el tercer lugar en la localidad, aportando al Distrito un 2,7 %, siendo la proporción más baja a nivel de la Subred. La UPZ San Rafael con un 35,1 % tiene la mayor concentración de casos, seguida por Ciudad Montes con el 26,5 %. De los eventos analizados, el que tiene la mayor proporción de notificación frente al Distrito es el accidente de trabajo con el 3,2 %, seguidamente se ubican las quemaduras por pólvora con dos casos que aportan un 3 %, los dos casos se presentaron en la UPZ Ciudad Montes.

Tabla 41. Proporción de eventos SIVELCE, localidad y UPZ, localidad de Puente Aranda, 2016

EVENTOS	PUENTE ARANDA	UPZ 40 - CIUDAD MONTES	UPZ 41 - MUZÚ	UPZ 43 - SAN RAFAEL	UPZ 108 - ZONA INDUSTRIAL	UPZ 111 - PUENTE ARANDA
ACCIDENTE EN EL TRABAJO	3,2	25,6	19,9	37,1	8,8	8,4
QUEMADURA POR PÓLVORA	3,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
HERIDA CON ARMA DE FUEGO, CORTOPUNZANTE, CONTUNDENTE	2,2	27,1	19,1	32,1	10,1	8,5
INTOXICACIÓN/ENVENENAMIENTO	2,8	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
QUEMADURA CON SUSTANCIA QUÍMICA/LÍQUIDO HIRVIENTE	2,8	30,3	24,2	24,2	15,2	6,1
CAÍDA DE ALTURA	2,5	31,8	12,1	27,3	9,1	18,2
CAÍDA DE SU PROPIA ALTURA	2,8	25,8	21,3	37,6	8,0	6,6
TOTAL	**2,7**	**26,5**	**19,8**	**35,1**	**9,1**	**8,4**

Fuente: SDS. Base de Datos SIVELCE. Año 2016

Para cerrar el grupo de eventos de salud mental y convivencia social se encuentra el subsistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual -SIVIM-, en el cual los casos reportados en la localidad de Localidad de Puente Aranda aportan a la notificación Distrital un 2,3 %. La UPZ Ciudad Montes tiene la mayor proporción con el 33,5 % y en segundo lugar se ubica la UPZ San Rafael con 31,6 %. La violencia sexual es el evento que mayor aporta a la notificación con el 2,8 %, este evento se presenta en mayor medida en la infancia con el 37,1 % y la adolescencia con el 34,3 %.

Tabla 42. Proporción de eventos SIVIM, localidad y UPZ, localidad de Puente Aranda, 2016

EVENTOS	PUENTE ARANDA	UPZ 40 - CIUDAD MONTES	UPZ 41 - MUZÚ	UPZ 43 - SAN RAFAEL	UPZ 108 - ZONA INDUSTRIAL	UPZ 111 - PUENTE ARANDA
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	2,2	32,9	19,8	32,1	7,7	6,7
MALTRATO INFANTIL	2,2	30,3	17,6	32,2	8,8	10,0
VIOLENCIA SEXUAL	2,8	41,4	15,7	27,9	10,0	4,3
VIOLENCIA DE GENERO	2,3	33,7	19,6	31,7	8,9	5,4
TOTAL	**2,3**	**33,5**	**18,9**	**31,6**	**8,5**	**6,6**

Fuente: SDS. Base de Datos SIVIM. Año 2016

Las mujeres son las principales víctimas de los eventos de violencia notificados al SIVIM con el 72,9 % son las mujeres especialmente en la adultez y juventud, aunque a nivel general la infancia reporta la mayor prevalencia de casos con el 29,8 %.

Vida saludable y condiciones no transmisibles

Los eventos notificados en este grupo corresponden a los subsistemas de vigilancia de Discapacidad y de Salud Oral, que aportan a la notificación Distrital en la localidad un 3,7 % y 3,3 %, respectivamente.

Frente al registro de personas con discapacidad se encuentra que para el año 2016, existe una mayor proporción en los hombres con un 55,5 %, las personas con mayor registro corresponden al momento del curso de vida vejez con el 39,3 %, el único momento con una mayor prevalencia en las mujeres, seguido por la adultez con el 36,6 %. El 40,8 % de los usuarios registrados tienen como origen de la discapacidad, la enfermedad general, el 13,1 % debido a un accidente y el 13 % a conflicto armado.

Tabla 43. Proporción de eventos vida saludable y condiciones no transmisibles, localidad y UPZ, localidad de Puente Aranda, 2016

SUBSISTEMA	EVENTOS	PUENTE ARANDA	UPZ 40 - CIUDAD MONTES	UPZ 41 - MUZÚ	UPZ 43 - SAN RAFAEL	UPZ 108 - ZONA INDUSTRIAL	UPZ 111 - PUENTE ARANDA
DISCAPACIDAD	REGISTRO DE DISCAPACIDAD	3,7	SD	SD	SD	SD	SD
SISVESO	GINGIVITIS	3,5	1,4	30,1	10,1	1,4	28,5
	PERIODONTITIS	1,3	14,3	42,9	42,9	0,0	0,0
	LESIÓN MANCHA BLANCA	3,2	22,1	11,5	11,5	0,5	29,8
	CARIES CAVITACIONAL	3,4	25,8	8,1	8,1	1,3	28,1
	LESIÓN MANCHA CAFÉ	3,0	28,1	9,4	9,4	0,0	27,1
	FLUOROSIS	2,6	21,8	6,4	6,4	3,8	28,2
TOTAL		**3,3**	**15,2**	**9,5**	**9,5**	**1,3**	**28,3**

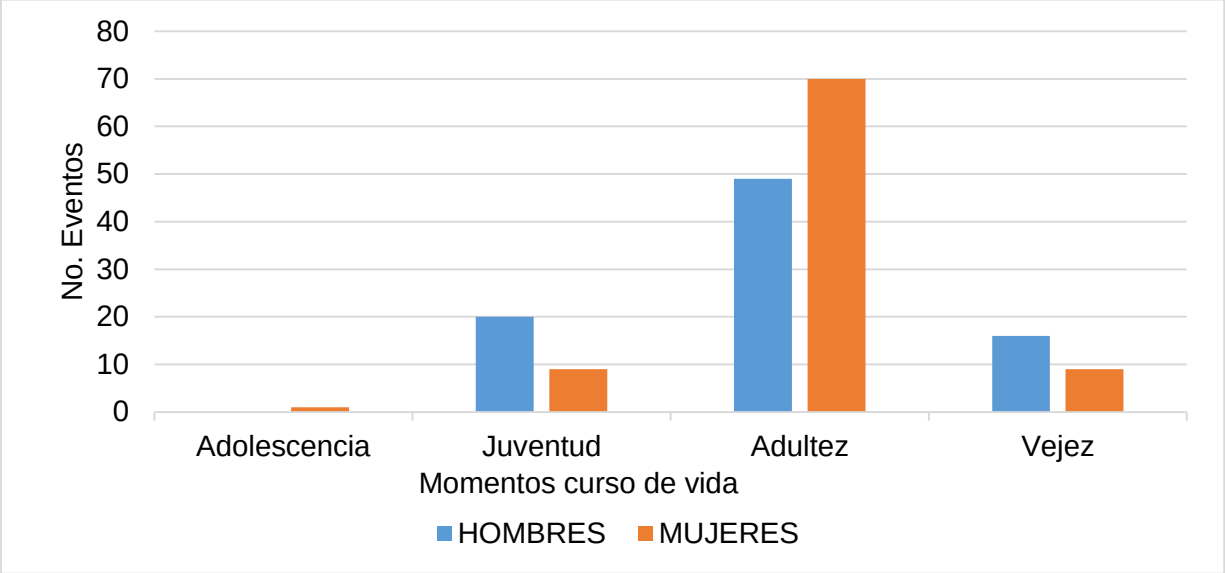
Fuente: SDS, Base de Datos Discapacidad-SIVESO, Año 2016

En los eventos de salud oral se encuentra que la mayor proporción se ubica en las UPZ Muzú con el 32,5 %, seguida por UPZ Localidad de Puente Aranda con 28,3 %. El evento con mayor proporción de notificación frente al Distrito es la gingivitis con el 3,5 %, este evento afecta principalmente a los adultos con un 36,2 % y a los jóvenes con el 25,1 %, relacionado con la distribución por momento de curso de vida del total de la notificación, que guarda el mismo comportamiento. El segundo evento es la caries cavitacional con el 3,4 % y la lesión mancha blanca con el 3,2 %.

Salud y ámbito laboral

La notificación en este grupo corresponde a los eventos en salud investigados relacionados con el trabajo en la economía informal a través del SIVISTRA, para este grupo la localidad de Localidad de Puente Aranda aporta un 3,9 % a la notificación del Distrito. El 80,5 % de los eventos notificados en la localidad corresponden a accidentes (trauma-súbito), el 13,2 % a enfermedad (condición mórbida) y el 6,3 % corresponde a accidente y enfermedad. Del total de afectados, el 51,1 % son mujeres, frente a la edad, los adultos tienen la mayor proporción con el 68,4 %, seguido por los jóvenes con 16,7 %.

Gráfica 39. Eventos notificados por momento de curos de vida y sexo, SIVISTRA, localidad de Puente Aranda, 2016



Fuente: SDS. Base de Datos Discapacidad-SIVESO. Año 2016

3.2.2.3. Eventos precursores

Los eventos precursores son aquellos que predisponen y conllevan al desarrollo de complicaciones en salud, en donde la diabetes mellitus y la hipertensión arterial corresponden a los principales precursores de la enfermedad renal crónica entre otras patologías que generan una alta carga de morbilidad como de mortalidad (9). De acuerdo a la información disponible por RIPS, se analizará el comportamiento de la diabetes mellitus en la localidad comparada con Bogotá. La prevalencia de la diabetes mellitus en los servicios de salud se calcula tomando los individuos atendidos por esta patología y la población general en cada uno de los años descritos.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud del 2007 en Colombia la prevalencia de diabetes referida por entrevista fue de 3,51 %. Los departamentos con las prevalencias más elevadas fueron: Boyacá, Guaviare, Cundinamarca, Quindío y Santander (10). En la localidad se tiene que para el año 2016, la prevalencia de diabetes mellitus es de 1,7 % superior al dato distrital que reporta

1,2 %, sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa. Al observar la tendencia de la patología desde el año 2012 se encuentra un comportamiento irregular, con una disminución importante en los años 2009 y 2016, donde el pico más alto se dio en el año 2010 con 2,8 %. El Distrito ha presentado el mismo comportamiento, pero con una menor prevalencia que la local.

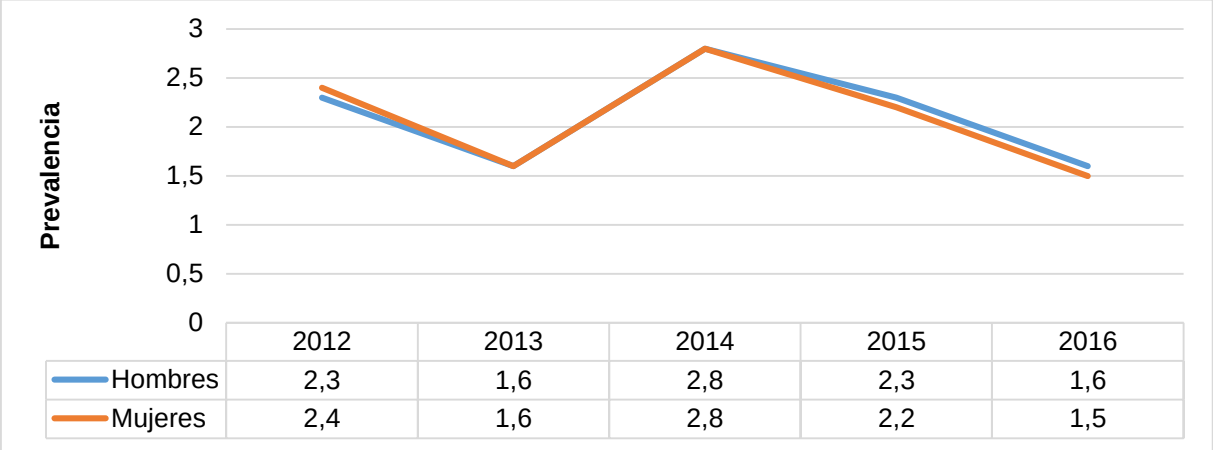
Tabla 44. Eventos precursores – diabetes mellitus, localidad de Puente Aranda 2016

Eventos precursores	Bogotá D. C.	Localidad de Puente Aranda	Diferencia relativa	LI IC 95%	LS IC 95%	Comportamiento local			
						2009	2010	2011	2012
Prevalencia de diabetes mellitus	1,2	1,7	1,42	0,3151	6,3697	↘	↗	↘	↘

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE de la red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017. DANE, Proyecciones de población 2005-2020. MSPS, Guía metodológica ASIS, Anexo 18

La prevalencia de diabetes mellitus por sexo, presenta el mismo comportamiento a nivel local sin diferencias importantes entre hombres y mujeres, para el año 2016 los hombres tienen una prevalencia levemente superior a las mujeres con un 1,6 % frente a un 1,5 %. Mientras que en el Distrito durante los últimos cinco años las mujeres tienen la mayor proporción de diabetes, por ejemplo, para el año 2016 alcanza un 1,4 % mientras que los hombres reportan 1 %.

Gráfica 40. Prevalencia de diabetes mellitus en servicios de salud por sexo, localidad de Puente Aranda, 2012-2016

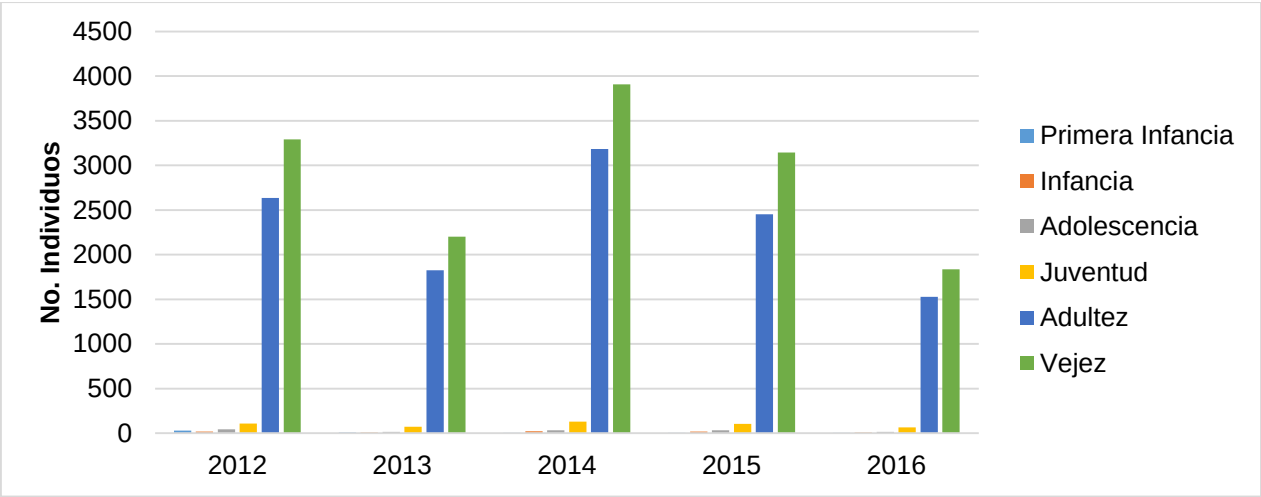


	2012	2013	2014	2015	2016
Hombres	2,3	1,6	2,8	2,3	1,6
Mujeres	2,4	1,6	2,8	2,2	1,5

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no POS. (Datos reportados por las ESE de la red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017. DANE, Proyecciones de población 2005-2020.

Cuanto a la edad, se evidencia que el mayor número de individuos atendidos por diabetes mellitus, corresponde a la vejez, seguido por la adultez. Para el 2016, las personas mayores de 60 años representan el 53,2 % de individuos atendidos por esta causa, mientras que en el Distrito este porcentaje es superior con un 60,9 %.

Gráfica 41. Individuos atendidos por diabetes mellitus, localidad de Puente Aranda, 2012-2016



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017.

Aunque se evidencia una baja prevalencia de individuos atendidos por diabetes mellitus, se debe considerar que el grupo de las demás causas, a la que pertenece esta patología, es a tercera causa de mortalidad y la primera causa de atenciones en salud.

3.3. Conclusiones capítulo 3

La mortalidad en la localidad de Localidad de Puente Aranda guarda relación con su estructura demográfica caracterizándose por una alta carga de enfermedad crónica dado por las enfermedades del sistema circulatorio, las demás causas y neoplasias y mayores tasas de mortalidad en el período vejez y adultez, no obstante durante los últimos tres años la mortalidad ha tenido una disminución paulatina, con tasas que se mantienen por debajo de la Subred, que evidencia una mayor carga a la morbilidad por este tipo de enfermedades y que implican una mayor inversión de recursos para su atención y tratamiento, con una tendencia hacia al incremento teniendo en cuenta el aumento de la población mayor de 60 años en el la localidad.

En cuanto a la mortalidad infantil, también se ha evidenciado una reducción durante el período descrito, sin embargo, se mantiene el comportamiento de las causas siendo básicamente las afecciones de origen perinatal y las malformaciones congénitas la que más aportan a la mortalidad en los menores de un año. La mortalidad evitable muestra que, durante el año 2014, la localidad presentó mejora en sus tasas frente al año anterior, pero al comparar con el Distrito no se evidencian diferencias significativas.

En relación con el comportamiento de los registros individuales de prestación de servicios de salud -RIPS- es relevante mencionar la disminución evidenciada entre los años 2012 y 2016, del 54,6 % en el número de atenciones y del 48,7 % en el número de individuos. A pesar de este cambio, se encuentra un comportamiento similar en las causas siendo la que ocupa el primer lugar el grupo de todas las demás causas, seguido por los síntomas, signos y afecciones mal definidas,

comportamiento que se mantiene en todos los tipos de servicio y por momento del curso de vida, aunque en la vejez se reporta en segundo lugar las enfermedades cardiovasculares, en concordancia con la mortalidad, que tiene un mayor peso en los mayores de 60 años.

Al considerar que dentro del grupo de las demás causas, se encuentra una importante carga de enfermedad crónica, tal como se observa en la mortalidad (diabetes, enfermedades crónicas de las vías respiratorias y del hígado), se pueden mencionar como factores condicionantes de las principales causas de morbilidad aquellas que conciernen con estilos de vida, tales como hábitos alimentarios inadecuados, sedentarismo, tabaquismo y alcoholismo, estrés, entre otros, generando que desde edades cada vez más tempranas se adquieran este tipo de patologías, debido a la no adopción de estilos de vida saludables, aunque en la localidad se sigue relacionando con la población adulta y adulta mayor.

En cuanto al grupo de los síntomas, signos y afecciones mal definidas, se debe continuar trabajando desde los servicios de salud con el personal médico, de manera que puedan determinar de manera más exacta las patologías de los usuarios, pues esa alta concentración de atenciones puede enmascarar o minimizar un problema de salud que se esté presentando.

La oferta de servicios de salud en la localidad guarda estrecha relación con el aseguramiento de la población, con una mayor cantidad de instituciones de tipo privado, que se encuentran entre el mediano y bajo nivel de complejidad. En cuanto a las instituciones públicas, aunque hay una menor proporción frente a las privadas, estas se encuentran distribuidas en toda la localidad, permitiendo a los usuarios acceder a los servicios, especialmente de promoción y detección específica, que son los que principalmente se ofertan por la red adscrita. Aunque no existen servicios especializados de alta complejidad la centralidad de la localidad permite acceder a otras instituciones que puedan prestar el servicio a la comunidad.

Referente a la demanda de servicios principalmente se orienta hacia la atención de población adulta y adulta mayor con enfermedad crónica, por lo que se hace necesario el fortalecimiento de programas orientados hacia esta población en aras de disminuir complicaciones que generan la mayor carga de morbi-mortalidad en la localidad.

En relación con la morbilidad por eventos de vigilancia nacional en salud pública se observa que la mayor proporción se encuentra en la dimensión de vida saludable y enfermedades transmisibles con un comportamiento similar al Distrito y a la Subred con algunas particularidades, como la alta prevalencia de casos de leishmaniasis debido a la recepción de pacientes de zonas endémicas, como es el caso del Batallón de Sanidad.

Aunque la proporción de los casos notificados por UPZ tiene un comportamiento similar a la distribución de la población, las tasas de notificación permiten evidenciar una mayor afectación de las UPZ Zona Industrial y Localidad de Puente Aranda.

Para los subsistemas del SIVIGILA Distrital, en general la localidad tiene una baja proporción, no obstante, el subsistema VESPA presenta la prevalencia más elevada debido a que dentro de las UPGD que notifican casos al subsistema se encuentran los centros de acogida para ciudadanos habitantes de calle, que se ubican en la localidad.

4. ANÁLISIS DE POBLACIONES DIFERENCIALES

El presente capitulo busca visibilizar las relaciones entre condiciones, calidad de vida, salud y enfermedades (Accvsye) para las poblaciones de la Subred vulneradas históricamente, desde el enfoque diferencial, y haciendo uso de la información disponible. Esto, con el ánimo de comprender la complejidad de las situaciones que definen a cada una de las mismas y ofrecer elementos de contexto para la toma de decisiones frente a planes, programas y proyectos necesarios para garantizar el goce efectivo de sus derechos, fortalecer su ejercicio de ciudadanía y reducir los gradientes de inequidad que caracterizan a dichas comunidades.

Para alcanzar este objetivo, se parte de los resultados obtenidos en el ASIS Diferencial de 2015, ejercicio que constituyó una exploración de fuentes disponibles en ese momento para evidenciar la situación en salud de las poblaciones diferenciales de las localidades del Distrito. El presente análisis es una actualización de dichos resultados a la luz de nuevas fuentes consultadas.

En un primer momento se expondrán los fundamentos teóricos y conceptuales para definir a las poblaciones diferenciales y abordar sus particularidades; para esto se usaron los resultados de la fase de exploración realizado en 2015 a modo de línea de base, donde fueron recopiladas las fuentes de información para estas poblaciones con desagregación de localidad.

Luego de esto se presentará la caracterización demográfica que resultó del análisis de las bases de datos en salud pública que hace parte del proceso de implementación de la vigilancia en salud pública con sus representaciones en el nivel nacional, distrital y local; dicha información se complementó con fuentes obtenidas de otros sectores.

4.1. Apropiación conceptual y revisión de antecedentes

Dentro del marco conceptual se plantean los principales enfoques que se tendrán en cuenta para el desarrollo del ASIS Diferencial durante la presente vigencia, estos son: enfoque de derechos, enfoque diferencial y la salud urbana.

Los derechos se entienden como garantías esenciales para la vida de los seres humanos. Sin estos, las personas no pueden ejercer ni cultivar plenamente sus cualidades, inteligencia, talento y espiritualidad. Asumir un enfoque de derechos implica reconocer a las personas en su calidad de ciudadanos y ciudadanas, con autonomía y capacidad para decidir sobre su propia existencia; requiere brindar las condiciones para que las personas exijan y ejerzan sus derechos, así como garantizar que los mismos sean restituidos cuando son vulnerados.

Al contemplar la historia de los Derechos Humanos, se pueden identificar tres generaciones sucesivas de derechos, fruto de los valores incorporados durante la época histórica en que nacieron: la primera generación giró en torno a la libertad como el principal valor a alcanzar, la segunda generación incorporó la igualdad y la generación actual busca la garantía de derechos en aras de la equidad y la sostenibilidad.

La salud urbana por su parte, es una rama de la salud pública que estudia los factores de riesgo de las ciudades, sus efectos sobre la salud y las relaciones sociales urbanas. Este enfoque amplía la perspectiva de ambiente-salud-enfermedad y apunta hacia la necesidad de abordar también los “determinantes” sociales, económicos y políticos que confluyen en contextos urbano. Al trabajar desde un enfoque en determinantes sociales “lo que se busca es establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud” (12).

El tercer enfoque que se incluye en el análisis es el diferencial. Este se entiende como el conjunto de medidas y acciones que brindan un trato diferenciado a algunos grupos poblacionales, para garantizar la igualdad en el acceso a las oportunidades sociales (13). El enfoque diferencial resulta útil para reconocer necesidades, riesgos, exclusiones y barreras que enfrentan determinadas poblaciones para que los Estados garanticen sus derechos humanos de forma efectiva. En esta medida, no solo debe permear las acciones y políticas públicas, sino que debe ser una herramienta de análisis de la propia política.

Como metodología de análisis, el enfoque diferencial particulariza algunas poblaciones a través de categorías, para evidenciar las situaciones de invisibilización histórica (política, económica y social), de discriminación, de vulneración de derechos y/o de desventaja para exigirlos y así gozar de los mismos. Estas categorías pueden obedecer a momentos del curso vital (Niñez, Adolescencia, Juventud, Adultez y Vejez), a aspectos identitarios (filiación étnica, género, orientación sexual), a cierta condición o situación de la persona (Discapacidad, Víctimas del Conflicto Armado Interno, Ciudadanía Habitante de Calle) o a su ocupación (Personas en Ejercicio de la Prostitución, Carreteros, Bodegueros y Recicladores). Esta metodología deriva en un análisis de la situación de estos grupos poblacionales y sus necesidades básicas insatisfechas, lo cual conlleva a la adaptación de los servicios para la garantía de sus derechos, y a la toma de medidas de atención, asistencia y reparación que respondan a sus particularidades y a su situación de vulnerabilidad.

La Ley 1448 de 2011 incorpora el principio de enfoque diferencial como orientador de todos los procesos, medidas y acciones que se desarrollen para asistir, atender, proteger y reparar integralmente a las víctimas. Mediante la resolución 758 de 2014 se construye el modelo de operación con enfoque diferencial y de género.

El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, orientación sexual y

situación de discapacidad. Por tal razón, las medidas de ayuda humanitaria, atención asistencia y reparación integral que se establecen en la ley, contarán con dicho enfoque(14). Se consideran sujetos de especial protección constitucional a: niños, niñas y adolescentes, mujeres, personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas, personas mayores, personas con discapacidad, pueblos indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, y el pueblo ROM.

4.2. Metodología

Bajo el marco conceptual antes descrito, se planteó una metodología de elaboración de estado del arte de la situación de poblaciones diferenciales en la Subred desde las fuentes disponibles, según la fase de exploración del ASIS diferencial realizado en el 2015. La información que contiende dicho ejercicio se circunscribe al sector salud y a las bases con desagregación en lo local. En este estado del arte se contemplaron los siguientes momentos:

Recolección de información: se realizaron reuniones de articulación con el componente 1 de Gobernanza, donde se solicitó a los referentes de las poblaciones diferenciales apoyar la consecución de las fuentes requeridas para la actualización del ASIS Diferencial durante la presente vigencia.

Exploración de la información recolectada*:* incluye la revisión de las fuentes implementadas durante la fase de exploración del ASIS Diferencial de 2015, y la apropiación conceptual requerida por las mismas. De acuerdo con lo anterior, se obtuvo a la fecha un consolidado de 14 fuentes reportadas por referentes de políticas de poblaciones diferenciales.

Para la actualización del ASIS Diferencial se utilizaron aquellas bases de los sistemas de Vigilancia en Salud Pública que incluyeran variables de identificación de las poblaciones diferenciales seleccionadas para el análisis: así, se incluyeron datos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Sistema de

Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual (SIVIM), Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS), Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral (SISVESO), Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional de las y los Trabajadores en la Economía Informal (SIVISTRA), Sistema de Vigilancia Epidemiológica Alimentaria y Nutricional (SISVAN) y Estadísticas Vitales. Además, se utilizaron como fuentes de información adicional para población con discapacidad el registro de localización y caracterización y para las Víctimas del Conflicto Armado el Sistema de información para Víctimas (SIVIC).

Descripción de la información recolectada: Para el caso de las etnias, se reporta nuevamente como fuente de información demográfica la encuesta multipropósito de Bogotá 2011 publicada en 2013, y el censo de la comunidad indígena Misak de 2015, las cuales ya se usaron en la fase exploratoria. Se usa como fuente adicional el censo del pueblo Nasa con una actualización realizada en marzo del 2016. Para las víctimas del conflicto armado se utilizó la base de datos del Registro Único de Víctimas. Suministrada por la alta consejería para las víctimas, la paz y la reconciliación para la población de recicladores se consultaron dos bases de salud, la primera derivada del sistema de vigilancia epidemiológica SIVISTRA y la segunda de las intervenciones realizadas por el espacio de Trabajo.

Para la Ciudadanía Habitante de Calle se consulta, además de la política pública para el fenómeno de habitabilidad en calle, la sentencia de tutela 043 de 2015 y el análisis de la distribución y caracterización de la población de habitantes de calle ubicada en parches y cambuches en Bogotá D.C. de la población habitante de calle del año 2014. Se realizó un ejercicio de georreferenciación que contiene el análisis de la distribución espacial y la caracterización de esta población realizada en el año 2014 que no entró en la fase exploratoria del ASIS diferencial del año 2015.

Para las personas en ejercicio de la prostitución resultó útil el boletín de la Secretaría Distrital de la Mujer sobre el acercamiento al fenómeno de la prostitución en Bogotá. Se debe tener en cuenta que existe escasa normatividad acerca del ejercicio de la prostitución.

En cuanto a las poblaciones LGBTI, la referencia de dicha política de la Subred facilitó un documento de caracterización con datos estimados de la población, reportados por el sector de Integración Social y el acumulado de la base de canalizaciones y atenciones del programa Territorios Saludables.

La población en condición de discapacidad es, entre las poblaciones incluidas en el presente análisis, la que dispone de información más completa, pues cuenta con el sistema de vigilancia epidemiológica de la discapacidad. No obstante, algunas bases locales se encuentran fragmentadas por el manejo administrativo que se ha dado a las mismas.

Las fichas de notificación de otros subsistemas de SIVIGILA como SISVAN, SIVIM, SISVESO, SIVISTRA, y otro tipo de registros como la base de canalizaciones, la base del programa Territorios Saludables o la base de APS, cuentan con la variable de identificación de pertenencia étnica, sin embargo, no se incluyen variables para identificación de la orientación sexual y de identidad de género.

En particular, la insuficiencia de la información estadística con enfoque diferencial e interseccional no permite al país y mucho menos a menores escalas del territorio conocer de manera exhaustiva las desigualdades de grupos poblacionales afectados por problemas de exclusión, maltrato o discriminación. En general, los vacíos de información estadística privan a la sociedad de la evidencia para evaluar la dimensión de los fenómenos económicos, sociodemográficos o ambientales que con mayor fuerza afectan su bienestar(15).

Interpretación de la información recolectada: parte de la información recabada ya se ha dispuesto en la línea de base del ASIS Diferencial, pero son pocas las poblaciones que tienen una actualización reciente de la información demográfica, por tanto, no cuentan con información que permita hacer una caracterización en los territorios de la Subred. Algunos de los documentos presentan un análisis espacial o se enfocan en la respuesta institucional.

De acuerdo con los objetivos de actualización a realizar durante esta vigencia, se encuentra la posibilidad de alimentar variables de aseguramiento, descripción del fenómeno, modelos de abordaje, acumulados de caracterizaciones por sexo, momento del curso vital, localidad, UPZ, clasificaciones posibles, estratificación socioeconómica y escolaridad. Para el caso de la población con discapacidad, se encuentra además información sobre la actividad principal y la necesidad de ayudas técnicas.

Tabla 45. Poblaciones diferenciales, localidad de Puente Aranda, 2014

Grupos poblacionales			n	Fuente
Poblaciones diferenciales	LGBTI		Aprox 0.4 % (1.045 homosexuales) Aprox. 0,5 % (1,307 bisexuales)	Encuesta multipropósito para Bogotá 2014
	Etnias	Indígenas	492	Encuesta multipropósito para Bogotá 2014
		Afrodescendientes	795	
		Raizales	156	
		ROM Gitanos	13	Censo ROM 2012
Poblaciones en inclusión	Personas en condición de discapacidad		10.621	Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. Años 2004-2014
	Víctimas del conflicto armado		Aprox. 4000	Secretaría Distrital de Hacienda 2013
	Ciudadano habitante de calle		108 parches 461 cambuches	Análisis de la distribución y caracterización de la población de habitantes de calle ubicada en parches y cambuches en Bogotá D.C. 2014.
	Personas en ejercicio de la prostitución		Sin dato	

Grupos poblacionales		n	Fuente
	Personas de ocupación recicladora, carreteros y pequeños bodegueros	159	Censo recicladores 2012 Universidad Distrital Francisco José de Caldas
	Población carcelaria	5.039	INPEC. Establecimientos de reclusión Bogotá D. C. diciembre 2013

Fuente: Subred Sur Occidente, Análisis Diferencial, Resultados fase exploratoria 2015. Consolidación de la información demográfica, 2015.

A continuación, se presentan las particularidades de las poblaciones diferenciales que se incluyen en la presente actualización:

4.2.1. Comunidades etnicas

La pertenencia étnica hace referencia al hecho de compartir prácticas culturales identidades, ideologías y formas de vida propias de un grupo de personas con una historia y unos ancestros comunes que los distinguen de otras. Estos elementos compartidos hacen parte de su historia individual y colectiva, y a su vez configuran su vida cotidiana, cultural, social y política (16).

La Pertenencia étnica cuenta con normatividad nacional que permite la visibilización de los pueblos Indígenas mediante el Auto 004 de 2009, las Comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales mediante el Auto 005 de 2009. De acuerdo con la ley 1448 de 2011, se les da a las comunidades étnicas el carácter de víctima por la violencia histórica que presentan estas poblaciones, clasificándolas de la siguiente manera:

Comunidades indígenas: agrupaciones homogéneas que comparten creencias, tradiciones y cosmogonías propias vinculadas al territorio, como representación de lugares sagrados, donde se llevan a cabo rituales. Se organizan según esquemas tradicionales, autoridades definidas y mecanismos de control social.

- Afrocolombianos: Concepto de carácter eminentemente político, utilizado con el fin de reivindicar o destacar la ancestría africana.
- Comunidades Negras: conjunto de familias de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, comparten una historia y tienen sus propias tradiciones y costumbres.
- Palenqueros: comunidad negra del Palenque de San Basilio, en el municipio de Mahates, Bolívar, cuentan con un dialecto propio producto de la mezcla entre lenguas africanas y el castellano.
- Raizales del Archipiélago de San Andrés y Providencia: cuentan con un dialecto propio y con prácticas culturales y religiosas cercanas a la cultura antillana e influencia anglosajona en el Caribe.
- Afrodescendientes: agrupa la comunidad humana, en tanto científicamente se reconoce que desciende de África. Por afrodescendientes se denota a todos los grupos identificados como negros, morenos, zambos, trigueños, niches, prietos (14).

Por su parte, la identidad de las comunidades ROM es descrita en el Decreto 2957 de 2010: “Se es Rom o Gitano por descendencia patrilineal, la cual permite la ubicación de una persona en un determinado grupo de parentesco, configurado fundamentalmente en torno a la autoridad emanada de un hombre de reconocido prestigio y conocimiento, el cual a su vez, a través de diferentes alianzas, se articula a otros grupos de parentesco, en donde todos comparten, entre otros aspectos, la idea de un origen común, una tradición nómada, un idioma, un sistema jurídico la Kriss Romaní, una autoridad, una organización social, el respeto a un complejo sistema de valores y creencias, un especial sentido de la estética que conlleva a un fuerte apego, a la libertad individual y colectiva, los cuales definen fronteras étnicas que los distinguen de otros grupos étnicos” (17).

Sobre las bases de datos Registro Único de Afiliados (RUAF) se encontró un subregistro dado por el uso eficiente de la variable etnia dentro del registro, por lo cual no se estima como una fuente confiable para identificar nacidos vivos y

defunciones de la población con pertenencia étnica. Además, se incluyeron datos sobre resultados de la caracterización realizada mediante la estrategia de Atención Primaria en Salud y registrada en el aplicativo de APS en Línea.

4.2.2. Víctimas del conflicto armado (VCA)

Se entiende por víctimas del conflicto armado a las “personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno” (14).

Para el Distrito Capital se encuentra el decreto 32 de 2011, por el cual se adopta la Política Pública de Salud para la Población Desplazada víctima del conflicto armado interno asentada en Bogotá, D.C., que tiene como objetivo garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población desplazada por la violencia que vive en Bogotá, fortaleciendo la respuesta sectorial e intersectorial, en un marco general de equidad, de inclusión social, de reconocimiento de la diversidad étnica, de género y etapas de ciclo vital, de estímulo a la participación social y de garantía de los derechos de las víctimas del conflicto armado interno (18).

Para la fase exploratoria del ASIS Diferencial realizada en el año 2015, se tomó como fuente de información para la caracterización demográfica de la población víctima del conflicto armado en las localidades de la Subred el cruce de bases como el Registro Único de Víctimas (RUV), la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y la APS en línea. Además, se tuvo en cuenta la información de localización en Bogotá de la atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno emitida por la Secretaría Distrital de Hacienda.

4.2.3. Persona en condición de discapacidad (PCD)

El término genérico «discapacidad» se refiere a los aspectos negativos de la interacción entre una persona que presenta cierta condición de salud limitante y los factores contextuales de esa persona (factores ambientales y personales) (19). Esta manera de comprender la discapacidad está acorde con la Política Pública Distrital de Discapacidad, la cual asume esta condición como un concepto complejo y multicausal, cuya comprensión requiere la no-adscripción a posturas dicotómicas, unidimensionales y excluyentes sino la adopción a diversas posturas conceptuales. No alude por tanto a la condición médica de la persona, sino a su relación dinámica con los entornos políticos, sociales, económicos, ambientales y culturales donde encuentran las limitaciones o barreras para su desempeño y participación en las actividades de la vida diaria en estos entornos.(20)

Actualmente, no existe un consenso universal en el significado de esta categoría. La transición que implicó pasar de una perspectiva individual y médica a una perspectiva estructural y social ha sido descrita como el viraje desde un modelo médico a un modelo social, en el cual las personas son consideradas “discapacitadas” por la sociedad más que por sus cuerpos.

La caracterización demográfica de la población en condición de discapacidad en la localidad de Localidad de Puente Aranda durante la fase exploratoria del año 2015, se realizó a partir de los resultados del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas en condición de Discapacidad, el cual se implementa a nivel nacional de acuerdo a directrices del Ministerio de Salud y Protección Social y es operado por el proceso de Vigilancia en Salud Pública.

4.2.4. Persona en ejercicio de la prostitución (PEP)

El decreto distrital 428 de 2013 estableció entre las funciones del despacho de la Secretaría Distrital de la Mujer la de “diseñar el modelo de abordaje de las mujeres heterosexuales, lesbianas, bisexuales y transgeneristas en ejercicio de la

prostitución, con enfoque de derechos y de género, y orientar la implementación del mismo por parte de las autoridades competentes en el Distrito Capital (21)".

Para esta población se encuentra como fuentes de información la Secretaría de Integración Social (SDIS), antes de 2007 Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS), la cual ha implementado proyectos de atención para mujeres en ejercicio de prostitución por más de 40 años, aunque en los últimos años han atendido a hombres homosexuales y mujeres transgeneristas.

Para la fase exploratoria realizada en el año 2015 se encontró información relacionada con la ubicación de los establecimientos donde se ejerce la prostitución.

4.2.5. Ciudadano habitante de calle (CHC)

De acuerdo a la Ley 1641 del 12 de julio de 2013 en su artículo 2, se define habitante de la calle como la "Persona sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria y, que ha roto vínculos con su entorno familiar" (22). A su vez, la política pública distrital asume la habitabilidad en calle desde dos perspectivas: "Ciudadanas y Ciudadanos Habitantes de Calle transitorios: La persona que haya permanecido por tres (n: 3) o más meses y hasta un (n: 1) año en situación de calle será considerada persona habitante de calle transitoria y será sujetos de medidas de atención integral, reducción de riesgos y mitigación del daño, superación e inclusión social. Ciudadanas y Ciudadanos Habitantes de Calle permanentes: Se considerará habitante de calle permanente aquella persona que haya permanecido por más de un año en situación de calle con factores de permanencia y reincidencia arraigados" (23).

El 21 de diciembre de 2015 se expide el Decreto 560 "Por medio del cual se adopta la Política Pública Distrital para el Fenómeno de Habitabilidad en Calle y se derogan los Decretos Distritales Nos 136 de 2005 y 170 de 2007"(23), cuyo

objetivo es “re significar el fenómeno de la habitabilidad de calle en Bogotá, por medio de la implementación de acciones estratégicas integrales, diferenciales, territoriales y transectorial, orientadas al mejoramiento de la convivencia ciudadana y la dignificación de los ciudadanos y ciudadanas habitantes de calle, en el marco de la promoción, protección, restablecimiento y realización de sus derechos, que contribuyan a su inclusión social, económica, política y cultural, así como a la protección integral de las poblaciones en riesgo de habitar la calle” (23).

En cuanto a la localidad de Localidad de Puente Aranda la permanencia de los ciudadanos habitantes de calle representa para la comunidad focos de inseguridad, contaminación ambiental específicamente en rondas de cuerpos hídricos, parques, puentes y zonas industriales, además de que es en esta localidad donde se encuentran ubicados los hogares de paso para la atención integral de los ciudadanos habitantes de calle de la Secretaría Distrital de Integración Social e IDIPRON, influyendo en que este sea un factor de permanencia para los habitantes de calle ya que prefieren no trasladarse muy lejos de los hogares para poder acceder a sus servicios diariamente. Situación que hace más notoria la presencia de ciudadanos habitantes de calle y asocio con actos delincuenciales, consumo de sustancias psicoactivas, aumento de micro tráfico y presencia de cambuches.

Este imaginario se ha reafirmado luego del operativo de desalojo de intervención en el sector del Bronx en el centro de Bogotá realizado el 28 de mayo de 2016, cuando el fenómeno de habitabilidad en calle empezó a ser perceptible para la sociedad y es a partir del 18 de agosto de 2016 con la llegada de un gran número de ciudadanos habitantes de calle a la glorieta de la calle 6º con carrera 30 quienes luego se ubicaron en la carrera 32 con calle 6º al interior del canal comuneros que empezaron a ser un problema social para los residentes de la localidad de Localidad de Puente Aranda. De allí que la lectura del fenómeno de habitabilidad de calle en la localidad de Localidad de Puente Aranda se enfatiza en

comprender las necesidades específicas de los ciudadanos y en involucrar a la comunidad para dar respuesta a las necesidades de forma conjunta.

4.2.6. Recicladores, carreteros y pequeños bodegueros (RCPB)

Los recicladores de oficio son una parte de la economía informal, conformada por hombres, mujeres y niños que trabajan recogiendo, clasificando, reciclando y vendiendo materiales que se desechan. La mayoría de ellos viven y trabajan en vertederos municipales de basura en condiciones de pobreza o miseria (24). Además de su informalidad, el reciclaje se caracteriza por ser un proceso intensivo en cuanto a mano de obra, realizado a pequeña escala y con un bajo nivel tecnológico. En muchos casos, la actividad es llevada a cabo por individuos y grupos familiares de poblaciones vulnerables y en desventaja, que dependen de esta para su subsistencia diaria. Los recicladores se han organizado de acuerdo con lo definido en el artículo 15 de la ley 142 de 1994.

Respecto a la caracterización demográfica de la población diferencial recicladora, carretera y pequeños bodegueros, se encontraron las siguientes fuentes de información, según la fase exploratoria del ASIS Diferencial realizado en el año 2015: el Registro Único de Recicladores de Oficio, y la caracterización de la población recicladora de oficio en Bogotá realizados por Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos (UAESP) en el año 2012. Además, se tomó como fuente la información provino del censo realizado por la universidad Distrital Francisco José de Caldas en el año 2012.

4.2.7. Género y nuevas masculinidades

Los roles de género se entienden como el conjunto de normas de comportamiento culturalmente transmitidas que atribuyen al ser hombre o ser mujer, determinadas características y funciones en una sociedad. La sociedad mayoritaria presenta fuertes rasgos patriarcales, al asignar privilegios de manera desigual a hombres y mujeres en todos los ámbitos de la vida cotidiana: en el hogar, en el ámbito laboral y en el espacio público. Esta distribución de privilegios pone en desventaja a las

mujeres en el acceso a oportunidades, y se traduce en situaciones de violencia y/o de abuso de poder sistemáticas donde son ellas las víctimas. Por otra parte, los roles de género imperantes, excluyen gran cantidad de opciones identitarias que no se ciñen a los parámetros establecidos; las personas que integran dichas opciones, tanto hombres como mujeres, son objeto de discriminación y vulneración de derechos en su vida cotidiana.

Implementando el enfoque de género, durante esta vigencia se intentó caracterizar las experiencias relacionadas con nuevas masculinidades. Este concepto alude a hombres que construyen su identidad masculina sin restringirse a las normas de comportamiento, actitudes y maneras de relacionamiento que los roles de género imperantes estiman propios de los hombres. Sin embargo, no fue posible incluir el análisis de esta población, debido a la falta de fuentes de información que permitiera identificarlos en el territorio de la localidad.

4.2.8. Población LGBTI

Para comprender los criterios de adscripción a los diferentes subgrupos que conforman a la población LGBTI, resulta útil entender la articulación entre los conceptos de sexo y género, lo que se ha denominado como “sistema sexo – género” (18).

La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing (1995) adoptó el concepto de género definiéndolo como “la construcción social y cultural que se le asigna al individuo con base a su sexo biológico, este se representa desde la vivencia personal del cuerpo y otras expresiones del género como la vestimenta, los modos de comportamientos, habla e interacción de las personas” (25). Mientras, el sexo es considerado como el conjunto de características biológicas que definen a los seres humanos como mujeres y hombres, que se encuentran determinados por aspectos cromosómicos (genes), gonadales (ovarios o testículos), hormonales, de las estructuras reproductivas internas (útero, próstata y conductos) y de los órganos sexuales externos (vulva o pene) (18).

En la conceptualización que caracteriza a la población LGBTI se encuentran las siguientes definiciones (18): “La letra L se refiere a las personas lesbianas, se hace referencia a personas, y no mujeres, porque el concepto y categoría mujer es más complejo de lo que parece, dado que la categoría de mujer la define aspectos asociados a lo biológico y al género que más adelante se aclararan. La letra G se refiere a gay u homosexual, para este caso, se refiere a los “hombres” que sienten un deseo erótico-afectivo por otros “hombres”. La letra B a bisexual, una persona que siendo “hombre” o “mujer” siente un deseo homo o hetero afectivo por ambos sexos, es decir que puede crear relaciones afectivas y sostener relaciones sexuales con uno u otro sexo. La letra T, se refiere a las personas transgeneristas, su condición no la determina su orientación sexual ni su sexo, solo su identidad de género, transgenerismo. La letra I, se refiere a intersexualidad, y es determinada por el sexo biológico, no por la orientación sexual ni por la identidad de género” (18).

Para esta población se cuenta con el decreto 608 de 2007 y acuerdo distrital 371 de 2009: política pública para la garantía plena de los derechos de las personas Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas (LGBT) y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital. Su objetivo es garantizar el ejercicio pleno de los derechos de las personas de los sectores LGBT. Vale la pena aclarar que una gran cantidad de personas con características descritas por las definiciones de esta población no se identifica ni se registra como tal, ya sea por desconocimiento, por temor a ser discriminados, o porque no quieren pertenecer a estos grupos. Así mismo, se cuenta con el decreto 645 de 2017 del Plan de Desarrollo Distrital.

Como fuentes para la identificación de la dinámica demográfica en la localidad de Localidad de Puente Aranda se tomaron los resultados de la encuesta multipropósito de Bogotá del año 2014. Se encontró información aproximada, producto de los datos de caracterización del programa Territorios saludables, a

partir de la APS en línea y las bases de canalización del mismo programa, con desagregación en niveles territoriales de salud, UPZ y Localidad.

4.3. Contexto demográfico de las poblaciones diferenciales y de inclusión

Para brindar el contexto demográfico de las poblaciones diferenciales de la localidad, se parte de la identificación de información sobre las mismas a partir de las bases en salud. Cabe aclarar que la consolidación de la información integra las distintas fuentes disponibles propias del sector salud, lo que permitió obtener muestras de dichas poblaciones filtrando las variables de población diferencial incluidas en las bases de datos actuales. La calidad de los datos así obtenidos lleva a cuestionar el nivel de avance en la adopción del enfoque diferencial en los sistemas de información en salud, pues muchas veces no se tienen en cuenta estas variables o no son diligenciadas a pesar de que existan.

La variable que se halló con mayor frecuencia fue la de pertenencia étnica (desagregado en indígena, afrodescendientes, Raizales, Palenqueros, ROM – Gitano), algunas bases incluían variables de población como víctimas del conflicto armado, discapacidad, habitante de Calle, persona en ejercicio de prostitución, LGBTI. La base que incluía variables con mayor alcance para identificar población diferencial fue la base APS en línea, seguido por los subsistemas de Vigilancia en Salud Pública. Los sistemas para las estadísticas vitales mostraron en cambio un menor alcance debido a faltantes de información y a limitaciones de las variables de la base que se limitan a indagar sobre la pertenencia étnica, dejando por fuera las demás poblaciones diferenciales estudiadas. En el caso de las PCD y VCA se contrastó la información con fuentes alternas. La primera con el registro de Discapacidad desde VSP fuente primaria para el sector salud y el segundo a partir de los datos proporcionados por el Sistema de Información para las VCA, derivado del registro único de VCA para el Distrito Capital.

El presente análisis de categorías demográficas para poblaciones diferenciales se estructuró a partir de la información recopilada en la implementación de la Atención Primaria en Salud, según resultados acumulados a Julio de 2016. Debe aclararse que dicha estrategia solo incluyó a las familias con estratificación baja (estratos 1 y 2, algunas excepciones en el estrato 3), por lo cual debe considerarse como una muestra significativa más representativa de la población local. Luego se realiza la búsqueda de las poblaciones diferenciales en las bases de Estadísticas Vitales. A continuación, se plantean los resultados de la notificación a los subsistemas de vigilancia en salud pública, incluyendo el registro y localización de las personas con discapacidad. Por último, se retoman los datos del Sistema de Información para las VCA.

4.3.1. Caracterización de la atención primaria en salud

La base de datos obtenida mediante el proceso de caracterización de la estrategia de Atención Primaria en Salud permitió incluir las variables para la identificación de las poblaciones diferenciales, durante la última administración. La estrategia priorizó la población clasificada dentro de los estratos socioeconómicos bajos (1 y 2) durante su implementación desde el 2004 hasta mediados del 2016. Para el caso de la localidad de Localidad de Puente Aranda la población priorizada llega al 49,3 % del total de la población aproximadamente.

No obstante, esta base muestra algunos obstáculos para caracterizar adecuadamente a las poblaciones diferenciales, pues los datos que arroja no son consistentes del todo con la realidad local. Se tomaron como oficiales los datos de la descarga desde el aplicativo, la cual contiene el acumulado durante el periodo de la estrategia. Sin embargo, para las poblaciones particulares que son minorías dentro de las poblaciones diferenciales, solo se encontraron datos de la base enviada por Secretaría Distrital de Salud de APS para el año 2016.

Tabla 46. Población Diferencial Caracterizada según Sexo y Peso Porcentual dentro de la Población Caracterizada y Local, localidad de Puente Aranda, 2016

Población diferencial	Mujeres	%	Hombres	%	Total	% Población Caracterizada	% Población local
Indígena	34	47,2	38	52,8	72	0,1	0,03
Afrodescendiente	68	54,0	58	46,0	126	0,17	0,06
Rom	54	62,1	33	37,9	87	0,12	0,04
Víctima del conflicto armado	253	56,2	197	43,8	450	0,62	0,2
Discapacidad	587	52,1	539	47,9	1126	1,56	0,5
Habitante de calle	69	53,5	60	46,5	129	0,18	0,06

Fuente: Subred Sur Occidente, SDS, Bases APS en línea, Acumulado 2004 -2016, Descarga del 21 de Julio de 2017.

Dentro de las poblaciones que más peso poblacional presentaron según datos de APS en línea, las poblaciones diferenciales con mayor representatividad para la localidad de Localidad de Puente Aranda fueron las siguientes: Discapacidad, Víctima del Conflicto Armado, Etnia (Indígena, Afrodescendientes y ROM Gitano) y Habitante de Calle. Para estas poblaciones representativas, Localidad de Puente Aranda presenta un comportamiento variado, donde se resalta: los grupos con mayor proporción de hombres sobre las mujeres se ubican para los niños menores de 6 años habitante de calle, adultos con discapacidad, infantes de 6 a 13 años víctimas del conflicto armado y adolescentes indígenas, cronológicamente se observa un aumento marcado para ambos sexos en la población con discapacidad, ROM y habitante de calle

Los adultos son los que presentan el mayor peso porcentual para las poblaciones con mayor presencia en la localidad, a excepción de la población en condición de discapacidad que se comporta con igual proporción que la vejez, el comportamiento menos regresivo y con una mayor tendencia a ser progresivo es para los habitantes de calle e indígenas.

Tabla 47. Población diferencial caracterizada según sexo y curso de vida, localidad de Puente Aranda, año 2016

Tipo de población	0 a 5 años				6 a 13 años				14 a 17 años				18 a 26 años			
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Palenqueros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ejercicio de Prostitución	0	0	2	15,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LGBTI	0	0	0	0	3	13	3	13	1	4,3	0	0	9	39,1	3	13
Reciclador	0	0	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0
Carretero	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bodeguero	0	0	0	0	1	50	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	0	0	5		4		2				9		3	

Tipo de población	**27 a 59 años**				**60 y más años**				**Total**			
	Mujeres		**Hombres**		**Mujeres**		**Hombres**		**Mujeres**		**Hombres**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Palenqueros	0	0	0	0	3	100	0	0	3	100	0	0
Ejercicio de Prostitución	11	84,6	0	0	0	0	0	0	11	84,6	2	15,4
LGBTI	2	8,7	2	8,7	0	0	0	0	15	65,2	8	34,8
Reciclador	1	50	0	0	0	0	0	0	1	50	1	50
Carretero	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0
Pequeño bodeguero	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	0	0
Total	**14**	**31,8**	**2**	**4,5**	**3**	**6,8**	**-**	**0**	**33**	**75**	**11**	**25**

Fuente: Subred Sur Occidente, SDS, Bases APS en línea, Año 2016, Envío 05 de Julio de 2017.

Cabe aclarar que el número de población para esta localidad es muy poco (n=44), dato importante ya que no es pertinente realizar algunas especificaciones. La distribución general de la población diferencial en Localidad de Puente Aranda por curso de vida caracterizada al año 2016 refleja que el mayor aporte lo realiza la juventud y adultez con aproximadamente el 64 %.

El mayor aporte en estas poblaciones con una menor representatividad dentro de las denominadas diferenciales lo realiza la población LGBTI el 52,3 %, seguido del ejercicio de la prostitución con el 29,5 %, Palenqueros con el 6,8 %, con porcentajes similares sobre el 4,5 %, reciclador y pequeño bodeguero y con el 2,3 % para los carreteros. Para esta localidad no se identifica la etnia raizal. Dentro de cada tipo de población se destaca: en la infancia tener el un aporte alrededor del 13 % para, al igual que tener algún porcentaje el ejercicio de la prostitución en población infantil. Por sexo en términos de totales para todas las poblaciones la mayor población es para las mujeres.

4.3.2. Natalidad y mortalidad

Tratando de llegar a un aproximado de la natalidad y la mortalidad de las poblaciones diferenciales se acudió a las Estadísticas Vitales del año 2016, lo cual corroboró lo encontrado en la fase exploratoria relacionada con el subregistro en las bases tanto de Nacidos Vivos, como de las Defunciones. Dentro de las bases consultadas para las poblaciones diferenciales solo se encontró la variable de Etnia desagregada en Indígena y Afrodescendientes para los Nacidos Vivos, con la ventaja de identificar los pueblos indígenas relacionados. Dentro de la base de Defunciones se encuentra la desagregación por los tres pueblos reivindicados por la ley de víctimas y los autos de la corte suprema de justicia.

Tabla 48. Resultados de Nacidos Vivos para poblaciones diferenciales – NNVV, localidad de Puente Aranda, año 2016

Bogotá	Subred		Localidad de Puente Aranda	
	No	%	No	%
98.112	31.114	31,7	2.825	2,9

Año 2016	Indigenas		Afrodescendiente		Total	
	No	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**
2.825	2	0,1	9	0,3	11	0,4

Fuente: Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017).

Durante el año 2016, en la localidad de Localidad de Puente Aranda, de acuerdo a la base de defunciones de RUAF, se reportan 3 casos de mortalidad en población étnica, que corresponde al 0,2 % de las 1.442 defunciones presentadas, el 100 % se presentan en la población Afrodescendiente en hombres, dos en el momento adultez y uno en la vejez. Todas las causas están relacionadas con enfermedades crónicas (ACV, diabetes).

Tabla 49. Mortalidad en población étnica por momento del curso de vida y sexo, localidad de Puente Aranda, 2016

Grupo étnico	Momento del curso de vida	Hombres	Total
Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente	Adultez	2	2
	Vejez	1	1

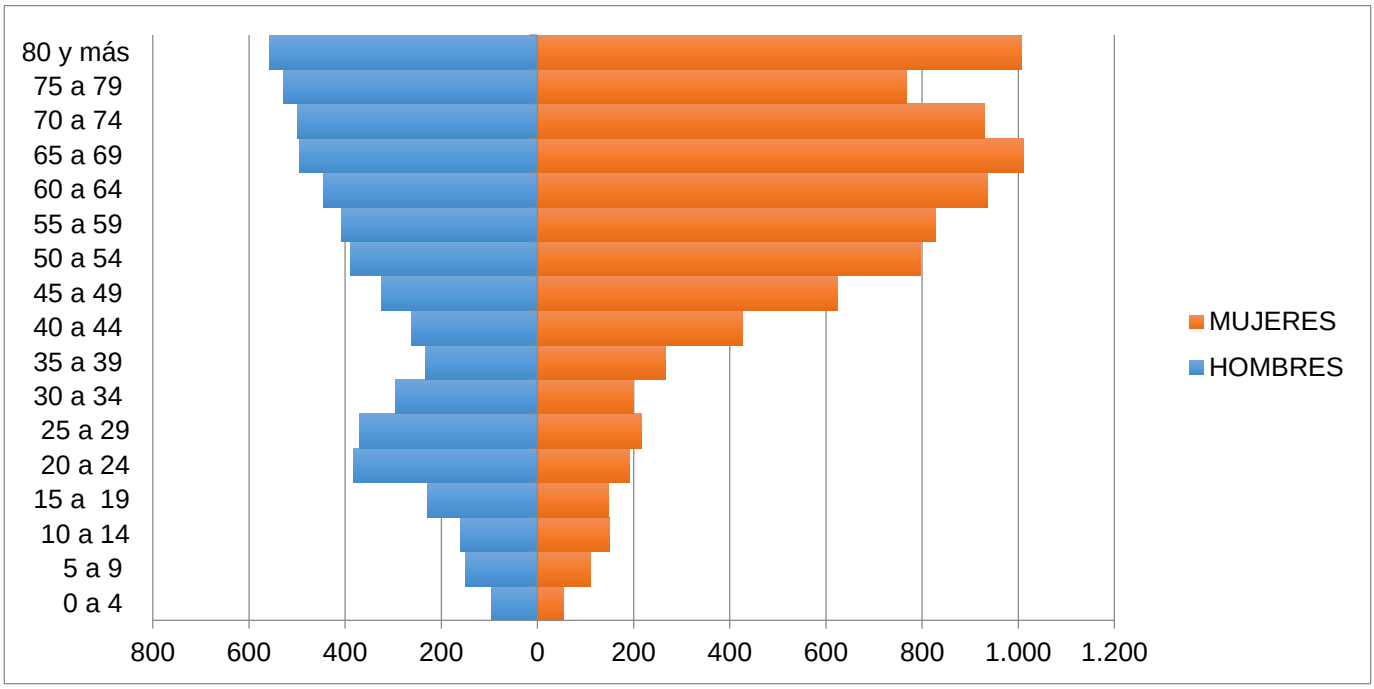
Fuente: SDS. RUAF ND 2016. Datos no oficiales

4.3.3. Eventos en Salud Pública: Discapacidad y morbilidad

La discapacidad de la población se estudió a partir de los datos reportados por el registro de personas con discapacidad a cargo de Vigilancia en Salud Pública, la cual se clasifica dentro de los eventos no transmisibles.

La pirámide poblacional de las personas con discapacidad que residen en la Localidad de Localidad de Puente Aranda, muestra una forma completamente invertida por grupos de edad, caracterizada por una base reducida y un pico ensanchado, esto indica que las personas con discapacidad son en su mayoría una población envejecida, esto es consistente con el índice de vejez en donde se identifica que de cada 100 personas con discapacidad 39, 9 tienen más de 65 años de edad, por el contrario, de cada 100 PCD 4,9 son menores de 15 años. Adicionalmente el índice de Frizz muestra que la población con discapacidad local es una población envejecida (41,6 “inferior a 60”).

Gráfica 42. Pirámide poblacional personas con discapacidad, localidad de Puente Aranda, 2005 – 2016



Fuente General: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2005-2015; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo Distrital del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud, UPSS PABLO VI BOSA (información preliminar 2005-2015). **Ultima fecha de actualización marzo de 2015. Abril- diciembre 2015 y año 2016.

Las mujeres en condición de Discapacidad llegan al 59,8 %, dejando para los hombres el 40,2 % restante.

Tabla 50. Indicadores demográficos personas con discapacidad, localidad de Puente Aranda, 2004 – 2016

Relación hombre/ mujer	Por cada 100 mujeres con discapacidad hay 67,2 hombres con discapacidad
Índice de infancia	Por cada 100 personas con discapacidad hay 4,9 niños y niñas menores de 15 años con discapacidad
Índice de vejez	Por cada 100 personas con discapacidad 39,9 tienen 65 años o más
Índice de Frizz	El índice de Frizz es de 41,6 indicando que la población con discapacidad es una población envejecida

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Subred Sur Occidente. Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2005-2016, preliminar.

Con respecto al sexo se evidencia que entre los 0 y los 34 años de edad el número de hombres es mayor frente al de las mujeres, a partir del quinquenio de 35 a 39 años la proporción de hombres empieza a invertirse encontrando mayor número de mujeres, a medida que pasan los quinquenios esta diferencia es más evidente.

Tabla 51. Distribución personas con discapacidad por estrato, localidad de Puente Aranda, Registradas entre 2004 – 2016

Estrato socioeconómico	n	%
0	14	0,1
1	97	0,7
2	222	1,5
3	14.111	97,4
Sin dato	46	0,3
Total	**14.490**	**100**

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Subred Sur Occidente. Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2005-2016, preliminar.

Las personas con discapacidad en la localidad de Localidad de Puente Aranda tienen una mayor concentración en el estrato 3 llegando al 97,4 %, con una predominancia que corresponde con las características generales de la localidad. Cabe observar que, a pesar de presentar áreas con estratos altos, estos no se relacionan en el registro, lo cual también hace considerar un aumento en la variable Sin Dato y se correlación con la pobreza oculta.

Tabla 52. Morbilidad por eventos de interés en salud pública para población diferencial, localidad de Puente Aranda, Año 2015 – 2016

Subsistema	Total notificaciones	Población étnica											
		Indígenas		Afrodesdenciente		Raizales		Palenquero		Rom gitanos		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SIVIGILA	2926	6	0,21	21	0,72	3	0,10	0	0,00	10	0,34	40	1,37
SISVESO	608	0	0,00	1	0,16	0	0,00	0	0,00		0,00	1	0,16
SISVECOS	309	0	0,00	3	0,97	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,97
SISVAN MENORES	4477	0	0,00	2	0,04	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	0,13
SISVAN Gestantes	3624	0	0,00	5	0,14	0	0,00	0	0,00	3	0,08	8	0,22
SIVELCE	1124	0	0,00	6	0,53	0	0,00	0	0,00		0,00	6	0,53
SIVIM	768	0	0,00	6	0,78	1	0,13	0	0,00	0	0,00	7	0,91
VESPA	846	5	0,59	47	5,56	139	16,43	1	0,12		0,00	192	22,70

Fuente General: SDS. Base SIVIGILA, SISVAN GESTANTES, SIVELCE, SIVIM, VESPA. 2015. Subred Sur Occidente. Bases SISVESO, SISVECOS, SISVAN MENORES. 2016.

El subsistema donde se presenta la mayor proporción de eventos en población étnica es el Vespa con 22,70 % (n=192), en segundo lugar, se encuentra el Sivigila con 1,37 % (n=40). La población raizal tiene la mayor concentración de eventos con el 54,4 %, dado principalmente por el subsistema VESPA, sin embargo, se pude relacionar con un error de registro, en segundo lugar, se encuentran los afrodescendientes con el 34,60 %.

Tabla 53. Morbilidad por eventos de interés en salud pública para población diferencial, localidad de Puente Aranda, año 2015 – 2016

Subsistema	Total notificaciones	LGBTI		Personas con discapacidad		Víctimas del conflicto armado		Habitantes de calle	
		n	%	n	%	n	%	n	%
SIVIGILA	2926		0,00	5	0,17	4	0,14	9	0,31
SISVESO	608		0,00	0	0,00	1	0,16	1	0,16
SISVECOS	309	6	1,94	9	2,91	5	1,62	1	0,32
SISVAN MENORES	4477		0,00		0,00	1	0,02		0,00
SISVAN Gestantes	3624		0,00		0,00	2	0,06		0,00
SIVELCE	1124	2	0,18	2	0,18	1	0,09	3	0,27
SIVIM	768	1	0,13	32	4,17	7	0,91	7	0,91
VESPA	846		0,00	0	0,00	7	0,83	630	74,47

Fuente General: SDS. Base SIVIGILA, SISVAN GESTANTES, SIVELCE, SIVIM, VESPA. 2015. Subred Sur Occidente. Bases SISVESO, SISVECOS, SISVAN MENORES. 2016.

El evento que tiene mayor notificación en esta población es el consumo problemático de SPA, por lo mencionado anteriormente. Seguidamente se encuentra la enfermedad diarreica aguda por rotavirus que presenta solo un caso en población raizal, pero representa el 25 % de los 4 reportados, también se encuentra la Leishmaniasis cutánea con 6,25 % que se presenta en su totalidad en población Afrodescendiente y se relaciona con la presencia del batallón de sanidad del ejército ubicado en la localidad, considerando que Bogotá no es zona endémica.

El subsistema con mayor notificación de eventos en personas con discapacidad es Sivim con el 4,17 % (n=32), seguido por Sisvecos con 2,91 % (n=9). El evento que presenta la mayor proporción es la Vigilancia en salud pública de las violencias de

género que con solo un caso aporta el 33,3 % frente a los tres notificados, en segundo lugar, se encuentra el abandono que aporta el 10,29 % (n=7) y la violencia económica con 5,41% (n= 2). El subsistema que tiene mayor proporción de eventos en la polución Víctimas del Conflicto armado es Sisvecos con el 1,62 % el resto de subsistema se encuentran por debajo del 1 %. El evento que más aporta es la amenaza suicida con un 7,96 % con solo un caso.

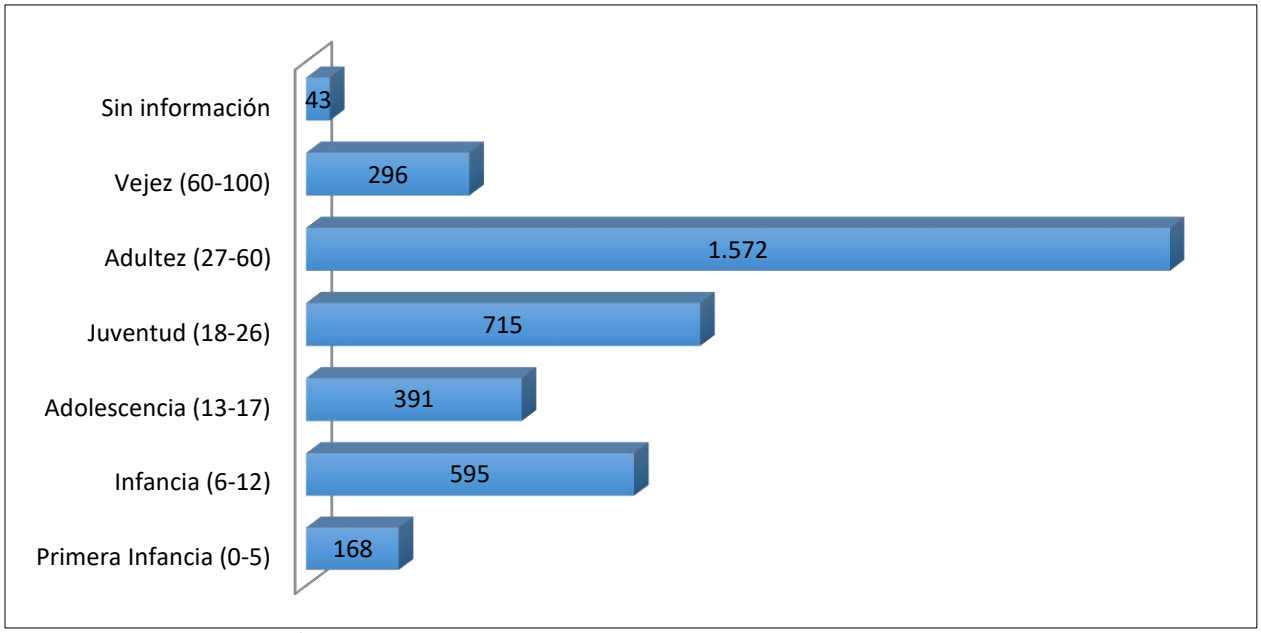
El 74,7 % de la notificación en el subsistema VESPA corresponde a habitante de calle, lo que guarda relación con la importante presencia de instituciones de atención para esta población y su relación con el consumo de SPA. El segundo evento es la tuberculosis que tiene el 10,81 % (4) y la Hepatitis B, C, Coinfección hepatitis B y Delta con 5,56 % (1), enfermedades transmisibles que se presentan de forma importante en esta población por las deficientes condiciones de higiene y medidas de protección.

Para la población LGBTI, solo se cuenta con variables de identificación en tres subsistemas SISVECOS, SIVIM y SIVELCE. El subsistema que tiene la mayor proporción y mayor número de casos es SISVECOS con el 1,94 % (6), el evento con mayor notificación es el intento con el 2,5 % (3), aunque presenta igual número de casos que la ideación (3). Para SIVELCE se reporta un accidente de tránsito y un evento por otros accidentes.

4.3.4. Sistema de información para víctimas - SIVIC

El SIVIC es el sistema de información para las víctimas del conflicto en Bogotá, hace parte de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor, en la administración de Alta Consejería para los derechos de las víctimas, la paz y la reconciliación. Acceder a esta información fue posible a través de la articulación del proceso de Gobernanza en Salud Pública.

Gráfica 43. Víctimas del conflicto armado por momento de curso vital, localidad de Puente Aranda, 2017



Fuente: Unidad para las Víctimas, SIVIC, Acumulado septiembre de 2010 – abril de 2017

El SIVIC es el sistema de información para las víctimas del conflicto en Bogotá, hace parte de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor, en la administración de Alta Consejería para los derechos de las víctimas, la paz y la reconciliación. Acceder a esta información fue posible a través de la articulación del proceso de Gobernanza en Salud Pública.

El curso vital de adultez es en su mayoría donde se presenta la mayor población víctima del conflicto armado. En muchos casos, se trata de mujeres viudas, le siguen los jóvenes y el momento de la infancia. En esta población debe primar la salud mental por los cambios propios de la infancia tardía y su desarrollo en la juventud, así como, la superación del duelo por perdida de algún miembro de la familia a causa de la violencia o algún otro evento victimizante por medio de la violencia.

El 5 % de las víctimas registraron algún tipo de pertenencia étnica, donde la predominancia la dieron los pueblos indígena y afrocolombianos. No se

encontraron Palenqueros ni Raizales. El 3 % de la población víctima registrada cuenta con algún tipo de limitación por discapacidad.

Tabla 54. Resumen población diferencial local y según proporción Subred, localidad de Puente Aranda, 2016

Población diferencial y general	Puente Aranda	%	SUBRED
Indigena	72	3,2	2.216
Afrocolombiano	126	3,4	3.704
Rom – gitano	87	8,7	1.001
Palenquero	13	10,8	120
Raizal	3	11,1	27
Total etnia	301	4,3	7.068
Discapacidad	14484	16,3	89.001
Víctima del conflicto armado	3778	4,9	77.460
Habitante de calle	129	13,8	937
Personas en ejercicio de la prostitución	23	13,1	176
Reciclador	2	0,4	479
Carretero	1	0,7	140
Pequeño bodeguero	2	2,1	97
LGBTI	23	11,1	207
Población diferencial local	18743	10,7	175.565

Fuente: Subred Sur Occidente, Caracterización APS acumulado 2005 – 2015, Resultados 2016 preliminares, Registro en salud No transmisibles: Discapacidad acumulado 2005 – 2016. Registro SIVIC, Política en salud para las Víctimas del Conflicto Armado. Acumulado septiembre 2010 – abril 2017.

Para obtener una aproximación a un estudio demográfico para poblaciones diferenciales la búsqueda de fuentes estuvo enfocada a la información suministrada por los sistemas de salud de rutina nacional, distrital y de subred en las localidades que la integran. Siendo así, para una caracterización general se tomaron las bases APS en línea, de dónde fue posible graficar la distribución de la

población a partir de pirámides poblacionales. De la caracterización general de la población, se encontró que las víctimas del conflicto armado son las que aportan un mayor peso en la población de las localidades Bosa y Kennedy. Mientras las personas con Discapacidad fueron las mayores aportantes dentro de las poblaciones diferenciales a la población general en las localidades de Fontibón y localidad de Puente Aranda.

En el grupo de las etnias, en todas las localidades la población Afrodescendiente llegó a ocupar los primeros lugares, localidad con un mayor aporte poblacional por parte de los Afros fue Fontibón, luego Bosa, Kennedy y Localidad de Puente Aranda. En la última, la diferencia en relación a la población étnica es menor que en las demás localidades, al igual que en los valores generales de las poblaciones diferenciales en esta localidad.

Dentro de los habitantes de calle caracterizados, la localidad de Kennedy presenta los mayores resultados. El comportamiento de la población seleccionada es similar al de la población total, es decir, en las localidades con mayor población general se encuentran más habitantes de calle. El hecho de ser percibido con gran visibilidad en la localidad de Localidad de Puente Aranda puede deberse a que, en pequeñas concentraciones de población general, el fenómeno de la habitabilidad en calle cobra más relevancia por su presencia en el espacio público.

Los mayores valores demográficos se relacionan con la presencia de personas con discapacidad, víctimas del conflicto armado, Etnias y Afrodescendientes. Para el caso de Localidad de Puente Aranda, el fenómeno de habitabilidad en calle se encuentra en una cuarta posición.

Para la localidad de Localidad de Puente Aranda, según registros de la caracterización de APS, para el año 2016 las poblaciones con una mayor presencia en el territorio local son las personas en condición de discapacidad, las víctimas del conflicto armado, Etnia y Habitante de calle. En menor volumen, se

encuentran las personas de los sectores LGBTI, Ejercicio de Prostitución, y, por último, recicladores, carreteros y pequeños bodegueros.

La clasificación de estos dos grupos poblacionales dentro de los diferenciales permite evaluar la disponibilidad de información para geo codificar la presencia de las mismas en las localidades, el cual será el ejercicio del siguiente apartado

4.4. Relación de las poblaciones diferenciales con el territorio

El presente apartado tiene como finalidad mostrar la distribución espacial de los asentamientos humanos conformados por las poblaciones diferenciales identificadas en este ejercicio, de acuerdo a su tamaño, grado de concentración, etc. (26). De esta manera, se identificarán los factores de la distribución de la población diferencial en la localidad de Localidad de Puente Aranda, tiendo en cuenta aspectos físicos, históricos, políticos, sociales y económicos (27), para determinar la forma como la población ocupa el territorio local.

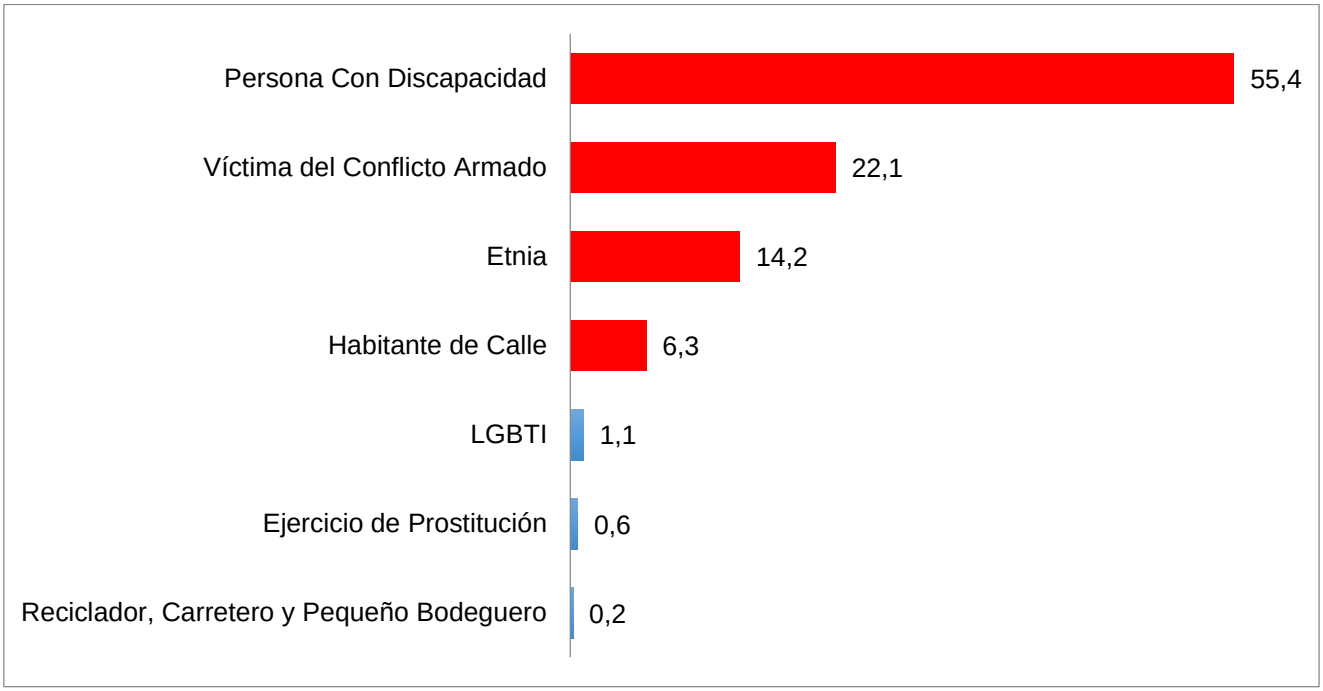
En un primer momento se dará una contextualización de las poblaciones a nivel local, mediante la descripción cualitativa de los datos recopilados en la anterior fase de caracterización demográfica. Para luego, dar lugar a una georreferenciación que permita ilustrar la situación espacial de las poblaciones priorizadas para el ejercicio las cuales se han seleccionado debido al mayor volumen poblacional que ocupan dentro de la localidad. Este momento será posible a partir de la gestión de bases de datos con información de las poblaciones seleccionadas que cuenten con variables de ubicación. A partir de esto, se realizará el análisis de las relaciones espaciales de las poblaciones abordadas.

Para obtener los datos demográficos de las poblaciones diferenciales se consultaron diversas fuentes propias del accionar en salud. A pesar del subregistro en las mismas o de la ausencia de variables poblacionales en los formatos y bases de datos se encontró como principal fuente de información

los resultados de la caracterización realizada por la estrategia de Atención Primaria en Salud, la cual, sin embargo, priorizaba la identificación de las familias más desprotegidas de cada localidad, por lo tanto, no constituye el universo de la población en el territorio. De igual forma, el despliegue de la estrategia se desarrolló en mayor medida en localidades como Bosa y Kennedy, mientras que en Fontibón y Localidad de Puente Aranda fue menor dado a que cuentan con estratos socioeconómicos altos.

No obstante, la base de caracterización APS sirvió para obtener los datos cuantitativos de las poblaciones diferenciales en las localidades, salvo para poblaciones como Discapacidad, quienes cuentan con un registro oficial realizado por Vigilancia en Salud Pública, y Víctimas del Conflicto Armado, que gracias a la gestión de las políticas se obtuvieron los datos consolidados por el SIVIC, a cargo de la Alta Consejería Distrital para las Víctimas. De acuerdo a los datos recopilados, se elaboró la siguiente representación:

Gráfica 44. Proporción de las poblaciones diferenciales según volumen demográfico, localidad de Puente Aranda, 2016



Fuente: Subred Sur Occidente, Caracterización Demográfica ASIS Diferencial, Julio de 2017, preliminar.

4.4.1. Persona en condición de discapacidad (PCD)

Dentro de la localidad dieciséis convive el 3,7 % de la población diferencial de la subred. Con una mayor representatividad de la discapacidad con 55,4 % de la población diferencial local. Lo cual significa una gran proporción, según la proyección de la población local, pero para el total de personas con discapacidad en la subred, llega a cubrir solo el 11 % de la misma. En Localidad de Puente Aranda, de igual forma se implementa la política pública con la operación del Sistema Distrital de Discapacidad que articula los sectores e instituciones para la protección y atención de las personas con discapacidad. Así como la participación a través del consejo local de discapacidad.

Los altos índices de discapacidad en la localidad se asocian al acelerado crecimiento de la población adulta y en la vejez, con una mayor carga en salud producto de afecciones crónicas. Aun cuando Localidad Puente de Aranda sea considerada una de las localidades aventajadas, presentando mejores condiciones de vida que el promedio del Distrito, sin embargo, el aumento de la población mayor y la reducción de la fecundidad, generará una baja en la población económicamente activa, quienes estarían a cargo de las personas mayores cuando ya no puedan ser productivas o cuando el grado de deterioro de su enfermedad los excluya de cualquier actividad. De otro lado, se da la pobreza oculta en hogares que tradicionalmente pertenecen a estratos medios y altos, pero que se han quedado sin capacidad de pago.

4.4.2. Víctimas del conflicto armado (VCA)

En segundo lugar, se encuentra la población víctima del conflicto armado con el 20,16 % del total de la población diferencial local. Al comparar con la subred, la proporción se reduce al 4,9 % del total de población víctima. Aun cuando para la localidad sea importante la participación de esta población, a nivel de subred es Bosa y Kennedy los territorios con mayor acogida para esta población.

Localidad de Puente Aranda se caracteriza por compartir el uso del suelo residencial consolidado con la actividad industrial, por lo que se convierte en una localidad si bien en condiciones favorables, también más abierta a la mezcla social en el espacio. Cabe resaltar que el flagelo del desplazamiento forzado es común a las cuatro localidades del Distrito, y en esta medida entender que:

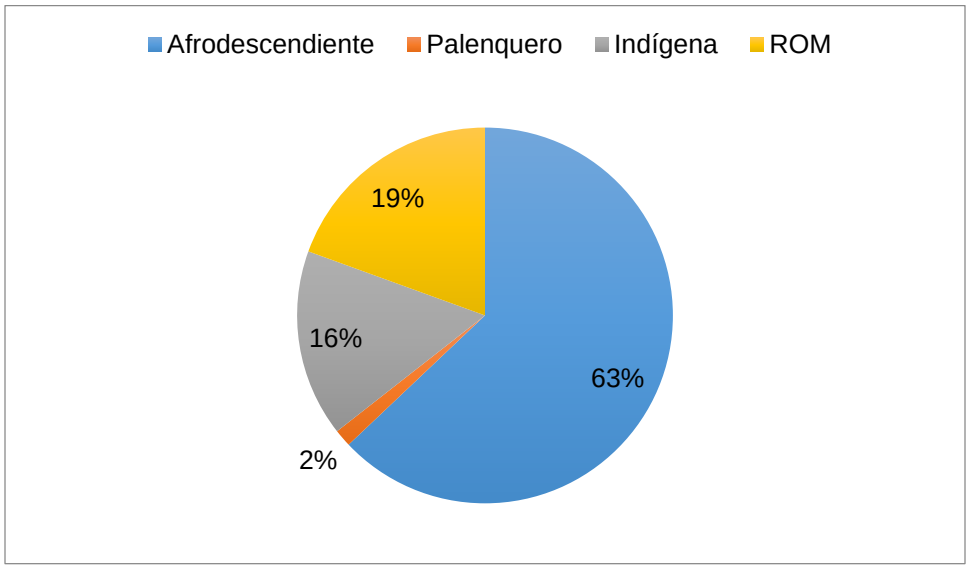
> El desplazamiento forzado por el conflicto armado interno está modificando la geografía humana y social del país. La desigualdad, la discriminación y la exclusión social limitan el desarrollo pleno de las capacidades y de la riqueza potencial de amplios sectores de la población" (26).

Como parte de la restitución de derechos para las víctimas y la adaptación del territorio ante los retos sociales que impone al Distrito, la recepción diaria de familias desplazadas provenientes de distintas regiones del país, en la localidad de Localidad de Puente Aranda se entregó un proyecto de vivienda de interés social a un gran número de organizaciones de personas víctimas del conflicto armado. Sin embargo, se da el incumplimiento en estas políticas, pues algunas familias salieron beneficiadas, pero dada la disponibilidad de las viviendas no se entregaron en su momento y ante el cambio de administración distrital quedaron a la deriva.

4.4.3. Etnias

En tercer lugar, se encuentran las comunidades étnicas con una proporción de 1,6 % del total diferencial local mientras para la subred no representa cambios con el 1,1 % del total de la población étnica.

Gráfica 45. Proporción de las comunidades étnicas según su clasificación, localidad de Puente Aranda, 2016



Fuente: SISS Sur Occidente, Caracterización Demográfica ASIS Diferencial, Julio de 2017, preliminar

***Afro*:** Dentro de las comunidades étnicas se encuentra una mayor proporción de la población Afro, que asciende al 65 %, integrando la presencia de población dentro de los Afrodescendientes y Palenqueros. Sobre la variable Afro, hay que tener en cuenta que en muchas ocasiones se omite preguntar a la persona o se asume por su aspecto físico o el color de su piel, empero, el ser Afro hace parte del auto reconocimiento y la identidad que se tenga sobre las costumbres y tradiciones propias de la etnia.

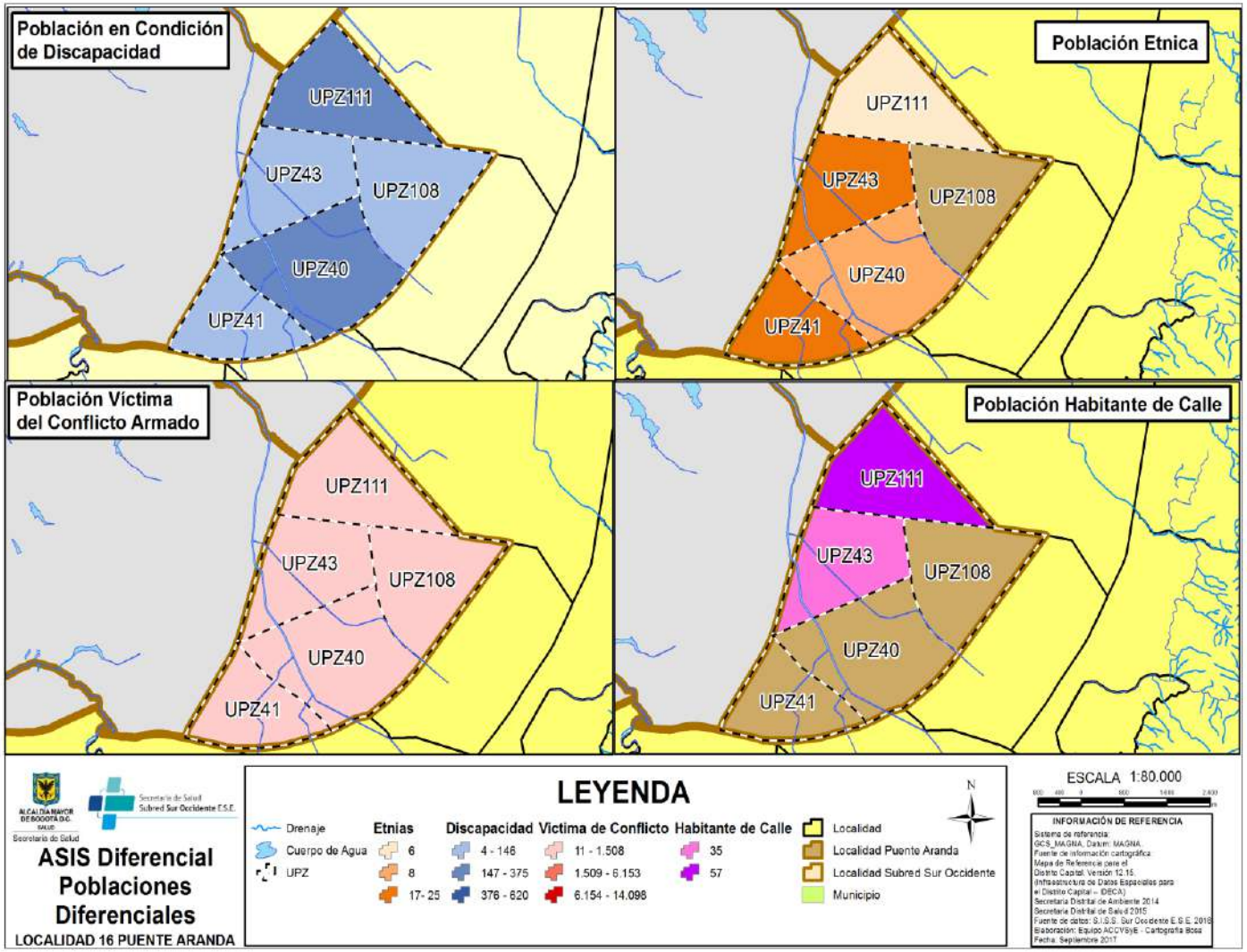
***Rom – Gitana*:** La población ROM – Gitana ocupa el segundo lugar con el 29 %, con unidades sociales básicas o *Kumpanias* a modo de grupos familiares de tamaño variable que mantienen vínculos culturales y sociales que se reconocen tradicionalmente en la localidad. Los pueblos Indígenas llegaron al 24 % del total de comunidades étnicas. Para la fase exploratoria del 2015 se encontraron familias de pueblos diferentes, pero para esta vigencia, las bases de datos suministradas no permitieron la desagregación de la población Indígena para hallar el pueblo al cual pertenecen.

Ciudadano Habitantes De Calle (CHC): Le siguen en puntaje porcentual, los ciudadanos habitantes de calle (6,3 % local), que ha sido un problema de la localidad por contar con espacios propicios para la habitabilidad en calle generados por la actividad industrial, la malla vial principal con grandes puentes vehiculares, cuerpos hídricos, canales que hacen parte del sistema de drenaje de la localidad y parques. También, se encuentran ubicados allí los hogares de paso para la atención integral de los ciudadanos habitantes de calle desde la Secretaría Distrital de Integración Social e Idipron, influyendo en que este sea un factor de permanencia para esta población, ya que prefieren no trasladarse muy lejos de los hogares para poder acceder diariamente a sus servicios.

Otras Poblaciones: Seguido a esta población, se encuentran las personas en ejercicio de la prostitución y la población de los sectores LGBTI que comparten situaciones frente a la salud sexual reproductiva, procesos identitarios, entre otras. El grupo de recicladores, carreteros y pequeños bodegueros solo alcanza el 0,03 %. Es de resaltar que aun cuando Localidad de Puente Aranda se encuentra dentro de las localidades más favorecidas dentro del Distrito, permite que se alberguen en su territorio poblaciones diferenciales. En casos como la Discapacidad, asociado al crecimiento de la vejez, pero debido a la doble caracterización del uso del suelo, plantea sistemas complejos propicios para la diversidad social y cultural:

> “La diversidad social en los barrios de alta renta fue (y en algunos casos continúa siendo) posible gracias al hecho que las sociedades latinoamericanas están culturalmente más abiertas a la mezcla social en el espacio a pesar de caracterizarse por sus grandes diferencias sociales y bajos niveles de movilidad social (28).”

Mapa 11. Distribución espacial de las poblaciones diferenciales priorizadas, localidad de Puente Aranda, 2016



La ubicación de la localidad en el centro occidente la hace ver como una “isla de modernidad”, al tiempo que cuenta con la producción industrial, localizada en los cruces de avenidas principales, también permite la consolidación de barrios de alta renta como alternativas para el desarrollo residencial, no obstante, en este territorio habitan otros grupos sociales menos favorecidos.

Respecto a las personas con discapacidad, la información analizada permite afirmar que se concentran en las UPZ Localidad de Puente Aranda, Ciudad Montes y San Rafael. La población con discapacidad en esta localidad se caracteriza por encontrarse en el momento de persona mayor. En esta localidad, la tendencia es de poblamiento dado por procesos históricos de hogares de estratificación media y alta, con integrantes pensionados, que ha derivado en el relevo generacional de la discapacidad, es decir, los padres con discapacidad conforman familias cuyos hijos también presentan discapacidad. En estas UPZ a su vez, se concentra la oferta institucional de la localidad.

Para las víctimas del conflicto armado dentro de Localidad de Puente Aranda se cuenta con la Plaza de la Hoja, unidad residencial para población vulnerable que asienta población víctima, victimarios y otro de vulnerabilidades. Las viviendas de interés social se entregan en obra gris, solo con la puerta de entrada. Por las condiciones económicas de las familias se generan condiciones precarias de habitabilidad, hacinamiento, cultura rural instaurada en su habitación como compartir con animales, exceso de plantas, rayar las paredes, entre otras.

Algunas familias de las comunidades étnicas se encuentran distribuidas en las UPZ San Rafael, Localidad de Puente Aranda y Ciudad Montes, con una mayor concentración en el barrio Galán de la UPZ San Rafael, donde también se concentra el pueblo ROM dentro de la localidad. En cuanto a la población indígena, se sabe que se encuentran diversos pueblos, pero con pocas familias que se distribuyen de manera dispersa dentro de la localidad.

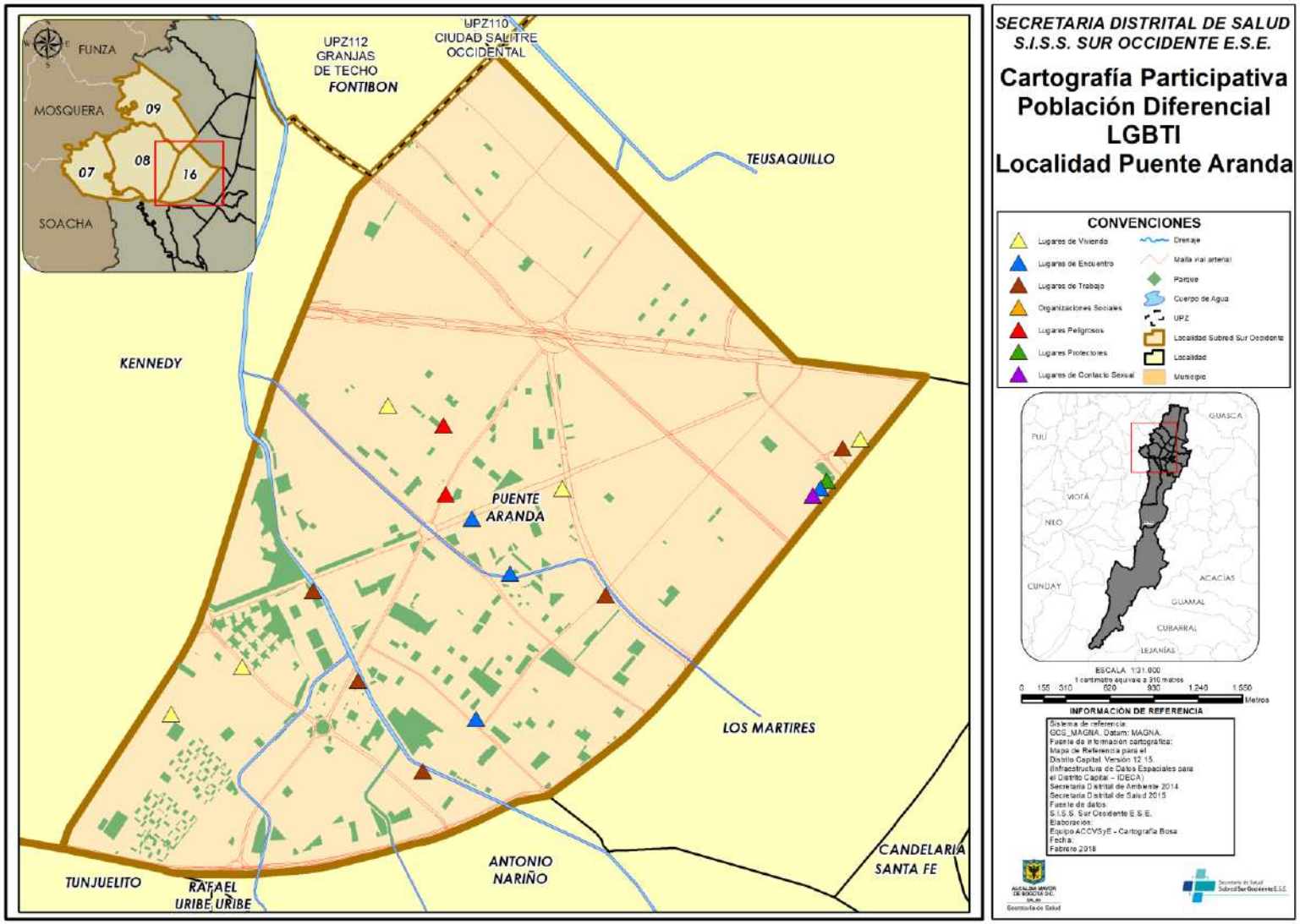
El habitante de calle presenta registros que ocupan el 6,3 % dentro del total de poblaciones diferenciales identificadas y ubicadas en Localidad de Puente Aranda. Se han localizado en aglomeraciones en las UPZ111 Localidad de Puente Aranda y 43 San Rafael. La localidad al tener características industriales y residenciales, donde hay presencia de grandes bodegas y fábricas se presta para que durante la noche pernocte esta población. También pueden encontrarse en los parques donde se mezclan entre el micro tráfico y el consumo de sustancias psicoactivas en parches.

Los Lugares de residencia de la población LGBTI en localidad son muy heterogéneos encontrándose en barrios de estratos 2 y 3 de las UPZ San Rafael, Ciudad Montes, Muzú y Zona Industrial; Los lugares de trabajo evidenciados se localizan en los corredores comerciales de la UPZ Ciudad Montes, mayoritariamente a lo largo del Río Fucha.

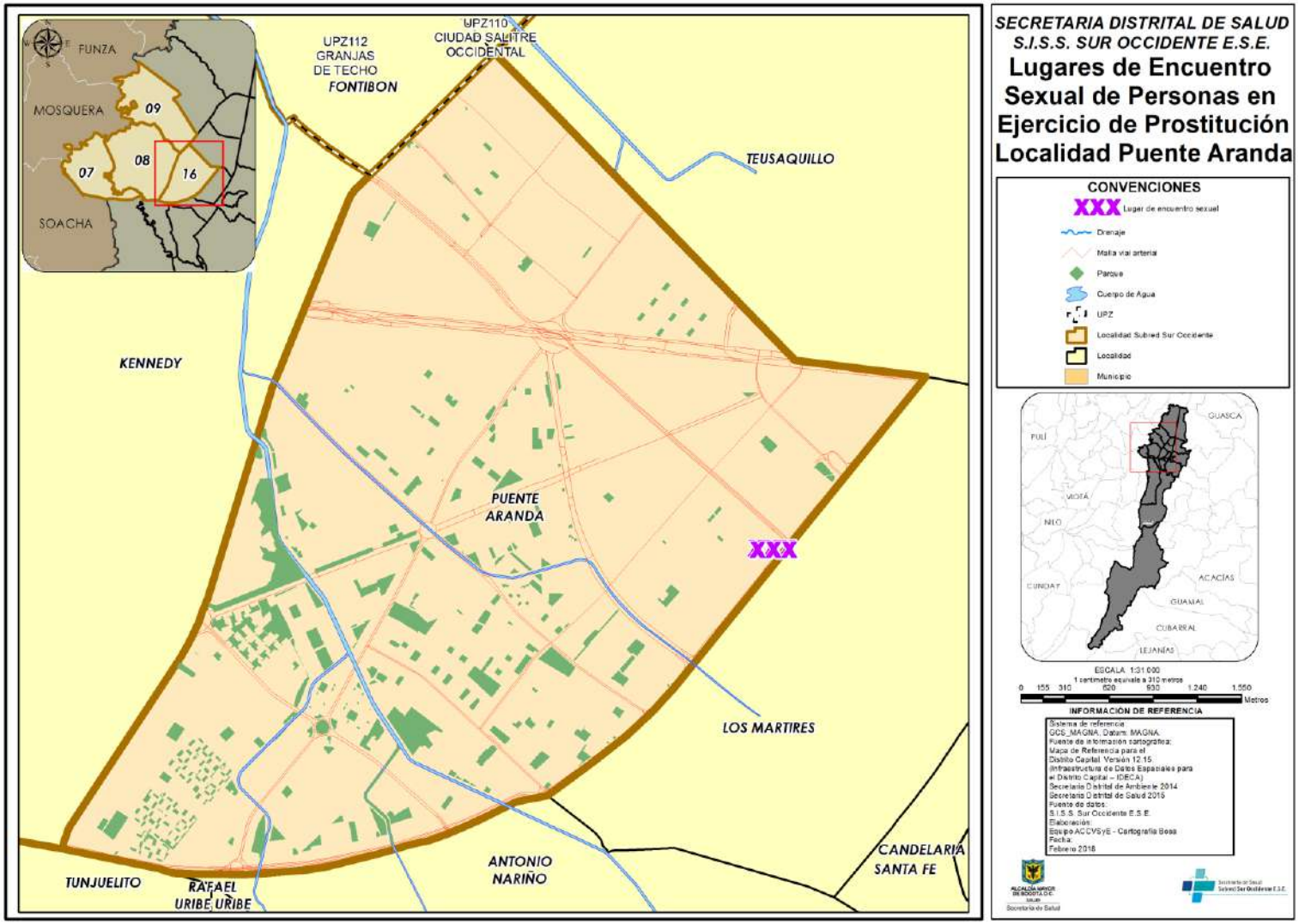
Los lugares de encuentro de la población se localizan en su mayoría en la UPZ Ciudad Montes en la zona de rumba de la Avenida Calle 8 Sur en el Barrio Santa Matilde y en los Parques Públicos del Barrio La Primavera, el otro lugar de encuentro es el Jumbo de la Avenida Carrera 30 la frente del complejo judicial de Paloquemao, siendo estos mismos lugares considerados como protectores o seguros para la comunidad. Respecto a los lugares considerados como peligrosos están ubicados en la UPZ San Rafael en la Avenida Carrera 50 en el barrio San Rafael y el otro en el Barrio Colon.

Los lugares de encuentro Sexual de la población PEP en la localidad, a los cuales Sisvea les realiza Inspección Vigilancia y Control, se ubican en la UPZ Zona Industrial específicamente entre la Avenida Carrera 30 y la Carrera 31 en la Calle 12B donde se ubican varios establecimientos que se encuentran cercanos a una gran zona de Localidad de Puente Aranda y Paloquemao con diverso comercio, ofertas de servicios e industria.

Mapa 12. Cartografía social población LGBTI, localidad de Puente Aranda, 2017



Mapa 13. Cartografía social población PEP, localidad de Puente Aranda, año 2017



4.5. Condiciones de vida y determinantes

Para comprender las condiciones de vida y determinantes de las poblaciones diferenciales se realizaron unidades de análisis con los referentes de Gobernanza, así como gestores y profesionales de los espacios de vida vivienda, público y laboral que realizan intervenciones con las poblaciones diferenciales y de inclusión. Para este ejercicio se partió de la metodología PASE, la cual ha servido de guía orientadora para la elaboración del capítulo 2 y 6 del presente documento. De esta manera, la identificación de las condiciones de vida y determinantes diferenciales se abordó desde una perspectiva de las dimensiones para el desarrollo humano.

En esta medida, el estudio se basó en describir las múltiples condiciones a las que están expuestas las personas que requieren un enfoque diferencial para su inclusión y no discriminación garantizando la calidad de vida y salud desde la complejidad de la realidad social. Estas dimensiones son: lo referente a lo poblacional desde su estudio demográfico, la dimensión ambiental que vincula lo natural y lo construido en el territorio, la dimensión socio – cultural, la dimensión económica y político administrativa.

Como complemento se presentará un análisis a modo de aproximación a los procesos de determinación social de las poblaciones diferencial y en inclusión con la estructura de determinantes proximales, intermedios y estructurales como los escenarios donde se genera la desigualdad frente al ejercicio de los derechos. Lo que se manifiesta es una brecha social de segundo nivel, que separa a las poblaciones diferenciales dentro de las poblaciones vulnerables con alto riesgo para la discriminación y la exclusión social, por encima de las poblaciones menos favorecidas y la distancia que las separa de las poblaciones más favorecidas con mejores condiciones para la vida.

Pero la complejidad es diferencia pura y se expresa de múltiples formas. Dentro de las poblaciones diferenciales, la posición social adquiere otras maneras de

expresión, en sus caras resiste la diversidad de cosmovisiones que buscan una explicación del mundo desde distintos puntos de vista, que establecen su relación con la naturaleza y con el entorno que los rodea. En las ciudades, la convivencia se hace cada vez más tensionante, debido a factores que es posible prevenir mediante una gestión del riesgo que integre el enfoque diferencial en las intervenciones promocionales y preventivas en salud.

Ambiente natural: De las condiciones ambientales para las etnias como la ROM que se encuentra ubicada en los barrios Pradera y Galán con cercanía al canal Fucha, lo cual incrementa la presencia de vectores y olores ofensivos. La población con Discapacidad se concentra en la UPZ Localidad de Puente Aranda, donde se presenta contaminación ambiental por fábricas y locales comerciales.

Para la localidad de Localidad de Puente Aranda se identificaron 108 parches y 461 cambuches por lo que en términos de Unidades de Planeación Zonal (UPZ), las de mayor impacto de población ciudadana habitante de calle son la UPZ 40 Ciudad Montes zona residencial de la localidad, con presencia de ciudadanos en los barrios comuneros, asunción, Veraguas, Tibana, Jorge Gaitán, camelias, san Eusebio, santa Matilde y primavera, en la UPZ 41 Muzú, con presencia en los barrios Muzú oriental, alquería y Alcalá y en la UPZ 43 San Rafael presentes en los barrios galán, camelia 2, san francisco y san Rafael industrial. En estas UPZ y especialmente en los barrios mencionados anteriormente se evidencia un alto índice de pobreza oculta lo que desencadena otra serie de problemáticas de orden social que están directamente relacionadas con la habitabilidad de calle, mientras que una de las grandes circunstancias evidentes en la población es la creciente problemática de consumo de SPA lo que prolonga dificultades relacionadas con conductas de tipo desadaptativo y violencia.

En la UPZ 108 Zona Industrial y 111 Localidad de Puente Aranda: zona industrial local donde se reconocen problemáticas de tipo medioambiental que influyen en el desarrollo cotidiano de quienes se desempeña laboralmente en esta, además de la localización de los cuatro centros de acogida y Autocuidado de Secretaría de

integración Social y de Idipron para la población ciudadana habitante de calle, influyendo en que este sea un factor de permanencia para los habitantes de calle ya que prefieren no trasladarse muy lejos de los centros para poder acceder a sus servicios diariamente. Situación que hace más notoria la presencia de ciudadanos habitantes de calle y asocio con actos delincuenciales, consumo de sustancias psicoactivas, aumento de micro tráfico y presencia de cambuches. La tenencia adecuada de las mascotas es importante para los sectores LGBTI. Las personas en ejercicio de la prostitución reconocen en el territorio la presencia de escombros, basuras mal dispuestas, lo que genera malos olores.

Ambiente construido: Para las Etnias se identifican viviendas en buen estado, con condiciones adecuadas, caracterizadas por contar con el espacio vital adecuado. Algunas no cuentan con la infraestructura amigable con la Discapacidad, aunque las vías son accesibles hacia otras zonas de la ciudad, en el entorno público también se presentan barreras arquitectónicas para la movilidad. Las viviendas de propiedad horizontal construidas para el interés prioritario y social para el beneficio de las víctimas del conflicto armado presentan espacios reducidos, donde conviven víctimas y victimarios. Para el habitante de calle y recicladores es característico encontrarlos en las inmediaciones de fábricas y bodegas por la zona industrial, así como en los hogares de paso de la SDIS e Idipron. También, es usual encontrar automóviles en zonas prohibidas para parquear a lo largo de las vías. A su vez, la actividad industrial genera contaminación auditiva. Las condiciones de los locales donde ejercen la prostitución presentan problemas respecto al estado de higiene y de mantenimiento de los muebles y las habitaciones, escasa iluminación. Las personas de los sectores LGBTI no encuentran lugares visibles de homo y transocialización.

Social: Dentro de las etnias se evidencia que las relaciones familiares y comunitarias son pacíficas, tanto al interior de cada pueblo como entre ellos. No obstante, la desigualdad en las relaciones de género hace que la mujer sea

discriminada, por su forma de vestir y de hablar como en el caso de la comunidad ROM – gitana. De otro lado, la presencia de imaginario frente a la condición de discapacidad limita el acceso de esta población a servicios sociales. No se cuenta con programas de apoyo para el desarrollo de habilidades y capacidades para estas personas. Los habitantes de calle suelen andar solos o en ocasiones se reúnen en pequeños grupos o parches donde se comparte el consumo de sustancias psicoactivas. Algunos acceden a programas como hogares de paso para la atención integral a través de la secretaría de integración social.

Las personas en ejercicio de la prostitución son víctimas del rechazo social, por el ambiente en los lugares donde se ejerce es propicio para las riñas y la violencia. Se encuentra alto consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, en muchos casos no cuentan con redes de apoyo. Los recicladores están marcados por la interseccionalidad con las víctimas del conflicto armado o por población por debajo de las líneas de pobreza e indigencia. En ocasiones son las familias completas las que se dedican a esta ocupación o en familias donde faltan las figuras paternas producto de la violencia, sufren por duelos mal elaborados, además, los más jóvenes deben empezar a producir ingresos, muchas veces la población en edad escolar debe ausentarse de las clases por apoyar las labores del reciclaje. Se identifica la invisibilización y persecución por parte de la comunidad en general hacia las personas de los sectores LGBTI, es común que al enterarse la familia de la orientación sexual sean excluidos del ámbito familiar, al igual la exposición al inicio temprano de la sexualidad y al consumo de sustancias psicoactivas. En la adultez suelen encontrarse personas solitarias e independientes del círculo familiar.

Económico: La comunidad ROM – Gitana se reconoce por trabajar en actividades como las artesanías, el comercio y la industria hidráulica. En las personas con discapacidad, la falta de oportunidades y la exclusión laboral permiten que esta población genere la necesidad de un cuidado permanente, dependiendo de sus redes familiares y de apoyo para el desarrollo integral de sus capacidades. Los

habitantes de calle viven del retaque, la mendicidad y el reciclaje. Los recicladores se lucran mediante el desarrollo de su ocupación, al igual que en el ejercicio de la prostitución, son labores que no cuentan con seguridad laboral y ocupacional por lo que se generan barreras para el acceso a los servicios sociales, que van desde falta de identificación por perdida o por migración desde otros países. También, se observa el micro tráfico de sustancias psicoactivas. Es común encontrar a personas de los sectores LGBTI trabajando en peluquerías. En cuanto a la alimentación se encuentran dietas desbalanceadas con bajos ingresos para la satisfacción de las necesidades.

Político – administrativo: Las comunidades étnicas, en especial la ROM – Gitana se encuentran establecidas en organizaciones cada una con su representante legal. Tienen cercanía con la secretaría de integración social y el bienestar familiar. Las personas con discapacidad presentan falta de cobertura o desconocimiento en programas e instituciones que fortalezcan los procesos de inclusión social de las personas con discapacidad y sus familiares. Se reconoce una mesa local para el asunto de habitante de calle, además de los centros de Integración Social. Los recicladores se estructuran en pequeñas organizaciones, mientras las personas de los sectores LGBTI presentan una baja o nula participación en procesos locales.

Determinación social de las poblaciones diferenciales: Dentro de los determinantes estructurales se identifica la pobreza, el conflicto interno que genera el desplazamiento forzado, no hay corresponsabilidad en temas relacionados con la salud, sistemas educativos con proyectos pedagógicos que no incluyen el enfoque diferencial, falta de oportunidades laborales y de acceso a la educación superior. Amplias distancias para acceder a servicios especializados, disponibilidad y oportunidad para la atención de los sectores sociales.

Se ha dado una reducción de la oferta de servicios para población diferencial, falta de capacitación en enfoque diferencial a funcionarios. El factor económico tiene una fuerte incidencia en el acceso a los servicios sociales. No hay una amplia

oferta de servicios de salud mental en estas localidades. Se requiere ampliar los procesos de educación en promoción y prevención. Se recomienda un aumento en la cobertura de vacunación para el tétano en la población de recuperadores ambientales. La población que se encuentra ocupada en el sector informal no cuenta con vinculación en seguridad para riesgos laborales. El bajo nivel de ingresos económicos de las familias con población diferencial donde el abandono y negligencia aumento la incidencia de personas vulnerables en oficios precarios.

Dentro de los determinantes intermedios y proximales se encuentra la falta de oportunidad para el acceso a los servicios de salud, barreras de acceso por autorizaciones, desplazamientos, disponibilidad de agendas. Desconocimiento de algunos funcionarios sobre el nuevo modelo de atención en salud y el portafolio de servicios de la Subred. Reducción en insumos (vacunación) que requiere la población de recuperadores ambientales. En las localidades se expresan índices de violencia general muy altos y una escasa oferta porque no se ofrecen servicios de psicología. En la población que se encuentra en el sector informal, los accidentes de trabajo no son notificados y se clasifican como eventos generales.

Se presenta malnutrición por déficit en población infantil étnica y víctimas del conflicto armado por el cambio en las dietas producto del desplazamiento y la adaptación al espacio urbano. Estilos de vida inadecuados y hábitos poco saludables como el consumo problemático de sustancias psicoactivas. No se cuenta con protocolos para la atención diferencial en salud teniendo en cuenta las particularidades y necesidades de la población diferencial. Problemas de afiliación en salud, inatención a las consultas en salud o el desconocimiento de la oferta. Se presenta un alto porcentaje de caries en la primera infancia y la infancia.

4.6. Necesidades en salud

Como se presentó en el apartado anterior, las condiciones de vida de las poblaciones diferenciales, determinan las posibilidades que ellas tienen frente a la garantía de derechos y la construcción de calidad de vida desde las escasas

oportunidades que les brinda su realidad. Esta dificultad para acceder a todo tipo de oportunidades para el desarrollo humano es un común denominador al abordar a las poblaciones diferenciales, por lo que se da la impresión que el hecho diferenciador fuese la vulnerabilidad misma, generada por la deuda histórica, la discriminación y el prejuicio social.

Siendo así, lo que ha demostrado el análisis de los contextos particulares donde se desarrollan las poblaciones diferenciales con el seguimiento en sus asentamientos locales, su distribución geoespacial, el volumen demográfico que ocupan dentro de las categorías diferenciales y sobre la población en general. Llegar a la identificación de algunos grupos permanentes que es posible analizar desde eventos vitales básicos como el nacimiento, mientras surgen los grupos emergentes producto del desarrollo social urbano, cuya clasificación aún no se incluye de manera adecuada en los diferentes sistemas de información.

El ejercicio de la autonomía al límite de las oportunidades es una voz que han adoptado las poblaciones diferenciales como la deuda socio histórico del Estado que debe prevalecer sobre los menos favorecidos. Los determinantes sociales muestran como a la base de la posición social de las poblaciones diferenciales se encuentra una tradición de discriminación estableciendo relaciones de poder que excluyen o fragmentan la sociedad, posible de palpar a través de las condiciones críticas de sus asentamientos, donde sus condiciones límite desafían los propósitos de una ciudad desde la igualdad para el alcance de la calidad de vida y salud.

Desde el sistema social el acceso al derecho a la salud se muestra complejo para las poblaciones diferenciales. Es un tema común encontrar situaciones de desprotección por ingreso a los servicios de salud. La relación con el sistema de salud en general no es satisfactoria, por costumbres ancestrales, por disponibilidad de tiempo, barreras en la movilidad y la infraestructura del espacio público. Por conflicto del auto reconocimiento en cuanto a su pertenencia étnica o su proceso de identidad sexual.

El desarrollo de las necesidades en salud se organiza a partir de los riesgos en salud pública identificados, los cuales se plantean desde las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública. Las comunidades, colectivos, sectores, poblaciones que ameritan una atención diferencial por su pertenencia, condición, situación, orientación, ocupación se plantean desde las múltiples dimensiones en salud: salud ambiental, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, enfermedades transmisibles y no transmisibles, salud y ámbito laboral. No se encontró información de emergencias relacionadas con la población diferencial. La población diferencial se muestra de manera transversal en las dimensiones de la salud pública.

4.6.1. Comunidades étnicas: afro (afrodescendientes, raizales y palenqueros), indígenas (todos los pueblos) y Rom - gitanos

Salud ambiental (ambiente sano): según el SIVIGILA se identifican tres eventos relacionados, dos enfermedades transmitidas por alimentos en un afro y un ROM, que aportan el 1,24 % del total de ETA notificadas y una intoxicación que aporta el 0,6 % en población Afrodescendiente. En los indígenas se identifica estado inadecuado de las viviendas, inadecuadas condiciones de aseo.

Convivencia social y salud mental: de acuerdo al SISVECOS para este subsistema solo se identifican eventos en los afrodescendientes con dos intentos suicidas que aportan el 1,67 % de la notificación por este evento y una ideación suicida con el 0,67 %. Para el SIVIM en la población étnica se registran 13 eventos para este subsistema, el 92 % corresponden a afrodescendientes. La violencia emocional es la que tiene el mayor número de casos con siete y una proporción de 0,93 % del total de casos notificados. En segundo lugar, se encuentra la negligencia con tres eventos que aportan el 0,94 %. Según el VESPA se evidencia que el 70 % de la notificación del subsistema por consumo problemático de SPA corresponde a la población étnica, específicamente ROM con un 48 %, sin

embargo, es importante verificar la confiabilidad de esta información. En segundo lugar, se encuentran los afrodescendientes con el 5,5 % y los indígenas con el 3,6 % de los eventos. En el SIVELCE solo se identifican eventos en la población Afrodescendiente dentro de los que se cuentan otros tipos de accidentes y la violencia común con el 0,5 % y 2,4 % del total de la notificación por estos eventos. Según la lectura de necesidades del 2015, se identificó la pérdida de la identidad cultural y arraigo por la separación de los menores y sus padres por casos de "negligencia".

Seguridad alimentaria y nutricional: en los indígenas se observa inseguridad alimentaria en los hogares y desnutrición infantil. Inadecuados hábitos alimentarios y consumo de tabaco que genera sobrepeso y enfermedades crónicas en la población ROM.

Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos: según el SIVIGILA se presentan dos casos de ITS en población ROM, un caso de VIH/SIDA con el 1,4 % y un caso de Hepatitis B con el 5,6 % y un caso de morbilidad materna extrema en una mujer raizal, la cual aporta el 0,8 % de la notificación por este evento.

Vida saludable y enfermedades transmisibles: en el SIVIGILA se da la mayor notificación por la Leishmaniasis cutánea en población Afrodescendiente que aporta el 3,3 % del total de casos notificados. Alta prevalencia de enfermedades de la infancia en los niños indígenas. En segundo lugar, se encuentra la vigilancia integrada de la rabia con el 1,8 % que se reporta en todas las etnias a excepción de los raizales y en tercer lugar se ubica la varicela con el 1,2 % de la notificación. Además, de los cuatro casos reportados de enfermedad diarreica por rotavirus en la localidad, uno se presenta en un raizal.

Vida saludable y condiciones no transmisibles: la VSP para la discapacidad muestra como en este subsistema solo se identifican 14 personas correspondientes a población indígena que aportan el 04, % de la población con discapacidad en la localidad. En el SISVESO se notifican tres eventos en

población Afrodescendiente, de los cuales la mayor proporción la aporta la fluorosis con el 2 % con un solo un caso. Alta prevalencia de enfermedades crónicas como EPOC, hipertensión arterial en los adultos y adultos mayores de la etnia ROM.

Salud y ámbito laboral: se identifica población indígena sin aseguramiento con barreras de acceso a los servicios de salud. Discriminación de las mujeres gitanas en los servicios de salud. Trabajo infantil y mendicidad en niños indígenas. Discriminación de la población Afrodescendiente para el acceso al mercado laboral.

4.6.2. Discapacidad (incluye todos los tipos de discapacidad)

Salud ambiental (ambiente sano): Barreras de acceso para la movilidad de las personas con discapacidad.

Convivencia social y salud mental: de acuerdo al SIVIM, el 10,3 % de los casos de abandono reportados corresponden a población con discapacidad siendo el evento con que aporta la mayor notificación para esta población. En segundo lugar, se encuentra la violencia económica que con solo dos casos aporta el 5,4 % del total y la negligencia con un 5,0% y 16 casos. En el SISVECOS para esta población se reportan dos eventos la ideación suicida que con seis casos representa el 3,9 % de la notificación por este evento y el intento consumado con tres casos (2,5 %). En el SIVELCE existe una baja notificación en este subsistema para población con discapacidad donde solo se identifican dos casos, uno de violencia común y otro correspondiente a otros accidentes. De los tres casos notificados al SIVIGILA en la localidad, uno corresponde a una persona con discapacidad aportando el 33,3 % de la notificación. Según la lectura de necesidades se identificó baja o nula oferta institucional para personas con discapacidad cognitiva.

Seguridad alimentaria y nutricional: inseguridad alimentaria por bajos ingresos de las personas con discapacidad y sus familias.

Vida saludable y enfermedades transmisibles: al SIVIGILA se notifican tres casos de varicela y uno de Chikungunya que aportan el 0,4 % y el 0,9 % de la notificación en esos eventos.

Vida saludable y condiciones no transmisibles: según la VSP a la discapacidad, para la localidad de Localidad de Puente Aranda se identifican 3.407 personas con discapacidad al año 2016, que representa el 1,5 % de la población de la localidad. Se presenta una distribución similar en el sexo, aunque es levemente superior en los hombres con un 51,5 %. De acuerdo al curso de vida la población con mayor afectación es la de adultez y vejez con el 37,6 % y 33,9 %, respectivamente. La alteración que más afecta a las personas con discapacidad es la del movimiento con 45,3 %, es decir que afecta a cerca de la mitad de las personas registradas, y es más alta en los grupos de edad adultez y vejez. En la infancia, adolescencia y juventud la alteración que más afecta es el sistema nervioso. La lectura de necesidades identificó como insuficiente oferta de actividades para el aprovechamiento del tiempo libre.

Salud y ámbito laboral: dificultad en el acceso a servicios de salud como servicios con especialistas, terapias, medicamentos y ayudas técnicas. Ausencia de docentes especializados en colegios integradores. Limitada o nula oferta laboral que repercute en inseguridad alimentaria y pobreza. Desprotección del adulto mayor y desvinculación del sistema pensional.

4.6.3. Víctimas del Conflicto Armado (incluye todos los hechos victimizantes)

Convivencia social y salud mental: según datos SIVIM, la negligencia concentra el mayor número de eventos en este subsistema con cinco casos que aporta el 1,6 % de la notificación, sin embargo, la violencia económica con solo un caso tiene

una mayor proporción con el 2,7 %. En el SISVECOS la amenaza suicida, aunque con un solo caso, aporta la mayor proporción de notificación para esta población con el 7,69 %, mientras que la ideación aporta el 2 % con tres casos reportados. Desde el VESPA se identifican tres casos con el 0,8 % del total de la notificación. Para el SIVELCE se presenta un caso de violencia común que aporta un 0,8 %.

Seguridad alimentaria y nutricional: en el SISVAN solo se identifica un caso de desnutrición crónica en menor de cinco años que representa el 0,2 % de la notificación. A partir de la lectura de necesidades se identifica la Inseguridad alimentaria de los hogares por bajos ingresos.

Vida saludable y enfermedades transmisibles: según el SIVIGILA se notifican tres casos de varicela y uno de vigilancia integrada de la rabia que representan el 0,4 % y el 0,2 % de la notificación en esos eventos.

Vida saludable y condiciones no transmisibles: al SISVESO se notifican tres eventos en el subsistema correspondientes a esta población, la mayor proporción la tiene la lesión mancha café con el 0,7 %, los demás eventos son gingivitis y caries cavitacional.

Salud y ámbito laboral: bajos niveles educativos que limitan el acceso al mercado laboral generando condiciones de pobreza. Barreras de acceso administrativas a los servicios de salud por cambio de ciudad.

4.6.4. Ciudadanos habitantes de calle

Salud ambiental (ambiente sano): generación de contaminación de vías y fuentes hídricas por inadecuado manejo de residuos en el proceso de reciclaje. Para su pernoctación acostumbran usar materiales reciclables para armar los conocidos cambuches, los cuales luego los dejan abandonados en la vía pública.

Convivencia social y salud mental: De acuerdo al SIVIM, se reportan siete eventos de violencia en esta población, la violencia emocional tiene el mayor número de casos, no obstante, es la violencia sexual la que aporta la mayor proporción de la notificación. Al SISVECOS se notifica un caso de ideación suicida. Para el VESPA el 74,5 % del total de la notificación de consumo problemático de SPA se registra en ciudadanos habitantes de calle, siendo el grupo con mayor vulnerabilidad identificado en este subsistema. Derivado del consumo habitual de sustancias psicoactivas, algunos habitantes de calles desarrollan trastornos mentales sin diagnóstico, o cuando se diagnostican no cuentan con adherencia al tratamiento. En el SIVELCE se notifican tres eventos, dos corresponden a violencia común y un accidente de tránsito.

Seguridad alimentaria y nutricional: Desnutrición por falta de acceso a alimentos.

Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos: prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, falta de adherencia a tratamientos. Prácticas sexuales de riesgo. Ausencia de uso de métodos de planificación familiar que genera embarazos no planeados ni seguimiento de los mismos, generando mayor riesgo de morbimortalidad materna y perinatal. Algunos habitantes prefieren establecer relaciones sexuales con personas en ejercicio de la prostitución y no con otras personas habitantes de calle por el riesgo que esto implica.

Vida saludable y enfermedades transmisibles: en el SIVIGILA el primer evento de notificación es la tuberculosis con 4 casos que representa el 10,8 %, además se notifica un caso de varicela y uno de vigilancia integrada de la rabia. Según la lectura de necesidades, se reconoce la prevalencia de enfermedades transmisibles como tuberculosis así, como falta de adherencia a tratamientos.

Para el 2016, se contaba con un proyecto para esta población conformado por un equipo interdisciplinario, mediante acciones promocionales y prevención de eventos como tuberculosis, VHI-SIDA, ITS y salud mental, dirigido a la población

institucionalizada en los hogares de paso. Este proyecto no tuvo continuidad bajo la nueva administración distrital.

Vida saludable y condiciones no transmisibles: al SISVESO se notifican dos eventos en el subsistema correspondientes a esta población, gingivitis y lesión mancha café, ambos aportan un 0,7 % al total de la notificación por dichos eventos.

4.6.5. Persona en ejercicio de prostitución

Convivencia social y salud mental: Violencias múltiples, maltrato policial, consumo problemático de SPA. Antecedentes de abuso sexual. Afectación de la salud mental, baja autoestima y depresión. Afectaciones cognitivas con atención y memoria. Disonancias cognitivas asociadas a la existencia de una doble vida, la discriminación y la estigmatización, dificultades para la toma de decisiones. Dificultades en el establecimiento de relaciones de pareja, pocos niveles de descanso, altos niveles de estrés, estados ansiosos frecuentes. Débiles redes de soporte personal y social, inicios de problemas en salud mental sin tratamiento clínico.

Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos: Imaginarios en la salud sexual y reproductiva que generan mayor riesgo de enfermedades de transmisión sexual como métodos inadecuados para las prácticas sexuales y de planificación familiar. Construcción familiar sin planificación.

Vida saludable y enfermedades transmisibles: Baja asistencia a servicios de salud, mitos frente a la salud sexual y reproductiva, poca adherencia a tratamientos, mayor riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual.

Salud y ámbito laboral: Barreras de acceso administrativa por cambios en la ciudad de domicilio. Ambientes laborales poco higiénicos para el desarrollo de su labor y casos de explotación laboral y trata de personas. Ausencia de normatividad para lograr ambientes laborales seguros.

4.6.6. LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transgeneristas e intersexuales)

Convivencia social y salud mental: violencias múltiples, maltrato policial. Habitabilidad en calle en mujeres transgeneristas asociado al consumo de SPA. Problemas de autoestima, segregación, discriminación que conlleva a otras problemáticas en salud mental como conducta suicida y consumo de SPA.

Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos: barreras de acceso relacionadas con el aseguramiento, discriminación por el personal de salud y estigmatización social. Falta de abordaje con enfoque diferencial en los servicios de salud. Desconocimiento de conductas sexuales y comportamientos de alto riesgo.

Vida saludable y enfermedades transmisibles: en las personas con VIH/SIDA existe demora en la entrega de medicamentos retrovirales y estigmatización.

Vida saludable y condiciones no transmisibles: transformaciones corporales y hormonización sin asesoría médica que genera riesgo de enfermedad y muerte. En los intersexuales se presenta desconocimiento de la condición, mutilación y asignación sexual sin consulta.

Salud y ámbito laboral: discriminación en el ámbito laboral que limita su ocupación a salones de belleza y al ejercicio de la prostitución.

4.6.7. Reciclador, carretero, pequeño bodeguero

Las acciones integradas desde el espacio de trabajo se llevan a cabo en la UPZ 40 (Ciudad Montes), UPZ 41 (Muzú), UPZ 43 (San Rafael) y UPZ 111 (Localidad de Puente Aranda), donde se resaltan las siguientes características:

La UPZ 40 Ciudad Montes se caracteriza por ser predominantemente residencial, sin embargo, se identifica sectores comerciales y de uso de vivienda compartido primordialmente en el sector de comercios varios, restaurantes, comidas rápidas y peluquerías y en algunos sectores predominan actividades como talleres de mecánica y mantenimiento de vehículos y motocicletas. En lo recorrido hasta el momento en la UPZ se evidencia que tiene vías de acceso pavimentadas y en buen estado. La UPZ también cuenta con los parques zonales Ciudad Montes y el Jazmín. También se puede observar la presencia del Río Fucha, parte del Canal Albina y el Canal los Comuneros. En estos lugares se puede observar la presencia de habitantes de calle que generan inseguridad y temor en los residentes de la zona, también problemas de basuras en los canales.

La UPZ 41 Muzú, se caracteriza por presentar uso mixto, ya que se evidencia la masiva presencia de comercio (telas, accesorios, materias primas) predominantes en el sector, además de otras actividades económicas como restaurantes, cafeterías, fruterías, comidas rápidas, ventas móviles. La mayoría de las vías que se han visitado se encuentran en buen estado. Esta UPZ se conecta con Ciudad Montes a través del canal Albina, en el cual se observan basuras en la ronda y cercanías y recientemente la presencia de habitantes de calle.

La UPZ 43 San Rafael, se caracteriza por uso mixto, en el que predomina la parte residencial y de uso compartido con la presencia de pequeños negocios como comercios (ropa, variedades, accesorios, alimentos), papelerías, internet, y otros como restaurantes, cafeterías, fruterías. En esta UPZ podemos ubicar la plaza de mercado de Trinidad Galán en la cual se encuentran actividades económicas como carnicerías, pesqueras, comercios de frutas y verduras, restaurantes, comercio de lácteos y productos avícolas. En esta UPZ, se observa el Canal de los Comuneros y Canal del río Fucha, y el parque zonal Milenta- San Eusebio. En esta UPZ se observan calles en buen estado y otras que requieren mantenimiento en vía pública y andenes.

La UPZ 111 Localidad de Puente Aranda, se caracteriza por actividad industrial. En ella se puede evidenciar la presencia de empresas formales y unidades informales. En esta UPZ podemos observar la cárcel Modelo y en sus cercanías se encuentran bodegas de reciclaje y presencia de recuperadores ambientales y habitantes de calle que generan sensación de inseguridad y temor en los habitantes del sector. En esta UPZ se observan varias vías en mal estado lo que dificulta la movilidad.

Salud ambiental (ambiente sano): condiciones inadecuadas de la vivienda por almacenamiento de residuos.

Convivencia social y salud mental: riñas y violencia callejera generadas por conflictos entre la población, asociada generalmente al consumo de alcohol y drogas ilícitas. Rechazo social por el ejercicio de su actividad. Descomposición familiar por largas jornadas laborales y horarios extremos que limitan el tiempo compartido en la familia.

Salud y ámbito laboral: dificultad en el acceso a servicios en salud por cambios en el régimen de afiliación. Mayor riesgo de accidentes y enfermedad laboral por inadecuadas prácticas en el ejercicio de la actividad.

4.7. Acciones en Salud Pública y experiencias exitosas

Desde Salud Pública, la Subred desarrolló algunas acciones que abordaron poblaciones diferenciales de la localidad, las cuales se relacionan a continuación.

4.7.1. Población étnica

La referencia de la Política Pública de Etnias desarrolla acciones de posicionamiento, movilización y seguimiento a la política en espacios locales y

comunitarios, abordando lo concerniente al tema de salud. En dichos espacios fueron trabajadas las problemáticas de la población étnica relacionada con la dimensión Convivencia Social y Salud Mental, abordándolas como tensiones en salud, e incluyéndolas en la agenda local para la búsqueda de soluciones.

La misma referencia resalta como una experiencia exitosa la implementación del programa de medicina tradicional compuesto por un sabedor o medico tradicional, partera, enfermera y gestor. En articulación con el equipo de medicina tradicional se atendieron casos de gestantes y se brindó orientación a servicios con el equipo de Espacio Vivienda y unidades de servicios se gestionaron citas e inicio de controles a gestantes identificadas.

También cuenta como experiencia exitosa la participación en la feria productiva “saberes y sabores” en el conjunto Plaza de la Hoja, donde la referencia se apoyó con la difusión del evento y con la atención de una sabedora ancestral del quilombo.

4.7.2. Población con discapacidad

Como acciones constantes en Salud Pública, la referencia de la Política Pública de Discapacidad realiza gestión de la misma en espacios locales, y el componente de Vigilancia en Salud Pública realiza el registro para la ubicación y caracterización de personas con discapacidad de la localidad.

Desde el Espacio Público se adelanta la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad con comunidad en general, líderes y cuidadores. Entre los resultados de las actividades de este Espacio están: 200 personas incluidas en el componente cuídate comunidad, a través de 25 centros de escucha. Se abarcaron 53 personas en el componente competencias ciudadanas para la promoción de la salud, con 20 grupos de líderes y 33 comités de familia, ganando habilidades para la implementación de la RBC. En el componente movilización de organizaciones y

redes sociales, se logran vincular 5 redes de cuidadores y 3 organizaciones con un total de 8 personas por grupo.

En la localidad se cuenta como experiencia exitosa la jornada Ruta Diferencial para personas con discapacidad, liderada por la Secretaría de Desarrollo Económico y con participación del sector salud, cuyo propósito fue implementar estrategias institucionales que garanticen el derecho al trabajo y la productividad para las Personas con Discapacidad en articulación con el sector privado. La Localidad de Localidad de Puente Aranda fue la pionera en esta jornada y gracias a la convocatoria y divulgación acudieron 67 personas. Los participantes recibieron orientación y formación en competencias blandas y transversales (diligenciamiento de hoja de vida, entrevista, presentación, comunicación asertiva y otros).

4.7.3. Víctimas del conflicto armado

Espacios de atención en salud desde la medicina ancestral a través de los Quilombos para población étnica que viva en la localidad y que requiera del servicio según sus usos y costumbres

Desde el Espacio de Vivienda se adelanta el proyecto de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado, con tres modalidades de atención: individual, familiar y comunitaria. El programa contribuye a minimizar el daño ocasionado por los hechos victimizantes en el marco del conflicto armado, y también mitiga el efecto de situaciones relacionadas directamente con estos hechos, como problemas en las relaciones familiares y en la adaptación al entorno, generando estrategias de cuidado y promoción de la salud mental. En el marco del espacio vivienda también se hace activación de rutas a niños, niñas, mujeres y población en general.

En diferentes espacios de participación local como el comité de derechos humanos y mesa local de participación efectiva de las víctimas se ha socializado

el nuevo modelo en salud, y la atención psicosocial específica para población víctima del conflicto armado, habitante de la unidad residencial plaza de la hoja.

Se realizan acciones interinstitucionales que promueven la sana convivencia en la unidad residencial plaza de la hoja, teniendo en cuenta que allí se encuentran diferentes sectores de población vulnerable entre ellos victimarios, quienes generan un alto nivel de violencia psicológica y tensión en las relaciones comunitarias.

De acuerdo a las características de la localidad, se han generado espacios de construcción y mantenimiento de huertas urbanas, generando alimentación propia y la posibilidad de construir proyectos urbanos productivos. Estas actividades comunitarias se han hecho en la unidad residencial plaza de la hoja, donde las mujeres y adultos mayores han encontrado la siembra como estrategia de liberación emocional, de cuidado de la salud mental, y de fortalecimiento comunitario.

Otras acciones exitosas han sido las jornadas de vacunación y oferta de servicios institucionales concentradas principalmente en Plaza de la Hoja, y jornadas de empleabilidad enfocadas a población víctima del conflicto armado en articulación con el Ministerio del Trabajo, donde se ha socializado modos de acceso a convocatorias, elaboración de hoja de vida, desempeño en las entrevistas y cuidado en el riesgo laboral, además de acciones articuladas con otras poblaciones diferenciales como indígenas y afros que han incidido a través actividades de medicina ancestral y ferias agroecológicas.

4.7.4. Ciudadano habitante de calle

Las acciones para población ciudadana Habitante de Calle, están orientadas a la protección específica y detención temprana en salud.

Desde el Espacio Público se trabaja mediante el Servicio de Acogida. El equipo encargado realiza actividades de desarrollo comunitario e identificación del riesgo

por medio de tamizajes en salud mental, y adelanta procesos de mitigación de riesgos y reducción de daños y acciones de promoción y prevención frente a la problemática del consumo de Sustancia Psicoactivas por medio de un equipo interdisciplinario (Psicólogo, Trabajador Social, Enfermera, Terapeuta Ocupacional, Educador Físico). Los servicios de acogida brindan además estrategias motivacionales orientadas al cambio, y fomentan la construcción de redes sociales para la inclusión social de la población en riesgo por consumo de sustancias psicoactivas, desde la escucha activa. La población identificada con este riesgo es canalizada a la oferta institucional del sector salud y entidades intersectoriales.

Otra herramienta de atención a esta población diferencial es el Equipo poblacional para población Habitante de Calle y LGBTI, conformado por psicólogo, trabajador social y enfermera. El equipo poblacional ofrece centros de escucha enfocados a la reducción de riesgos y mitigación de los daños ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas y afectaciones de salud mental, desde un abordaje diferencial de los ciudadanos habitantes de calle. También promueve la afiliación al sistema de seguridad social en salud, y trabaja en la reducción barreras de atención de servicios sociales y de salud.

Otra experiencia exitosa ha sido la articulación de acciones con la Subdirección Local de Integración Social, con la comunidad y representantes territoriales, para incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población ciudadana habitante de calle. Para la localidad de Localidad de Puente Aranda no se tiene permitido el realizar jornadas de desarrollo personal ya que la Secretaría Distrital de Integración Social busca que el ciudadano habitante de calle asista a recibir los servicios en los centros de atención integral para habitantes de calle ubicados dentro de la localidad. Es por esto que se ha buscado un espacio diferente para abordar la población y se realizó “CINE AL CANAL” para población habitante de calle que pernocta en el canal Fucha y sus alrededores, como una estrategia

de abordaje a la población que permita establecer nuevos espacios de atención y oferta de servicios institucional.

4.7.5. Personas en ejercicio de prostitución

Desde el espacio de trabajo se desarrollaron centros de escucha, pruebas rápidas de VIH, vacunación, direccionamiento a jornadas de citología y otros servicios de salud. Se desarrolló también sensibilización frente a prácticas de autocuidado, orientación a programas de capacitación y desarrollo personal.

En la localidad se inició el fortalecimiento de los Grupos Organizados de Trabajo con administradores y o dueños de establecimientos dónde se ejerce prostitución, con el fin de identificar factores de riesgos en estas UTI y las posibles acciones que mitiguen el riesgo para las personas que ejercen la prostitución. Como resultado de estas acciones se ha logrado el reconocimiento de los diferentes riesgos en salud a los que se exponen tanto administrativos como personas que ejercen directamente la prostitución, por parte de administradores de estos establecimientos.

4.7.6. Población LGBTI

Desde el Espacio Público, el Equipo poblacional lleva a cabo acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde el enfoque diferencial. El equipo también realiza sesiones con la población LGBTI abordando temas de salud sexual y salud reproductiva desde el enfoque diferencial, y mensualmente hace jornadas de toma de pruebas rápidas de VIH donde brinda las asesorías pre y pos prueba. Otras actividades del equipo son los recorridos de identificación, caracterización y cartografía de la población presente en la localidad.

Desde la referencia de la Subred para esta población, se generaron mesas de trabajo mensuales, contando con la participación de Distrito diverso de SLIS, equipo poblacional del Espacio Público, y las referencias Habitabilidad en calle y

Mujer /LGBTI del componente Gobernanza. El objetivo de estas mesas fue realizar fortalecimiento y dar línea técnica para la atención a la población LGBTI desde el enfoque diferencial en temas cómo salud mental, notificación de casos SIVIM – SISVECOS, activaciones de ruta, proyectos especiales y establecimiento de acciones mensuales a nivel local dirigidos a la población y en articulación con las instituciones que cuentan con competencias desde el sector salud y social.

4.7.7. Reciclador, carretero, pequeño bodeguero

La población con ocupaciones de reciclador, carretero y pequeño bodeguero se atendió en tres jornadas de salud con temas diversos. La primera se realizó en el mes de junio, para sensibilizar y empoderar a los participantes en contra el trabajo infantil. La segunda se hizo en el mes de agosto, allí se promovió la vacunación humana y se sensibilizó frente al lavado de manos, manejo de residuos, salud oral y fortalecimiento de la política de adultez. La tercera jornada realizada en el mes de octubre, fue una jornada distrital con participación sectorial e intersectorial de orden distrital y nacional, que logró una amplia participación de población, y donde se abordaron temas como la desvinculación de niños y niñas de los escenarios de trabajo, empoderamiento de las estrategias de entorno de trabajo y las prácticas seguras de realizar actividades.

Por otra parte, el equipo de especialistas del Espacio de Trabajo realiza actividades con Grupos Organizados de Trabajo Informal GOTI, haciendo énfasis en población recicladora, con el fin de sensibilizar en temas como el autocuidado, prevención de enfermedades relacionadas con su actividad económica, y direccionamiento a servicios de salud.

5. ACCIONES EN SALUD PÚBLICA

Según la Guía Técnica del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) para la actual vigencia, "*en concordancia con el Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2016-2020 "Bogotá Mejor para Todos", se construye el PSPIC, como una puesta de visibilización de las dinámicas de vida y formas urbanas que plantea la ciudad, con el fin de promover la salud, disminuir las vulnerabilidades, prevenir, controlar o mitigar riesgos, proteger y conservar la vida, dando respuestas que contribuyan al mejoramiento de las condiciones en salud de la población"*(29).

Es a través del PSPIC como la Subsecretaría de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), promueve la participación de actores y sectores con el fin de reconocer el carácter dinámico y colectivo de la salud y la corresponsabilidad de todos en la construcción de políticas que contribuyan a una vida saludable, garantizando la incidencia de todos en las decisiones públicas para garantizar el libre goce a una vida sana y con dignidad.

En este sentido, y teniendo en cuenta la estrategia de salud urbana, se implementa el PSPIC que hace parte del Modelo de Salud del Distrito Capital, favoreciendo la integración de los planes de beneficio a través de rutas de atención, promoviendo la participación ciudadana, la gestión intersectorial y la gestión colectiva del riesgo, en los espacios de vida cotidiana y los procesos transversales. De esta manera se busca incidir en los riesgos colectivos e individuales generados por las condiciones de vida de la población en el contexto urbano y rural, para prevenir y controlar la enfermedad, así como contribuir al mantenimiento de la salud(29).

La SDS entiende los espacios de vida cotidiana como los entornos donde se desarrolla la vida de las personas, y por tanto donde ocurre la exposición a riesgos en salud, algunos de estos riesgos tienen mayor posibilidad de ser intervenidos que otros para mejorar las condiciones de salud de la población(30). En el modelo de salud del Distrito, los espacios de vida cotidiana donde la Subred desarrolla

acciones específicas en Salud Pública son: Espacio Público, Espacio Educativo, Espacio Vivienda, Espacio Trabajo.

Por su parte, los procesos transversales consolidan acciones para incidir en la carga de la enfermedad de la población de la ciudad y en la gestión del riesgo. Entre dichas acciones están: identificación, atención, control y manejo de eventos de interés en salud pública, también la formulación y seguimiento de las diferentes políticas (31). Las acciones de estos procesos requieren de un trabajo conjunto con los espacios de vida cotidiana y al interior de los mismos, de tal forma que se pueda abordar a la población, a las instituciones prestadores de salud (IPS) y a otros actores claves. Los procesos transversales que se describen en este documento corresponden a Vigilancia en Salud Pública (VSP), Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública (GPAISP) y Gobernanza. Su población objeto es: población en general, IPS y establecimientos comerciales e institucionales.

Este capítulo busca visibilizar el impacto de las acciones realizadas a través del PIC en cada uno de los espacios y procesos transversales. Para documentar las acciones, se realizaron mesas de trabajo donde se solicitó a cada componente la información de su accionar, mediante un instrumento que indagaba qué se hizo (nombre, propósito de la acción), cómo se hizo (producto esperado y actividades a realizar) y dónde se intervino (localidad y UPZ) en el componente. En los casos que era posible se solicitó el cálculo de indicadores que midieran el impacto de las acciones, para evaluar la respuesta desde Salud Pública.

A continuación, se describirá el resultado de las acciones de la Subred Sur Occidente en Salud Pública durante la vigencia marzo 2017 – febrero 2018, así como una espacialización de las mismas y el análisis de resultados de las acciones por cada componente.

5.1. Espacios de vida cotidiana

5.1.1. Espacio Público

El Espacio Público es el entorno de vida cotidiana abierto a los ciudadanos para el goce y beneficio igualitario de la población de la ciudad, que favorece la interacción social e individual para la expresión comunitaria en un ambiente de vida natural o construido (30). En Salud Pública, este espacio cuenta con 2 acciones integradoras:

1) Gestión del Riesgo en Salud en el Espacio Público: la cual busca contribuir al uso efectivo y goce del espacio público para el mejoramiento de la calidad de vida de los bogotanos, desarrollando acciones promocionales en salud en escenarios colectivos priorizados. Esta acción cuenta con dos componentes: a) "Constructores del espacio Público" comprende acciones de identificación de riesgos colectivos en salud y la implementación de intervenciones itinerantes de enganche que permitan a los individuos y colectivos tomar medidas preventivas que protejan la salud. Para esto se proponen tres estrategias:

- Acciones Itinerantes: Comunicación a los colectivos orientando hacia la convivencia ciudadana y el cuidado de la salud por la vía de un cambio comportamental.
- Caracterización y monitoreo del riesgo en salud en el Espacio Público: Caracterización urbanística, social y espacial del entorno y monitoreo del riesgo.
- Puntos Cuídate Se Feliz: Desarrollar capacidades, canalización a servicios sociales y sanitarios a las personas con riesgos identificados relacionados con las condiciones crónicas y nutricionales.

b) el componente "Vincúlate" que contempla acciones promocionales para la disminución del impacto del consumo de Sustancias Psicoactivas a partir de

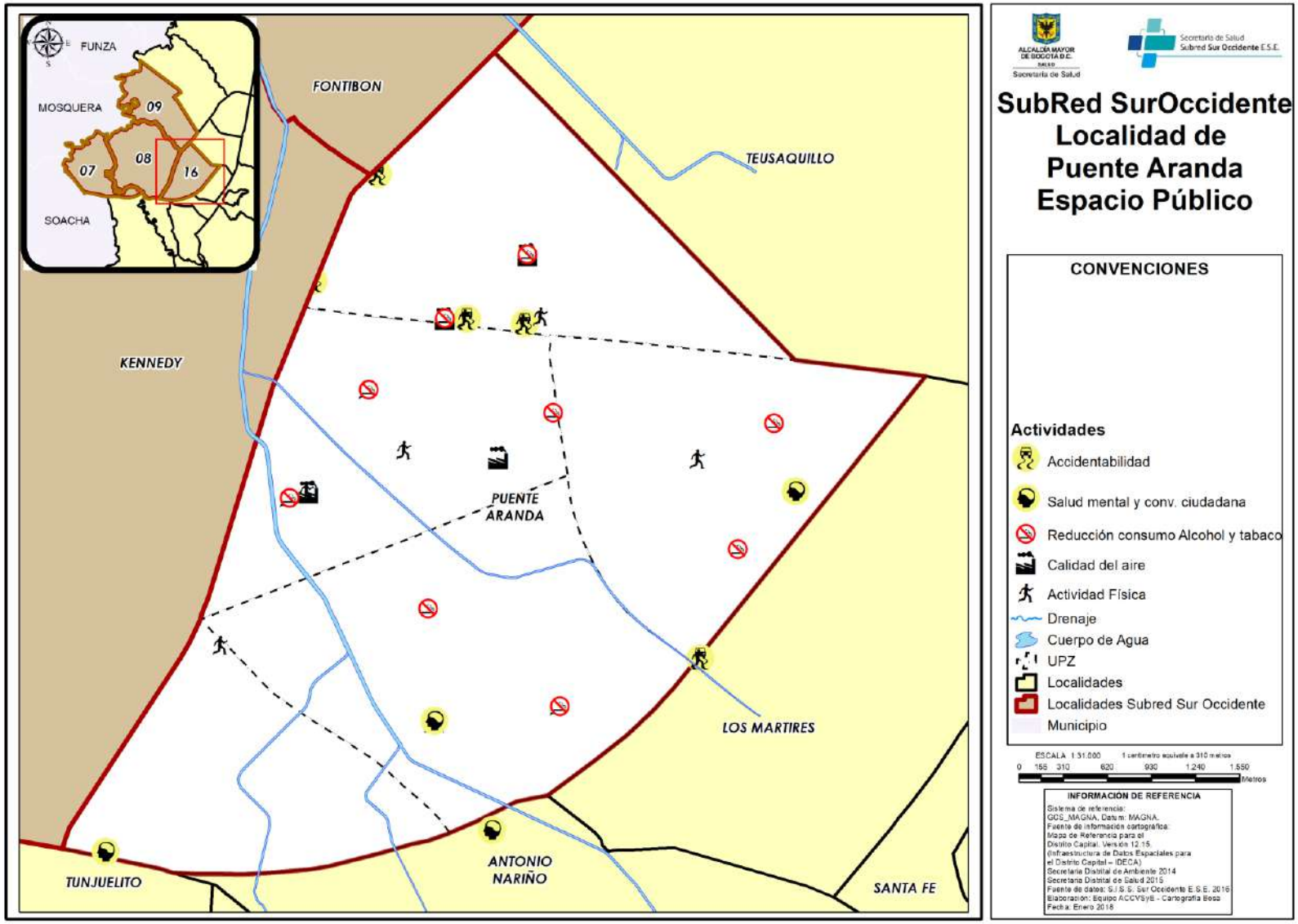
la promoción de prácticas saludables y la prevención del consumo. Este contempla tres estrategias:

- SOJU: Servicios de orientación para adolescentes y jóvenes entre los 10 y 26 años con consumos iniciales de sustancias psicoactivas.
- Servicios de Acogida: Espacios comunitarios para el abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas, a través de escucha activa, la identificación temprana de riesgos en salud (sexual, salud reproductiva, salud mental y condiciones crónicas) asociados al consumo, intervenciones breves a través de entrevista motivacional y la canalización según las necesidades de la población en riesgo.
- Línea Psicoactiva: Estrategia Integral de Salud Mental no presencial dirigido a población en general con afectación en consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales para servicios de información, orientación, intervención breve, canalización y seguimiento.

2) Comunidades Promotoras y Protectoras de la salud siendo su objetivo apropiar prácticas de promoción y protección de la salud que permitan el desarrollo de competencias para el cuidado de la salud, encaminados al fortalecimiento de vínculos y relaciones sociales de la población. Contempla acciones colectivas de promoción y protección de la salud a través de intervenciones, procedimientos y actividades de base comunitaria desde el enfoque diferencial y de derechos, para el mejoramiento de las condiciones de vida de las poblaciones.

A continuación, se presenta la distribución geográfica de las acciones integradoras más representativas del espacio público en la localidad:

Mapa 14. Acciones integradoras, Espacio Público, localidad de Puente Aranda, abril a noviembre, 2017



En el mapa se puede evidenciar que las acciones se desarrollan en todas las UPZ, se destaca que el tema de accidentalidad fue abordado principalmente en la UPZ Localidad de Puente Aranda lo cual es concordante con el riesgo existente en la misma dado por el alto tráfico vehicular y tener vías como la Avenida Carrera 30, Avenida Calle 26 y Calle 13 y en la UPZ Zona Industrial punto estratégico de la Avenida Caracas, las acciones de salud mental se desarrollaron en las UPZ Localidad de Puente Aranda, Zona Industrial, Ciudad Montes y San Rafael teniendo esta última una mayor cantidad, al igual que las relacionadas con calidad del aire.

5.1.1.1. Análisis de resultados de las acciones integradoras

Acción Integrada 1: Gestión del riesgo en salud pública

Componente 1: Constructores del espacio público

Acciones Itinerantes: se realizaron 47 acciones con una cobertura del 100 % de las UPZ, distribuyéndose las acciones en cada una de la siguiente manera: Ciudad Montes 32,5 %, Localidad de Puente Aranda 32,5 %, Zona Industrial 15 %, San Rafael 10 % y Muzú 10 %.

Los temas se inician a partir de las asistencias técnicas convocadas por la SDS de acuerdo al resultado del diagnóstico de identificación de riesgo de puntos críticos enfocados en movilidad, alimentos y recreación y se determina que estos temas son para todo el Distrito, en este periodo se enfatizó en la adopción de hábitos saludables para la comunidad, destacando: Prevención de E.R.A con énfasis en lavado de manos, movilidad responsable, uso de la bicicleta, salud oral, salud del viajero, reducción del consumo de tabaco, salud oral, salud mental, vacunación, promoción de la lactancia materna, buen manejo de alimentos y salud mental.

En torno a las dinámicas de las actividades, el mayor impacto generado, se encuentra determinado en relación a la apropiación y recordación de la información por parte de la comunidad, la cual en su mayoría realiza un ejercicio

propio de su forma de vivir, generando una conciencia de cambio en hábitos y estilos de vida de los participantes.

Estas acciones son relevantes para esta localidad dado que en Localidad de Puente Aranda la mortalidad por ERA en el año 2014 para enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores fue de 25 por 100.000 habitantes y para infecciones respiratorias agudas de 11,5 por 100.000 habitantes. Para el tema de patrones de movilidad el 56,3 % de los habitantes de la localidad utilizan el transporte público como medio transporte, el cual se considera uno de los medios más insatisfactorios. Los largos tiempos de desplazamiento, la congestión e incomodidad pueden generan problemas en salud mental como trastornos, dolores de cabeza, estrés, entre otros, así como el alto flujo vehicular es un factor de riesgo para accidentalidad de tránsito. Otro de los indicadores en los cuales es necesario reforzar es lactancia materna la cual tuvo una mediana para el año 2016 de 3,3. De igual forma se afecta positivamente en el desarrollo de estas acciones son los relacionados con SISVESO, reducción de enfermedades transmitidas por alimentos, Violencia intrafamiliar y maltrato infantil y consumo de SPA siendo estas problemáticas álgidas en esta localidad, conducta suicida, al igual que mejorar las coberturas útiles de vacunación ya que no logra ser una cobertura útil. Es importante tener en cuenta que la capacidad de medir el impacto para atenuar los riesgos específicos en cada barrio, UPZ o localidad no está dentro de las actividades del equipo de itinerantes, dado su carácter informativo y comunicativo.

Se resalta que la comunidad manifiesta la metodología de puestas en escenas de situaciones cotidianas permiten la movilización y participación de la población de los diferentes momentos curso de vida y grupos poblacionales, generando cambios en la responsabilidad social en el espacio público.

Para mejorar se consideran tres aspectos fundamentales: aumentar el equipo de trabajo para el desarrollo de las acciones, reducir temas a tratar y enfatizar los relacionados a las metas de interés que para esta localidad se sugiere calidad del aire, ruido y radiación electromagnética, enfermedades crónicas con promoción de

actividad física, ERA y generar un instrumento de medición de percepción del impacto de las acciones itinerantes.

Caracterización y Monitoreo del Riesgo: La caracterización se desarrolló en la UPZ 43 San Rafael con un total de 14 barrios caracterizados de los cuales ninguno se clasifica como alto riesgo y el 71,4 % (10) se clasifican en riesgo medio según la semaforización de percepción del riesgo está dado por las relaciones interpersonales en situaciones como robos, homicidios y el alto consumo de SPA, en la parte ambiental fue muy recurrente encontrar el manejo inadecuado de las heces de las mascotas.

Esta UPZ se priorizo según el diagnóstico de identificación de puntos críticos de acuerdo a las prioridades del espacio: establecimientos abiertos al público, movilidad y lugares de esparcimiento y de actividad física, de igual forma como es un producto en conjunto con Vigilancia Comunitaria en Salud Pública obedece a acuerdos realizados con este equipo.

El proceso de caracterización barrial, es pertinente puesto permite tener información de primera fuente, al recoger el sentir de la comunidad, tanto desde las prácticas cotidianas, hasta el conocimiento que manejan las organizaciones sociales como las Juntas de Acción Comunal, al nivel de un barrio. Esto es acompañado de la observación en campo del equipo de caracterización, conformado por un profesional ambiental y otro social, y por gestores que tiene experiencia en el territorio. Estas acciones si responde a una caracterización aproximada a los riesgos identificados.

La articulación de los diferentes componentes del espacio público, se han puesto en marcha en algunos barrios identificados con riesgos altos y medios, sin embargo, estas acciones, en su mayoría, no están directamente relacionadas con la caracterización del riesgo identificado, y aún no se ha podido medir el nivel de impacto sobre los riesgos identificados, sobre todo, por la condición de los riesgos, que pueden obedecer a determinantes estructurales y de condición de cambios culturales.

Como fortalezas se identifica: la comunicación directa con los actores territoriales ya que permite tener una visión más certera sobre los principales riesgos que se presentan en cada barrio, la articulación con el equipo de Vigilancia Comunitaria y el geógrafo del componente de Gobernanza han sido vitales para poder tener un acercamiento a la comunidad certero, puesto se han afinado los métodos tanto en el reconocimiento geográfico del espacio, así como la experiencia en la intervención con los habitantes de cada barrio y poder llevar las acciones del espacio público a los barrio identificados con riesgo altos o medios, es la primera apuesta a disminuir, en algún grado, la presencia de riesgos en el territorio.

Como aspectos a mejorar se sugiere que las categorías y variables de los instrumentos de recolección de información son muy cerradas, pues cada territorio vive diferente las dinámicas frente a cada riesgo identificado, por otra parte, no hay claridad desde nivel central frente al tipo de articulación con otros componentes de salud pública para dar respuesta a los riesgos identificados.

Puntos Cuídate se Feliz: Ubicación de dos puntos dentro de la localidad rotada en el 100 % de UPZ. En el periodo se tamizaron un total 12.900 personas mayores de 18 años identificando riesgo cardiovascular alto en el 2,4% (310) y riesgo cardiovascular medio en el 24,5 % (3.158)

El principal impacto de esta actividad es en la detección temprana y/o canalización oportuna para enfermedades crónicas tales como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, EPOC, síndrome metabólico, riesgos cardiovasculares por consumo de tabaco y alcohol, malos hábitos nutricionales y de actividad física, al igual que la contaminación del aire, lo cual es relevante para esta localidad pues de acuerdo al informe de morbilidad de la SDS año 2016 estas enfermedades se encuentran en las primeras causas de consulta con la siguiente proporción: 15,3 % hipertensión arterial, 3,5 % diabetes mellitus y 3,3 % obesidad. Se resalta que hay un reconocimiento y satisfacción de la comunidad con la actividad. Se hace necesario reducir un punto en la localidad dado que la demanda no es tan amplia como en otras localidades.

Como aspectos a mejorar se destaca que el aplicativo de registro de personas tamizadas presenta algunas falencias tales como: no poder generar salidas de información por UPZ, ni barrio, no bloquea usuarios repetidos, ni histórico de la información registrada de cada usuario; en la activación de rutas no hay respuesta oportuna de las EAPB, principalmente en el régimen contributivo. No se tiene planteado seguimiento a los usuarios menores de 50 años con sobrepeso y obesidad, en articulación con programas y PyD y/o diseñar estrategias (alertas a través de correo electrónico, mensajes de texto) que puedan realizar el seguimiento trimestral desde el componente

Jornadas: Total participantes a nivel local: 492 personas. La UPZ Localidad de Puente Aranda aporta el 63,8 % con el Día Discapacidad 88,7 %, Campaña mayor distrital de la conmemoración del mes de la persona mayor 11,2 %. La UPZ San Rafael 36 % con el tema Día por derechos de niños, niñas y adolescentes.

Mediante el desarrollo de estas jornadas se logra el fortalecimiento en los participantes de enfoque diferencial, así como elementos de autonomía, autocuidado, cuidado mutuo y derechos en salud, se avanzó en el registro de personas con discapacidad y orientación para acceder a servicios de salud; la socialización del proceso desarrollado por espacio público de las iniciativas comunitarias de persona mayor en las localidades de la Subred así como la creación de puntos de encuentro entre actividades para población de este curso de vida y se llevó a la reflexión y análisis de los participantes en cuanto a importancia de la prevención de la enfermedad, hábitos de vida saludables y derechos de los niños, niñas y adolescentes así como la garantía del derecho a la salud.

Componente 2: Vincúlate

De acuerdo al subsistema de Vigilancia Epidemiológica del Consumo de Sustancias Psicoactivas para el año 2016 Localidad de Puente Aranda aporta el 7,3 % a la notificación del Distrito y el 26,3 % de la notificación se concentra en la UPZ Zona Industrial, seguido de sobre el 7 % en la UPZ Ciudad Montes, lo cual

evidencia la pertinencia de realizar acciones preventivas realizadas desde este componente.

Servicio de Orientación Juvenil SOJU: Se logra superación de consumo en el 25,7 % y mejoramiento en la calidad de vida en el 43,9 % de los jóvenes que participaron en el proceso, se desarrolló la actividad en las UPZ Zona Industrial y Localidad de Puente Aranda. El impacto principal en este componente está relacionado con la prevención y la orientación frente a las habilidades para la vida con la finalidad de disminuir y superar los consumos iniciales y experimentales, potencializar en los/as adolescentes factores protectores y de uso de tiempo libre para disminuir el inicio del consumo de SPA.

No se logra porcentajes más altos en superación de consumo y mejoramiento de calidad de vida, debido a que los adolescentes no perciben este comportamiento como un riesgo para su salud, y de igual forma es usado como un medio de escape a problemas familiares, sentimentales, sociales los cuales persisten por lo tanto desean mantener la conducta. Los Servicios de Orientación a Jóvenes favorecen la salud mental de esta población por medio de la captación de casos de jóvenes con consumos iniciales de sustancias psicoactivas, con la finalidad de abordar temáticas que permitan la superación del consumo inicial; potenciar factores protectores y disminuir factores de riesgo de consumo de SPA en jóvenes e Incrementar y difundir la percepción de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes entre 10 y 26 años.

Para lograr un mayor impacto se debe fortalecer el proceso de cobertura dentro de la localidad por lo tanto es importante contar con talento humano adicional en los siguientes perfiles (Gestor Comunitario, Psicólogo, trabajador Social, terapeuta ocupacional).

Servicio de Acogida: de la población que participó en las acciones en el 77,6 % se identificó un riesgo alto y en el 22,4 % riesgo moderado. La canalización efectiva a otras Instituciones y sector salud es del 13,7 %. Se dio cobertura en el 75 % de las

UPZ donde el mayor número de población a la cual se aplicó pruebas para detección de riesgo con más del 83 % corresponde a UPZ Zona Industrial.

Durante el presente periodo se logró brindar un abordaje Integral a las personas que presentaban uso y abuso de Sustancias Psicoactivas por medio de la detección del riesgo la intervención breve y los proceso de canalización y orientación que se trabajaron por los diferentes perfiles que integran el componente, frente a las consecuencias negativas para la salud, y motivar al cambio, así como la construcción de redes sociales para la inclusión social de la población en riesgo por consumo de sustancias psicoactivas, desde la escucha activa.

Para lograr un mayor impacto en esta actividad se debe trabajar de forma articulada a nivel Distrital con las diferentes entidades que les brindan atención a las personas con problemáticas asociadas al consumo de sustancia psicoactivas un proceso de rehabilitación, con la finalidad de disminuir las barreras de acceso a estos servicios. Dentro las dificultades en el desarrollo de la actividad se identifican: convocatoria para reunir a las personas en un mismo espacio y horario para conformar el grupo, debido a que la población es flotante y poco interés en su autocuidado, la información que dan los participantes no es verídica lo que dificulta los procesos de seguimiento.

Línea SPA: Para la localidad 117 casos fueron abordados de los cuales se logra canalizar a 50 con un 42,8 % de efectividad. Teniendo en cuenta que la línea psicoactiva es de carácter distrital no se establece una meta local de atenciones, sin embargo el balance a nivel general se muestra positivo, ya que la receptividad y necesidad de la población en general para buscar ayuda frente a la problemática del consumo de sustancias psicoactivas, y otros motivos en salud mental ha permitido el aumento y uso de esta herramienta de atención no presencial en salud mental, logrando cumplir y superar la meta asignada desde nivel central mes a mes.

De igual forma a través de sus diferentes servicios como información, orientación, intervención breve y seguimientos, aporta a la reducción del riesgo y mitigación del daño canalizando a los diferentes servicios de salud que posibiliten un tratamiento frente a la dificultad presentada, y así reducir la prevalencia referida en la meta, sin embargo como se evidencia en el resultado los porcentajes no dan respuesta a toda la población canalizada, debido a las barreras de acceso de aseguradoras para inicio de tratamiento y seguimiento de los usuarios que llaman a la línea psicoactiva.

Acción Integrada 2: Comunidades promotoras y protectoras de la salud

De las personas participantes logran adherencia a las iniciativas comunitarias en salud el 81 % (337). Estas acciones se ejecutan teniendo como base la lectura de necesidades del contexto en que se tienen planeadas las actividades y las realidades diversas de las y los integrantes de los grupos objeto, por ende, estas tienen una estrecha relación entre lo que se evidencia en la cotidianidad y la respuesta desde lo preventivo y promocional que se oferta por el equipo, dando respuesta a los planteamientos, necesidades o situaciones que manifiestan las personas asistentes.

Se destaca la iniciativa de crónicos dado que se logró implementar acciones con el perfil de odontología dando cumplimiento a las expectativas de los participantes. Se realizaron batidos con el grupo en donde se les brindó los beneficios de cada uno de los alimentos por colores utilizados lo cual fue de gran agrado por las participantes, ya que refieren que con esta metodología es más fácil el aprendizaje. Se evidencia mayor interés por parte de la comunidad participante. Se realiza articulaciones con el IDRD, con el fin de incentivar la actividad física en el grupo de San Francisco.

5.1.2. Espacio educativo

El Espacio Educativo aborda aquellos espacios sociales institucionalizados cuya función específica es educar a los ciudadanos en el transcurso de su vida. Desde

Salud Pública se aborda a la población estudiantil de colegios oficiales y no oficiales con el fin de modificar estilos, modos y condiciones de vida identificados como riesgos en salud.

Este Espacio se desarrolló a través de la acción integradora Sintonizarte, la cual se define como un conjunto de acciones pedagógicas para favorecer la apropiación de conocimientos, actitudes y prácticas saludables a través de metodologías conversacionales reflexivas, lúdicas, y comunicativas. La acción integradora está compuesta por dos ejes estratégicos (Promoción de vida saludable y gestión de la salud para el mejoramiento de entornos escolares), y por cinco componentes (Acompañarte, Amarte, Cuidarte, Disfrutarte y Explorarte)

El eje de "Promoción de vida saludable", se orienta a promover acciones colectivas e individuales incluyentes y diferenciales que generen conocimientos, habilidades y prácticas, y que favorezcan un ambiente saludable en la comunidad educativa involucrada. El segundo eje, "Gestión de la salud para el mejoramiento de entornos escolares", comprende acciones de gobernabilidad que generen modificaciones al entorno escolar. Ambos ejes se desarrollan a través de los cinco componentes de la acción integradora, los cuales se relacionan a continuación:

Componente acompañarte: En este componente se realizan acciones que favorecen la promoción de salud mental a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida, en pro de evitar la aparición de eventos que afectan la calidad de vida de los miembros de la comunidad educativa. Incluye 1) la conformación de grupos promotores de salud mental y convivencia, que deben desarrollar iniciativas preventivas y de difusión en el colegio, y 2) la identificación de estudiantes con riesgos psicosociales mediante tamizaje en salud mental y activación de rutas.

Componente amarte: Las acciones de este componente promueven la salud sexual y reproductiva y los derechos de la comunidad educativa en esta materia. El componente sirve también como herramienta de detección temprana y atención de los eventos relacionados con la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y

reproductivos, que se presentan en espacios de educación. Incluye la articulación del componente con el Proyecto de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC) del colegio, la asesoría a docentes sobre el tema, y el trabajo pedagógico con los estudiantes. La estrategia presenta diferencias de contenido según se trate de estudiantes de primaria o de bachillerato.

Componente disfrutarte: Componente que promueve prácticas de alimentación saludable, actividad física, importancia del movimiento, uso adecuado del tiempo libre y cuidado del cuerpo, mediante el desarrollo de estrategias de gestión para el mejoramiento de entornos, así como estrategias de comunicación creativa y de conversación reflexiva y crítica alrededor de estos temas.

Componente cuidarte: Este componente involucra las dimensiones de "vida saludable y enfermedades transmisibles", y "vida saludable y condiciones no transmisibles". Está orientado hacia la construcción y resignificación de la calidad de vida del ser humano, al bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas de transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludable en el espacio educativo. Entre los temas abordados en las sesiones propuestas están lavado de manos, higiene oral y prevención de enfermedades transmitidas por vectores.

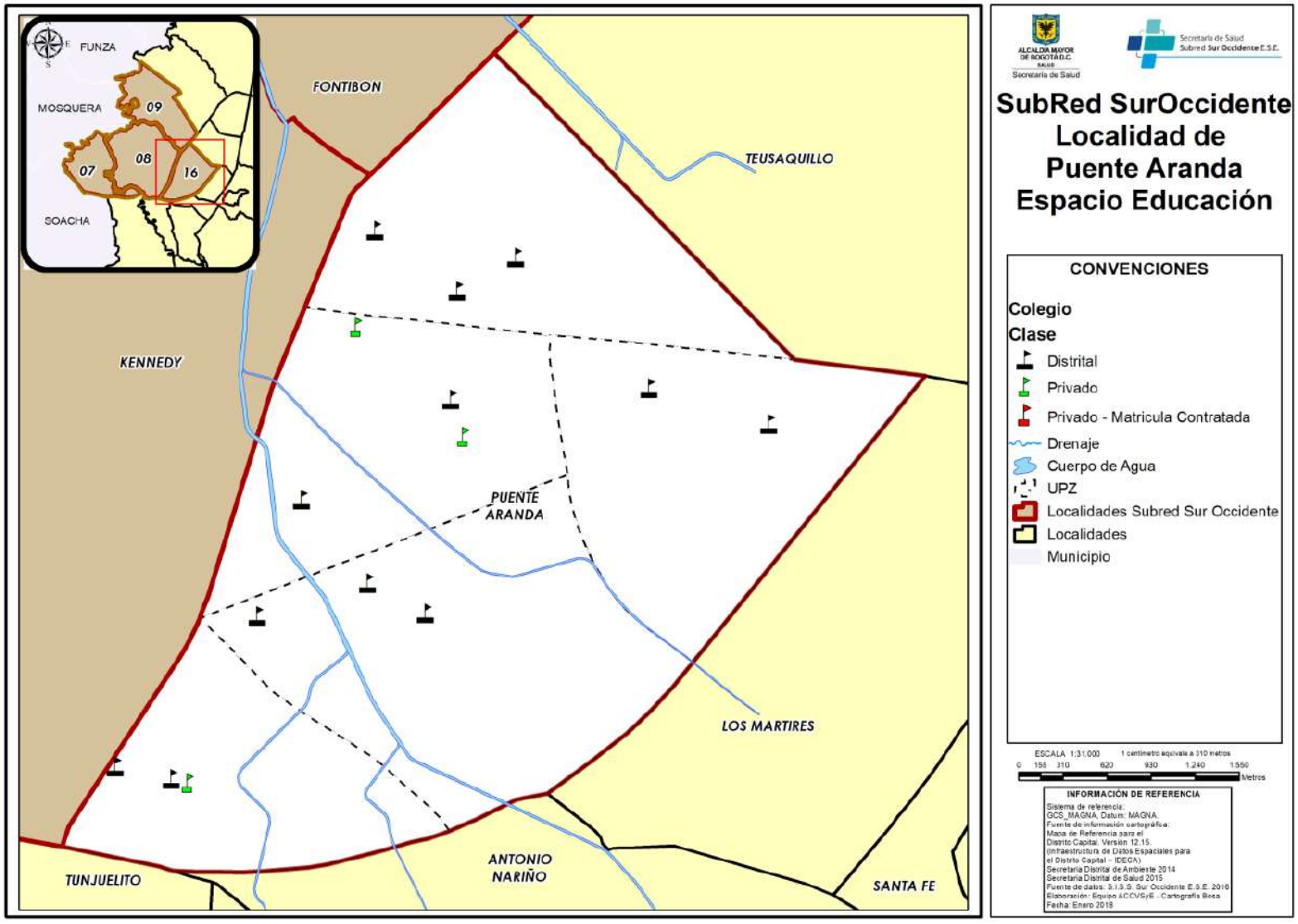
Componente explorarte: Componente orientado a identificar de manera colectiva riesgos ambientales que afectan la salud, y a desarrollar estrategias para la creación de condiciones y oportunidades que favorezcan ambientes físicos y psicosociales seguros. El componente promueve la interacción con organizaciones y actores pertinentes para la realización de las estrategias escogidas, y con ello promueve también el desarrollo humano en aras de incidir en la calidad de vida de la comunidad educativa. Incluye tanto la asesoría técnica a docentes como las sesiones pedagógicas y jornadas de salud ambiental con los estudiantes.

A continuación, se presenta la distribución territorial de las acciones integradoras del Espacio Educativo en la localidad de Localidad de Puente Aranda. El Espacio realizó intervenciones en 28 instituciones, 19 colegios oficiales y 9 privados,

abarcando 4 de las 5 UPZ de la localidad (80 %): 84. Bosa Occidental, 85. Bosa Central, 86. El Porvenir y 87. Tintal Sur

La UPZ con mayor cobertura en las acciones de Espacio Educativo fue San Rafael con cinco colegios, seguida de Ciudad Montes con cuatro, Localidad de Puente Aranda y Muzú con tres cada una, y Zona Industrial con uno. Las instituciones educativas fueron seleccionadas a través de un ejercicio de articulación entre SED y SDS; se revisaron las bases de datos del Sistema de Alertas de los colegios donde los orientadores reportan variables como abuso y violencia, accidentalidad, conducta suicida, consumo de spa, deserción escolar, gestación, y necesidades educativas transitorias. La información de estas bases se comparó con los datos de notificación de eventos al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, y teniendo en cuenta ambas fuentes se hizo la selección final.

Mapa 15. Cobertura de acciones Espacio Educativo, localidad de Puente Aranda, abril a noviembre, 2017



5.1.2.1. Análisis de resultados de las acciones integradoras

A su vez se realizaron unidades de análisis con cada una de las instituciones educativas priorizadas, en donde se identificaron necesidades asociadas a las dimensiones del Plan decenal de Salud pública o componentes. Las siguientes fueron las situaciones que dieron lugar a la priorización realizada, y que pueden orientar acciones futuras en la localidad.

Acompañarte: En la localidad de Localidad de Puente Aranda se presenta un alto índice de consumo de sustancias psicoactivas, específicamente en el colegio España. Según manifiesta la comunidad educativa, es muy alto el número de niños y adolescentes que consumen habitualmente estas sustancias.

Cuidarte: Se identifica falta de acompañamiento e interés por parte de la familia para enseñar hábitos de higiene oral a los menores de edad.

Explorarte: Se identifica alta prevalencia de enfermedades respiratorias por efecto de la contaminación que producen las industrias presentes en la localidad.

En todos los colegios priorizados se aplicaron los cinco componentes de la acción integradora Sintonizarte. En cada colegio se escogió un curso distinto para aplicar cada componente, esperando que la intervención tuviera eco en el resto de la institución a través de mecanismos de difusión disponibles. A continuación, se expone el número de colegios en los cuales se desarrolló cada componente, en cada UPZ de la localidad.

La efectividad de cada estrategia se pensaba medir a través de la comparación de resultados entre el pretest y el postest aplicado a los estudiantes que participaron de la misma. A la fecha no fue posible realizar este ejercicio, debido a que se cuenta con un porcentaje muy pequeño de postest digitados. Sin embargo, se han identificado algunos resultados en la localidad de manera cualitativa.

Tabla 55. Cobertura Espacio Educativo-Acción Sintonizarte por UPZ, localidad de Puente Aranda, 2017

Upz	Componente acompañarte	Componente amarte	Componente cuidarte	Componente disfrutarte	Componente explorarte	Total acción sintonizarte
108. Zona Industrial	1	1	1	1	1	1
111. P. Aranda	3	3	3	3	3	3
40. Ciudad Montes	4	4	4	4	4	4
41. Muzu	3	3	3	3	3	3
43. San Rafael	5	5	5	5	5	5
Total colegios	**16**	**16**	**16**	**16**	**16**	**16**

Fuente: Registros Espacio Educativo, SISS Sur Occidente, 2018.

Como elementos positivos del impacto, el equipo del Espacio Educativo observó que la metodología de los círculos conversacionales en los padres y estudiantes y el acompañamiento en aula generaron respuestas positivas y aprendizajes significativos de los asistentes. La modalidad de círculo reflexivo genera una actividad más amena y participativa, eliminando barreras que se tenían cuando se hacían asistencias técnicas, permitiendo a padres, docentes y estudiantes contar sus experiencias y generar confianza con el profesional.

Como aspecto por mejorar se identificó que la cobertura del programa es insuficiente para la magnitud de las problemáticas encontradas en la localidad, y aun para aquellas identificadas en las instituciones priorizadas. La meta asignada desde el nivel distrital no tuvo la cobertura requerida para estas instituciones. De los colegios donde se implementó la acción integradora Sintonizarte, se contó con la participación del 24,5 % (4072) de los estudiantes, que, a su vez, representan el el 17,1 % de los estudiantes matriculados en todos los colegios oficiales de la localidad.

Tabla 56. Cobertura Espacio Educativo en Colegios Oficiales, localidad de Puente Aranda, 2017

Variable	Número	%
No. Colegios Oficiales en la localidad	15	
No. Colegios oficiales atendidos por Espacio Educativo	12	80,0
No. Estudiantes Matriculados en Colegios oficiales	23824	
No. Estudiantes atendidos por Espacio Educativo en Colegios Oficiales	4072	17,1

Fuente: SISS Sur Occidente, Registros Espacio Educativo, 2018.

Adicionalmente, se encuentra que en el componente Amarte hace falta incluir en el componente el seguimiento a gestantes adolescentes, en el componente Acompañarte falta incluir seguimiento a los casos identificados con riesgos psicosociales, en el componente Cuidarte, la cobertura destinada para la estrategia Facilitadores de la discapacidad es insuficiente teniendo en cuenta la cantidad de colegios con estudiantes de inclusión o niños con discapacidad.

Entre las fortalezas mencionadas por el Espacio en la presente vigencia están el alto nivel de compromiso del equipo de trabajo, la coordinación de acciones entre Secretaría Distrital de salud y Secretaría de Educación que facilitó la articulación con las instituciones educativas, la receptividad del programa por parte de las direcciones locales de educación en la mayoría de colegios, la articulación con las orientadoras para el proyecto de educación sexual, y la permanencia de los lineamientos durante la vigencia a la cual solo se le hizo un ajuste en este periodo.

Dentro de las situaciones externas que generaron limitaciones para la implementación de la estrategia se encuentra el paro distrital de maestros, que retrasó las actividades del espacio, los cronogramas establecidos desde inicio de año de las instituciones educativas que dificultó la aceptación de la estrategia en unos colegios y en otros la impidió, la falta de tiempo de los docentes para poder implementar actividades con ellos, la reducción de horas dispuestas por SDS para el desarrollo de las acciones durante la presente vigencia, y del talento humano destinado para ello.

5.1.3. Espacio vivienda

El espacio vivienda cuenta con 3 acciones integradoras a saber: 1) “Cuidado para la salud Familiar” que fortalece los procesos de cuidado en las familias reconociendo los patrones culturales, sociales, ambientales en la cual se identifican riesgos colectivos e individuales. 2) “Cuidado para las personas, familias y cuidadores de las instituciones” y 3) “Atención Psicosocial dirigida a víctimas del conflicto armado en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas”.

Cuidado para la salud familiar: esta acción integradora se tiene tres componentes; i) gestión del riesgo, en el cual se generan alertas oportunas frente a los riesgos en salud de la población de mayor vulnerabilidad mediante la activación de rutas de promoción y mantenimiento de la salud, esto con el propósito de evitar complicaciones y disminuir la morbimortalidad de las personas y familias según su curso de vida. ii) acciones en familia, en este componente se valora a la familia basados en criterios de priorización como lo son los socioeconómicos, ambientales y epidemiológicos, permitiendo el desarrollo de acciones de construcción y fortalecimiento de capacidades, con el fin de promover su salud y el desarrollo integral y prevenir y mitigar riesgos. iii) hogares comunitarios de bienestar (HCB), en este componente se genera en las madres comunitarias, competencias en el saber (conocimientos), ser (actitudes) y hacer (habilidades y destrezas).

Atención psicosocial diferencial para personas, familias, víctimas. (PAPSIVI): su objeto es el de favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generando a las víctimas, sus familias, y comunidad, como consecuencia de las graves violaciones de los Derechos Humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario. Esta acción integradora abarca tres componentes: i) atención individual y grupal, que comprende los procesos dirigidos a favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional que los hechos de violencia han generado en las víctimas. ii) atención familiar individual y grupal, la cual brinda atención psicosocial a las

víctimas, junto con los integrantes de sus familias, procurando la reestructuración y fortalecimiento de los vínculos y las funciones de protección y apoyo que tiene. iii) atención comunitaria individual y grupal, que desprivatiza los daños en el entorno colectivo y que estos sean llevados al ámbito público.

Instituciones persona mayor: esta acción integradora fortalece factores protectores de la salud individual y colectiva de forma conjunta con las personas mayores y cuidadores para la protección de la salud y la prevención, control y disminución de la exposición a riesgos mediante la implementación de un proceso que fortalezca potencialidades, capacidades y autonomía.

Población institucionalizada: su objeto es el de fortalecer los factores protectores de la salud individual y colectiva, de forma conjunta con las personas y cuidadores, mediante la implementación de centros de escucha para el fomento de la promoción de la salud, la prevención, control y disminución de la exposición a riesgos, así como el fortalecimiento de potencialidades en el cuidado de la salud individual y colectiva para cambiar su realidad y tomar sus propias decisiones

A continuación, se presenta la especialización de las acciones integradoras del espacio vivienda, correspondiente a las actividades realizadas desde cada uno de sus componentes:

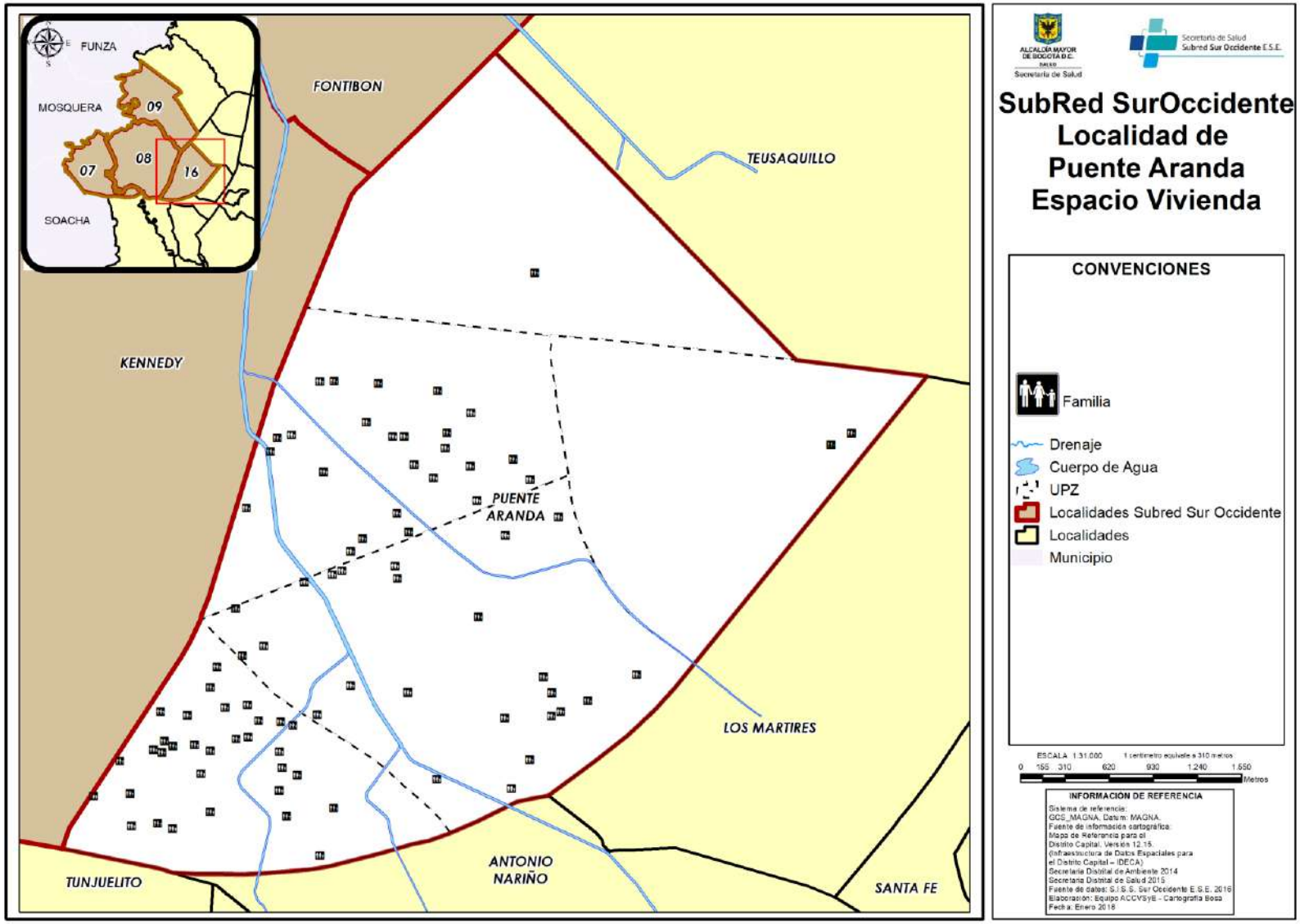
La acción integradora cuidado para la salud familiar efectúa sus acciones a lo largo de las 5 UPZ de la localidad de Localidad de Puente Aranda, con algunas diferencias entre sus componentes. i) gestión del riesgo, su actuar se concentra en las 5 UPZ Ciudad Montes, Muzú, San Rafael, Zona Industrial, Localidad de Puente Aranda. ii) acciones en familia, dada la fundamentación de la priorización de las familias (socioeconómicas, ambientales y epidemiológicas) su accionar se desarrolla en las 5 UPZ de la localidad. iii) hogares comunitarios de bienestar, se intervinieron 14 HCB, distribuidos en 3 UPZ; Ciudad Montes, seis (6) HCB en los barrios: Primavera, Jazmín, Veraguas Central y San Eusebio. Muzú, cuatro (4) HCB en el barrio Alcalá. San Rafael, cuatro (4) HCB en los barrios Galán, Barcelona y San Rafael.

La Atención psicosocial diferencial para personas, familias, víctimas. (PAPSIVI) se ejecuta en la subred como un proyecto especial el cual desarrolla sus actividades en los Centros Locales de Atención a Víctimas (CLAV) de las localidades de Bosa, Rafael Uribe, Suba y Chapinero. Sus usuarios o beneficiarios son personas que residen en todas las localidades de Bogotá y que asisten a estos CLAV para recibir atención psicosocial. Específicamente residentes de la localidad de Localidad de Puente Aranda se han abordado 141 personas, dada la confidencialidad con la que se deben tratar los datos no es posible espacializar su lugar de residencia.

Referente con las Instituciones persona mayor se realizan acciones en 5 instituciones de persona mayor distribuidas por UPZ de la siguiente manera: Ciudad Montes, una (1) en el barrio Santa Matilde. Muzú, tres (3) en el barrio Alquería. San Rafael, uno (1) en el barrio Primavera.

La acción de Población institucionalizada solo se lleva a cabo en la localidad de Localidad de Puente Aranda. Se realiza intervenciones en 5 instituciones; OASIS 1, OASIS 2, Centro de acogida carrera 35 (instituciones para personas habitantes de calle), Cárcel la Modelo y el Centro de Servicios Judiciales para Adolescentes (instituciones para personas privadas de la libertad). Las cinco instituciones se encuentran ubicadas en la UPZ Localidad de Puente Aranda (111) en los barrios Pensilvania, Gorgonzola y Localidad de Puente Aranda. En el mapa se puede evidenciar que la UPZ de mayor cobertura en las acciones realizadas desde el espacio vivienda es Muzú (41), Ciudad Montes (40) y San Rafael (43).

Mapa 16. Cobertura acciones integradoras, Espacio vivienda, localidad de Puente Aranda, abril a noviembre, 2017



5.1.3.1. Análisis de los resultados de las acciones integradoras

El siguiente apartado describe los principales resultados alcanzados desde las intervenciones realizadas por el equipo del espacio vivienda en cada una de sus acciones integradoras y componentes.

Cuidado para la salud familiar:

Con respecto a esta acción integradora se efectuaron intervenciones en sus tres componentes de la siguiente manera:

- Gestión del Riesgo: las personas abordadas son aquellas afiliadas a la EAPB Capital Salud que no han acudido a programas de protección específica (PyD) y detección temprana, en este orden de ideas se han intervenido un total de 3.635 usuarios (lo que equivale al 52,2 % del total de beneficiarios identificados) con visita efectiva residentes en la localidad de Localidad de Puente Aranda a quienes se les evalúa el riesgo para la identificación de alertas. Del total de individuos abordados al 0,3 % se clasificó con prioridad alta, al 71,6 % con prioridad media y al 28,1 % con prioridad baja. A las personas con prioridad alta se les efectúo activación de ruta según el grupo de riesgo, a las de prioridad media se les realizó activación de ruta de promoción y mantenimiento de la salud y a las de prioridad baja recibieron educación en estilos de vida saludable, derechos y deberes en salud y acciones de protección específica y detección temprana.

  Del total de personas con activación de ruta de promoción y mantenimiento de la salud el 87 % asistieron control de PyD. Específicamente por programa se evidencia que el 100 % de los niños y niñas menores de 5 años identificados tenían el esquema de vacunación completo para la edad, el 89,6 % de las personas sin control de salud oral, el 100 % de gestantes sin control prenatal, el 55,4 % de niños y niñas sin control de crecimiento y desarrollo, el 54,8 % de las personas sin consulta de

planificación familiar, el 98,2 % de los jóvenes sin control de alteraciones del joven, el 91 % de los adultos sin control de alteraciones del adulto, el 97,2 % de las mujeres sin citología, el 86 % de las mujeres sin asistencia al programa de cáncer de mama, el 54,8 % de los usuarios sin asistencia a programas de planificación familiar y el 85,7 % de los usuarios sin control de agudeza visual, asistieron a cita de cada una de sus prioridades luego de la intervención realizada.

La implementación del componente de gestión de riesgo incluye acciones específicas en la población con mayor vulnerabilidad, su implementación ha contribuido a disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud de las personas abordadas, de igual manera ha permitido disminuir las barreas de acceso a los servicios de salud y ha impactado directamente en la ampliación de coberturas de los programas de PyD. Estas actividades repercuten positivamente en el indicador de costo efectividad de las instituciones de salud, soportado en que la prevención en salud es más económica que el tratamiento de enfermedades. De la misma manera se ha identificado que los usuarios están mucho más satisfechos con los servicios prestados repercutiendo directamente en la confianza y en la demanda efectuada por cada uno de los beneficiarios al sector.

Pese a las acciones implementadas por el Distrito y la Subred para que los usuarios puedan acceder al sistema, la capacidad instalada de los servicios de PyD, es la principal limitante para la no asignación de citas al 100 % de los usuarios abordados por el componente de gestión del riesgo, la demanda ha desbordado la oferta institucional. También, se han identificado beneficiarios que pese a la asignación de la cita no asisten a esta, aludiendo: condiciones sociales, laborales y económicas que interfieren con su cumplimiento, olvido pese a los llamados telefónicos recordando la cita y finalmente se ha identificado desinterés frente a la

importancia de acceder a los servicios de salud, reconociendo falta de corresponsabilidad.

Por otro lado, las dinámicas familiares, comunitarias y socio-económicas también generan inconvenientes en el desarrollo de las acciones implementadas causando que los procesos no se completen y los compromisos pactados no se logren cumplir.

- Acciones en Familia: en este componente se efectúan acciones centradas en la familia de acuerdo a las prioridades identificadas que conduzcan al mantenimiento y promoción de la salud. La intervención es de 330 familias residentes en la Localidad de Localidad de Puente Aranda que incluye valoración del riesgo social y ambiental, concertación e implementación del plan familiar, monitoreo y evaluación. Durante este proceso se realizan acciones de IEC (información, educación y comunicación) las cuales se apoyan en herramientas metodológicas que propenden por una mayor aprehensión en todas las dimensiones trabajadas con el fin de promover la transformación de los contextos de acuerdo a las necesidades y riesgos encontrados, así mismo de acuerdo a la identificación de riesgos se realiza abordaje integral de la familia con el equipo multidisciplinario (enfermeras, psicólogos, y técnico ambiental).

  Una vez finalizada la intervención (4 meses de seguimiento), se lleva a cabo un proceso de monitoreo y evaluación, el cual tiene como objetivo identificar la transformación de los riesgos existentes al iniciar el proceso dentro del espacio vivienda, logrando identificar un cambio positivo en el 96,8 % de las familias abordadas.

  Específicamente por prioridades se identifican los siguientes logros durante la implementación de los planes familiares, teniendo en cuenta que el abordaje se efectúa por la canalización por parte de Vigilancia en Salud Pública (VSP).

- *Morbilidad materna extrema:* el seguimiento efectivo a gestantes remitidas por VSP es del 57,1 %, con respecto a las gestantes con seguimiento no se presentaron en ellas mortalidades perinatales y/o maternas.
- *Sífilis gestacional:* ee los tres casos remitidos por VSP no fue posible realizar el seguimiento a ninguno, esto asociado a la condición de habitabilidad de calle de las gestantes lo que no permitió el acceso y contacto con ellas.
- *Desnutrición aguda en menores de 5 años:* ee intervinieron el 76,2 % de los casos remitidos por VSP, de estos, el 62,5 % de los niños y niñas tuvieron ganancia de peso para la edad, el 87,5 % de los menores identificados sin control de crecimiento y desarrollo asistieron a la consulta y el 100 % se encuentran vinculados a un programa de apoyo alimentario. Las limitaciones económicas, las creencias culturales y las patologías de base de los niños y niñas abordadores son las razones más comunes por las cuales los menores no tienen la ganancia de peso esperada para la edad.
- Bajo peso al nacer: el abordaje fue del 100 % de los niños y niñas remitidos por VSP, de estos, el 100 % tuvo ganancia de peso y el 93,3 % de los menores identificados sin control de crecimiento y desarrollo asistieron a la consulta, el no reconocimiento de las madres de este control y la mayor importancia que se da a la asistencia al plan canguro y el control por pediatría son las razones identificadas por las cuales el 100 % de los niños y niñas no asisten a crecimiento y desarrollo.
- Conducta suicida: eel total de niños y niñas menores de 17 años remitidos por VSP por presentar conducta suicida (ideación, amenaza e intento) ninguno tuvo reincidencia del evento.
- Violencia sexual y económica: eel total de casos remitidos por VSP (niños menores de 5 años y gestantes) se abordó el 80 % de los eventos reportados por violencia sexual y el 45,5 % por violencia económica.

La implementación de medidas preventivas que incluyen la modificación de factores de riesgo y refuerzan factores protectores modificables, el abordaje integral que involucra no solo al individuo priorizado sino a su familia, el trabajo interdisciplinario, entre otros, son acciones que han logrado contribuir a evitar que ocurran eventos no deseados en la salud de los usuarios abordados, sin embargo es importante ampliar los criterios para la priorización de los beneficiarios, ya que, se ha identificado población vulnerable con riesgo de eventos no deseados que no son población objeto y que dada su condición deben ser priorizados.

Sin embargo, durante el proceso existen situaciones individuales, familiares, sociales, y económicas, que no permiten que se lleven a cabo las actividades encaminadas a mitigar los factores de riesgo en salud, las visitas fallidas por inconsistencias en las direcciones, el rechazo de los usuarios para el abordaje, la migración de las familias, y la falta de tiempo, son las principales causas por las cuales no se logra acceder al 100 % de las personas remitidas por parte de VSP.

- Hogares Comunitarios de Bienestar (HCB): para este componente se efectúa el fortalecimiento de capacidades de las madres comunitarias bajo la implementación del AIEPI comunitario y las 18 prácticas claves, así mismo se realizan talleres con los padres de familias sobre temas de interés como lo son pautas de crianza, signos de alarma de enfermedades prevalentes de la infancia, alimentación complementaria, entre otros, realizando como mínimo tres talleres por HCB. Con los niños se efectúan actividades lúdicas sobre lavado de manos, alimentación saludable y control de placa. En este mismo espacio se verifica que el esquema de vacunación de los menores este al día con respecto a la edad y la asistencia a control de crecimiento y desarrollo, de igual manera y con el fin de que los niños y niñas adquieran habilidades frente al cuidado de un ser vivo se implementa la actividad “mi mascota verde”.

En Localidad de Puente Aranda se abordaron 14 HCB, con 202 niños y niñas menores de 5 años y 14 madres comunitarias. La intervención realizada incluye construcción, implementación, seguimiento, evaluación y monitoreo del plan de acción el cual incluye las actividades anteriormente mencionadas.

Es de esta manera que el 100 % de los niños y niñas abordados tenían el esquema de vacunación completo para la edad, el 100 % de los niños y niñas identificados sin control de crecimiento y desarrollo en el momento del seguimiento han asistido a la consulta y el 85,7 % de las madres comunitarias intervenidas implementan las 18 prácticas del AIEPI comunitario.

En el marco de las acciones realizadas en los Hogares Comunitario de Bienestar se llevan a cabo actividades de IEC (información, educación y comunicación) encaminadas hacia el mantenimiento de la salud que permiten mejorar los estilos y condiciones de vida saludable los cuales contribuyen a favorecer la salud de los niños, niñas, madres comunitarias y padres de familia.

En el proceso de implementación del componente se destaca el compromiso y corresponsabilidad tanto de las madres comunitarias como de los niños, niñas, padres de familia, asociaciones y Centro Zonal, que contribuyeron a que las acciones realizadas se desarrollaran con éxito y se lograra los resultados esperados, de igual manera la interdisciplinariedad del equipo de trabajo (odontología, terapia, técnico ambiental, psicología, nutrición y enfermería) permitió el abordaje integral y por ende el reconocimiento y satisfacción de la comunidad ante las actividades desarrolladas. Como acciones de mejora y teniendo en cuenta el abordaje realizado es importante aumentar la cobertura local de los HCB intervenidos.

- Atención psicosocial diferencial para personas, familias, víctimas. (PAPSIVI): en esta acción integradora, se intervienen 141 personas víctimas en tres componentes; atención individual y grupal 56 beneficiarios, atención familiar 69 beneficiarios y atención comunitaria 16 beneficiarios. Entre las acciones realizadas se encuentran: i) búsqueda activa, focalización y contacto con las víctimas. ii) acercamiento y reconocimiento de necesidades de atención psicosocial y recursos de afrontamiento. iii) atención psicosocial. iv) Valoración para continuidad o cierre. v) seguimiento.

  Como resultado de la intervención realizada con las víctimas se identifica que el 63% de los beneficiarios presentan expresiones de bienestar y satisfacción con restauración de roles y actividades. El 16 % tiene expresiones de bienestar y satisfacción por cambios alcanzados. El 10 % manifiestan nuevos sentidos y formas de enfrentar la violencia. El 6 % identifican formas eficientes y funcionales de enfrentar las dificultades. Por otro lado, en el 73,6 % de las familias abordadas se percibe organización y funcionamiento eficaz con capacidad para enfrentamiento de situaciones, tensión y problemas. El 8,2 % de las familias tienen la capacidad de darle nuevos sentidos a la experiencia de los hechos de la violencia.

- Instituciones persona mayor: en esta acción integradora se abordaron 5 instituciones de persona mayor efectuando la construcción, implementación, seguimiento, evaluación y monitoreo del plan de acción. Durante la intervención se realizan actividades de fortalecimiento en buen trato, alimentación saludable, lavado de manos, actividad física, cambios de posición y lubricación de piel, punto azul, manejo botiquín tipo B, uso adecuado de los elementos de aseo por áreas, manejo de residuos según clasificación, manejo de los productos químicos y protocolos, entre otros.

  El 100 % de las instituciones de persona mayor intervenidas implementan prácticas adecuadas de protección integral a personas mayores.

Las actividades efectuadas en el marco de la gestión del riesgo en salud se articulan con procesos de información, educación y comunicación los cuales permiten que las personas institucionalizadas tengan un mayor nivel de calidad de vida, para esto se lleva a cabo la valoración de factores protectores y de riesgo ambientales y sociales con el propósito de potenciar los factores protectores, disminuyendo situaciones de riesgo para la salud y la vida, desde la perspectiva del cuidado oportuno y con calidez.

Si bien las actividades desarrolladas en esta acción integradora buscan mejorar la calidad de vida de las personas institucionalizadas, estas, están encaminadas principalmente a que la institución de persona mayor tenga un concepto favorable de IVC (Inspección Vigilancia y Control). En este orden de ideas y con el fin de que el trabajo sea aún más integral se hace pertinente que el abordaje incluya directamente a las personas mayores esto con el propósito de potencializar el trabajo realizado. De igual manera es importante ampliar la cobertura local de las instituciones beneficiarias. Por otro lado, y en el marco del proceso que se lleva a cabo para que se obtenga un concepto de IVC favorable, se ha evidenciado que aquellas instituciones que no lo alcanzan y dada la normatividad tan laxa se presenta abandono del proceso el cual incluye el cierre y traslado de la institución al igual que el cambio del nombre.

Durante el proceso se evidenció que tener en el equipo un gerontólogo hace que la implementación de las acciones sean más enfocadas hacia el proceso de vejez y envejecimiento y se dignifiquen en este sentido los trabajos implementados, adicionalmente el posicionamiento y la satisfacción de las personas involucradas en el proceso ante los temas desarrollados, facultó el liderazgo por medio del apadrinamiento de instituciones, el cual permitió que aquellas que no tuvieran concepto favorable de IVC lo alcanzaran. Por otro lado y como actividad extra, se involucró a la familia de las personas institucionalizadas con el fin de llevar a cabo un proceso integral que permitiera disminuir los riesgos en salud. Como acción de

mejora y dado el alcance del proceso se hace pertinente que dentro del equipo de trabajo se incluya un técnico ambiental que lidere el proceso.

- Población institucionalizada: se intervinieron cinco instituciones realizando la construcción, implementación, seguimiento, evaluación y monitoreo del plan de acción. Entre las acciones realizadas se encuentran: los centros de escucha en donde se promoción de prácticas de autocuidado como el uso del preservativo, tener una pareja estable, asistir a controles médicos periódicos, toma de pruebas de VIH y Sífilis con periodicidad, se sensibiliza sobre la importancia de la adherencia a los tratamientos de acuerdo al diagnóstico. De igual manera se efectúa toma rápida de pruebas de Sífilis y VIH.

  El 20 % de las personas diagnósticadas con sífilis tienen el tratamiento completo, el 33 % de las personas con VIH positivo se encuentra en tratamiento retroviral, al 100 % de las personas sintomáticas respiratorias se les activó ruta efectiva y el 100 % de las personas con diagnóstico de TBC están en tratamiento.

  La implementación de esta acción integradora busca fortalecer los factores protectores de la salud individual y colectiva con el fin de promover el fomento de la promoción de la salud, la prevención, control y disminución de la exposición a riesgos, así como el fortalecimiento de potencialidades en el cuidado de la salud individual y colectiva de las personas institucionalizadas. Aunque la intervención incluye la toma rápida para detección de sífilis y VIH, el tratamiento para estas patologías no es garantizado por parte del equipo, esto se debe a que la EAPB Fiduprevisora es la responsable de este proceso, por otro lado, el traslado de las personas institucionalizadas ya sea a otras instituciones o hacia la libertad también obstaculiza que se llevan a cabo procesos completos.

  La insuficiencia del equipo frente a la demanda de personas e instituciones abordadas no permite que se pueda realizar seguimiento completo de las

acciones implementadas, en este orden de ideas se hace pertinente que el equipo sea propio y no se comporta con otras acciones integradoras, de igual manera se hace indispensable que se incluya el perfil de trabajo social con el fin de complementar las tareas desarrolladas y disminuir barreras de acceso que pueden gestionadas por este perfil. Pese a estas debilidades se ha logrado una integralidad de las actividades realizadas y una articulación permanente con los equipos psicosociales de cada una de las instituciones intervenidas.

5.1.4. Espacio trabajo

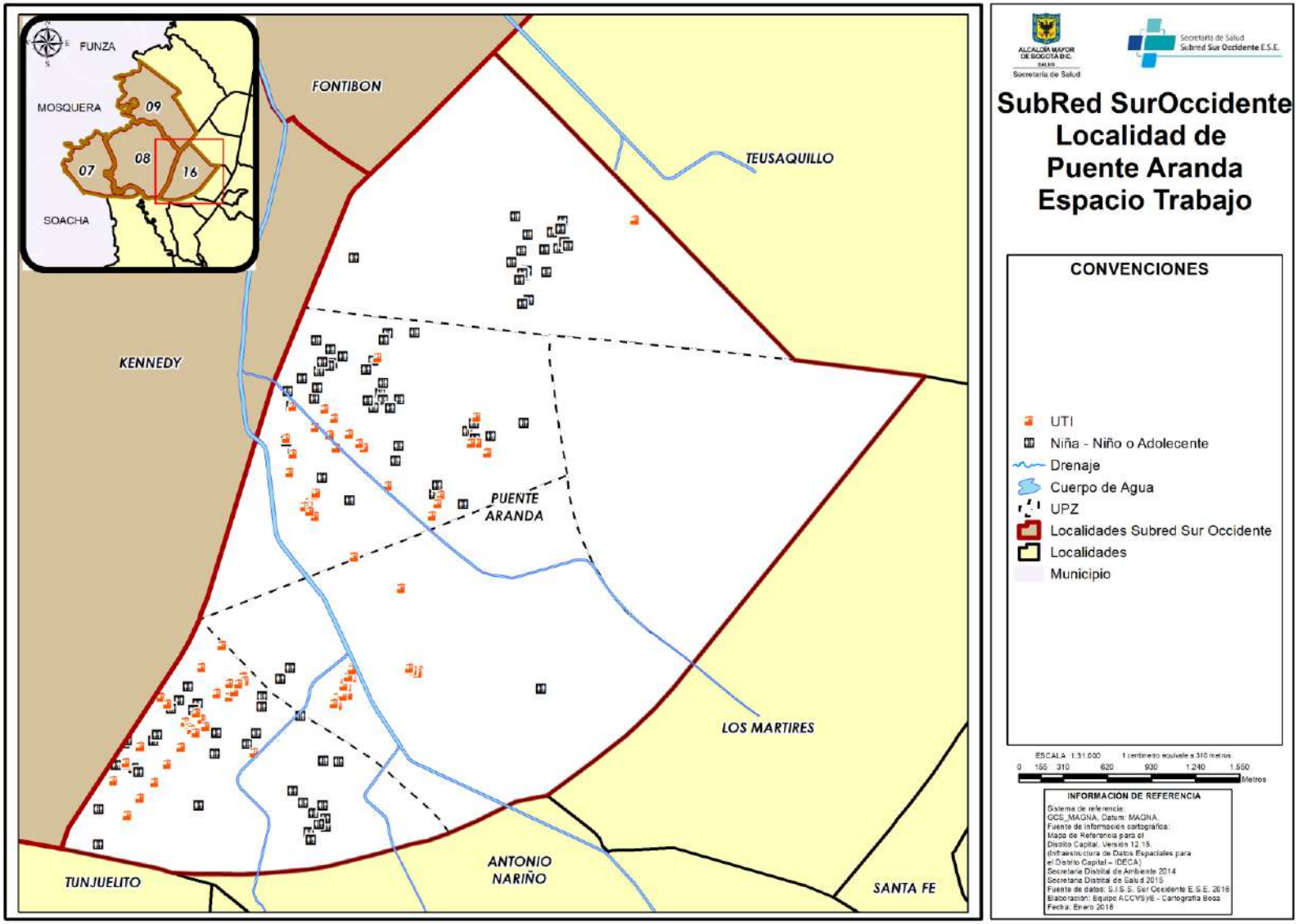
El espacio Trabajo es el escenario donde las personas desarrollan actividades económicas para garantizar el sustento material propio y de sus familias. En Salud Pública, este espacio materializa la política para la salud y calidad de vida en entornos laborales. Su accionar busca transformar las percepciones y prácticas relacionadas con la labor que inciden en las condiciones de salud del trabajador o trabajadora, y en la calidad de vida de la población del sector informal de la economía, en articulación con actores institucionales e intersectoriales, entendiendo el trabajo como un determinante de la salud en la población económicamente activa (30).

El espacio público cuenta con 2 acciones integradoras a saber: “Ruta para alejarse del trabajo infantil” donde se desvincula de manera progresiva a los niños niñas y adolescentes de las peores formas de trabajo infantil y la “Estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud”.

A continuación, se presenta la espacialización de las acciones integradoras del espacio trabajo en la localidad de Localidad de Puente Aranda, donde existe una alta concentración de UTIS y niños y niñas y adolescentes trabajadores. Las UTIS se localizan principalmente sobre el canal Comuneros, mientras que los niños y niñas trabajadoras se encuentran concentradas sobre el sector de la zona industrial y comercial (Sector de Outlets) de esta UPZ. En la UPZ Zona Industrial

se evidencia una alta concentración de población menor trabajadora y en la UPZ Ciudad Montes, tanto las UTIS como la población de niños, niñas y adolescentes trabajadores se encuentran distribuidas por toda la UPZ. En la UPZ se observa una concentración en cercanías del Río Fucha, sin embargo, la población de niños y niñas trabajadoras es baja.

Mapa 17. Cobertura acciones integradoras, Espacio Trabajo, localidad de Puente Aranda, abril a noviembre, 2017



5.1.4.1. Análisis de los resultados de las acciones integradoras

Para esta localidad se caracterizaron 65 niños y niñas en peores formas de trabajo infantil, 32 adolescentes y 250 UTIS de alto impacto y de 416 UTIS de mediano impacto. Para la desvinculación de niños y niñas trabajadores se logra un 93 %, dentro de las actividades identificadas se encuentra el cuidado de personas menores, oficios del hogar, atención a clientes en panaderías, restaurantes y misceláneas y ventas de minutos, identificados en las UPZ Ciudad Montes, Muzú y San Rafael las cuales son de uso residencial y comercial.

Por otro lado, en los adolescentes el porcentaje de desvinculación es de 43 %, este porcentaje disminuye debido a la población entre los 14 y 17 puede considerarse como población económicamente activa, que ayudan en los gastos del hogar, en ocasiones por que son cabeza de hogar y deben sostener una familia, se acostumbran a recibir una compensación monetaria que les garantiza una calidad de vida confortable, no tienen acceso y oportunidades al estudio o porque no encuentran espacios que les permitan desarrollar otro tipo de actividades en su tiempo libre.

Para ambos rangos de población los riesgos son los mismos, relacionados con afectación del desarrollo integral del adolescente, sintomatología asociada a las actividades laborales desarrolladas dolor de cabeza, tos frecuente asociado a condiciones ambientales y locativas, falta de concentración y memoria. Además, se evidencia el bajo o ausente consumo de frutas y verduras, consumo diario de bebidas azucaradas, consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, falta de uso de medidas de protección contra rayos solares y falta de actividad física.

Tabla 57. Indicadores espacio trabajo, localidad de Puente Aranda, 2017

Indicador	Numerador	Denominador	Resultado
Porcentaje de niños y niñas trabajadores con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil	61	65	93

Porcentaje de adolescentes trabajadores con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil:	14	32	43
UTIS Alto Impacto que implementan la estrategia de entornos laborales saludables	219	250	87
UTIS Mediana Impacto que implementan la estrategia de entornos laborales saludables	414	416	90

Fuente: SISS Sur Occidente, Espacio Trabajo, 2017

En cuanto a las UTIS, se encuentra que en la localidad, se localizan en las UPZ Ciudad Montes y San Rafael, de predominancia residencial y comercial donde se identificaron riesgos asociados en los trabajadores como el mantenimiento de posturas prolongadas, realización de movimientos repetitivos de manos y brazos, exposición a sustancias químicas, vibración de herramientas manuales, maquinaria, trabajo monótono y sin pausas, inadecuado almacenamiento y ausencia de señalización, extintor y botiquín (plan de emergencia), ausencia de elementos de protección personal o inadecuado uso.

5.2 Procesos transversales

5.2.1. Vigilancia en Salud Pública (VSP)

La Vigilancia de la Salud Pública es un proceso de monitoreo crítico de los determinantes y condiciones de la salud colectiva que permite fundamentar la evaluación de las acciones emprendidas. El desarrollo de este abordaje implica tres acciones integradas: 1) Gestión de la información para la VSP, 2) intervenciones individuales y colectivas en la VSP y 3) análisis y retroalimentación de la información de la VSP (32).

La Vigilancia en Salud Pública Distrital, incorpora el monitoreo de eventos que son de gran impacto en la salud de la población de la ciudad y que aún no están considerados en el sistema nacional de Vigilancia de la salud pública y está conformada por los siguientes subsistemas (32):

- SIVIGILA (Sistema nacional de vigilancia en salud pública)

- ESTADISTICAS VITALES
- SISVEA (Sistema de vigilancia epidemiológica y ambiental)
- SIVIM (Sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual)
- SIVELCE (Sistema de vigilancia epidemiológica de las lesiones de causa externa)
- SISVECOS (Sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida)
- VESPA (Sistema de vigilancia epidemiológica del consumo de sustancias psicoactivas)
- SISVAN (Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional)
- SISVESO (Sistema vigilancia epidemiológica de la Salud Oral)
- SIVISTRA (Sistema vigilancia epidemiológica ocupacional de las y los trabajadores en la economía informal)
- CRÓNICAS (cáncer)
- DISCAPACIDAD
- VIGILANCIA COMUNITARIA
- ATENCIÓN DE URGENCIAS y EMERGENCIAS EN SP

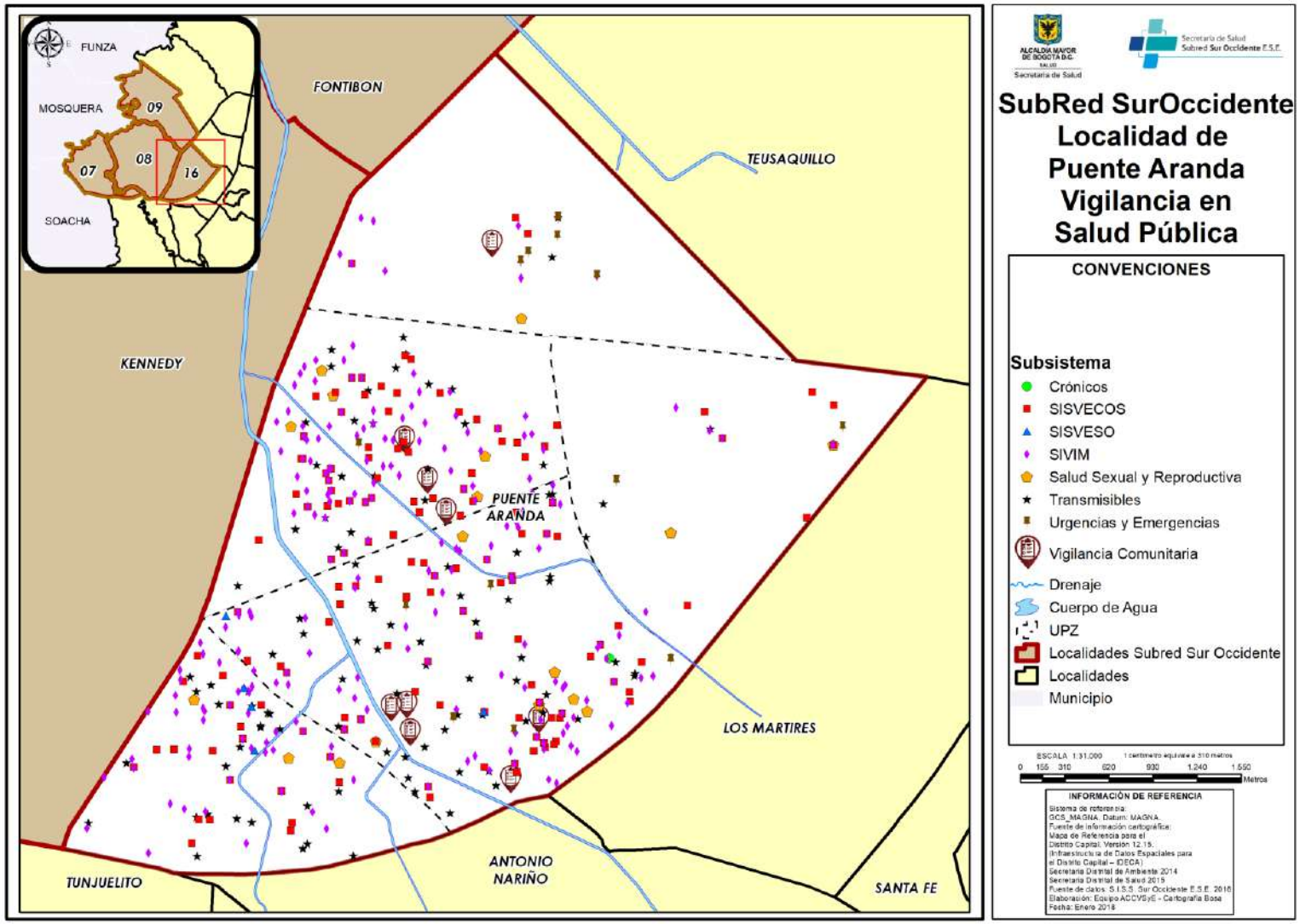
A continuación, se presenta la espacialización de las acciones integradoras de VSP, correspondiente a Intervenciones individuales en los subsistemas de Salud Mental (SIVIM, SISVECOS), Transmisibles (transmisibles y SSR-MI), Seguridad Alimentaria y Nutricional (SISVAN), no transmisibles (Crónicos y SISVESO), urgencias y emergencias y Vigilancia en Salud Pública Comunitaria.

En el mapa se puede evidenciar que existe una mayor concentración de intervenciones en las UPZ Ciudad Montes y San Rafael que tienen la mayor densidad poblacional de la localidad mientras que las UPZ de la Zona Industrial tienen la menor concentración de intervenciones.

En general, se puede evidenciar que la mayor proporción de intervenciones corresponden al componente de Salud Mental con los subsistemas SISVECOS y

SIVIM que corresponden al 28 % y 27 % de las intervenciones de VSP realizadas en la localidad de Localidad de Puente Aranda durante el período abril a octubre de 2017, respectivamente. Lo anterior, corresponde al volumen de notificación de eventos en estos subsistemas y las metas establecidas desde el nivel central.

Mapa 18. Cobertura de intervenciones epidemiológicas de campo, Vigilancia en Salud Pública, localidad de Puente Aranda, abril a noviembre, 2017



Sisvea *(Sistema de vigilancia epidemiológica y ambiental):*

Tiene como fin un monitoreo crítico de los factores ambientales que inciden sobre el proceso salud enfermedad de la población de la Subred y con unos proyectos especiales de la población del Distrito Capital.

El subsistema Sisvea está conformado por las siguientes líneas en las cuales a parte de las acciones locales a realizar también tienen proyectos de cobertura Distrital, señalados a continuación:

Línea de Aire, Ruido y Radiaciones Electromagnéticas: dentro de las acciones desarrolladas se encuentran: Aplicación de encuesta de caracterización de posibles factores de riesgo de enfermedad respiratoria por exposición a contaminación del aire; aplicación de encuesta sobre efectos auditivos y/o extra auditivos asociados a ruido por inmisión, comunicación social del riesgo para divulgar beneficios para la salud del control de los niveles de contaminación del aire, control de niveles de ruido, disminución de la exposición a radiación electromagnética, disminución de intoxicaciones por monóxido, definición de unidades centinela de exposición a contaminación del aire, ruido y radiación electromagnética para la vigilancia, operativos de control en las temáticas de la línea, quejas atendidas relacionadas con temáticas de la línea contaminación del aire intramural y extramural, instalación de infraestructura eléctrica y de comunicaciones, niveles de monóxido de carbono intramural, niveles de inmisión de ruido e incumplimiento.

Línea de Alimentos sanos y seguros: realiza acciones de inspección, vigilancia y control sanitario, proyecto de vigilancia intensificada a refrigerios y catering.

Línea de Calidad del Agua y Saneamiento Básico: realiza, inspección, vigilancia y control sanitario, proyectos de vigilancia intensificada Subsistema Distrital para la protección y control de la calidad del agua para consumo., vigilancia intensificada en instituciones protectoras de la persona mayor y el Observatorio de Salud Ambiental.

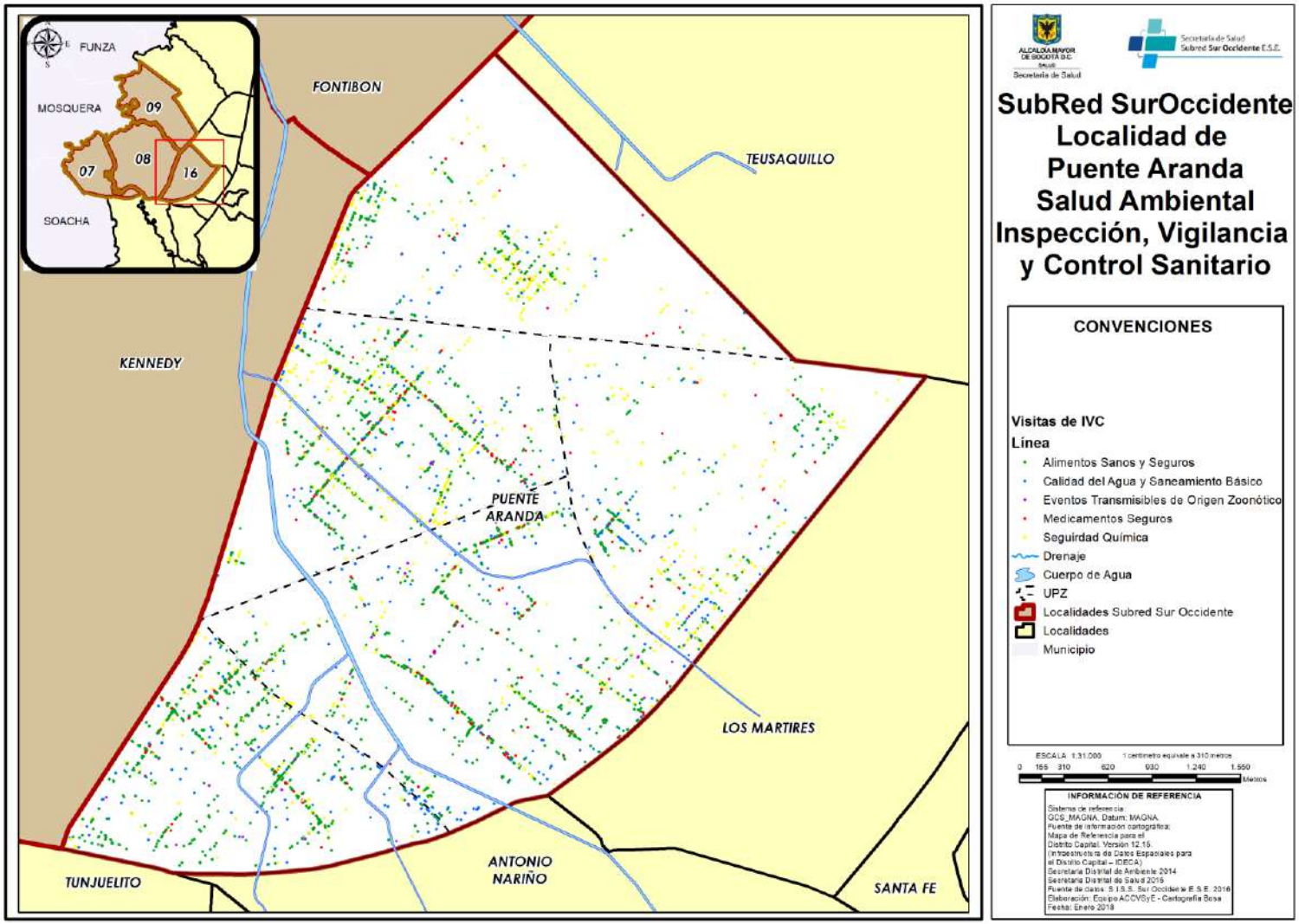
Línea de Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico: incluye vacunación antirrábica canina y felina, esterilización canina y felina, observación y seguimiento al animal agresor, inspección, vigilancia y control sanitario, proyecto de operación del centro de zoonosis.

Línea de Medicamentos Seguros: Inspección, vigilancia y control sanitario, proyecto de acciones Vigilancia Intensificada a Equipos Biomédicos.

Línea de Seguridad Química: Inspección, vigilancia y control sanitario y Proyectos Acciones Vigilancia Intensificada a Empresas Aplicadores de Plaguicidas y/o Lavado de Tanques de agua potable a nivel del Distrito Capital y Vigilancia Intensificada – Prevención Integral En Salud Ambiental – PISA.

A continuación, se presenta la espacialización de las acciones integradoras del Subsistema Sisvea, correspondiente a Intervenciones de las líneas de alimentos sanos y seguros, calidad de agua y saneamiento básico, eventos transmisibles de origen zoonótico, medicamentos seguros y seguridad química

Mapa 19. Cobertura de visitas de Inspección, vigilancia y Control Sanitario, Subsistema SISVEA de Vigilancia en Salud Pública, localidad de Puente Aranda, abril a noviembre, 2017



En el mapa se puede observar una distribución homogénea por las zonas y corredores comerciales de la Localidad, pero existe una mayor concentración de visitas de Inspección, vigilancia y control sanitario en las UPZ San Rafael, Muzú y Ciudad Montes que concentran la mayor cantidad de predios con usos comerciales de la localidad, seguidas estas UPZ por las Localidad de Puente Aranda y Zona Industrial que tienen una menor proporción de predios con usos comerciales debido a su uso del suelo en su mayoría Industrial.

La distribución de las intervenciones en la localidad se localiza en corredores viales netamente comerciales en su mayoría, otros mayoritariamente comerciales, otros en vías cercanas o vías que intersecan a los corredores comerciales de vías principales y en muy baja proporción comercios barriales alejados de las zonas comerciales principales y secundarias descritas antes. La mayoría de las UPZ se caracterizan por que la mayoría de intervenciones lejanas a ejes comerciales localizados en vías principales o secundarias se encuentran en predios residenciales cercanos a estos ejes comerciales o zonas y han sido modificados para tener también un uso comercial en el primer piso e incluso hasta en segundos pisos; de igual manera se da esta situación en predios ubicados en barrios que están más alejados de los sectores y corredores comerciales que al igual que los anteriores se caracterizan por ser barrios de similares características al igual que los predios y sus modificaciones. Las UPZ de excepción son Localidad de Puente Aranda y Zona Industrial que por sus características en el uso del suelo mayoritariamente industrial las concentraciones de intervenciones se presentan en barrios residenciales aledaños a los sectores industriales.

En general, se puede evidenciar que la mayor proporción de visitas de Inspección, Vigilancia y Control Sanitario corresponden a la Línea de Alimentos Sanos y Seguros con el 55 % de las visitas de SISVEA durante el 2017.

5.2.1.1. Análisis de los resultados de las acciones integradoras

El desarrollo de las acciones de Vigilancia en Salud Pública se describe por cada uno de los subsistemas que la componen, enmarcadas en las tres acciones integradoras que implica, durante el período abril a octubre de 2017.

En la acción integradora de gestión de la información, participan todos los subsistemas definidas por las actividades de Actualización y mantenimiento de las UPGD-UI que conforman la red de operadores de la Vigilancia en Salud Pública y la gestión informática de cada uno de los subsistemas.

Para la acción integradora de análisis de la información, durante la vigencia se elaboró el Anuario VSP 2016 y el boletín epidemiológico del primer semestre de 2017, donde se realiza el análisis epidemiológico de los eventos sujetos a vigilancia en el cual participan cada uno de los componentes. Además, de manera mensual se realiza el COVE (Comité de Vigilancia Epidemiológica) local con la participación de todos los componentes con temáticas que dan cuenta de situaciones o eventos en salud prioritarios acordados y de forma bimensual por cada dos localidades se realiza el Covecom (Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria) para el análisis de información a partir de las necesidades sentidas de la comunidad. Asimismo, se realizan las matrices de seguimiento a indicadores trimestrales correspondientes a los subsistemas de análisis demográfico, salud materno infantil y salud sexual y reproductiva, Sivigila y Urgencias. Finalmente, se realizan unidades de análisis de los eventos priorizados de morbilidad y mortalidad según sea el caso, de acuerdo a protocolos definidos.

SIVIGILA (Sistema nacional de vigilancia en salud pública): este componente comprende las tres acciones integradoras de VSP, en las asistencias técnicas a UPGD (Unidades Primarias Generadoras de Datos) y UI (Unidades Informadoras) y la ampliación de la red, durante el período abril a octubre de 2017, se realizaron 73 asistencias técnicas con un incremento del 30 % frente a la vigencia anterior, a pesar de que no se cuenta con una menta específica para esta actividad. Por otro lado, se realizan 35 caracterizaciones para ampliación de la red con el fin de

fortalecer el sistema de notificación obligatoria. Desde salud sexual y reproductiva se priorizan una UPGD, se realizan una asistencia técnica y seis capacitaciones en eventos relacionados, para el subsistema de transmisibles se realizan 21 asistencias técnicas a UPGD.

En cuanto las intervenciones, desde el componente de salud sexual y reproductiva se realizan 17 intervenciones efectivas y 3 fallidas y se priorizan 22 casos de sífilis gestacional y congénita, en el subsistema de eventos transmisibles se realizan 80 intervenciones, que permiten el seguimiento de los casos, así como aplicación de medidas de control y mitigación, en caso de ser necesario, sin embargo se evidencian dificultades como la notificación tardía de los eventos o la negación de los usuarios para realizar las intervenciones.

Frente al análisis se realizaron desde el componente de SSR ocho unidades de análisis de eventos de morbimortalidad en SSR y seis análisis en el componente transmisibles, gracias a los cuales se logra profundizar en las causas y atención en salud de los eventos analizados, empero se ha evidenciado falta de compromiso y ejecución de acciones en las instituciones frente a los hallazgos que requieren formulación de planes de mejoramiento.

Estadísticas vitales: el subsistema responde a las acciones integradoras de gestión y análisis de la información para el adecuado registro de los hechos vitales, en este sentido, durante la vigencia se desarrollaron 27 asistencias técnicas que corresponden al 100 % de las UPGD que registran hechos vitales en la localidad, para fomentar el compromiso en el correcto diligenciamiento de los certificados de defunción por parte del personal médico.

SIVIM (Sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar: el maltrato infantil y la violencia sexual): la implementación de este subsistema agrupa las tres respuestas integradoras de la VSP, referente a las intervenciones epidemiológicas de campo se encuentra que para el período abril a octubre de 2017, se notificaron 4.173 casos relacionados con violencias en la Subred, de los cuales se intervinieron 256 en Localidad de Puente Aranda, dando seguimiento a

la totalidad de casos reportados de acuerdo a las directrices del subsistema, aunque dentro de las limitaciones se encuentra el alto número de visitas fallidas por falencias en la calidad del dato.

SIVELCE (Sistema de vigilancia epidemiológica de las lesiones de causa externa): en este subsistema se realiza investigación epidemiológica de campo a los casos de personas que acuden a los servicios de urgencias por lesión de causa externa, donde se indaga por la calidad de la atención, antecedentes de salud, riesgos vitales frente a la lesión y estado de salud actual de la persona, para el período se notificaron 62 casos en la Subred y se realizaron 16 intervenciones en la localidad. Durante la vigencia se ha observado un incremento en la notificación por parte de los servicios de urgencias, no obstante, se ha presentado un importante número de visitas fallidas debido a fallas en la calidad del dato y resistencia de los usuarios a la intervención.

Sisvecos (Sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida): en el subsistema SISVECOS se realiza investigación epidemiológica de campo a los casos de personas con conducta suicida donde se realiza mitigación de factores de riesgo para reincidencia de la conducta, para el período se notificaron 2.341 casos a nivel de a Subred y se realizaron 208 intervenciones en Localidad de Puente Aranda, aunque existe un importante número de visitas fallidas debido a problemas en la calidad del dato.

SISVAN (Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional): durante el período en este subsistema se realizan 14 visitas de asesoría, asistencia técnica y mantenimiento a las UPGD y se realizó el censo de equipos antropométricos y talleres de antropometría a 14 de ellas, además se realiza vigilancia y seguimiento a los eventos de mortalidad por y/o asociada a la desnutrición (evento 112) bajo peso al nacer (evento 110) y desnutrición aguda moderada y severa en menores de años(evento 113) a través de 28 intervenciones, se realiza seguimiento de indicadores del estado nutricional de la población producto de las

bases de notificación mensual a través de siete matrices y se realiza monitoreo de la SAN del escolar en tres colegios centinela.

Las anteriores intervenciones son pertinentes ya que fortalecen el proceso y responden al riesgo identificado, no obstante, las estrategias para la SAN escolar se quedan cortas frente a la demanda y problemáticas de población escolar identificadas durante el proceso.

SISVESO (Sistema vigilancia epidemiológica de la Salud Oral): durante el período en el subsistema se notifican a través de la vigilancia centinela 497 individuos con eventos priorizados (Caries cavitacional, lesión mancha blanca, lesión mancha café, gingivitis, periodontitis y fluorosis) para esta vigencia la meta establecida se disgrego por grupo de edad, poniendo gran énfasis en los siguientes grupos poblacionales: 0 a 4 años, 5 a 9 años y mayores de 60 años, además se notifican 53 individuos en la vigilancia de la población de control. Por otro lado, se realizan 11 asistencia técnicas, cinco más que la vigencia anterior, sin embargo, se encuentra que el número de asistencias propuesto por nivel central ha sido insuficiente para permitir una operación regular y con los criterios de calidad que se espera en un sistema de vigilancia.

Referente a las investigaciones epidemiológicas de campo, se han realizado siete para identificar factores sociodemográficos, culturales y económicos que permitan establecer las causas de los resultados en salud oral y establecer factores de riesgo, protectores para así mitigar los resultados en salud oral de la población.

SIVISTRA (Sistema vigilancia epidemiológica ocupacional de las y los trabajadores en la economía informal): en el subsistema se realizan asistencias técnicas para fortalecer la notificación de eventos (accidentes y enfermedades), que ocurren en los trabajadores informales, orientando criterios de priorización. En esta vigencia, las asistencias técnicas en UPGD, se priorizan los eventos de accidentes (moderados y graves) y de enfermedades, aquellas que afecten sistema respiratorio, cáncer, hipoacusias, dermatitis o dermatosis, alteraciones neuromotoras asociadas a la exposición a agentes químicos, entre otras, en este

sentido se realizaron 13 asistencias. Asimismo, se realizan 88 intervenciones epidemiológicas de campo de alto impacto, para esta vigencia se implementa la vigilancia de las condiciones de riesgo químico, para determinar el nivel de riesgo y las posibles condiciones en salud asociadas a esta exposición, también se realizan 33 intervenciones de control, a través de las condiciones psicosociales de los trabajadores del sector informal, determinando el nivel de riesgo asociado.

Aunque las acciones planteadas del subsistema se consideran pertinentes y suficientes, existe una baja notificación de eventos por diferentes espacios y por las UPGD, por lo que es necesario realizar búsqueda activa de eventos por parte de los profesionales para las intervenciones.

Crónicas: en el subsistema se realizan durante el período tres asistencias técnicas a las UPGD enfocadas en el ajuste de casos y capacitación sobre AIEPI clínico en cáncer infantil, retroalimentación de ajuste de casos y medición de los indicadores de calidad en la atención para cáncer infantil, de mama y cuello del útero. Aunque esta actividad se adapta a la realidad y da respuesta a una prioridad, se hace necesario incluir a todas las UPGD que desarrollen acciones de detección temprana, así como el tiempo destinado al proceso.

Asimismo, se realizaron tres intervenciones epidemiológicas de campo para describir la atención recibida en las IPS posterior al desenlace de la patología, con la mirada de la familia la que no siempre coincide con la de las instituciones, develando entre otras cosas la efectividad de la información que se imparte a los familiares de los usuarios y que se registra en las historias clínicas. Por otro lado, como acciones adicionales se han realizado dos talleres de prevención del cáncer que se han desarrollado por solicitud de la comunidad, lo que ha permitido el posicionamiento y reconocimiento del componente dentro de las EAPB y UPGD dentro de la gestión del riesgo de la morbilidad de la subred.

Discapacidad: se realizaron 16 asistencias técnicas a UPGD para el seguimiento al proceso de calidad y oportunidad en la identificación de personas con Discapacidad, no obstante, el número propuesto por nivel central ha sido

insuficiente para permitir una operación regular y con los criterios de calidad que se espera en el subsistema. Además, se ha realizado el registro de localización y caracterización de 961 personas con discapacidad a través de la estrategia de puntos fijos, visitas domiciliarias, visitas institucionales, búsqueda activa de población en la red local de atención en salud y del registro itinerante en espacios del PIC, lo que permite recoger información sociodemográfica de la población y mejorar procesos de inclusión y visibilización en este grupo poblacional.

Vigilancia comunitaria: en el período se han realizado 23 asistencias técnicas a unidades informadoras donde se realiza sensibilización en temas de promoción y prevención de la salud, así como de eventos de interés en salud pública. Además, se realizan 2 COVECOM en la UPZ Zona Industrial barrio Localidad de Puente Aranda sobre análisis de la salud sexual y reproductiva en población con discapacidad y lesiones de causa externa. Por otro lado, se realizaron siete Intervenciones Social Epidemiológicas de Campo en las UPZ Ciudad Montes y San Rafael, con el fin de identificar y analizar las situaciones y los problemas colectivos que afectan la salud y calidad de vida de las comunidades haciendo énfasis en las UPZ priorizadas con un enfoque de salud urbana con participación social y ciudadana.

A**tención de urgencias y emergencias en SP:** durante abril a octubre de 2017 se realizan acciones encaminadas a la atención de manera organizada para la respuesta ante urgencias y emergencias a nivel local, que incluye: logística, caracterización del evento, articulación con otros sectores, medidas de control y/o mitigación, informes o reportes del evento (22 brotes atendidos), asistencia a los diferentes espacios distritales y locales de carácter interinstitucional y a los espacios institucionales a los que se fue convocados en desarrollo de las Urgencias y Emergencias en salud pública, con 12 reuniones de línea. Se representa a la Unidad Prestadora de Servicios de Salud en un PMU convocado por el Sistema Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático - SDGR -CC cuando se requirió y se participa activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del Subsistema, programados según necesidad y oportunidad.

Aunque se da cumplimiento al 100 % de los casos notificados y adicionalmente de los identificados durante la búsqueda activa que se realiza por el ERI, que es equipo integral, el volumen de notificación muchas veces no coincide con lo programado para la facturación, adicionalmente, se considera que los criterios impuestos por los lineamientos distritales no abarcan a toda la población.

La Vigilancia en Salud Pública al tener una función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, por vigilar eventos de interés tanto a nivel nacional como internacional, se convierte en uno de los principales pilares de la salud pública y todas sus acciones son de carácter prioritario y de obligatorio cumplimiento y aplicación. Lo anterior permite que las acciones desarrolladas se mantengan en el tiempo y no estén sujetas a programas de gobierno, planes institucionales u otros intereses.

No obstante, se presentan varias limitaciones en el proceso de vigilancia, como la inadecuada notificación por parte de las UPGD por alta rotación del personal, falta de compromiso y sobrecarga de funciones, alta demanda de intervenciones que se ve limitada por las metas establecidas y la disponibilidad de equipos de respuesta, tiempos limitados para el desarrollo de la totalidad de actividades, problemas con la calidad del dato que aumenta el número de intervenciones fallidas.

SISVEA (Sistema de vigilancia epidemiológica y ambiental):

El desarrollo de las acciones de SISVEA se describe por cada uno de las líneas que la componen.

Línea de Aire, Ruido y Radiaciones Electromagnéticas: se aplicaron 741 encuestas de caracterización de posibles factores de riesgo de enfermedad respiratoria por exposición a contaminación del aire y sobre efectos auditivos y/o extra auditivos asociados a ruido por inmisión con el propósito de analizar los riesgos que tiene la comunidad frente a enfermedades respiratorias por

contaminantes del aire, efectos auditivos asociados a ruido por inmisión y síntomas de salud no específicos asociados a radiaciones electromagnéticas.

Se realizaron 61 capacitaciones de Comunicación social del riesgo para divulgar beneficios para la salud del control de los niveles de contaminación del aire, control de niveles de ruido, disminución de la exposición a radiación electromagnética, disminución de intoxicaciones por monóxido con el propósito de sensibilizar a la población sobre efectos en salud por contaminantes atmosféricos, ruido , exposición a radiaciones electromagnéticas, intoxicaciones por monóxido y efectos en salud por consumo o exposición al humo del tabaco.

Se definieron 13 unidades centinela de exposición a contaminación del aire, ruido y radiación electromagnética para la vigilancia con el propósito de la caracterización sanitaria y ambiental de los establecimientos. Se efectuaron 54 Operativos de control con el propósito de realizar inspección, vigilancia y control sobre el cumplimiento a la ley 1335 del 2009, en caso de evidenciar incumplimiento se remite a la Entidad encargada (Policía y/o Alcaldía) para que se tomen acciones pertinentes.

Se atendieron 6 Quejas relacionadas con temáticas de la línea contaminación del aire intramural y extramural, instalación de infraestructura eléctrica y de comunicaciones, niveles de monóxido de carbono intramural, niveles de inmisión de ruido e incumplimiento con el propósito de realizar encuestas dependiendo de las temáticas de la línea (contaminación del aire, ruido, radiaciones electromagnéticas, olores ofensivos, espacios libres de humo), identificando la posible afectación en salud, derivada de la actividad señalada.

Línea de Alimentos sanos y seguros: se realizó la acción de Inspección, vigilancia y control sanitario realizando 3771 intervenciones de las cuales 253 Favorables, 3483 Pendientes o favorables con requerimientos, 13 desfavorables y 22 negocios terminados; Se realizaron actividades de información y comunicación con 27 capacitaciones a 482 personas; Se desarrollaron 31 Operativos de alimentos y bebidas; Se hicieron 8 Muestreos de alimentos y bebidas; Se realizaron 4

Operativos de carne; Se ejecutaron 6 operativos de eventos masivos. Todo lo anterior con el propósito de realizar Visitas de inspección, vigilancia y control de acuerdo a la normatividad sanitaria, con el fin de contribuir a garantizar la prevención y control de los diferentes factores de riesgo y determinantes que puedan afectar la calidad e inocuidad de los alimentos y bebidas.

Línea de Calidad del Agua y Saneamiento Básico: se realizó la acción de Inspección, vigilancia y control sanitario con 80 Intervenciones en salud pública, que consistieron en visitas a establecimientos abiertos al público en la localidad con el propósito de garantizar las condiciones higiénicas y sanitarias de cada uno de los establecimientos objeto de la vigilancia de esta línea al igual que los productos que allí se expenden, acorde a la normatividad existente y se debe aplicar los aspectos técnicos descritos en este documento.

Línea de Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico: se cumplió con la Vacunación antirrábica canina y felina a 2578 Caninos, 1264 Felinos para un Total de 3842 animales vacunados con el fin de aplicar el biológico antirrábico a caninos y felinos de forma gratuita para evitar la presentación de casos de rabia.

Se realizó esterilización canina y felina a un total de 2747 animales (386 machos caninos, 912 hembras caninas, 510 machos felinos y 939 hembras felinas) con el propósito de controlar el crecimiento poblacional canino y felino a través de la estrategia de esterilización quirúrgica dirigido a caninos y felinos (incluye machos y hembras) de forma gratuita, continua, permanente y masiva, siguiendo los lineamientos entregados por la Secretaría Distrital de Salud y a su vez Promover, Sensibilizar y Educar a la comunidad que accede al Programa acerca de la Tenencia adecuada y responsable de los animales de compañía.

Se efectuó la observación y seguimiento a 82 animales agresores (canino y felino) con el fin de verificar el estado del animal buscando con ello establecer la presencia o no del virus rábico en el mismo, dando con ello cumplimiento a lo establecido en el protocolo de vigilancia de la rabia, observación durante 15 días.

Se realizó la acción de Inspección, vigilancia y control sanitario visitando un total de 44 establecimientos veterinarios de los cuales fueron con concepto favorable 5, con concepto favorable con requerimiento 36 y 3 que se aplaza emisión del concepto; En Pet shops el total fue de 47 visitados de los cuales fueron 39 con concepto favorable con requerimiento, 1 terminado y 3 favorables, 4 que se aplaza emisión del concepto. Lo anterior con el propósito de verificar las condiciones higiénicas sanitarias de los establecimientos médicos veterinarios (clínicas y consultorios veterinarios) con el fin de emitir un concepto sanitario.

Línea de Medicamentos Seguros: se realizó la acción de Inspección, vigilancia y control sanitario efectuando un total 463 visitas a establecimientos, de los cuales, 114 tuvieron concepto favorable, 262 favorable con requerimientos, 72 se aplaza la emisión del concepto y 15 con concepto desfavorable; Realizando estas visitas a los establecimientos distribuidores de productos farmacéuticos, equipo biomédico y dispositivos médicos con base en el Plan de Intervenciones de la Secretaría Distrital de Salud, de manera dinámica, oportuna, programada y permanente e incluyendo el apoyo al desarrollo de actividades derivadas de alertas sanitarias.

Línea de Seguridad Química: se realizó la acción de Inspección, vigilancia y control sanitario con 1551 intervenciones efectuadas en visitas a establecimientos industriales, de las cuales se dieron con conceptos sanitarios favorables 475, aplazados 202, favorables con requerimientos 831, desfavorables 41 y establecimientos terminados 2; Teniendo como objetivo verificar el cumplimiento de las condiciones higiénicas y sanitarias definidas en la Ley 9 de 1979 (Código Sanitario Nacional) y sus normas reglamentarias, en establecimientos con actividades económicas industriales, comerciales o de servicios, en los cuales se emplean sustancias químicas en cualquiera de sus etapas de vida: producción, manejo, almacenamiento, o comercialización, y en aquellos en los que se realicen servicios de estética ornamental y de estética facial y/o corporal.

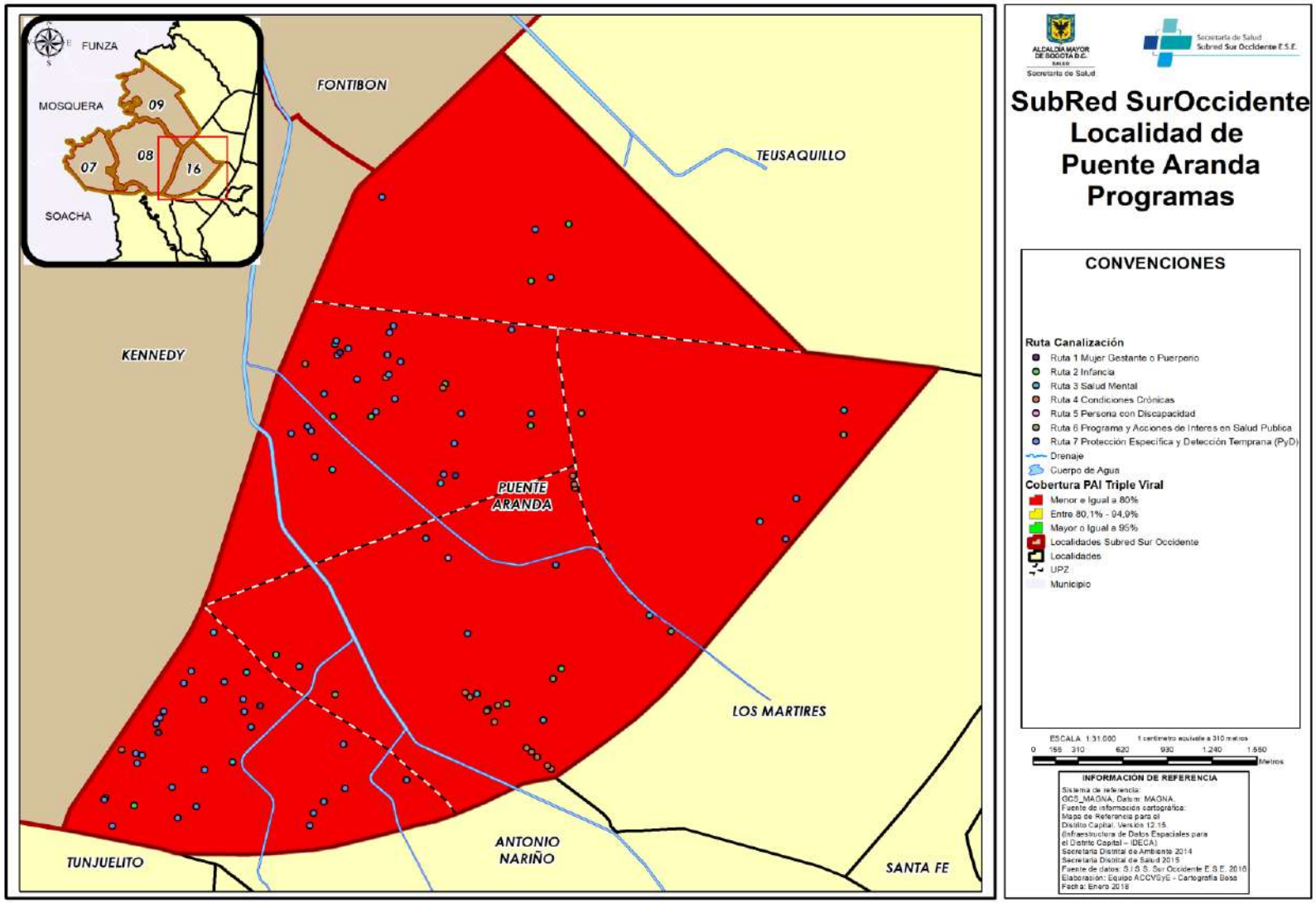
5.2.2. Gestión de programas y acciones de interés en Salud Pública (GPAISP)

El proceso transversal Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública (GPAISP) es un conjunto de intervenciones sectoriales e intersectoriales que busca dirigir, planear, regular y organizar la gestión del riesgo desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos, para contribuir a buenos resultados en salud en las personas, familias y comunidades, bajo los enfoques de Derechos, Determinantes, Curso de vida y Poblacional, y en articulación con actores sociales (31). Se implementa a través de la "Acción Integrada en Salud AIS" para la gestión compartida del riesgo, en el marco de operación del PIC, y guarda relación con los planteamientos de dimensiones prioritarias y transversales del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

GPAISP cuenta con una acción integrada "Proceso de articulación para la atención integrada de las personas, familias y comunidad". A su vez, la acción integrada se desarrolla a través de 3 componentes que son: Planeación, Gestión y Ejecución de Acciones Extramurales, Gestión en IPS.

A continuación, se presenta la espacialización de las acciones integradoras de GPAISP, en el mapa se evidencia la cobertura de triple viral de la localidad que para el año 201, se encuentra por debajo de la meta esperada con una cobertura inferior al 80 %.

Mapa 20. Cobertura acciones integradoras, Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública, localidad de Puente Aranda, abril a noviembre, 2017



Por otra parte, se ubican las rutas de canalización efectivas a través de GPAISP, las cuales se concentran principalmente en las UPZ Muzú y San Rafael, aunque es baja la canalización en la localidad las rutas con mayor demanda de servicios son la de salud mental y la de protección específica y detección temprana, a pesar del bajo número de menores captados en la localidad.

5.2.2.1. Análisis de los resultados de las acciones integradoras

GPAISP cuenta con una acción integrada "Proceso de articulación para la atención integrada de las personas, familias y comunidad". A su vez, la acción integrada se desarrolla a través de 5 componentes que son:

Planeación: Planificar y orientar la gestión operativa, donde se cualifica las apropiaciones conceptuales del talento humano y el seguimiento a las IPS que presentan dificultades para la adquisición de la información

Gestión y administración del PAI: este componente trabaja en pro de mantener las coberturas de vacunación por encima del 95 % en niños y niñas menores de un año y de un año con todos los biológicos del programa Ampliado de Inmunizaciones PAI, para la localidad de Localidad de Puente Aranda para el año 2017, La población abordada para los biológicos trazadores pentavalente (menores de 1 año) y triple viral (niños de 1 año) fue de 3.880 y 3.889 respectivamente, logando una cobertura de 66 % para pentavalente y 64,4 % en triple viral.

Gestión y ejecución de acciones extramurales: este componente se presenta diferentes estrategias para llegar a la población, a continuación, se especifican:

- Fiebre Amarilla para Viajeros, las dosis entregadas (67.600 dosis) para la abril 2017 – marzo 2018 se agotaron a mediados del mes de octubre, por lo cual se generó adición de 26.400 dosis más al contrato, las cuales hasta el mes de noviembre ya se aplicaron 14.108 dosis, antes de iniciar la temporada alta de los viajeros, en esta estrategia se ha incrementado en

20,9 % las dosis aplicadas frente a las entregadas para la vigencia con corte noviembre 2017.

- Jornadas Extramurales De Intensificación. Jornadas en diferentes temas que se trabajan en articulación con los 4 espacios (Educativo, vivienda, público y trabajo) y se realizan en las 4 localidades que integran la Subred Sur Occidente.

Gestión en IPS: en este componente se realizan asistencias técnicas a las IPS públicas y privadas que hacen parte de la subred con el fin de mantener a los profesionales actualizados y capacitados en diferentes temas de interés en salud pública; adicionalmente, realizar proceso de adaptación e implementación de las RIAS en las instituciones, para el año 2017 se intervinieron en la localidad de Localidad de Puente Aranda 17 IPS (5 públicas y 12 privadas).

***Gestión de medicamentos (biológicos), insumos y dispositivos médicos*:** la entrega de medicamento de TBC, lepra y ETV al 100% de usuarios en la subred según la necesidad y la ubicación de los casos de tuberculosis, Lepra y ETV, disminuyendo barreras; para la localidad de Localidad de Puente Aranda en el año 2017 se captaron 225 pacientes diagnosticados y se suministraron 38022 medicamentos que ayudaron a impactar la salud de los usuarios diagnosticados con dichas enfermedades trasmisibles.

Activación de rutas: se realiza gestión y seguimiento a casos de prioridad alta (ruta 1 a la ruta 6) reportados por cada uno de los espacios de vida (vivienda, trabajo, público y educativo), la ruta 7 de canalización protección específica y detención temprana, buscando disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud de la población. Para la localidad de Localidad de Puente Aranda en el año 2017 se realizaron 217 activaciones de rutas: donde se evidencia una atención efectiva de 22, atención programada de 7, usuarios aceptado 8, usuario rechazado 29 y casos que se encuentran en trámite 42.

5.2.3. Gobernanza

La Gobernanza en salud, se entiende como un proceso dinámico, sistémico, integral, participativo y estratégico, que permite incidir de forma activa en las agendas políticas de otros sectores para modificar las condiciones que son determinables y que están involucradas en la protección de la vida y la prevención de la enfermedad, identificadas y priorizadas en las diferentes escalas del territorio (Distrito, localidades y UPZ) a partir de la generación de conocimiento sobre las relaciones entre las condiciones, la calidad de vida con la salud y la enfermedad.

Es la acción más estratégica para incidir en las políticas públicas, ya que a través de esta se negocian intereses y se llegan a acuerdos frente a la forma de abordar las cuestiones de interés público. Las acciones de gobernanza favorecen la gobernabilidad y se consideran como una herramienta fundamental de incidencia política; se soportan en el conocimiento sobre las relaciones de las condiciones, calidad de vida con salud y la enfermedad de la población, en la implementación de las políticas públicas distritales, la articulación intersectorial, la movilización de otros sectores y grupos sociales (31).

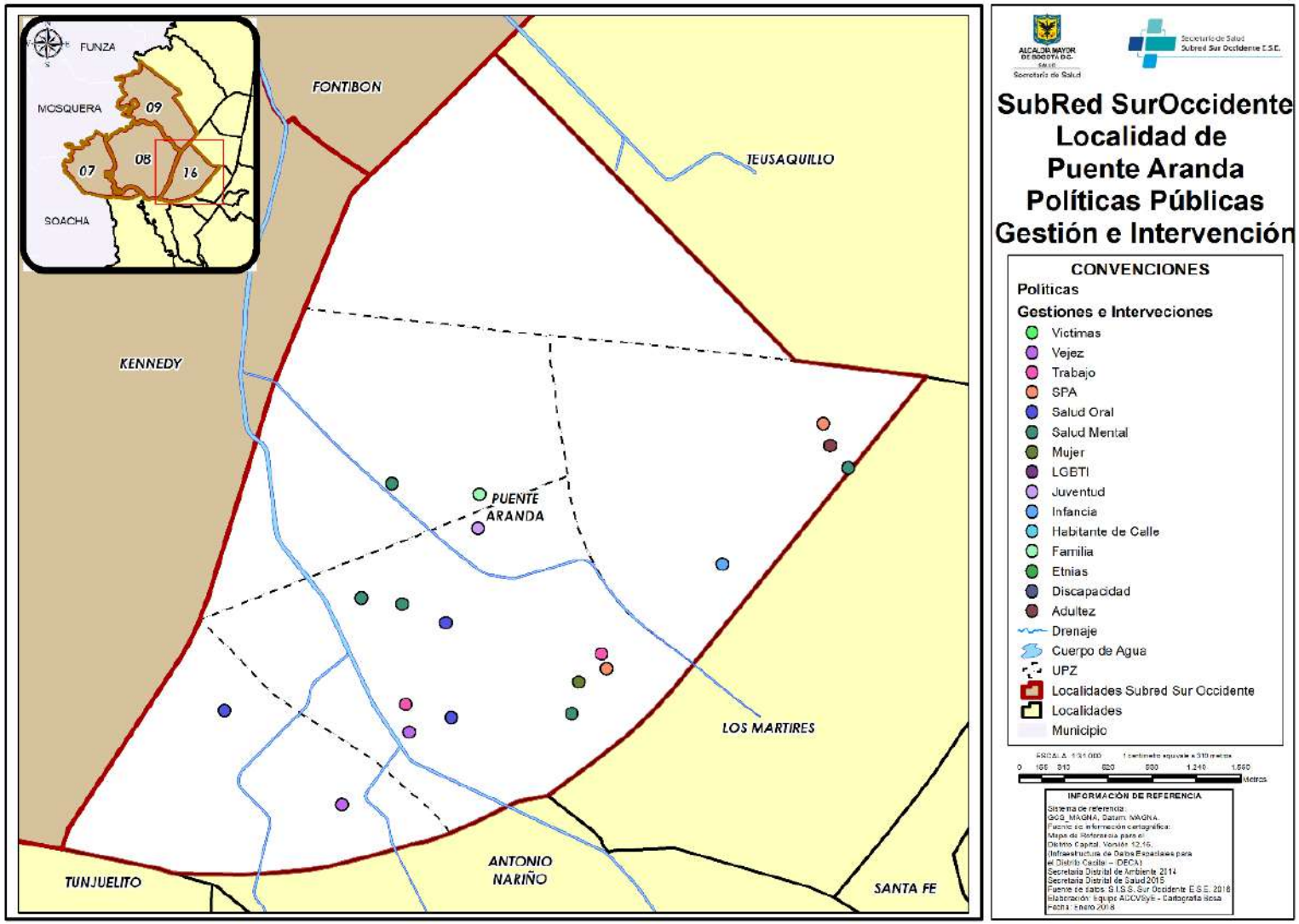
Gobernanza cuenta con una acción integradora la cual se integra con tres componentes a saber: “Posicionamiento de las políticas públicas para incidir en los riesgos colectivos y favorecer la salud y la calidad de vida”, el segundo componente es “Generación de conocimiento sobre las relaciones entre condiciones calidad de vida, salud y enfermedad” y el tercer componente es Estrategia de articulación de las intervenciones de ‘información en salud’ y ‘educación y comunicación para la salud’ del PSPIC”.

Respecto al primer componente, se entiende el posicionamiento de las políticas públicas, como la acción estratégica que permite al sector salud la orientación y concertación de las agendas locales con los diferentes actores y sectores en los espacios de coordinación intersectorial y de toma de decisiones, para favorecer la intervención de las situaciones y condiciones que mejoran la vida y la salud de las poblaciones (33).

Para esto la Subred cuenta con 6 profesionales en las políticas de curso de vida a saber: infancia y adolescencia, juventud, adultez, vejez y familias. Para las políticas poblacionales según condición, situación y diversidad sexual se cuenta con 2 referentes para discapacidad, 1 para etnias, 2 para LGBTI y mujer, 1 para habitante de calle y personas en ejercicio de la prostitución, y 1 profesional para personas víctimas del conflicto armado. Finalmente se cuenta con 2 profesionales para las políticas de Seguridad alimentaria y nutricional, 2 profesionales para Gestión y salud ambiental, 2 profesionales para las políticas de salud mental y SPA, 1 profesional para la política de salud de los trabajadores y 1 profesional para la política de salud oral.

A continuación, se presenta la gestión política y las intervenciones realizadas por las políticas en la vigencia:

Mapa 21. Gestión e intervención de las políticas-Gobernanza, localidad de Puente Aranda, abril a noviembre, 2017



Las acciones que se direccionan desde las políticas públicas logran mejorar las condiciones y situaciones estableciendo las nuevas agendas sociales entre los actores locales y la administración distrital. Respecto a la gestión de programas de interés en salud pública, esta se materializa en las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas y sectores sociales identificados a nivel local para dar respuesta a problemas prioritarios que afectan la calidad de vida y la salud de la población. Para materializar los componentes que constituyen la gestión de políticas de interés en salud pública, en el componente Gobernanza, para el posicionamiento político se describen los siguientes espacios locales e institucionales

Consejo local de Gobierno: de acuerdo al Plan de Desarrollo Local de la localidad y en concordancia con el Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá mejor para todos”, se realiza presentación de cada uno de los comités y consejos, Articulación de estrategias planes y programas y la territorialización de la política distrital en lo local. Se genera gran interés por el gobierno local el tema de Territorialización de la inversión, en el cual la mayoría de sectores no contaban con el presupuesto oficial para la vigencia y se trabaja con los proyectos de secretaría de Hacienda.

Una de las debilidades que se continúa presentando es la ausencia de algunos sectores y el incumplimiento a los compromisos asignados lo que limita la operación del escenario. En este sentido la ESE se organiza frente a esta propuesta y de acuerdo a las prioridades del plan nacional de vigilancia por cuadrantes, se le apunta a presentar las acciones que desde la Subred ayudan a subsanar estas necesidades presentadas desde seguridad y convivencia.

Comisión Intersectorial de Participación (CLIP): es un espacio local que busca posicionar el Sistema Distrital de Participación y ser el ente asesor a nivel local para su implementación, durante esta vigencia se sesiono de manera mensual, uno de los principales objetivos propuestos durante la gestión fue el fortalecimiento de la participación partiendo como base de las necesidades locales de participación con énfasis territorial, de esta manera se propusieron estrategias

de análisis para comprender los niveles de participación y las estrategias para su abordaje.

Unidad de Apoyo Técnico (UAT): se considera un escenario local que busca fortalecer la articulación intersectorial en pro de afianzar los mecanismos con los que se opera la política social a través de las mesas redes y consejos. En la actualidad es coordinado por la subdirección local de la Secretaría de Integración Social y participan de manera permanente un delegado de la Alcaldía Local, un delegado de ICBF, del Hospital, Policía, Secretaría de Movilidad, un gestor del Instituto Distrital de Participación y Acción Comunal IDPAC, delegado de la Política de Mujer y Género, SDS, referentes de Política Pública de la Secretaría de Integración SLIS y de manera menos frecuente la Comisaría, el Consejo de Planeación CPL, Instituto para la Economía Social IPES, Hábitat y Personería. Desde la Subred se ha dado el acompañamiento y participación activa y permanente desde la Coordinación de Gobernanza para la localidad. Para este periodo se tiene avances respecto a revisión de agenda social y preparación y ejecución de CLOPS.

Movilización social y participación: se presenta el mapa de actores que da cuenta de la activación de redes en la localidad, por cada política y programa.

Direccionamiento estratégico: se realizaron acciones y actividades respecto a orientar técnica y operativamente el desarrollo del proceso de Gobernanza, mediante la planeación, ejecución, verificación y ajuste de las acciones sectoriales, institucionales y locales, con el fin de responder a las necesidades de la población, en concordancia con los postulados de las políticas y programas de salud pública. Además, se realizó orientación a los equipos de espacios para la planeación y ejecución de las acciones a nivel territorial, realizando un ejercicio de fortalecimiento de capacidades, donde además se reconocieron las necesidades en salud de la población.

Este direccionamiento utiliza el formato del plan operativo estratégico, el cual es un documento que asegura la ejecución organizada de las actividades y su definición de acciones de acuerdo a necesidades reales en la localidad.

Respecto al plan operativo estratégico de cada una de las políticas y programas de interés en salud pública, se realiza cuadro de seguimiento por cada política de acuerdo a lo proyectado y lo ejecutado.

El componente 2 de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad (Accvsye), facilita el reconocimiento de los elementos estructurales y específicos alrededor de los eventos, necesidades y prioridades en salud, el análisis realizado se usa por los diferentes actores, institucionales y comunitarios y en los procesos de seguimiento y evaluación de planes y programas del componente de Gobernanza.

Agenciamiento en las instancias locales: en cuanto a la agenda sectorial local construida y gestionada localmente se ha venido avanzando articuladamente entre el componente de políticas y análisis, con el apoyo de los espacios locales en la construcción de un documento bajo una versión adaptada de la metodología BIT PASE, esta es una alternativa sencilla para abordar el desarrollo territorial cuando en un mismo espacio geográfico se entrelazan las dinámicas demográficas con las dinámicas ambientales, sociales y económicas, y cuando un número importante de actores intervienen en estas dinámicas. En el marco de este ejercicio se identificaron tensiones, precursores y generadores para cada una de las localidades, se documentaron a partir de la información disponible y se priorizaron a través de la ponderación de una serie de variables como severidad, cronicidad, etc. Complementadas con la descripción de la oferta sectorial y de otros sectores para la formulación de propuestas de acción en estos mismos niveles en relación con unos nodos de relación geográfica.

Este producto ha sufrido un proceso de depuración permanente y de validación por parte de los referentes de políticas públicas y de los espacios de vida

cotidiana, dando como resultado un documento concreto por localidad con tensiones identificadas y georreferenciadas y propuestas de acción. El producto de esta actividad es el documento de agenda sectorial local el cual fue entregado a la SDS para su concepto.

En cuanto a la participación en las instancias locales de coordinación de las políticas públicas para la implementación, seguimiento y monitoreo de los planes de acción local se desarrolla de manera permanente en la localidad, teniendo particularmente dificultades en algunas políticas que no cuentan con espacios normados tales como habitante de calle y salud oral; o que no se convocan de manera regular como en el caso de etnias y víctimas, pero en términos generales hay un buen ejercicio de posicionamiento e incidencia del sector salud en dichos espacios. Desde la vigencia anterior se ha venido trabajando en la construcción de una proyección de incidencia en los espacios locales como sector, lo cual se ha articulado en esta vigencia con la agenda sectorial local, los planes de acción de las políticas y la estrategia de abordaje territorial.

Para orientar técnicamente la estructuración de las actividades a desarrollar en el marco de las jornadas locales programadas por el espacio público se definió un procedimiento interno del PIC que vincula en la planeación a los referentes de políticas, integrantes del componente 3 y profesionales de apoyo del espacio público, el cual ha permitido desarrollar concertada y oportunamente la planeación de las jornadas, implementar y documentar de manera sistemática el ejercicio.

Estas actividades no han estado exentas de contratiempos, relacionados con aspectos logísticos, disponibilidad del talento humano por parte de espacio público, claridad y oportunidad en la entrega de los lineamientos entre otras. En este sentido es importante proponer estrategias que fortalezcan el impacto de dichas jornadas, teniendo en cuenta que el despliegue logístico y humano es grande y no necesariamente se ve compensado con el resultado esperado.

Respuestas territoriales en el marco de planes locales sectoriales e intersectoriales: en el mes de abril se participó en una serie de reuniones para el

fortalecimiento técnico del equipo de cada uno de los componentes, convocadas por la SDS y por la coordinación de gobernanza con el objetivo de clarificar las directrices para la operación.

Se construyó el plan estratégico del proceso transversal gobernanza, recibiendo la retroalimentación desde los referentes de los diferentes componentes de la SDS, cuyas modificaciones quedaron incluidas en el documento definitivo el cual fue radicado a la SDS.

Se conformaron 4 grupos funcionales (infancia, juventud, adultez, vejez) y 6 equipos técnicos (discapacidad, salud oral, salud mental, salud ambiental, trabajo y SAN), se establecieron fechas regulares de encuentro y se ha realizado convocatoria a los espacios para su participación, sin embargo, se han tenido dificultades para la participación de los espacios, manifiestan tener múltiples actividades operativas y no disponer de un talento humano con la pertinencia, manejo para participar en dichos espacios.

Para la construcción del componente sectorial en los planes de acción de las políticas públicas los principales avances están en las políticas de infancia y vejez, bajo la rectoría de la Secretaría de integración social y de acuerdo con la metodología propuesta por la Secretaría Distrital de Planeación. Por otra parte, hay otras políticas que han avanzado en la construcción de sus planes de acción bajo la batuta de los entes rectores de la política como es el caso de discapacidad que cuenta con planes articulados entre lo distrital y lo local, construidos con participación comunitaria y validados por el sistema distrital de discapacidad.

Las políticas de juventud, adultez, habitante de calle y familia a pesar de contar con la rectoría de la Secretaría de integración social no muestran avances significativos en la construcción de sus planes de acción local, en algunos casos relacionados con la ausencia de espacios de participación consolidados.

Como fortalezas en el proceso la política de infancia y adolescencia manifiesta el reconocimiento de los actores intersectoriales, articulación en actividades que

promueven calidad de vida digna para los niños, niñas y adolescentes. Se ha logrado socializar el modelo de salud como espacio de análisis frente a las respuestas del sector salud a las necesidades identificadas en la población infantil.

Se ha hecho entrega y divulgación de indicadores trazadores, agenda sectorial y diagnostico local como insumos para la elaboración del panorama situacional de los niños, niñas y adolescentes de la localidad. Así mismo, se ha participado en los espacios de incidencia como el COLIA, mesa PETI, Mesa RIAPI y Red del buen trato, que han permitido reconocer los actores intersectoriales en lo local, identificar problemáticas y articulación de respuestas intersectoriales para la población de niños, niñas y adolescentes de la localidad.

Como debilidades se encuentran La falta de duplas vacunadoras de PAI ha afectado considerablemente los ejercicios que se realizaban al interior de los jardines infantiles de revisión y administración de biológicos a los niños y niñas con esquemas pendientes o incompletos. A pesar de contar con profesionales certificados en la estrategia AIEPI no se definen acciones claras desde los lineamientos de la política para el desarrollo de acciones de formación y promoción.

En la política de juventud como fortalezas se encuentran las acciones específicas que tiene el espacio público y educativo para jóvenes, la articulación con las entidades como la Alcaldía Local y el IDPAC y la organización y proceso consolidado de la Plataforma juvenil. Como debilidades están la no constancia en la entrega de insumos como lo son las pruebas rápidas de VIH y SIFILIS, la poca disponibilidad de las acciones de Cuídate y se feliz dadas sus programaciones y el no funcionamiento del Comité Operativo Local de Juventud como espacio de participación y organización juvenil y de acciones institucionales.

La política de adultez cuenta como fortaleza el acompañamiento de Secretaría de la mujer a través de casa de igualdad de oportunidades y como debilidades no se lleva a cabo el comité local de adultez - COLA, dado que la Política Pública se

encuentra en evaluación por parte de la Secretaría Distrital de Integración Social y aún no se genera ninguna directriz respecto al espacio.

Respecto a la política de envejecimiento y vejez como fortaleza está el contar con dos referentes para la política facilita dar respuestas oportunas y optimiza procesos ya que esta política y la población que cubre es muy demandante y comprometida, como debilidad es una política muy demandante con bastante incidencia y las acciones desde los espacios al igual que el talento humano no son suficientes para dar respuesta a esta demanda; es indispensable enfocar acciones en este grupo poblacional dirigidas a las problemáticas tales como identificación de factores de riesgo, acceso oportuno a servicios de salud, educación en salud enfocada desde las particularidades de aprendizaje de las personas mayores, entre otras.

En la política pública para las familias se evidencia como debilidades en gran parte del territorio, la población no tiene conocimiento de lo que les aporta la política púbica para las familias de Bogotá por lo que se ha venido estructurando una propuesta de acciones muy específicas para posicionar las acciones desde el sector salud con la política pública. También la gestión de la política se ve afectada ya que el tiempo compartido con otra política pública no permite contar con tiempos necesarios en relación al tema de posicionamiento para la política pública, teniendo en cuenta que desde el sector salud se están iniciando con acciones puntuales.

Para la política pública de la mujer y equidad de géneros, están como fortalezas la articulación con las respuestas operativas de SD mujer resulta importante para la implementación de las acciones de apoyo desde el sector, esto sumado a la articulación con la referencia de rutas transectoriales y PIC POS, salud mental y el equipo de análisis resultan en el cumplimiento de acuerdos y el fortalecimiento de la política. Como debilidades está que a diferencia de la política pública LGBTI no hay una respuesta particular para el sector de mujeres por lo cual las peticiones de acciones educativas no pueden ser cumplidas o programadas con facilidad lo cual

reduce las acciones colectivas específicas en temas de riesgo para las mujeres, en la vigencia solo se realiza una jornada programada desde SDS por lo cual las acciones de educación deben ser cubiertas desde la referencia y debido a su periodicidad solo se generan compromisos para fechas emblemáticas, sin embargo resulta difícil gestionar respuestas como cuídate y sé feliz o acciones con profesionales debido a los tiempos de ejecución y la programación de SDS de las acciones de los equipos operativos de espacio público.

La política pública de LGBTI identifica como fortalezas el equipo poblacional de espacio público ya que se convierte en un aliado indispensable como brazo operativo de las acciones de identificación poblacional, activación de rutas y mitigación del riesgo. La división de acciones entre dos referentes para la política optimiza procesos y permite un mayor alcance en el impacto de los compromisos, así como la gestión más organizada de procesos locales. Como debilidades, aunque el equipo poblacional resulta indispensable para las acciones en las localidades, su operación con dos poblaciones sumada a la rotación entre las actividades poblacionales y otras acciones del espacio reduce su impacto local además de interrumpir procesos que se desarrollan cuando hay continuidad de los profesionales en las acciones con una población que es usualmente reacia a procesos de IEC.

En la política pública de etnias se identifica la implementación de la estrategia de medicina ancestral y la aprobación y publicación de acciones afirmativas como fortalezas. Como debilidades se presenta la imposibilidad de articulación con la comunidad dado a sus dinámicas culturales, jornadas y tiempos para asistir a las actividades programadas.

En la política pública para la habitabilidad en calle se presentaron como fortalezas las acciones específicas que tiene espacio público para población habitante de calle, como lo son el Equipo Poblacional de Habitante de Calle y LGBTI y los servicios de Acogida, quienes trabajan desde la mitigación de riesgo y reducción de daño del consumo de sustancias psicoactivas. y las acciones de espacio

vivienda para población institucionalizada en los centros de atención integral para población habitante de calle de Secretaría de Integración Social. Las debilidades son la reducción del equipo de trabajo, del tiempo y de las acciones del equipo de espacio vivienda de población institucionalizada las cuales no dan respuesta a la cantidad de población que alberga centros de atención integral para población habitante de calle de Secretaría de Integración Social, la no constancia en la entrega de insumos como lo son las pruebas rápidas de VIH y SIFILIS.

En la política de seguridad alimentaria y nutricional se identifica como fortaleza a nivel sectorial e intersectorial el interés en el trabajo articulado frente a las problemáticas y riesgos identificados para la política pública de seguridad alimentaria nutricional en la localidad, lo que generan acciones adecuadas de articulación y gestión. Como debilidades no se cuenta con el suficiente personal con el perfil de nutrición y dietética, por lo cual se ve limitado el accionar frente a las problemáticas y riesgos identificados generando poca cobertura, identificación y abordaje de los mismos.

En la política de salud oral se encontraron como debilidades inconsistencia en base de datos y las instituciones no tienen dentro de sus lineamientos acciones de salud oral obligatorias.

En las políticas de salud mental y SPA se presenta como fortalezas el empoderamiento técnico a la comunidad e instancias de participación y el trabajo en equipo con sectores comprometidas con la estrategia, mejorando las condiciones para la vida y la salud de la población. Como debilidades están presupuesto, cobertura limitada, no se cuenta con talento humano suficiente, en cuanto a sectores, se cambia constantemente de referente, falta de empoderamiento por parte de los sectores, lo que hace que se recargue la responsabilidad solo al sector salud.

Para la política de Salud ambiental como fortalezas se encuentran los cambios realizados desde los compromisos que la política distrital de salud ambiental ha asumido en diferentes planes de acción en espacios locales, entre ellos la

participación del sector salud en el posicionamiento de las temáticas ambientales y sociales más sentidas por la localidad, ha permitido fortalecer la gestión intersectorial para dar una atención más efectiva a los ciudadanos, llegando cada vez más a grupos de interés, incidiendo de manera positiva en el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones, aunque se debe reconocer que no es posible suplir del todo las necesidades recogidas por diferentes ejercicios comunitarios, se trabaja de la mano de muchos sectores para promover el bienestar de la comunidad ofreciendo respuestas integrales que han tenido a lo largo de estos años efectos positivos en los determinantes socioambientales del proceso salud enfermedad.

Una de las oportunidades de mejora de la política de salud ambiental es fortalecer la operativización de la misma, esta desarrolló en diferentes escenarios a través de una de sus estrategias, específicamente la estrategia de entornos saludables (EES) un portafolio de servicios en salud ambiental que contribuye al fortalecimiento de los procesos sociales que logran la reducción del riesgo y la promoción de factores protectores en salud existentes en entornos amenazados y vulnerables, es por ello que esta estrategia potenciaría la Política en escenarios nuevos, en donde ejercerá un papel activo para garantizar una participación sostenida de la ciudadanía.

Por último, en la política de salud de los trabajadores se evidencia como fortalezas que los espacios sectoriales e intersectoriales se encuentran comprometidos con las necesidades de la población trabajadora informal y sus acciones están dirigidas a dar respuesta lo más oportunamente posible, activando rutas, orientando en el efectivo proceso de prevención de la salud laboral y prevención de eventos ATEL.

Como debilidades se encuentra la reprogramación de las reuniones en los espacios intersectoriales ya hace que en ocasiones no se pueda participar en la dinámica del Comité que cita a reunión, lo que causa un desbalance en las acciones periódicas que se programan, así mismo, hay metas o acciones que se

deben cumplir en los espacios y que por su nivel de prioridad no permiten abordar las diferentes temáticas como se habían establecidos en los planes locales por política.

El tercer componente de gobernanza está encaminado a orientar y armonizar las diferentes intervenciones de “Información en salud y de Educación y Comunicación para la salud" del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) en los espacios de vida cotidiana (vivienda, educativo, trabajo y público) y las acciones de los Procesos transversales (Gobernanza, Programas y Acciones de interés en Salud Pública, y Vigilancia en Salud Pública), por medio de soporte técnico y operativo en el uso de estrategias pedagógicas y de comunicación, así como de herramientas tecnológicas, digitales y de difusión, acordes con el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y las necesidades en información, educación y comunicación de la población de la Sub Red Sur Occidente.

Como logros de este componente se tiene la visibilización de las acciones transversales del PSPIC de la Sub Red Sur Occidente a través de las diferentes estrategias para la construcción de mensajes de información en salud, llegando a la comunidad, a través de la difusión en medios electrónicos (Facebook, Twitter, Página Web, boletín interno institucional). La Participación activa e Jornadas Distritales jornadas locales y acciones itinerantes, con mensajes sencillos e incluyentes, accesibles para la comunidad, los cuales incrementan los conocimientos de salud en la población que favorezcan la toma de decisiones de promoción y prevención en salud. Se sigue con la construcción de presentación de infografías al subcomponente 2 análisis de gobernanza de los indicadores trazadores de la Subred Sur Occidente. La divulgación en redes sociales es cada vez mejor, gracias a la articulación de comunicaciones salud pública, institucional y OAC Distrital.

Así mismo, el posicionamiento del proceso de fortalecimiento de capacidades en la Subred Sur Occidente en los diferentes espacios y procesos, que se evidencia

con el reconocimiento del trabajo realizado por el equipo IEC con los diferentes grupos de colaboradores, el fortalecimiento de habilidades y capacidades a los colaboradores de los diferentes espacios y procesos del PSPIC que favorecen el accionar con la comunidad, los resultados sobresalientes en las evaluaciones frente a los instrumentos que se aplican para medir percepción de los colaboradores de acuerdo al desarrollo de la actividad, las metodologías implementadas y los conocimientos previos y aprendizajes adquiridos por los participantes.

Durante el desarrollo de los talleres se generaron espacios de reflexión y análisis con ejemplos y vivencias aplicables a su rol cotidiano lo que permitió evidenciar mayor interés y participación de los colaboradores durante las sesiones.

Como dificultades se encuentra que las piezas comunicativas desde SDS llegan un poco tarde, a veces hasta un día antes de la jornada y/o campaña, no siendo un proceso óptimo para su desarrollo de difusión, los colaboradores no cuentan dentro de su lineamiento con un tiempo definido y destinado para participar en los fortalecimientos lo que implica la falta de asistencia y continuidad en el proceso sobre todo en el espacio educativo que canceló la capacitación en algunas sesiones, de igual manera con los procesos transversales la programación no es fácil debido a la falta de tiempos administrativos para desarrollar estos espacios y la falta de suministro de los recursos para la elaboración de materiales didácticos que facilitan el desarrollo de las actividades comunicativas.

6. ANÁLISIS Y SÍNTESIS

Para analizar la situación de salud y la calidad de vida de la localidad se parte de la interacción entre la población, territorio, ambiente y sociedad, que evidencia las implicaciones de los procesos políticos, económicos, sociales y ambientales sobre la salud de las poblaciones en las escalas del territorio a nivel local y por UPZ.

Teniendo en cuenta las particularidades de la localidad, las condiciones de vida y determinantes, así como los indicadores de morbi-mortalidad, estadísticas y experiencias en campo desde el Plan de Intervenciones Colectivas se realizó una identificación de situaciones tensionantes (problemáticas) en los territorios y sus respectivos determinantes sociales en salud, las cuales fueron soporte para la formulación de propuestas de acción, que serán consideradas en los diferentes escenarios locales para la construcción de agendas locales.

Para identificar estas tensiones en salud presentes en la localidad, se utilizó como metodología una adaptación de la estrategia PASE a la equidad en salud desde el abordaje de las dimensiones prioritarias del PDSP 2012-2021 la cual se adopta por las entidades territoriales departamentales y distritales para definir Planes Territoriales de Salud. A partir de esta adaptación, el equipo de Accvsye de la Subred Sur Occidente aportó a la priorización y a las propuestas acción en el marco de la gobernanza.

Así mismo, se identificaron aquellas zonas en las cuales se concentran más necesidades y desigualdades, con el fin de brindar elementos para el análisis de los equipos y sectores que puedan participar en la generación de propuestas a implementar en los diferentes territorios.

Teniendo en cuenta tanto las situaciones tensionantes, como sus determinantes y comprendiendo las dinámicas del territorio, se realizaron mesas de trabajo con los espacios de vida cotidiana y los procesos transversales con el fin de poder validar la información y orientar las acciones de las agendas sectoriales respondiendo a las necesidades identificadas, es así, como de manera conjunta se llega a un análisis de la respuesta y posibles recomendaciones para la articulación

de las próximas agendas sectoriales, partiendo de las necesidades y dinámica del territorio.

La información consignada fue suministrada por el componente 1 y 2 de Gobernanza, los procesos transversales y los espacios de vida cotidiana y el componente de Programas y Acciones de la Subred Sur Occidente y se consolidó en mesas de trabajo. Desde nivel central se dictaron talleres para la metodología, instrumentos de recolección de la información y análisis de la misma.

6.1. Metodología

Al tratar de analizar y sintetizar la información contenida en los anteriores capítulos, se definió una metodología para el ejercicio de identificación de tensiones que se soporta conceptualmente del modelo para el análisis de balances, interacciones (relaciones) y tensiones entre las dinámicas poblacionales, ambientales, sociales y económicas (BIT PASE) y el modelo de determinantes de la salud desde el enfoque del PDSP 2012-2021. De él emergen una serie de postulados, principios y fundamentos acerca de la concepción del desarrollo, la población y la planeación, que han sido adoptados en el marco de la adaptación del modelo a las condiciones del PDSP y de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud (1).

El modelo BIT PASE, comprende los procesos de salud-enfermedad como el resultado de la trama de relaciones que se dan entre las dinámicas demográficas, ambientales, sociales y económicas (PASE) presentes en el territorio y las dimensiones prioritarias para la vida establecidas en el PDSP, lo cual puede contribuir notablemente a la consecución de este objetivo, pues permiten enfocar las respuestas de forma integral e integrada, en donde la acción de los distintos sectores se enfoque al servicio de las metas y objetivos de política concertados (1).

La documentación de las situaciones tensionantes con sus respectivos eventos, precursores y generadores, permitirán dar aproximaciones que van más allá de la

actuación sectorial y avanzan hacia la confluencia de los diversos sectores, tanto institucionales como comunitarios, en el marco de las agendas locales lideradas por el proceso de gobernanza. Esto, además requiere de un cambio en la gestión de las autoridades sanitarias y en las administraciones territoriales, quienes ahora tienen el doble reto de alcanzar los resultados sectoriales, de movilizar y articular los esfuerzos y recursos de la comunidad, así como de los demás sectores que tienen responsabilidades y competencias frente a las condiciones poblacionales, ambientales, sociales y económicas de las cuales depende la salud (2).

A partir de este ejercicio se generaron unas tensiones y nodos de relaciones identificados en el ejercicio de lectura, comprensión y relación entre tensiones, resultados esperados por cada nodo identificado, propuesta de objetivos estratégicos por nodo y de acuerdo a resultados esperados, propuesta de acciones desde el abordaje sectorial, propuesta de acciones desde el abordaje intersectorial, responsables y espacios de posicionamiento.

Para el desarrollo del ejercicio se convocaron mesas de trabajo con los espacios de vida cotidiana, referentes del componente 1 de gobernanza, referente de componente Programas y Acciones, representante de Vigilancia en Salud Pública y el equipo del componente 2 de gobernanza, además se realizó un taller desde nivel central para la valoración de las tensiones, espacializarlas y así poder identificar los nodos para realizar las propuestas de acción. Posteriormente, se procedió a validar la información tanto con los espacios como los procesos transversales, así mismo, se participó en espacios como las Unidades de Asistencia Técnica de la localidad, grupos funcionales, mesas intersectoriales con el fin de complementar la información y articularse con la Estrategia de Abordaje Territorial y los recorridos liderados por el componente geográfico y espacial del equipo Accvsye.

Finalmente se construyó el capítulo articulando los hallazgos de los anteriores capítulos, el resultado de la priorización de tensiones e identificación de nodos y la

puesta en marcha de las propuestas para la agenda sectorial con las respectivas recomendaciones.

6.2. Configuración del territorio, identificación y priorización de tensiones y construcción de nodos

6.2.1. Identificación y priorización de tensiones

Al utilizar la matriz 1 para identificar los eventos y poder desarrollar las tensiones presentes en la localidad se obtuvieron 26 tensiones de las cuales 10 tenían semaforización roja, 10 tenía semaforización amarilla y 6 estaban en semaforización verde. Los eventos que al ser valorados de acuerdo a la afectación en territorios, cronicidad, magnitud, severidad y efectividad quedaron en verde, es decir en acciones de mantenimiento fueron:

Tabla 58. Eventos valorados en verde de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones, localidad de Puente Aranda, 2017

Evento o situación indeseable	Valoración 1
Morbi-mortalidad por eventos transmisibles en la primera infancia (Meningitis)	5,0
Desprotección en niños y niñas menores de 5 años con diferentes tipos de discapacidad	5,0
Lesiones de causa externa "quemaduras y accidentes caseros" en primera infancia	5,0
Pobreza oculta adultez y vejez	5,0
Entornos inseguros y ambientes insalubres que generan problemas de convivencia social, toda la población	4,9
Morbi-mortalidad por eventos transmisibles en la primera infancia (Tosferina)	4,6

Fuente: Subred Sur Occidente, Tabla 1 Insumos para la metodología de la construcción de tensiones para las agendas locales, 2017

Los eventos que quedaron en amarillo, es decir en acciones que se deben implementar por ser una alarma en salud fueron:

Tabla 59. Eventos valorados en amarillo de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones, localidad de Puente Aranda, 2017

Evento o situación indeseable	Valoración 1
Accidentes de tránsito toda la población	9
Conducta suicida en adolescencia, juventud	9
Trabajo infantil	8,9
Cáncer en menor de 18 años (Infancia y adolescencia)	8,7
Agresión por animal potencialmente transmisor de rabia en toda la población	8
Poca adherencia a los tratamientos médicos vejez	8
Aumento de la prevalencia de Morbilidad por tuberculosis en población adulta y en la vejez	7,4
Prevalencia de Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) en la población adolescente y joven	7,4
Cutting en infancia y adolescencia	7,2
Dificultad para ingresar al sector productivo juventud y adultez	6,3

Fuente: Subred Sur Occidente, Tabla 1 Insumos para la metodología de la construcción de tensiones para las agendas locales, 2017

De estos eventos se decidió priorizar conducta suicida por ser un fenómeno que ha venido en aumento y que cada vez más afecta edades tempranas. El evento de Cutting se tratará en el evento de conducta suicida semaforizado en rojo, así como el evento poca adherencia a los tratamientos que se tomará como un generador del evento de enfermedades crónicas también semaforizado en rojo.

Tabla 60. Eventos valorados en rojo de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones, localidad de Puente Aranda, 2017

Evento o situación indeseable	Valoración 1
Desnutrición en menor 5 años	12,0
Enfermedades crónicas adultez y vejez	12,0
Enfermedad laboral y accidente de trabajo adultez y vejez	11,5
Violencia intrafamiliar toda la población	10,6
Maltrato Infantil	10,4

Evento o situación indeseable	Valoración 1
Alta prevalencia de enfermedades respiratorias en población menor de 5 años y mayor de 60 años	10,3
Prevalencia de problemas en salud oral primera infancia	10,2
Malnutrición por exceso en primera infancia e infancia	10,0
Maternidad y Paternidad temprana en la adolescencia y juventud	10,0
Consumo problemático de SPA en adolescentes, jóvenes y adultos	9,8

Fuente: Subred Sur Occidente, Tabla 1 Insumos para la metodología de la construcción de tensiones para las agendas locales, 2017

Al realizar el ejercicio de la matriz 2 con los referentes de políticas, el equipo del componente 1 y líder de gobernanza, los referentes de espacios y programas y los representantes de VSP, se llegó al acuerdo de agrupar la malnutrición como la alteración del estado nutricional ya sea por déficit (desnutrición y enfermedades carenciales de micronutrientes) o por exceso (sobrepeso y obesidad), como también agrupar el maltrato infantil con la violencia intrafamiliar por ser similares en los componentes de la tensión. Finalmente se priorizaron y desarrollaron 8 eventos semaforizados en rojo y 1 evento semaforizado en amarillo:

Tabla 61. Eventos valorados en rojo y amarillo de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones para su espacialización, localidad de Puente Aranda, 2017

Número de la tensión	Evento	Valoración final
1	Prevalencia de problemas en salud oral	9,4
2	Estado Nutricional en sobrepeso y obesidad y Desnutrición	9,4
3	Alta prevalencia de enfermedades respiratorias en población menor de 5 años y mayor de 60 años	9,3
4	Violencia intrafamiliar y maltrato infantil	9,3
5	Maternidad y Paternidad temprana	9,3
6	Consumo problemático de SPA en adolescentes, jóvenes y	9,3
7	Enfermedades crónicas	9,2

8	Enfermedad laboral y accidente de trabajo en el sector informal por falta de elementos de protección, condiciones dignas	9,2
9	Conducta suicida	7,5

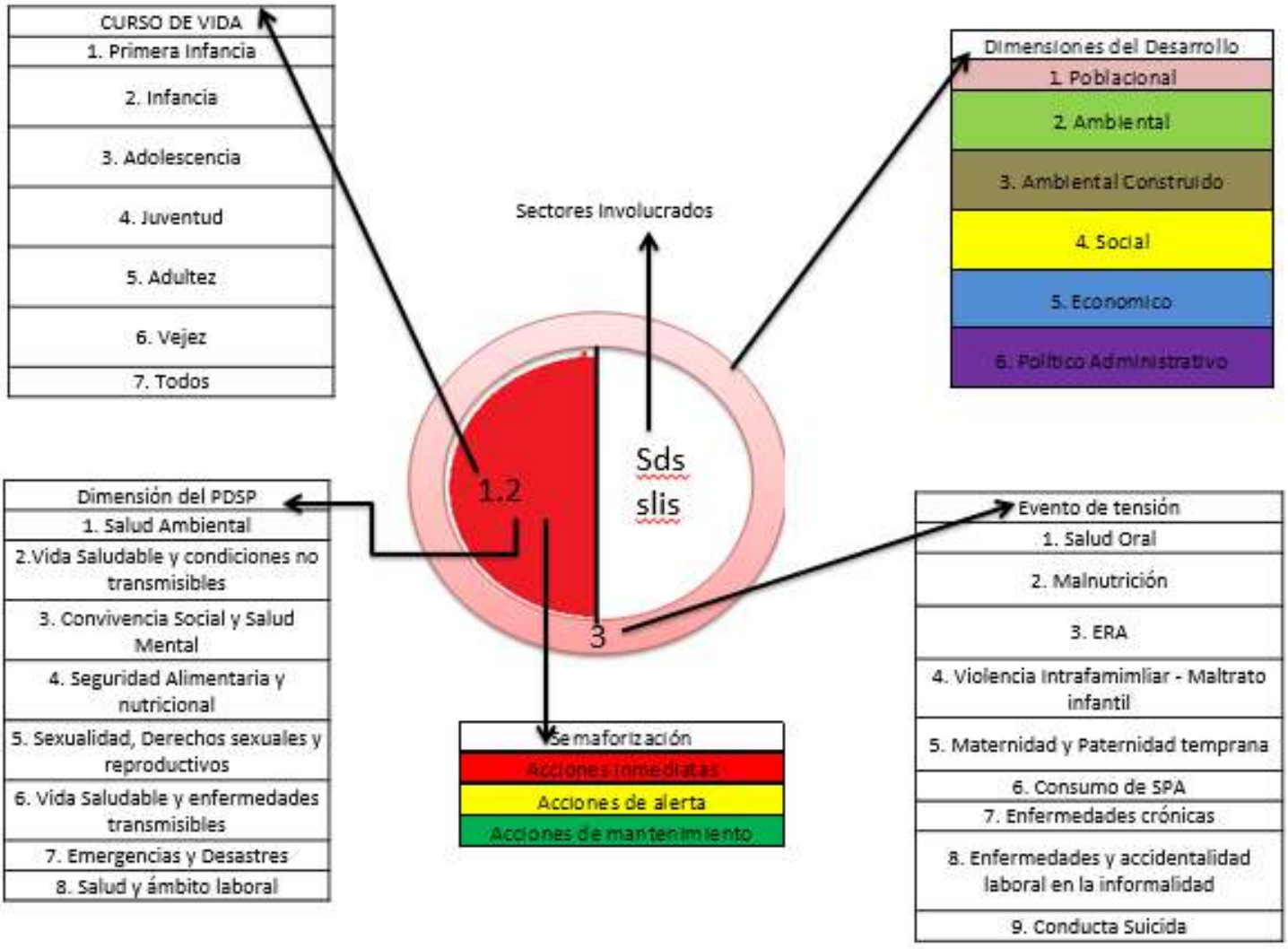
Fuente: Subred Sur Occidente, Tabla 1 Insumos para la metodología de la construcción de tensiones para las agendas locales, 2017

Posteriormente, se realizó un ejercicio de localización con las tensiones seleccionadas para la localidad priorizándolas de tal forma que se pudieran presentar propuestas de respuesta y así poder encontrar los nodos de relaciones entre estas tensiones. Para Localidad de Puente Aranda no se priorizaron dos tensiones, las cuales son: enfermedades respiratorias y violencia intrafamiliar, es decir que para esta localidad se priorizan 7 tensiones de las 9 seleccionadas para la Subred Sur Occidente.

6.2.2. Espacialización de las tensiones

Para poder ubicar en el territorio las tensiones priorizadas para la localidad de Localidad de Puente Aranda se estableció una convención, de tal forma que se pudieran identificar los elementos que convergen en cada una de ellas.

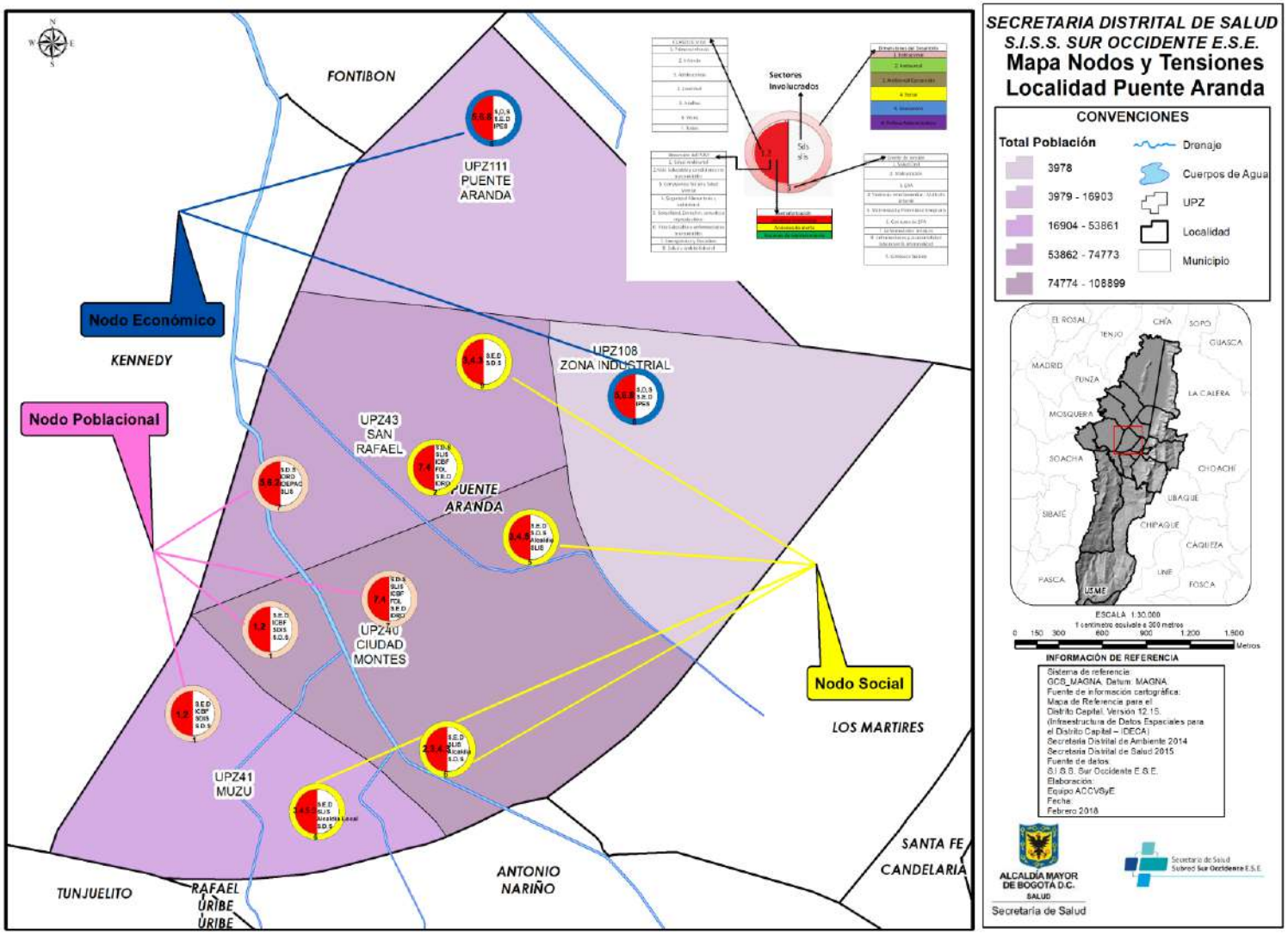
Figura 1. Convenciones para identificar los elementos de las tensiones en el mapa



Fuente: SDS, Metodología para ubicación de tensiones identificadas en el territorio, 2017

Al ubicar en el mapa las tensiones se procedió a identificar esos posibles nodos que tienen relaciones entre sí y comparten elementos que permiten realizar intervenciones que no solo impacten una tensión sino varias al tiempo.

Mapa 22. Nodos identificados, localidad de Puente Aranda, 2017



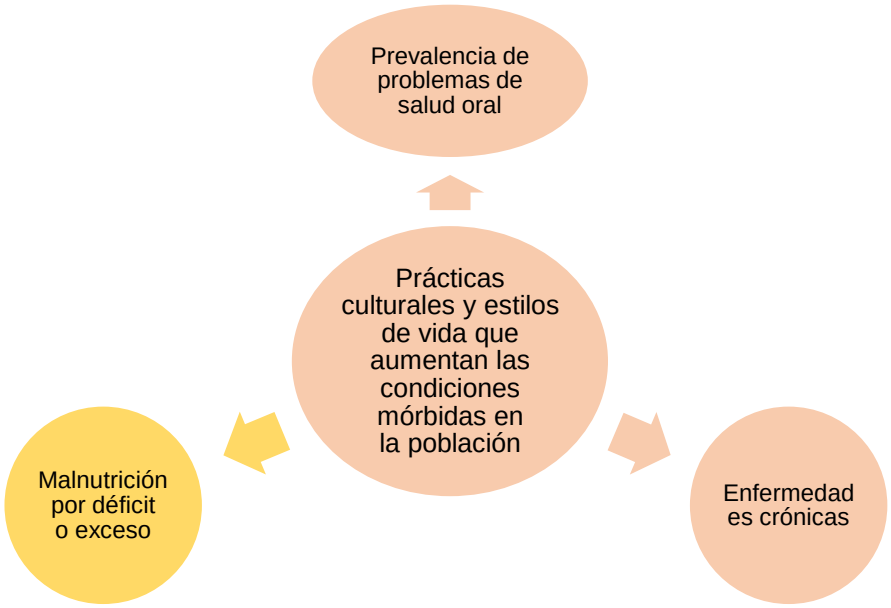
6.2.3. Análisis de las tensiones que confluyen en los nodos

Para la localidad de Localidad de Puente Aranda se identificaron tres nodos: prácticas culturales y estilos de vida que aumentan las condiciones mórbidas en la población, dinámicas sociales y familiares que afectan la salud mental de la población y economía informal como fenómeno que vulnera las condiciones dignas y seguras de trabajo.

Primer Nodo: *prácticas culturales y estilos de vida que aumentan las condiciones mórbidas en la población*

El primer nodo de predominancia poblacional de la dimensión económica PASE, contiene tres tensiones a saber: prevalencia de problemas en salud oral, enfermedades crónicas y malnutrición tanto por déficit o exceso, las dos primeras se identifican en mayor medida en las UPZ Muzú y Ciudad Montes y se relaciona con la dimensión del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) vida saludable y condiciones no transmisibles, mientras que la malnutrición se evidencia en la UPZ San Rafael y se relaciona con la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional.

Figura 2. Primer nodo y tensiones relacionadas, localidad de Puente Aranda, 2017



Fuente: SDS, Metodología para ubicación de tensiones identificadas en el territorio, 2017

En la localidad se evidencia dentro de los determinantes que confluyen el nivel socioeconómico, considerando que la localidad tiene un nivel medio y medio alto y que este está asociado a que las personas tengan capacidades y recursos para logar ciertas conductas que pueden ser positivas o negativas, en este caso se relaciona con una mayor adquisición de alimentos procesados con altos contenidos de grasa saturada, azúcares simples, grasas trans, sodio, entre otros, nutrientes perjudiciales para la salud. A su vez, la cultura a través de las falsas creencias frente a la alimentación, medios de comunicación que ofertan alimentos no saludables y consumo de alimentos procesados. Además, se tiene la vinculación de la mujer de la mujer al mercado laboral y extensas jornadas laborales de los cuidadores de niños y adultos mayores, que generan menor consumo de alimentación en casa.

Sumado a lo anterior, el sedentarismo, acentuado por las actuales tendencias de consumo, la globalización y la sociedad inmersa en el uso de las tecnologías de la información hace que los menores, adquieran hábitos inadecuados de aprovechamiento del tiempo libre, desestimulando la práctica de actividades físicas, recreativas y deportivas y además, existe deficiente cobertura para realizar tamizajes nutricionales en la población desde salud pública, lo cual genera dificultades en la identificación, tratamiento, seguimiento y monitoreo de las alteraciones nutricionales de la población.

Por otra parte existe poca adherencia a controles médicos por falta de tiempo o tramitología excesiva, falta de identificación oportuna de patologías por ineficiencias del sistema de salud y del conocimiento del ciudadano de sus derechos en salud. Las personas mayores al no tener un cuidador o la posibilidad de movilizarse para acceder a los servicios de salud, abandonan el tratamiento de sus patologías, generando mayores complicaciones a su salud de las que ya tienen. En temas de salud oral, ausencia de prácticas de autocuidado e inadecuada enseñanza de hábitos de higiene por parte de cuidadores, además, se evidencia el costo elevado de tratamientos odontológicos y falta de tiempo de los cuidadores para la higiene oral de los niños y adultos mayores.

Todo esto conlleva a la aparición o empeoramiento de problemas nutricionales y enfermedades crónicas, incluidas aquellas de salud oral debido a una alimentación inadecuada e inadecuadas prácticas para la promoción de la salud.

En la localidad de Localidad de Puente Aranda, para el 2016, el exceso de peso en gestantes alcanza un 44,4 %, por otro lado, la prevalencia de desnutrición global en la población menor de cinco años es de 3,6 % con 179 casos para el 2016 y para desnutrición crónica es de 9,4 % con 472 casos. En los escolares se evidencia que el 30,3 % tiene sobrepeso y obesidad y el 6,7 % presenta talla baja para la edad.

Para el año 2015, de acuerdo a los datos reportados por SISVESO para este grupo de edad, las principales afectaciones se relacionan con la gingivitis y la caries cavitacional. En relación a la Caries cavitacional Localidad de Puente Aranda presenta prevalencia de 51,3 % en cuanto a la gingivitis, presenta el 53,9 % (UPZ Muzú).

Al describir las grandes causas de mortalidad se puede observar que la principal causa de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio, para el 2014, el grupo de las neoplasias se ubica en segundo lugar (103,7), seguido por el grupo de demás causas -agrupación de diagnósticos residuales- (98,7), lo que refleja una alta carga de enfermedad crónica en la población. La morbilidad de la localidad muestra un comportamiento similar, ya que para el 2016, el grupo de todas las demás enfermedades concentra la mayor proporción, seguido por los síntomas, signos y afecciones mal definidas. Además, es en los adultos donde se presenta la mayor proporción de atenciones (1,5 %) y de individuos (1,7 %) por cáncer. Aunque la primera causa en los adultos es igual a los demás grupos de edad (todas las demás enfermedades), la segunda causa corresponde a las enfermedades cardiovasculares, siendo este grupo el que tiene la mayor proporción.

Para el año 2016, la primera causa de atención en la localidad es la hipertensión esencial primaria con 25.542 atenciones, al igual que en el Distrito. En cuanto a la edad, la mayor proporción de atenciones se concentran en los mayores de 60 años y en menor medida en los adultos de 29 a 59 años.

Lo anterior muestra las consecuencias en la salud de modos y estilos de vida inadecuados que se ven influidos tanto por la decisión autónoma de las personas, como por desconocimiento o falta de autocrítica de la información suministrada y el alejamiento de los servicios de salud para acciones de prevención y detección temprana.

Análisis de la respuesta

Frente a esta situación en el tema de salud nutricional y enfermedades crónicas, desde el subsistema SISVAN se realiza la vigilancia a menores de cinco años con desnutrición, así como menores con bajo peso al nacer, adicionalmente, se realiza vigilancia nutricional en escolares para el conocimiento de su situación nutricional. A través del espacio vivienda se logra el acceso al 55,4 % de los usuarios programa de protección específica y detección temprana sin asistencia a estos programas en la localidad, por otro lado, en acciones en familias a través de la articulación con VSP, se logra el seguimiento de casos de desnutrición aguda remitidos en un 76,2 %, de estos casos el 62,5 % logra ganancia de peso. Asimismo, se realiza el seguimiento del 100 % de los recién nacidos con bajo peso al nacer remitidos. Por otro lado, en el espacio público se ubican dos puntos en la acción Cuídate y Sé feliz, donde se tamizaron un total 12.900 personas mayores de 18 años identificando riesgo cardiovascular alto (2,4 %) y medio (24,5 %).

En relación con salud oral se realiza vigilancia de eventos en salud oral en unidades centinela y se realiza análisis en poblaciones priorizadas como niños y gestantes, desde el espacio público en las acciones itinerantes se enfatiza en la adopción de hábitos saludables para la comunidad dentro de los que se cuenta la salud oral, desde el componente de gestión del riesgo del espacio

vivienda se logra el acceso de 89,6 % de las personas captadas a programas de PyD en salud oral.

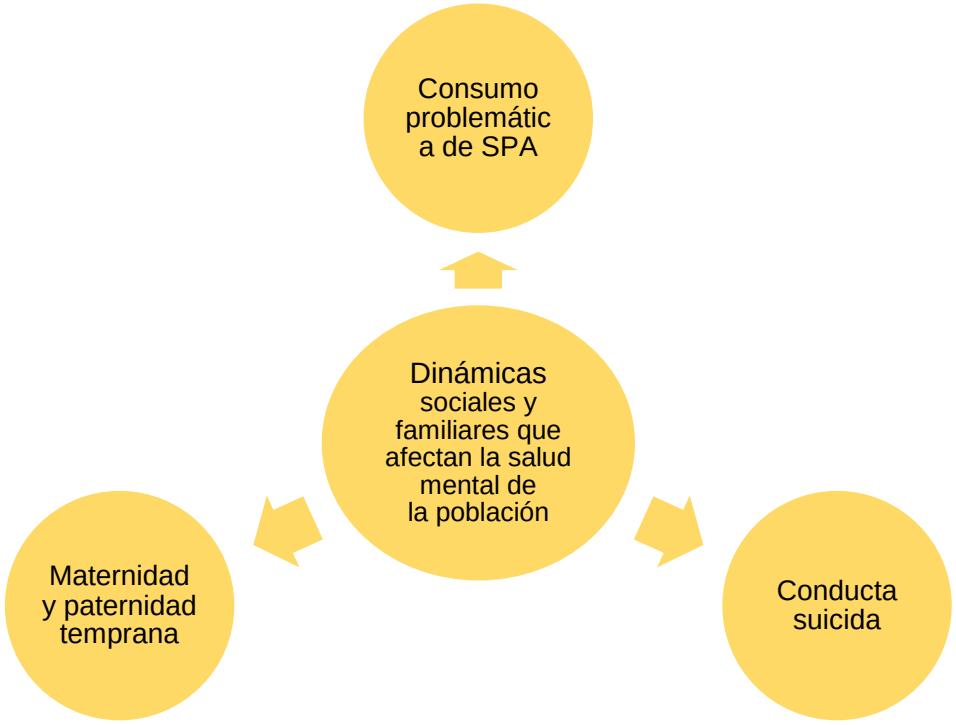
Segundo nodo: *dinámicas sociales y familiares que afectan la salud mental de la población*

El segundo nodo de predominancia social denominado dinámicas sociales y familiares que afectan la salud mental de la población en el cual se presentaron tres tensiones: maternidad y paternidad temprana que se identifica en la UPZ 40 Ciudad Montes y se relaciona con la dimensión del PDSP sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, la segunda tensión la de consumo de SPA, ubicada en las UPZ Ciudad Montes y Muzú la tensión de conducta suicida que se ubica en la UPZ San Rafael, estas dos últimas tensiones relacionadas con la dimensión PDSP Convivencia Social y Salud Mental.

Los determinantes en común identificados en el nodo se encuentra la prestación de servicios de salud mental ineficientes, acceso limitado a ofertas laborales y a la educación superior, la desigualdad social que impide la satisfacción de las necesidades básicas en las familias, fallas en el SGSSS evidenciado en las barreras de acceso a los servicios de salud, ausencia de la regulación y control del espacio público para el consumo de SPA, promoción de conductas delictivas y consumo de SPA a través de los medios de comunicación en sus contenidos programáticos, tendencias en las redes sociales que incitan a atentar contra la vida, el microtráfico.

Además, se identifican débiles redes de apoyo y comunicación familiar, la baja autoestima, ausencia de proyectos de vida, ausencia de motivación e incentivos para ejercer una vida productiva, desconocimiento de deberes y derechos en salud, deserción escolar y desescolarización, acoso escolar por parte de los compañeros, por parte de la familia o por parte de pares, intrafamiliar, abuso sexual, poca oferta de servicios para uso de tiempo libre, ausencia o inadecuado tratamiento de trastornos mentales, depresión, en algunos casos conductas de autolesión como el cutting.

Figura 3. Segundo nodo y tensiones relacionadas, localidad de Puente Aranda, 2017



Fuente: SDS, Metodología para ubicación de tensiones identificadas en el territorio, 2017

Todos esos factores que afectan principalmente a la población adolescente y joven de la localidad generan problemáticas como el embarazo adolescente, la conducta suicida y el consumo de SPA tanto lícitas como ilícitas.

De acuerdo a las tasas de fecundidad específica, la localidad presenta una baja fecundidad en las menores de 19 años en comparación con la Subred Sur Occidente y el Distrito y en todos los niveles se ha presentado un decrecimiento progresivo de fecundidad en las menores de 20 años. Para el año 2014 de los nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años, el 36,4 % de las adolescentes residen en la UPZ Ciudad Montes, el 20,4 % en Muzú, el 33,1 % en San Rafael, el 5,3 % en Zona Industrial y el 4,7 % en Localidad de Puente Aranda.

En cuanto al análisis de desigualdades en la tasa específica de fecundidad en adolescentes se tiene que a nivel Distrital las tasas más elevadas de fecundidad se encuentra en las localidades dentro del tercil menos aventajado de acuerdo al

Índice de Condiciones de Vida, tanto para el año 2011 como 2014, de acuerdo a este índice la localidad de Localidad de Puente Aranda se encuentra dentro de las más aventajadas del Distrito, sin embargo, para el grupo de 15 a 19 años, se mantiene por encima de la tasa de las localidades que se ubican dentro de las más aventajadas a nivel distrital con una tasa de 40,3 para el año 2014 frente a una tasa de 31 en el tercil más aventajado.

En cuanto al suicidio, durante el año 2015 en la localidad de Localidad de Puente Aranda se reportaron 8 casos y una tasa de 3,1 muertes por cada 100.000 habitantes. En cuanto a la conducta suicida, de acuerdo al SISVECOS, para el 2016, la localidad de Localidad de Puente Aranda reportó 312 casos, de los cuales el 35,9 % se concentra en la UPZ Ciudad Montes y 28,8 % en la UPZ San Rafael. El 50 % de los casos corresponde a ideación suicida y 38,5 % a intento suicida. De acuerdo a la base SISVECOS, dentro de los factores de riesgo que están generando una tendencia a que el suicidio se presente cada vez más en poblaciones jóvenes, se considera la presencia de conflictos con el grupo primario de apoyo familiar inadecuado y en adultos por problemas en la relación entre esposos o pareja.

De acuerdo al análisis de desigualdades para el caso del suicidio se realizó el análisis desagregado de ideación, el intento y el suicidio consumado. De acuerdo a esto, se observa un aumento en la tasa de ideación suicida en el Distrito entre el año 2012 y 2014, manteniendo una mayor tasa en los menos aventajados y aunque la localidad de Localidad de Puente Aranda se encuentra dentro de los más aventajados de acuerdo al ICV, la tasa de ideación suicida en Localidad de Puente Aranda ha presentado un aumento de 1,1 puntos entre el 2012 y el 2014. En cuanto al intento suicida se mantiene la desigualdad entre terciles a nivel distrital, en los cuales las localidades en el tercil menos aventajado continúan teniendo un exceso de 2 intentos suicidas por cada10.000 habitantes respecto de las localidades en el tercil de más aventajado. La localidad, aunque se ha mantenido por debajo de la tasa de intento suicida de las localidades más aventajadas reporta un incremento de 0,6 puntos entre el 2012 y 2014.

Al realizar el análisis de las brechas para el suicidio consumado, se encontró que al comparar los terciles extremos, para el año 2011, existía una mayor tasa de mortalidad por suicidio consumado en las localidades del tercil más aventajado; sin embargo, dicha brecha desaparece en el año 2014, al no existir diferencia en la tasa de mortalidad por suicidio a lo largo de la jerarquía social, según ICV. Para el caso de Localidad de Puente Aranda, la tasa de suicido se incrementó en 0,8 entre el 2011 y 2014, adicionalmente son superiores a las tasas reportadas en los terciles por jerarquía social. Para el 2014, ocupa el cuarto lugar en la tasa de suicidio a nivel distrital y el primer lugar en las localidades dentro del tercil más aventajado por ICV.

Como resultados de la Vigilancia Epidemiológica del Consumo de Sustancias Psicoactivas VESPA se encontró que para el año 2014, 288 hombres y 201 mujeres consultaron los servicios del CAMAD en la vigencia. Se puede observar que la sustancia de inicio tanto para hombres como para mujeres fue el alcohol (54 %) y seguridad del tabaco (23 %). Aun las drogas licitas son las preferidas por los usuarios en ambos sexos para iniciar su consumo o a las que tiene acceso más fácilmente. Además, se encontró que la sustancia de mayor impacto para los hombres fue la marihuana (35 %), seguida del bazuco (33 %); mientras que para las mujeres fue el alcohol (72 %), el tabaco (30 %) y la seguridad del tabaco (23 %) (4).

En la E.A.T se realizó un recorrido por la localidad de Localidad de Puente Aranda donde se identificaron las potencialidades y necesidades, en estas últimas se logró evidenciar que existen zonas propicias para el consumo de SPA, especialmente por la presencia de caños como el San Francisco y por la presencia del río Fucha. Estos espacios son aprovechados por consumidores, aunque cabe recalcar que la mayoría de consumidores de SPA en estos espacios son población habitante de calle, las cuales tienen habitualmente en estos lugares su lugar de residencia.

De acuerdo a lo anterior, se puede evidenciar como en este nodo, la ausencia de redes de apoyo familiar conllevan a situaciones no deseables en los adolescentes y jóvenes como lo es la conducta suicida, así mismo los padres al estar ausentes debido a jornadas laborales o a la poca comunicación con sus hijos, no una comunicación asertiva con los adolescentes y pautas de crianza que puede generar no solo problemas de salud mental como conducta suicida y consumo de SPA, sino el embarazo a temprana edad.

Aunque el consumo de SPA en la localidad se relaciona principalmente con la población habitante de calle que tiene amplia presencia en algunos sectores de la localidad y cuenta con instituciones de atención a esta población, es necesario considerar que en zonas barriales y de mayor concentración de población adulta y joven, se observa consumo de SPA en el espacio público como parques y zonas verdes.

Análisis de la respuesta

Como respuesta desde salud pública en la Subred, en el tema de salud sexual y reproductiva en el espacio público a través de los servicios de acogida se realiza la identificación de riesgos relacionados, asimismo, en el espacio educativo en el componente amarte se realiza la detección temprana y atención de los eventos relacionados con la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, que se presentan en los colegios intervenidos.

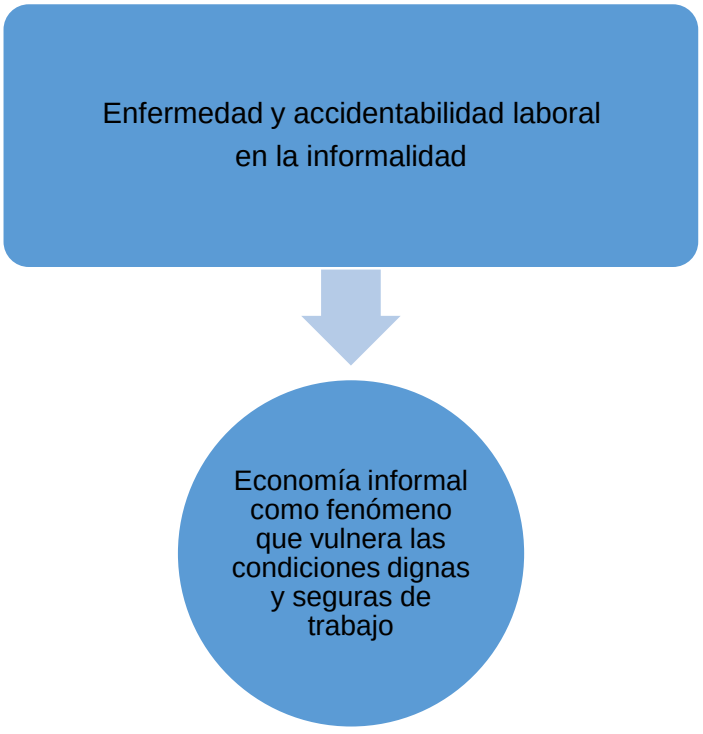
En cuanto a la salud mental, para el tema de conducta suicida desde VSP subsistema SISVECOS se realiza la intervención a eventos notificados a través de VSP, adicionalmente en el tema de consumo de SPA en el espacio público a través de los servicios de acogida y de la línea psicoactiva de igual forma se realiza identificación de riesgos en salud mental, entre ellos la conducta suicida, asociado al consumo de SPA, acciones desarrolladas en las UPZ Localidad de Puente Aranda, Zona Industrial, Ciudad Montes y San Rafael, de igual forma dentro de las acciones itinerantes se realiza intervención frente a la adopción de hábitos saludables para la comunidad, entre ellos la salud mental. En el espacio

educativo en el componente acompañarte se realizan grupos promotores de salud mental y convivencia, así como la identificación de estudiantes con riesgos psicosociales mediante tamizaje en salud mental y activación de rutas.

Tercer nodo: *economía informal como fenómeno que vulnera las condiciones dignas y seguras de trabajo*

El tercer nodo predominantemente económico denominado economía informal como fenómeno que vulnera las condiciones dignas y seguras de trabajo describe una tensión que es enfermedad y accidentabilidad laboral en la informalidad y que se ubica en las UPZ Zona Industrial y Localidad de Puente Aranda y se relaciona con la dimensión DSPS salud y ámbito laboral.

Figura 4. Tercer nodo y tensiones relacionadas, localidad de Puente Aranda, 2017



Fuente: SDS, Metodología para ubicación de tensiones identificadas en el territorio, 2017

Ahora bien, para explicar la tensión economía de enfermedades laborales y accidentabilidad laboral, se evidencia en la localidad un área industrial comprendida entre las calles 13 y 22, desde la Avenida 68 hasta la carrera 30,

alrededor de estas industrias se generan unidades productivas informales que precarizan las condiciones laborales de los trabajadores y no cumplen con normas sanitarias, ni ocupacionales, lo mismo pasa con el área comercial, que se encuentra establecida principalmente en el sector correspondiente a la calle 13 hasta la Avenida 6 y de la Avenida 68 a la carrera 30, en la localidad se encuentra el comercio conocido como “San Andresito de la 38”. Este sector ha sido punto de referencia comercial para la población capitalina, al existir oferta y demanda de productos importados y nacionales.

En el 2016, a través del Sivistra, se notificaron 151 accidentes y 50 enfermedades laborales en la localidad de Localidad de Puente Aranda, el 85 % de estos eventos se notifican a través del espacio trabajo, sin embargo, la mayoría de UTIS en la localidad se encuentran en las UPZ más residenciales y no en la zona industrial.

Los factores que refuerzan las enfermedades laborales y la accidentalidad son el trabajo informal, desconocimiento de la norma en riesgos laborales, la acción efectiva de las administradoras de riesgos laborales, la política de trabajo informal no tiene los recursos suficientes para dar cobertura a las necesidades de la población, incapacidad del estado para ofertar de manera suficiente empleos formales.

Las implicaciones de la accidentalidad y la enfermedad laboral son las discapacidades, invalidez laboral, disminución de los Ingresos en el núcleo familiar, necesidades Básicas Insatisfechas, perdida de años potencialmente productivos en la persona y la capacidad instalada y en peor de los casos la muerte.

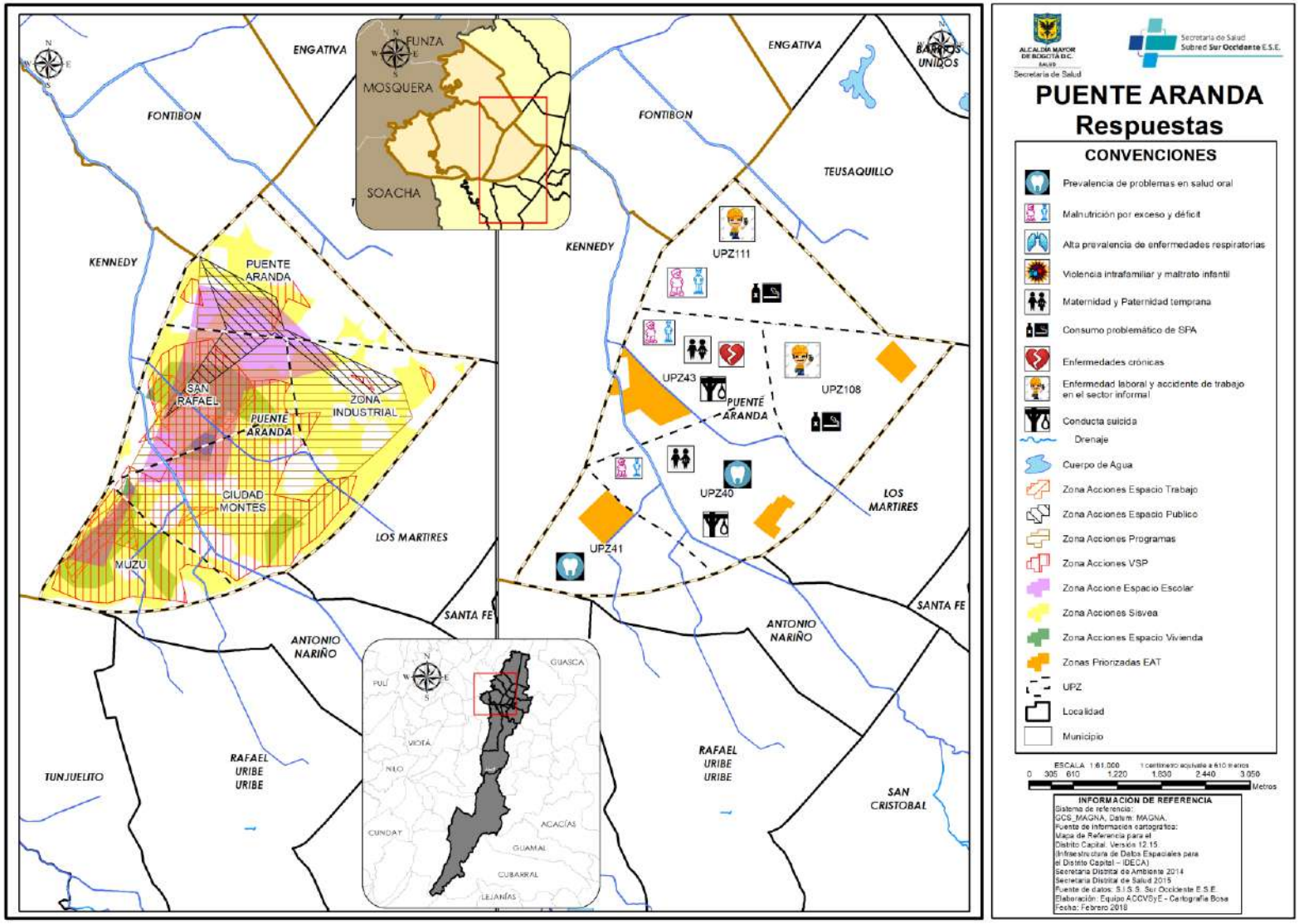
Análisis de la respuesta

En relación con la tensión de enfermedades laborales y accidentalidad laboral desde el espacio trabajo se realiza la identificación de unidades de trabajo informal, las cuales no cuentan con un la protección de riesgos laborales y se desarrolla la estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del

autocuidado y gestión del riesgo en salud, en esta estrategia se identifican las diferentes condiciones a las que están expuestos los trabajadores y se abordan temas en salud laboral haciendo énfasis en la prevención de accidentes, la enfermedad y el uso adecuado de las herramientas así como su mantenimiento preventivo, levantamiento adecuado de cargas, implementación de pausas activas, manejo adecuado de posturas bípedas y mantenidas, importancia de implementar señalización de seguridad y contar con equipo contra incendios y botiquín completo.

Además, se desarrollan tres Grupos Organizados de Trabajadores Informales en la UPZ Zona Industrial, una de las cuales donde se identifica la tensión, con una participación de 30 trabajadores, en estos grupos se realiza la caracterización de los trabajadores, asesorías en hábitos de vida saludable, seguridad y salud en trabajo, identificación y clasificación de los riegos para la salud en el trabajo, Índice Bogotano de Calidad del Aire -IBOCA-, Sistema General de Seguridad Social en Salud Integral, haciendo énfasis en Riesgos Laborales, enfermedades osteomusculares e importancia de la implementación de pausas activas. Por otra parte, desde el subsistema SIVISTRA se realiza la vigilancia de eventos (accidentes y enfermedades), que ocurren en los trabajadores informales.

Mapa 23. Respuestas en salud pública y tensiones priorizadas, localidad de Puente Aranda, 2017



6.3. Validación de contenidos

Con el fin de realizar validación de contenidos, se programaron y ejecutaron unidades de análisis con los diferentes espacios, programas y componentes de la Subred, en donde se socializaron los hallazgos del proceso de configuración inicial del territorio buscando que los participantes validaran o replantearan la información obtenida en el ejercicio de identificación de tensiones y construcción de nodos.

Es importante resaltar que Localidad de Puente Aranda es una localidad con dinámicas muy diferentes a las otras localidades de la Subred, no solo por su comportamiento demográfico, sino por las problemáticas particulares como la habitabilidad en calle que se acrecientan en el territorio. Además, los procesos políticos realizados desde los diferentes sectores son incipientes, debido a la no movilidad de los sectores para gestionar acciones, sin embargo, desde el componente 1 de Gobernanza se ha hecho un gran esfuerzo por articular las mesas de trabajo de los sectores y así, de manera conjunta analizar las acciones a realizar para dar después a las necesidades de la población.

Dado a lo anterior, la validación de contenidos solo se realizó desde los espacios de vida cotidiana y desde los procesos transversales, sin embargo, se espera con el esfuerzo realizado por los referentes de política, articularse con las mesas locales como las Unidades Técnicas de la localidad y la Comisión Local Intersectorial de la Participación para poder validar nodos y configurar el territorio de manera articulada a través de la identificación de las condiciones, calidad de vida y determinantes que generen situaciones indeseables.

6.4. Conclusiones y recomendaciones

El proceso de análisis síntesis, busca recoger la información desarrollada a lo largo del documento de análisis de la localidad, partiendo de los nodos identificados en el desarrollo de la metodología de construcción de agenda sectorial, e incluyendo los contendidos desarrollados transversalmente como el

análisis de desigualdades y el análisis de la situación de salud y enfermedad de la localidad, permitiendo integrar, sustentar y priorizar aquellas condiciones de salud que afectan la calidad de vida de los habitantes de la localidad de manera que se puedan formular acciones que busquen mejorar la calidad de vida de la población que se ve menoscaba por dichas condiciones.

Lo anterior, a través de las agendas sectoriales como espacio de discusión para que se puedan poner en análisis problemáticas sentidas de la población y se puedan proponer estrategias y acciones que den respuesta a las necesidades, se convierten en una herramienta eficaz para la identificación de actores estratégicos e intervenciones efectivas de acuerdo al contexto donde se generan las tensiones.

Al identificar situaciones tensionantes en la localidad y llegar a territorializar las acciones a través de los nodos se puede contar con una priorización de estas acciones, que en últimas buscan mitigar la situación identificada, ya sea competencia del sector salud o de otros sectores.

Sin embargo, el ejercicio se vuelve complejo por el flujo de intereses que no permite tener una acción articulada ya que cada institución o actor tienen intereses particulares que no se ven reflejados en el ejercicio.

Se hace por eso necesario la construcción conjunta de las propuestas partiendo de un ordenador que no solo priorice las acciones, sino que permita dar respuesta a las necesidades tanto de la población como de las instituciones.

A partir de lo descrito a través del documento y enfocados en la respuesta efectiva para las necesidades identificadas en la población de la localidad de Localidad de Puente Aranda se formulan las siguientes recomendaciones:

- La priorización de necesidades en salud debe partir de un abordaje específico por localidad teniendo en cuenta las particularidades de cada una, a pesar que las acciones se desarrollen a través de la Subred.

- Es necesario desarrollar acciones enfocadas en la población adulta mayor en mayor proporción que en las demás localidades de la Subred, considerando que Localidad de Puente Aranda concentra la mayor proporción de población adulta y adulta mayor, que requieren enfoque específico en algunas morbilidades como las condiciones crónicas y la discapacidad, específicamente en las UPZ Ciudad Montes y San Rafael. De igual manera, el accionar de los espacios debe concentrarse en donde se identifique la mayor población en riesgo de acuerdo a su accionar.

- Las acciones orientadas a los adolescentes y jóvenes deben enfocarse en el espacio educativo, pues es donde se concentra esta población en la localidad, que se caracteriza por concentrar mayor población adulta.

- Si bien es cierto que la priorización permite dar una respuesta más focalizada y efectiva a la comunidad, es necesario atender necesidades particulares fuera de los territorios priorizados.

- Considerando que la gestión del riesgo es el eje fundamental de las acciones desarrolladas en el PSPIC, se limita a la atención de usuarios de la EAPB Distrital Capital Salud y se dificulta la atención en otros regímenes de atención, por lo cual el establecimiento de acuerdos es prioritario, para lograr resolutividad en las necesidades en salud de los habitantes de la localidad, que en su mayoría pertenecen al régimen contributivo.

- Las acciones de espacio trabajo se concentran en las UPZ residenciales de la localidad, sin embargo es importante la ejecución de acciones en puntos específicas de las UPZ de la Zona Industrial ya que la vocación de estas UPZ genera también una alta actividad informal.

- Aunque las acciones del espacio educativo se ubican en colegios de todas las UPZ de la localidad y logra cumplir el objetivo de identificar riesgos en salud colectiva y la activación de rutas en salud, al estar focalizados por

cursos la cobertura es baja frente al total de la población escolar de la localidad es baja.

- Generar una ruta de promoción y prevención donde los niños y niñas que asistan a servicios de PyD o resolutivos se les garantice el acceso al 100 % de las acciones contempladas en el plan de beneficios (salud oral, crecimiento y desarrollo, vacunación, nutrición, etc).

- Focalizar la cobertura de las acciones en salud oral que se realizan en el plan de acciones colectivas con énfasis en la población menor de 5 años a través del tamizaje por perfil en el espacio vivienda en el componente de acciones familiares, actividades de IEC con énfasis en salud oral, nutrición y actividad física en las jornadas de espacio público.

- Para el ingreso a los programas y proyectos de atención a la primera infancia en Gsecretaría de integración social e ICBF, entre otros, incluir como requisito los controles en salud oral.

- A través de estrategia cuidarte (espacio educativo) y el componente de acciones en HCB (espacio vivienda) articular con Directores locales, rectores, docentes y madres comunitarias la inclusión de elementos de salud oral como requisito para la práctica de hábitos favorables durante la jornada escolar, así como los tiempos necesarios para el desarrollo de la misma.

- Desarrollar estrategia de huertas urbanas con grupos de adulto mayor y discapacidad, a través de asistencias técnicas, acompañamientos y generación de conocimiento, entorno a los temas de soberanía y seguridad alimentaria nutricional en articulación con otros sectores (IPES, SLIS, ambiente, jardín botánico.

- Implementar la capacitación a personal de salud (salud pública y asistencial) que atiende niños y niñas en prácticas de AIEIPI comunitario y la implementación de AIEPI clínico.

- Fortalecer la implementación de la tienda escolar de acuerdo a la resolución 2092 de 2015, realizando los respectivos, acompañamientos y seguimientos.

- Articular esfuerzos sectoriales e inter institucionales para el desarrollo de una propuesta de programa de actividad física enfocados en niños, jóvenes y adulto mayor.

- Generar espacios de sensibilización dirigidos a los adolescentes acerca de maternidad y paternidad temprana, prácticas sexuales y métodos de planificación, en las consultas que hagan en las unidades de servicios de salud de la localidad.

- Implementar el servicio amigable para jóvenes en la localidad con demanda inducida, así como posicionar la oferta de servicios como embarazo en adolescentes, consumo de SPA y conducta suicida.

- Ampliar la cobertura de Instituciones Educativas con la estrategia sintonizarte, cambiando la priorización por cursos sino teniendo en cuenta las problemáticas de cada institución.

- Promover acciones intersectoriales para mejorar las condiciones socioeconómicas de jóvenes y fortalecer la construcción de proyectos de vida que ofrezcan alternativas no basadas en la maternidad y la paternidad como principios.

- Construcción de estrategia conjunta (enlace SOFIA - Subred) para fortalecer el enrutamiento básico por parte de profesionales de trabajo social en casos de violencia sexual.

- Ofertar la cápita de la subred con Capital Salud para la remisión de casos al Centro de Atención a Drogodependientes -CAD-.

- Implementar los CAMAD Centros móviles de atención a Drogodependientes en la localidad, con el fin de garantizar la consulta y controles de los ciudadanos habitantes de calle con consumo problemático de SPA.

- Garantizar la expedición de la carta de población especial (habitante de calle) por parte de Secretaría Distrital de Integración Social, para que los ciudadanos habitantes de calle que deseen iniciar tratamientos y controles para deshabituación de consumo o rehabilitación lo puedan realizar sin presentar barreras de aseguramiento.

- Fortalecer procesos interinstitucionales con SDIS e IDIPRON para el manejo y tratamiento de la población con habitante de calle o en riesgo de habitar la calle por problemas de consumo de SPA.

- Crear cuadrantes de seguridad para SPA de tal forma que se pueda vigilar el microtráfico en los entornos escolares y los parques.

- Aumentar en un 50 % jornadas de identificación de condiciones crónicas garantizando el seguimiento por parte de las EAPB a los usuarios captados por la estrategia cuidate y ser feliz (espacio público)
- Control de eventos en salud (Hipoacusia Inducida por Ruido) exigiendo valoración periódica de la capacidad auditiva en aquellos entornos en dónde la exposición al ruido es alta y/o continua.

- Realizar análisis de puestos de trabajo en cuyas UTIS se evidencia algún riesgo que pueda potencializar un evento ATEL.

- Gestionar con el IPES la oferta de alternativas de generación de ingresos a la población de la economía informal que ejerce sus actividades en el espacio público, enfocándola hacia la formación, el

emprendimiento, el fortalecimiento empresarial y la gestión de plataformas comerciales competitivas.

- Trabajar coordinadamente con los sectores de educación, recreación y deporte, cultura y demás sectores para vincular a trabajadores en escenarios que permitan potencializar habilidades culturales, laborales o deportivas.

Bibliografía

1. Secretaría Distrital de Planeación. Monografía Localidad de Puente Aranda. Bogotá; 2011.
2. Diagnóstico Ambiental Local Localidad de Puente Aranda. Observatorio Ambiental de Bogotá;
3. Secretaría Distrital de Ambiente-Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá. Informe Anual de Calidad del Aire de Bogotá 2015. 2016.
4. Ministerio de la protección Social. Ley 1751 del 2015.
5. Diagnóstico Local con Participación Local Localidad de Puente Aranda. 2009.
6. Muñoz AM, Quiroz CM, Paz JJ. Efectos de la contaminación atmosférica sobre la salud en adultos que laboran a diferentes niveles de exposición
7. Hospital del Sur ESE. Análisis de la determinación Social de la Salud Localidad de Puente Aranda 2009
9. Secretaría Distrital de Salud. Grupo ACCVSyE. Guía para Elaboración del documento ACCVSyE. Bogotá D.C.; 2017.
10. Ministerio de salud y protección social. Análisis de Situación de Salud. Colombia, 2015. Bogotá D.C.; 2016.
11. Rice M. Primera Reunión del Foro Regional de Salud Urbana de la OPS/OMS. Ciudad de México; 2007.
12. Castaño LSÁ. Los Determinantes Sociales de la Salud: más allá de los factores de riesgo. Rev Gerenc y Políticas en Salud. 2009;8:69–79.
13. Social D de la P. Descripción del Enfoque Diferencial. Bogotá; 2012.
14. Colombia C de la R de. Ley 1448 de 2011. Bogotá; 2011.
15. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Plan Estadístico Nacional 2017 -2022. 2017.
16. GRUPO DE ANALISIS DE CALIDAD, CONDICIONES DE VIDA SYE. Guía para Elaboración del documento ACCVSyE. Bogotá; 2017.
17. Colombia P de la R de. Decreto 2957 de 2010. Bogotá; 2010.
18. Educación S de. Sistema Sexo Género. Colima; 2016.
19. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Discapacidad.

Malta; 2011.

20. Alcaldía mayor de Bogotá D.C. DECRETO 470 DE 2007 - Política Pública Distrital de Discapacidad. Bogotá; 2007.
21. Mujer SD de la. Mujeres en Cifras: Acercamiento al fenómeno de la prostitución en Bogotá. Bogotá; 2015.
22. Colombia C de la R de. Ley 1641 de 2013. Bogotá D.C.; 2013.
23. Alcalde Mayor de Bogotá DC. Política Pública para el fenómeno de habitabilidad en calle. Bogotá D.C.; 2015.
24. D.C. CD de B. PROYECTO DE ACUERDO No. 265 DE 2010. Bogotá; 2010.
25. Educación M de. Ambientes Escolares Libres de Discriminación. Bogotá; 2016.
26. NU, CEPAL C. Estudio sobre la distribución espacial de la población en Colombia. 2013.
27. Figueroa Quique J. Distribución espacial de la población
28. Aguilar MD. Las Dimensiones Espaciales De La Segregación Residencial En La Ciudad De Mérida, Yucatán, a Principios Del Siglo Xxi. Península
29. Secretaría Distrital de Salud. Guía Técnica del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. 2017.
30. Secretaría Distrital de Salud. Ficha Técnica de Espacios de Vida Cotidiana. 2017.
31. Secretaría Distrital de Salud. Ficha Técnica de Procesos Transversales. 2017.
32. Secretaría Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Anexo operativo 1 Gestión de la información para la vigilancia en salud pública. 2017.
33. Secretaría Distrital de Salud. Anexo Operativo del Componente 1: Posicionamiento de las políticas públicas que favorezcan la salud y la vida. 2017.