

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

Localidad de Kennedy

08



Alcalde Mayor de Bogotá
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaria de Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

Coordinación General del Documento
Diana Carolina Fajardo Niño

Referente de Vigilancia en Salud Pública
Smith Lozano

Autores Subred Sur Occidente

Diana Carolina Fajardo Niño
Claudia Patricia Beltrán Beltrán
Mónica Andrea Rodríguez Aranda
Adriana Lizette Colorado Arangure
Claudia Bermúdez Olaya
José Osney Velandia Rodríguez
Johanna Alexandra Mateus Ávila
Francisco Alejandro Forero Yanquen
Freddy Andrés Chitiva Zamudio
Javier Camilo Aguillón Pérez

Fotografía portada

Oficina asesora de comunicaciones Subred Sur Occidente

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

Calle 9 No. 39 - 46

Conmutador: 3753569, 3756579 Bogotá, D. C. - 2017

www.subredsuroccidente.gov.co

CONTENIDO

SIGLAS	18
INTRODUCCIÓN	19
OBJETIVOS	21
Objetivo General	21
Objetivos Específicos	21
1 CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO	22
1.1 Contexto Territorial.....	23
1.2 Estructura Demográfica	28
1.3. Dinámica Demográfica.....	34
2 ANÁLISIS DE CONDICIONES DE VIDA Y SALUD	47
2.1 Dimensión Poblacional.....	49
2.2 Dimensión Ambiental	56
2.3 Dimensión Ambiente Construido.....	64
2.4 Dimensión Social	75
2.5 Dimensión Económica	85
2.6 Dimensión Político-Administrativa.....	91
2.7. Conclusiones Capítulo 2	92
3 MORTALIDAD Y MORBILIDAD	95
3.1 Mortalidad	96
3.1.1 Mortalidad por Grandes Causas 6/67.....	97
3.1.2 Mortalidad por subgrupos grandes causas 6/67.....	100
3.1.3 Mortalidad Infantil y en La Niñez	125
3.1.4 Mortalidad materno - infantil y en la niñez.....	131
3.2 Análisis de la Estructura De Morbilidad.....	133
3.2.1 Morbilidad general y análisis de la prestación de servicios	133
3.2.2 Eventos de Vigilancia en Salud Pública	160
3.2.3 Eventos Precursores	190
3.2.4 Análisis y prioridades en morbilidad	194

4	ANALISIS POBLACIONES DIFERENCIALES	196
4.1	Apropiación Conceptual y Revisión De Antecedentes	198
4.2	Metodología	200
4.2.1	Comunidades Étnicas.....	204
4.2.2	Víctimas del Conflicto Armado (VCA):.....	205
4.2.3	Persona en Condición de Discapacidad (PCD):.....	206
4.2.4	Persona en Ejercicio de la Prostitución (PEP):.....	207
4.2.5	Ciudadano Habitante de Calle (CHC):.....	208
4.2.6	Recicladores, Carreteros Y Pequeños Bodegueros (RCPB):.....	209
4.2.7	Género y Nuevas Masculinidades	210
4.2.8	Población LGBTI	210
4.3	Contexto Demográfico de las Poblaciones Diferenciales y de Inclusión.....	212
4.3.1	Caracterización de la Atención Primaria en Salud.....	213
4.3.2	Natalidad y Mortalidad.....	217
4.3.3	Eventos en Salud Pública: Discapacidad y Morbilidad	220
4.3.4	Sistema De Información Para Víctimas - SIVIC	227
4.4	Relación de las Poblaciones diferenciales Con El Territorio	229
4.4.1	Población Víctima del Conflicto Armado.....	232
4.4.2	Personas con discapacidad.....	234
4.4.3	Población étnica	235
4.5	Condiciones de Vida y Determinantes	243
4.6	Necesidades en Salud	248
4.6.1	Comunidades étnicas: afro (afrodescendientes, raizales y palenqueros), indígenas (todos los pueblos) y Rom – gitanos.....	250
4.6.2	Discapacidad (incluye todos los tipos de discapacidad)	250
4.6.3	Víctimas del Conflicto Armado (incluye todos los hechos victimizantes).....	255
4.6.4	Ciudadanos Habitantes de Calle	255
4.6.5	Persona en Ejercicio de Prostitución:	256
4.6.6	LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transgeneristas e intersexuales):.....	258
4.6.7	Reciclador, Carretero, Pequeño Bodeguero.....	258
4.7	Acciones en Salud Pública y Experiencias Exitosas	260

4.7.1	Población Étnica.....	260
4.7.2	Población con Discapacidad	262
4.7.3	Víctimas del Conflicto Armado.....	262
4.7.4	Ciudadano Habitante de Calle.....	264
4.7.5	Personas en ejercicio de prostitución	266
4.7.6	Población LGBTI	267
4.7.7	Reciclador, Carretero, Pequeño Bodeguero.....	267
5	ACCIONES EN SALUD PUBLICA	270
5.1	Espacios de Vida Cotidiana	273
5.1.1	Espacio Público.....	273
5.1.2	Espacio Educativo	283
5.1.3	Espacio Vivienda.....	289
5.1.4	Espacio Trabajo.....	302
5.2	Procesos Transversales.....	306
5.2.1	Vigilancia en Salud Pública (VSP).....	306
5.2.2	Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública (GPAISP) 323	
5.2.3	Gobernanza.....	326
6	ANALISIS Y SINTESIS	335
6.1	Metodología	337
6.2	Configuración del territorio, identificación y priorización de las tensiones y construcción de nodos.....	341
6.2.1	Identificación y priorización de las tensiones.....	341
6.2.2	Espacialización de las Tensiones.....	344
6.2.3	Análisis de las tensiones que confluyen en los nodos y su respuesta	347
6.3	Validación de contenidos	372
6.4	Recomendaciones para la Agenda	372
	BIBLIOGRAFIA	382

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características de Superficie y Clasificación UPZ localidad de Kennedy, 2016	24
Tabla 2. Distribución Población localidad de Kennedy, 2016	29
Tabla 3. Densidad Poblacional Localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, Año 2016	30
Tabla 4. Distribución población por momentos de cursos de vida y sexo, Localidad de Kennedy respecto a la Subred Sur Occidente, Año 2016	32
Tabla 5. Distribución personas, hogares y vivienda Localidad de Kennedy, 2011 y 2014	32
Tabla 6. Distribución población diferencial, localidad de Kennedy respecto a la Subred Sur Occidente, 2014	33
Tabla 7. Distribución aseguramiento Localidad de Kennedy respecto a la Subred Sur Occidente, Bogotá, 2016	34
Tabla 8. Indicadores de estructura demográfica Localidad de Kennedy 2005, 2016 y 2020	35
Tabla 9. Indicadores de estructura demográfica localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, Bogotá 2012, 2014 y 2016	37
Tabla 10. Tasa de Fecundidad por Grupos de Edad. localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, Bogotá, 2012, 2014 y 2016	38
Tabla 11. Razón de Masculinidad por Grupos de Edad, Localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, Bogotá, 2012, 2014 y 2016	39
Tabla 12. Comportamiento por variables nacimientos en adolescentes, localidad de Kennedy, años 2012-2016	43
Tabla 13. Condiciones de vida en la dimensión Poblacional de la localidad de Kennedy 2016	50
Tabla 14. Condiciones de vida en la dimensión Ambiente de la localidad de Kennedy 2016	56
Tabla 15 Condiciones de vida en la dimensión Ambiente Construido de la localidad de Kennedy, 2016	64

Tabla 16. Condiciones de vida en la dimensión Social de la localidad de Kennedy 2016	76
Tabla 17. Condiciones de vida en la dimensión Económica de la localidad de Kennedy 2016	85
Tabla 18. Condiciones de vida en la dimensión Político-Administrativa de la localidad de Kennedy 2016	91
Tabla 19. Tasas ajustadas de mortalidad por Enfermedades Trasmisibles por localidad, Kennedy y Subred Sur Occidente, 2014	102
Tabla 20. Tasas ajustadas de mortalidad Neoplasias por localidad, localidad de Kennedy y Subred Sur Occidente, 2014	106
Tabla 21. Tasas ajustadas de mortalidad Enfermedades del Sistema Circulatorio, localidad de Kennedy y Subred Sur Occidente, 2014	112
Tabla 22. Tasas ajustadas de mortalidad por afecciones del periodo Perinatal, localidad de Kennedy y Subred Sur Occidente, 2014	115
Tabla 23. Tasas ajustadas de mortalidad por Causas Externas, localidad de Kennedy y Subred Sur Occidente, 2014	119
Tabla 24. Tasas ajustadas de mortalidad por Causas Externas, localidad de Kennedy y Subred Sur Occidente, 2014	123
Tabla 25. Mortalidad infantil por subgrupo de causas y sexo, localidad de Kennedy, 2012-2014	127
Tabla 26. Mortalidad 1 a 4 años por subgrupo de causas y sexo, localidad de Kennedy, 2012-2014	129
Tabla 27. Mortalidad menor de cinco años por subgrupo de causas y sexo, localidad de Kennedy, 2012-2014	131
Tabla 28. Resultado Indicadores Salud materno infantil Semaforización Comportamiento respecto al Distrito Capital Subred Suroccidente, localidad de Kennedy 2012-2014	132
Tabla 29. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 por sexo, localidad de Kennedy, 2016	135
Tabla 30. Distribución de atenciones e individuos por tipo de atención y grupo de causas, localidad de Kennedy, 2016	137

Tabla 31. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Primera infancia, Distrito, Subred Sur Occidente, localidad de Kennedy, 2016.....	141
Tabla 32. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 por Infancia, Distrito Subred Sur Occidente, localidad de Kennedy, 2016.....	143
Tabla 33. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Adolescencia, Distrito, Subred Sur Occidente, localidad de Kennedy, 2016.....	145
Tabla 34. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Juventud, Distrito, Subred Sur Occidente, localidad de Kennedy, 2016.....	147
Tabla 35. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Adultez, Distrito, Subred sur Occidente, localidad de Kennedy, 2016.....	149
Tabla 36. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Vejez, Distrito, Subred Sur Occidente, localidad de Kennedy, 2016.....	151
Tabla 37 Total atenciones por 20 primeros diagnósticos, por sexo, Localidad de Kennedy, 2016.....	153
Tabla 38. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Red Adscrita, Distrito, Subred Sur Occidente, localidad de Kennedy, 2016.....	155
Tabla 39. Prestadores de servicios de salud, Distrito, Subred Sur Occidente y localidad de Kennedy, diciembre 2015.....	157
Tabla 40. Servicios habilitados, Red Pública, localidad de Kennedy, 2016.....	159
Tabla 41. Capacidad Instalada, Red Pública, localidad de Kennedy, 2016.....	160
Tabla 42. Proporción de notificación eventos Sivigila agrupado dimensiones PDSP y localidad frente al Distrito, Subred Sur Occidente, 2016.....	162
Tabla 43. Proporción de notificación eventos Sivigila agrupado dimensiones PDSP, UPZ frente a la localidad de Kennedy, 2016.....	164
Tabla 44. Tasa de notificación por 100.000 habitantes grupo de eventos Sivigila Bogotá, Subred Sur Occidente y sus localidades, 2016.....	165
Tabla 45. Tasa de notificación por 100.000 habitantes grupo de eventos Sivigila, localidad de Kennedy y sus UPZ, 2016.....	167
Tabla 46. Proporción de aporte al Distrito Sivigila notificación colectiva, Localidad de Kennedy, 2016.....	173

Tabla 47. Proporción de aporte Sivigila notificación colectiva, UPZ, Localidad de Kennedy, 2016	173
Tabla 48. Proporción de notificación eventos Sivigila agrupado dimensiones PDSP y Subred Sur Occidente, 2016	175
Tabla 49. Proporción de notificación grupo de eventos Sivigila D.C., localidad de Kennedy y sus UPZ, 2016.....	176
Tabla 50. Tasa de notificación por 100.000 habitantes grupo de eventos Sivigila D.C., Distrito, localidad, Subred Sur Occidente, 2016	177
Tabla 51. Tasa de notificación por 100.000 habitantes grupo de eventos Sivigila D.C., localidad de Kennedy y sus UPZ, 2016.....	178
Tabla 52. Proporción de notificación grupo de eventos SISVAN Localidad de Kennedy y sus UPZ, 2016.....	179
Tabla 53. Proporción de notificación grupo de eventos VESPA, Lesiones de Causa Externa, SISVECOS y Sivim, localidad de Kennedy y sus UPZ, 2016.....	182
Tabla 54. Proporción de notificación grupo de eventos SISVESO, SIVISTRA, Discapacidad, localidad de Kennedy y sus UPZ, 2016	187
Tabla 55. Comportamiento prevalencia diabetes mellitus respecto al Distrito, localidad de Kennedy, 2012-2016	190
Tabla 56. Comportamiento diabetes mellitus por tipo de atención, localidad de Kennedy, 2016	193
Tabla 57. Poblaciones diferenciales, localidad de Kennedy, 2014.....	203
Tabla 58. Población Diferencial Caracterizada según Sexo y Peso Porcentual dentro de la Población Caracterizada, localidad de Kennedy, 2016	214
Tabla 59. Población diferencial Caracterizada según sexo y curso de vida, localidad de Kennedy, Año 2016.....	216
Tabla 60. Resultados para Poblaciones Diferenciales de los Nacidos Vivos – NNVV, localidad de Kennedy, año 2016	218
Tabla 61. Mortalidad en población étnica por momento del curso de vida y sexo, Kennedy, 2016	219
Tabla 62. Población con Discapacidad Identificada, localidad de Kennedy, 2016 ..	220

Tabla 63. Indicadores demográficos personas con discapacidad, localidad de Kennedy, Registradas ente 2004 – 2016	222
Tabla 64. Distribución personas con discapacidad por UPZ de residencia, localidad de Kennedy, registradas entre 2004 – 2016.....	222
Tabla 65. Morbilidad en Salud Pública para Comunidades Étnicas, localidad de Kennedy, año 2015 – 2016	224
Tabla 66. Morbilidad en Salud Pública para población diferencial, localidad de Kennedy, año 2015 – 2016	225
Tabla 67. Población Víctima del Conflicto Armado Identificada. Localidad de Kennedy, 2016.	228
Tabla 68. Resumen de la Distribución Demográfica según caracterización y registro en Salud de la Población Diferencial localidad Kennedy, años 2016 – 2017	228
Tabla 69. Dificultad permanente de las Personas con Discapacidad por curso vital, localidad de Kennedy, 2016	252
Tabla 70 Cobertura Espacio Educativo por UPZ componentes de acción integradora Sintonizarte, localidad Kennedy, 2017	287
Tabla 71 Cobertura Espacio Educativo en Colegios Oficiales, localidad Kennedy, 2017	288
Tabla 72 Canalización efectiva componente gestion del riesgo Espacio Vivienda, localidad de Kennedy, mayo a diciembre 2017	295
Tabla 73. Eventos valorados en verde de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones, Kennedy, Subred Sur Occidente, 2017.....	342
Tabla 74. Eventos valorados en amarillo de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones, Kennedy, Subred Sur Occidente, 2017.....	342
Tabla 75. Eventos valorados en rojo de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones, Kennedy, Subred Sur Occidente, 2017.....	343
Tabla 76. Eventos valorados en rojo y amarillo de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones para su espacialización, Kennedy, Subred Sur Occidente, 2017.	344

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Pirámide de Población Localidad de Kennedy, 2005, 2016 y 2020	31
Gráfica 2. Serie de Nacidos Vivos localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente Años 2011- 2016	40
Gráfica 3. Tasa Especifica 10 a 14 años, localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, Bogotá Años 2011- 2016.....	41
Gráfica 4. Tasa Específica 15 A 19 años, localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, Bogotá, Años 2011- 2016.....	41
Gráfica 5. Nacimientos por grupos de edad, localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, Años 2011- 2016.....	42
Gráfica 6. Comportamiento de la Mortalidad, localidad de Kennedy, 2012-2014..	97
Gráfica 7. Tasas ajustadas de mortalidad por grandes causas, localidad de Kennedy, 2012 – 2014	98
Gráfica 8. Tasas ajustadas de mortalidad por grandes causas y sexo, Localidad de Kennedy, 2012 – 2014	99
Gráfica 9 Tasas crudas de mortalidad subgrupo de enfermedades transmisibles por quinquenios, localidad de Kennedy 2012 – 2014.....	100
Gráfica 10. Mortalidad subgrupo enfermedades transmisibles, localidad de Kennedy, 2012 – 2014	101
Gráfica 11. Tasas ajustadas de mortalidad por sexo para subgrupos de Enfermedades Transmisibles, localidad de Kennedy, 2012 – 2014.....	103
Gráfica 12 Tasas crudas de mortalidad subgrupo de neoplasias por quinquenios, localidad de Kennedy 2012 – 2014	104
Gráfica 13. Mortalidad subgrupo neoplasias, localidad de Kennedy, 2012 – 2014	105
Gráfica 14. Tasas ajustadas de mortalidad Neoplasias, localidad de Kennedy, 2012 – 2014	108
Gráfica 15 Tasas crudas de mortalidad subgrupo de enfermedades del sistema circulatorio por quinquenios, localidad de Kennedy 2012 – 2014.....	110
Gráfica 16. Mortalidad subgrupo enfermedades del sistema circulatorio, localidad de Kennedy, 2012 – 2014	111

Gráfica 17. Tasas ajustadas de mortalidad Enfermedades del Sistema Circulatorio, localidad de Kennedy, 2012 – 2014	113
Gráfica 18. Mortalidad subgrupo afecciones en el periodo perinatal, localidad de Kennedy, 2012 – 2014	114
Gráfica 19. Tasas ajustadas de mortalidad Afecciones Perinatales, localidad de Kennedy, 2012 – 2014	116
Gráfica 20. Tasas crudas de mortalidad subgrupo de causas externas por quinquenios, localidad de Kennedy 2012 – 2014.....	117
Gráfica 21. Mortalidad subgrupo causas externas, localidad de Kennedy, 2012 – 2014	118
Gráfica 22. Tasas ajustadas de mortalidad Causas Externas, Localidad de Kennedy, 2012 – 2014	120
Gráfica 23. Tasas crudas de mortalidad subgrupo de demás causas por quinquenios, localidad de Kennedy 2012 – 2014	121
Gráfica 24. Mortalidad subgrupo Demás causas, localidad de Kennedy 2012 – 2014	122
Gráfica 25. Tasas ajustadas de mortalidad Causas Externas, localidad de Kennedy, 2012 – 2014	125
Gráfica 26. Mortalidad infantil por subgrupo de causas, localidad de Kennedy, 2012-2014	126
Gráfica 27. Mortalidad 1 a 4 años por subgrupo de causas, localidad de Kennedy, 2012-2014.....	128
Gráfica 28. Mortalidad menor de cinco años por subgrupo de causas, localidad de Kennedy, 2012-2014.....	130
Gráfica 29. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67, Localidad de Kennedy, 2012-2016.....	134
Gráfica 30. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 primera infancia, localidad de Kennedy, 2012-2016.....	142
Gráfica 31. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Infancia, localidad de Kennedy, 2012-2016.....	144

Gráfica 32. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Adolescencia, localidad de Kennedy, 2012-2016.....	146
Gráfica 33. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Juventud, localidad de Kennedy, 2012-2016.....	148
Gráfica 34. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Adulthood, localidad de Kennedy, 2012-2016.....	150
Gráfica 35. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Vejez, localidad de Kennedy, 2012-2016.....	152
Gráfica 36. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Red Adscrita, localidad de Kennedy, 2012-2016.....	156
Gráfica 37. Comportamiento notificación Sivigila nacional curso de vida vs dimensión plan decenal, localidad de Kennedy, 2016.....	161
Gráfica 38. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila Dimensión Enfermedades Trasmisibles, localidad de Kennedy, 2016.....	168
Gráfica 39. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila Dimensión Salud Sexual y Derechos Reproductivos, Localidad de Kennedy, 2016.....	169
Gráfica 40. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila Dimensión convivencia social y salud mental, localidad de Kennedy, 2016.....	170
Gráfica 41. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila Dimensión Salud ambiental, localidad de Kennedy, 2016.....	171
Gráfica 42. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila Dimensión Vida saludable y condiciones no trasmisibles, localidad de Kennedy, 2016.....	172
Gráfica 43. Comportamiento notificación Sivigila distrital curso de vida vs dimensión plan decenal, localidad de Kennedy, 2016.....	174
Gráfica 44. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila Distrital, Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional, localidad de Kennedy, 2016....	180
Gráfica 45. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos VESPA, Dimensión Convivencia social y salud mental, localidad de Kennedy, 2016.....	183
Gráfica 46. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos SISVECOS, Dimensión Convivencia social y salud mental, localidad de Kennedy, 2016.....	184

Gráfica 47. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Lesiones Causa Externa. Dimensión Convivencia social y salud mental, localidad de Kennedy, 2016	185
Gráfica 48. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos SIVIM. Dimensión Convivencia social y salud mental, localidad de Kennedy, 2016.....	186
Gráfica 49. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila Distrital Discapacidad, Dimensión Vida saludable y condiciones no trasmisibles, localidad de Kennedy, 2016	188
Gráfica 50. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila Distrital SISVESO, Dimensión Vida saludable y condiciones no trasmisibles, localidad de Kennedy, 2016	189
Gráfica 51. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila Distrital SIVISTRA, Dimensión Vida saludable y condiciones no trasmisibles, localidad de Kennedy, 2016	190
Gráfica 52. Comportamiento diabetes mellitus por sexo, localidad de Kennedy, 2012-2016	191
Gráfica 53. Comportamiento diabetes mellitus por curso de vida, localidad de Kennedy, 2012- 2016	192
Gráfica 54. Comportamiento diabetes mellitus por tipo de Red, localidad de Kennedy, 2012- 2016	193
Gráfica 55. Pirámides Poblacionales caracterizado APS por tipo de Población diferencial, Localidad de Kennedy, Año 2016	215
Gráfica 56. Pirámide poblacional personas con discapacidad, Localidad de Kennedy, Registradas entre 2004 – 2016	221
Gráfica 57. Víctimas del conflicto armado por Momento de curso Vital, localidad de Kennedy, 2017	227
Gráfica 58. Proporción de las poblaciones diferenciales según volumen demográfico, localidad de Kennedy, año 2016	231
Gráfica 59. Distribución de Población Víctima de Conflicto Armado en la localidad Kennedy, por UPZ, año 2017	233

Gráfica 60. Proporción de las poblaciones Étnicas según su Clasificación, localidad de Kennedy, Año 2016..... 235

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Riesgo Tecnológico y Estratificación, Kennedy, 2016	26
Mapa 2. Dimensión poblacional, Localidad de Kennedy, 2016	54
Mapa 3. Dimensión ambiental, Localidad de Kennedy, 2016.....	61
Mapa 4. Dimensión ambiente construido, Localidad de Kennedy, 2016	68
Mapa 5. Dimensión ambiente construido en educación. Localidad de Kennedy, 2016	70
Mapa 6. Dimensión ambiente construido en salud, Localidad de Kennedy, 2016	71
Mapa 7. Dimensión ambiente construido en seguridad, Localidad de Kennedy, 2016	73
Mapa 8. Dimensión Social, Localidad de Kennedy, 2016	84
Mapa 9. Dimensión Económica, Localidad de Kennedy, 2016	90
Mapa 10. Oferta de Servicios de Salud, localidad de Kennedy, 2016.....	158
Mapa 11. Distribución espacial de las poblaciones diferenciales priorizadas, localidad de Kennedy, año 2016	238
Mapa 12 Cartografía Social población LGBTI, localidad de Kennedy, año 2017	240
Mapa 13 Cartografía Social población PEP, localidad de Kennedy, año 2016	242
Mapa 14. Espacialización acciones integradoras, Espacio Público, Localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente E.S.E.	274
Mapa 15. Cobertura de acciones Espacio Educativo, Localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente E.S.E.	285
Mapa 16. Cobertura acciones integradoras, Espacio vivienda, Localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente E.S.E.	293
Mapa 17. Cobertura acciones integradoras, Espacio Trabajo, Localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente E.S.E.	304
Mapa 18. Cobertura de intervenciones epidemiológicas de campo, Vigilancia en Salud Pública, Localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente E.S.E.	308
Mapa 19. Cobertura de visitas de Inspección, vigilancia y Control Sanitario, Subsistema SISVEA de Vigilancia en Salud Pública, Localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente E.S.E.	318
Mapa 20. Gestión e intervención de las políticas públicas en la localidad de Kennedy, vigencia abril 2017 -febrero 2018, Gobernanza.	328
Mapa 21. Nodos identificados para la localidad de Kennedy, 2017	346
Mapa 22. Respuesta frente a tensiones identificadas para la localidad de Kennedy, 2017	371

LISTA DE FIGURAS

Figura 4.1 Convenciones para identificar los elementos de las tensiones en el mapa	345
Figura 4.2 Primer nodo y tension relacionada, Kennedy, 2017	347
Figura 4.3 Segundo nodo y tensiones relacionadas, Kennedy, 2017.....	353
Figura 4.4 Tercer nodo y tensiones relacionadas, Kennedy, 2017.....	358
Figura 4.5 Tercer nodo y tensiones relacionadas, Kennedy, 2017.....	367

SIGLAS

Accvsye: Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad

ASIS: Análisis de la situación integral de la salud

DANE: Departamento administrativo nacional de estadísticas

E.S.E: Empresa Social del Estado

E.A.A.B. Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá

Ha: Hectárea

Ideca: Infraestructura de datos espaciales del Distrito Capital.

IDU: Instituto de Desarrollo Urbano

IRCA: Índice de riesgo de calidad del agua.

m.s.n.m: Metros sobre el nivel del mar.

ONIC: Organización nacional indígena de Colombia.

PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones

PDSP: Plan decenal de salud pública.

POT: Plan de ordenamiento territorial.

Pspic: Plan de salud pública de intervenciones colectivas

Rmcab: Red de monitoreo de calidad del aire en Bogotá

RUAF: Registro Único de Afiliados

Sgsss: Sistema general de seguridad social en salud

UPZ: Unidad de planeamiento zonal

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 Kennedy 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 específica.

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.

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 Kennedy, 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

La Localidad de Kennedy está conformada por 12 UPZ (40%) de las 30 que conforman la Subred Sur Occidente. Estas UPZ son Américas, Carvajal, Castilla, Kennedy Central, Timiza, Tintal Norte, Calandaima, Corabastos, Gran Britalia, Patio Bonito, Las Margaritas, Bavaria. Esta localidad está ubicada al Sur Occidente de la zona urbana de Bogotá. Como ciudad región¹, Limita al norte con la localidad de Fontibón por medio del río Fucha y la Calle 13, al sur con las localidades de Bosa y Tunjuelito separados por la Autopista Sur y el río Tunjuelo y la Avenida Calle 40 sur, al oriente con la localidad de Puente Aranda que lindan con la Avenida 68 y al occidente con el municipio de Mosquera limitado por el río Bogotá.

Su extensión es de 3.859 Ha de las cuales 3.606,4 Ha (93,4%) corresponden a uso de suelo urbano y 252,6 (6,6%) corresponden a suelo de expansión urbana y no cuenta con suelo rural. Esta localidad tiene el 34% de superficie del territorio que corresponde a la Subred Sur Occidente (1).

Las UPZ que representan más del 60% del territorio de la Localidad son: Castilla (13%), Carvajal (11,7%), Timiza (11,2%), Américas (9,9%), Tintal Norte (8,9%) y Kennedy Central (8,7%). De acuerdo a las clasificaciones contenidas en el Decreto 619 de 2000 por medio del cual se adoptó el POT, las UPZ de la Localidad presentan el siguiente comportamiento: El 33%(4) tienen una clasificación residencial consolidada que son viviendas de estrato medio con cambios de uso de suelo no planificado; el 25%(3) corresponden a residencial urbanización incompleta, con viviendas de estratos uno y dos que presentan deficiencias en infraestructura, acceso y equipamientos, el 17% (2) se clasifican en Desarrollo donde hay poco desarrollo y muchos predios desocupados, con este mismo porcentaje esta la clasificación industrial y dotacional siendo característico la industria y producción de equipamientos urbanos y metropolitanos y con un 8%(1) con centralidad urbana

¹ El concepto de ciudad región es un movimiento global que busca la comprensión del desarrollo territorial estableciendo redes productivas. En este caso, busca la integración de las entidades territoriales que conectan la sabana de Bogotá.

donde se ha desplazado el uso residencial del territorio por uso para fomento de la actividad económica (2).

En la localidad de Kennedy se encuentran cinco estratos que van del estrato 1 (uno) al estrato 4 (cuatro) si se observa el mapa 1 se puede observar que prima el estrato 2 con el 48% del cubrimiento en la localidad, en cambio el estrato 3 tiene el segundo puesto 38%, se presenta en una menor medida los estratos 4 y 1. En la distribución de los predios de acuerdo a la destinación económica el 89% es de uso residencial, el sector comercial desarrollado en corredor comercial, en centro comercial y en comercio puntual (ubicado en zonas residenciales) es del 7.17% y el 0.43% corresponde al sector con destinación eminentemente industrial.

Tabla 1. Características de Superficie y Clasificación UPZ localidad de Kennedy, 2016

Código UPZ	Nombre UPZ	Área (ha)	% área total UPZ localidad	% área total UPZ subred	No. de Barrios	Clasificación
44	Américas	380,97	9,9	3,4	35	Con centralidad urbana
45	Carvajal	438,59	11,4	3,9	39	Residencial consolidado
46	Castilla	503,2	13	4,4	51	Residencial consolidado
47	Kennedy Central	337,21	8,7	3	37	Residencial consolidado
48	Timiza	430,44	11,2	3,8	49	Residencial consolidado
78	Tintal Norte	343,37	8,9	3	12	Desarrollo
79	Calandaima	318,93	8,3	2,8	30	Desarrollo
80	Corabastos	184,53	4,8	1,6	24	Residencial urbanización incompleta
81	Gran Britalia	179,9	4,7	1,6	21	Residencial urbanización incompleta

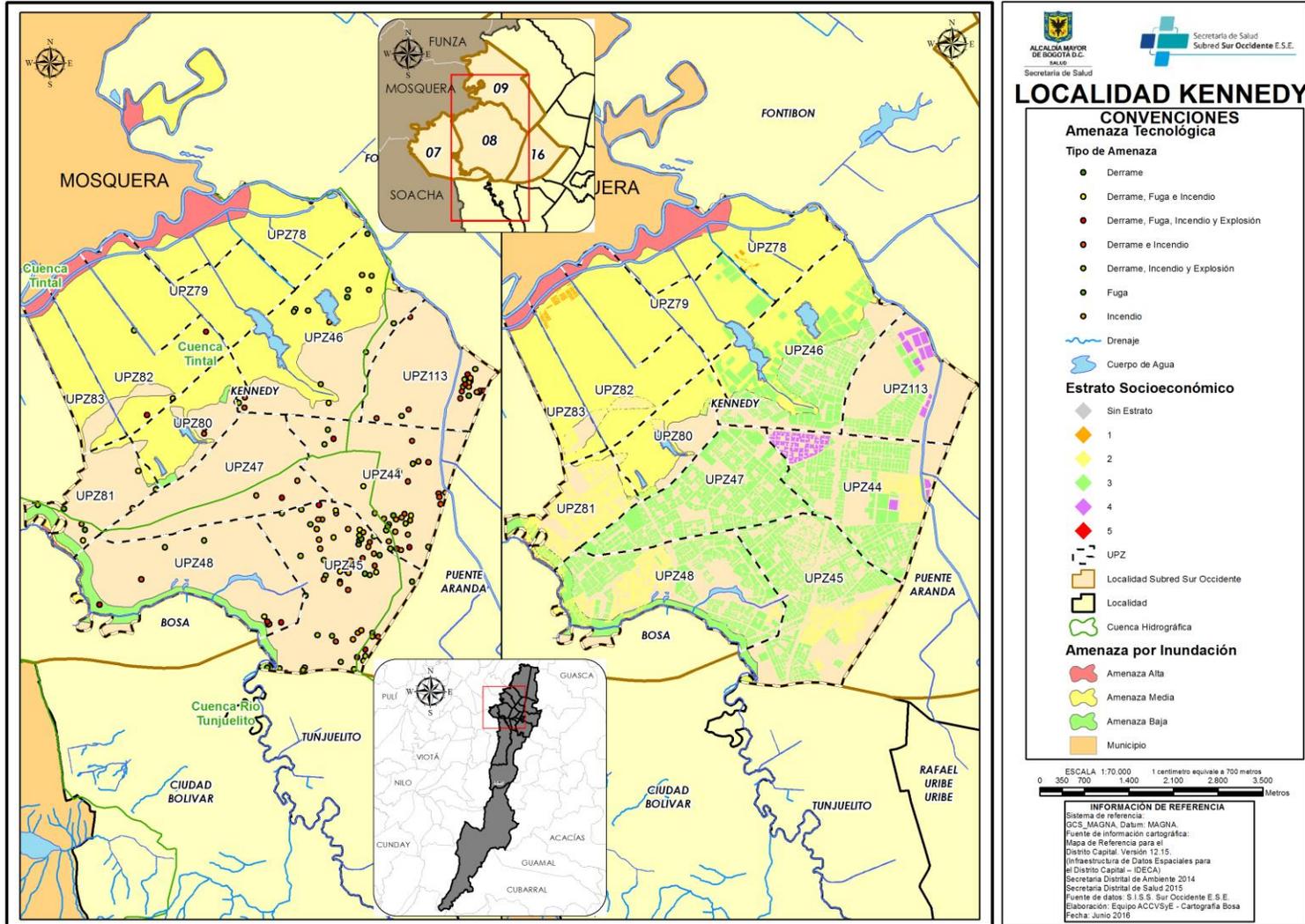
82	Patio Bonito	317,32	8,2	2,8	47	Residencial urbanización incompleta
83	Las Margaritas	147,24	3,8	1,3	5	Predominantemente dotacional
113	Bavaria	277,23	7,2	2,5	16	Predominantemente industrial
TOTAL		3858,93	100,1	34,1	366	

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Decreto 690 de 2000 Decreto 190 de 2004. Bogotá

Kennedy se caracteriza por ser netamente plana con algunas depresiones sobre el canal Cundinamarca. Su altitud es de 2.535 msnm En cuanto a la temperatura tiene un promedio de 14,6°C anual, con una humedad relativa promedio de 75%, típica de la zona media de Bogotá. La precipitación acumulada anual en promedio es 479 mm (3).

Las condiciones geomorfológicas e hidrológicas del terreno donde está la localidad de Kennedy se caracterizan por ser zona de humedales parte del valle aluvial del Río Bogotá, zonas con un alto nivel freático y, por tanto, con amenaza de inundación en temporada de lluvias, constituyéndose éste en el principal riesgo contemplado en el plan local de emergencias y desastres. Adicionalmente las UPZ 78 y 79 de la localidad donde se concentra principalmente la amenaza de inundación se encuentra dentro de la cuenca Tintal, la cual se caracteriza porque en esta se encuentran gran cantidad de cuerpos de agua, canales y la convergencia del río Fucha con el río Bogotá, a esto se suma que las UPZ se encuentran en las zonas de menor altitud de la Localidad, lo cual aumenta su riesgo (4).

Mapa 1. Riesgo Tecnológico y Estratificación, Kennedy, 2016



El sistema hidrográfico de la localidad está compuesto principalmente por el Río Bogotá que atraviesa la localidad en su parte occidental sirviendo como límite natural entre la localidad y el municipio de Mosquera. El río Fucha la recorre por la parte norte que sirve de límite natural con la localidad de Fontibón y el río Tunjuelo en la parte sur siendo este el límite con la localidad de Bosa. La Cuenca del río Tunjuelo, conformada por una zona alta propicia para actividades agrícolas y una zona baja actualmente urbanizada, se caracteriza por regímenes de alta pluviosidad que producen crecientes de gran magnitud, en esta cuenca se localizan las UPZ Américas, Carvajal, Timiza. Cuenta además con un sistema de Humedales encontrándose: El Burro, La Vaca y Techo principalmente. El humedal El Burro presenta uso inadecuado en la zona de ronda y la zona de manejo y preservación ambiental (ZMPA). Para el 2011, la autoridad ambiental del distrito y la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá (EAAB) adelantó la recuperación de las condiciones físicas, ecológicas y paisajísticas del mismo (5).

Los procesos históricos de emplazamiento de la población e inicio del desarrollo urbanístico dieron inicio a las afectaciones ambientales, afectando en primera medida a los grandes cuerpos de agua que fraccionaron la laguna del Tintal, modificando el funcionamiento normal del sistema hídrico de la zona, ubicándose las zonas inundables en el costado oriental del río Bogotá y al lado norte del río Tunjuelo, por lo que la UPZ Patio Bonito presenta una amenaza alta de este tipo. El total de zonas de amenaza es de 323,62 ha, lo que corresponde al 8,3% del territorio local.

La localidad de Kennedy se considera como fuente de contaminación alta clase 1², por material particulado PM10, esto se debe a su amplio parque automotor. De acuerdo a los datos obtenidos por la Red de Monitoreo de Calidad de Aire de Bogotá (RMCAB) año 2013 se identifican fuentes móviles generadores de

² De acuerdo al Decreto 003 de 2016, Art 108 clasificación de “Áreas-fuente” de contaminación, alta clase 1 se define como aquellas áreas en las que la concentración de contaminantes excede con una frecuencia igual o superior al 75% de los casos de la norma de calidad anual.

contaminación los cuales se intensifican en vías, tales como Avenida Ciudad de Cali, Agoberto Mejía, Primera de Mayo y 68 en la Carrera 76 y Calle 33 sur. En relación al sector industrial, en esta localidad se pueden hallar tintorerías, fundiciones, industria galvánica, y en general la industria metalmeccánica, la cual aporta un gran peso para consecución de índices de contaminación tan elevados. Otra actividad resulta de la quema ilegal de madera, llantas, y plástico en la UPZ Patio Bonito.

En cuanto al riesgo tecnológico se concentra una importante cantidad de industrias químicas hacia el sector de Provienda, Provienda Occidental, Provienda Oriental, Provienda Norte y Lusitania que corresponden a las UPZ Carvajal y Américas.

Según datos de Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá (IDECA) Jardín Botánico José Celestino Mutis, para el año 2015 la localidad de Kennedy posee 116.305 árboles y 519 parques, concentrando el 40% de parques y el 48% de árboles de la Subred Suroccidente. Las cinco UPZ que presentan mayor concentración de árboles y parques en su orden son: Timiza, Castilla, Américas, Kennedy Central y el quinto lugar en cuanto a árboles Calandaima y en Parques Carvajal.

1.2 ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA

1.2.1. Aspectos cuantitativos

Para el año 2016, la Localidad de Kennedy proyecta aproximadamente 1.187.315 personas, lo que representa el 14,9% del total proyectado como población del Distrito y el 47% de la Subred Sur Occidente; al realizar la discriminación por sexo se observa que predominan las mujeres alcanzando el 51,2% de la población total.

Tabla 2. Distribución Población localidad de Kennedy, 2016

Grupos de edad	AÑO 2016					
	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Total	578.977	48,8%	608.338	51,2%	1.187.315	100,0%
0-4	48.368	4,1%	45.798	3,9%	94.166	7,9%
5-9	47.296	4,0%	44.868	3,8%	92.164	7,8%
10-14	47.554	4,0%	44.914	3,8%	92.468	7,8%
15-19	49.264	4,1%	47.305	4,0%	96.569	8,1%
20-24	51.961	4,4%	50.209	4,2%	102.170	8,6%
25-29	48.400	4,1%	46.979	4,0%	95.379	8,0%
30-34	47.254	4,0%	50.596	4,3%	97.850	8,2%
35-39	46.528	3,9%	50.551	4,3%	97.079	8,2%
40-44	40.048	3,4%	43.533	3,7%	83.581	7,0%
45-49	36.086	3,0%	40.215	3,4%	76.301	6,4%
50-54	34.076	2,9%	39.131	3,3%	73.207	6,2%
55-59	27.540	2,3%	32.754	2,8%	60.294	5,1%
60-64	20.467	1,7%	25.053	2,1%	45.520	3,8%
65-69	14.752	1,2%	18.516	1,6%	33.268	2,8%
70-74	9.704	0,8%	12.644	1,1%	22.348	1,9%
75-79	5.297	0,4%	7.865	0,7%	13.162	1,1%
80 y MÁS	4.382	0,4%	7.407	0,6%	11.789	1,0%

Fuente: DANE - SDP, Proyecciones poblacionales, 2005 – 2016

La localidad de Kennedy para el año 2016 tiene una densidad poblacional de 307,7 hab./ha, respecto al año 2005 tuvo un incremento del 27,9%, comparado con la Subred Sur Occidente este indicador para la localidad en ambos años estuvo por encima de la Subred, y se comportó con similar proporción de aumento que la Subred en el periodo.

Tabla 3. Densidad Poblacional Localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, Año 2016

LOCALIDAD	AÑO 2016				AÑO 2005			
	Población	Porcentaje	Área Urbana (Ha)	Densidad Poblacional	Población	Porcentaje	Área Urbana (Ha)	Densidad Poblacional
Kennedy	1.187.315	47	3.859,00	307,7	944.777	37,4	3.859,00	244,8
Total Subred	2.525.093	100	11.311,80	223,2	1.995.083	79	11.311,80	176,4

Fuente: DANE - SDP, Proyecciones poblacionales, 2005 – 2016

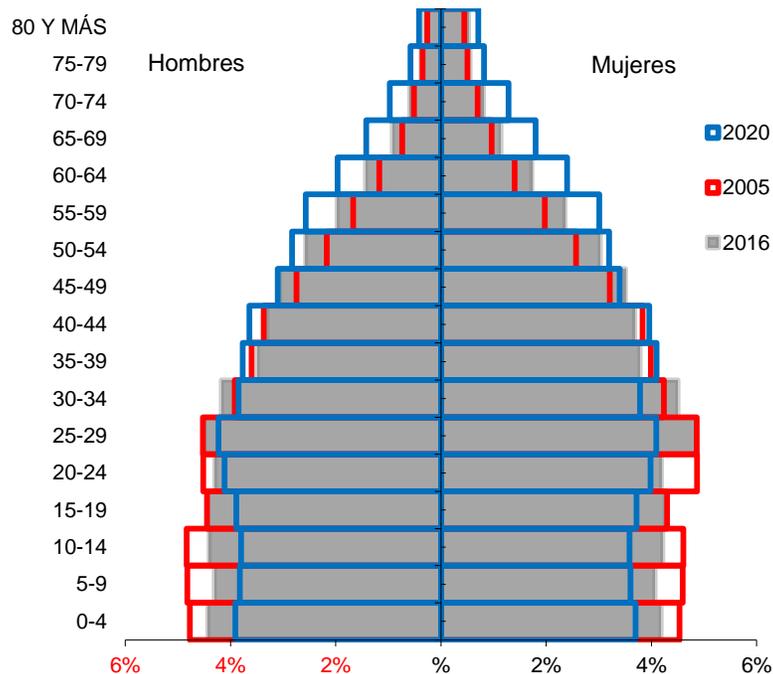
Comparando la estructura demográfica del año 2005, el comportamiento es similar al del 2016, es decir, las mujeres son las que poblacionalmente representaron un mayor peso, es importante destacar que cronológicamente se observa una ligera disminución de las mujeres y un leve aumento de los hombres a lo largo de la década evaluada, de 0,2 puntos porcentuales en cada población.

La transición demográfica es evidente en la localidad, caracterizándose por la reducción del peso de la población infantil y juvenil lo cual favorece el mayor peso relativo de las personas mayores teniendo un representativo aporte en este curso de vida, sin embargo, para el caso de las mujeres la mayor representación es para la etapa de juventud y adultez. Esto, es consistente con la disminución del índice de Infancia en 5 puntos porcentuales entre el año 2005 y 2016, por el contrario, el índice de vejez aumento 4 puntos porcentuales.

Al realizar el análisis cronológico y por edades quinquenales de la población residente en la localidad, se observa cómo ésta ha sufrido una transición poblacional acorde a la realidad distrital y nacional. En el año 2005, la población menor de 30 años era mayor con respecto al mismo rango de edad en el año 2016 (55,7% Vs 48,3%); mientras que la población de 45 a 69 años de edad en el año 2005 era menor con respecto a la misma población del año 2015 (21,4% Vs 28,3%); hay un mayor porcentaje en la diferencia de la población joven (7,4% Vs

6,9%), denotando una disminución de la natalidad para este territorio, así como también se evidencia un aumento en la mortalidad en la población adulta y veje

Gráfica 1. Pirámide de Población Localidad de Kennedy, 2005, 2016 y 2020



Fuente: DANE - SDP, Proyecciones poblacionales, 2005 – 2016

La distribución de la población de la localidad de Kennedy por curso de vida para el año 2016 refleja que el mayor aporte lo realiza la adultez y juventud con el 61%. Al cruzar la variable sexo con momento de curso de vida la mayor diferencia en la proporción se evidencia en la adultez y vejez siendo mayor para las mujeres 2,1% y 1,4% respectivamente.

Tabla 4. Distribución población por momentos de cursos de vida y sexo, Localidad de Kennedy respecto a la Subred Sur Occidente, Año 2016

Momento Curso de Vida	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Primera Infancia	57.887	4,9%	54.827	4,6%	112.714	9%
Infancia	56.779	4,8%	53.800	4,5%	110.579	9%
Adolescencia	57.797	4,9%	54.927	4,6%	112.724	9%
Juventud	111.015	9,4%	107.240	9,0%	218.255	18%
Adulto	240.897	20,3%	266.059	22,4%	506.956	43%
Vejez	54.602	4,6%	71.485	6,0%	126.087	11%
TOTAL	578.977	48,8%	608.338	51,2%	1.187.315	100%

Fuente: DANE - SDP, Proyecciones poblacionales, 2005 – 2016

1.2.2 Distribución espacial

La población de la Localidad de Kennedy se encuentra consolidada y proyectada como asentamiento predominantemente urbano. En cuanto a relación hogar/vivienda los datos más actualizados disponibles son para el año 2014, siendo esta localidad la que presenta el mayor número de viviendas de la Subred Sur Occidente aportando el 44,5%. Con relación al total de viviendas para Bogotá en el 2014, Kennedy cuenta con el 12,9%. La relación de hogares por vivienda es de 1,03 con una tendencia hacia la disminución respecto al año 2011.

Tabla 5. Distribución personas, hogares y vivienda Localidad de Kennedy, 2011 y 2014

Localidad	2011						2014					
	Personas		Hogares		Viviendas		Personas		Hogares		Viviendas	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Kennedy	1.019.949	44,4	288.293	45,7	276.800	45,9	1.060.016	45,7	315.536	45,0	304.753	44,5
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, SDP Cálculos: Dirección de Estudios Macro

De acuerdo a la información del ASIS diferencial 2014 (6), la distribución de los grupos poblacionales diferenciales se comportan como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 6. Distribución población diferencial, localidad de Kennedy respecto a la Subred Sur Occidente, 2014

Localidad	Etnias								Población Habitante de calle		LGBTI		Discapacidad	
	Indígenas		Afrodescendientes		Raizales		Rom Gitano				Homo	Bisexual	No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Kennedy	33.860	81,0	20.184	53,5	1.684	79,9	1.221	81,3	274	37,6	Sin dato	Sin dato	26.653	42,0
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 2016

El 4,8% es decir, un total de 56.949 personas de la población de Kennedy se considera con algún tipo de pertenencia étnica, siendo la localidad que tiene mayor proporción de esta población en la Subred Sur Occidente, donde la población indígena tiene el mayor porcentaje con el 59,5%, seguido de la población afrodescendiente 35,4%.

Para la localidad se identificaron 274 personas habitantes de calle lo que corresponde al 0,2% de su población, y es la segunda localidad que más le aporta a la Subred Sur Occidente este tipo de población.

Respecto a la población con discapacidad 2004 - 2015 se tomó la información de la caracterización sociodemográfica realizada por el subsistema de vigilancia de la discapacidad. De acuerdo a esta información se han identificado 11.195 personas, lo que corresponde al 2,2% de la población total, siendo Kennedy la localidad que concentra la mayor proporción de este tipo de población para la Subred (42%).

Tabla 7. Distribución aseguramiento Localidad de Kennedy respecto a la Subred Sur Occidente, Bogotá, 2016

Localidad	Régimen contributivo		Régimen subsidiado		Régimen excepción		No asegurado	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Kennedy	903.686	76,1	135.321	11,4	35.619	3	8.440	0,7
Subred	1.914.679	75,8	319.635	12,7	66.540	2,6	16632	0,7
Bogotá	6181534	77,5	1166823	14,6	207739	2,6	49409	0,6

Fuente: SDS, Aseguramiento, Año 2016

El comportamiento por régimen de seguridad social en esta localidad refleja que la mayor proporción de población está afiliada al régimen contributivo, siendo los porcentajes muy similares a la Subred y el Distrito, Kennedy presenta una pequeña diferencia por encima (menos del 1%) y por debajo (1,4%) frente a cada uno respectivamente, en segundo lugar se encuentra el régimen subsidiado donde comparado frente a la Subred y el Distrito esta localidad presenta una mayor diferencia que el contributivo en su porcentaje, estando por debajo en un 1,4% y 3,3 % respectivamente. El régimen de excepción ocupa el tercer lugar y presenta la menor diferencia en un 0,4%. Frente a la población no asegurada no hay diferencias y sus porcentajes son inferiores al 1%. Esta distribución en la localidad de Kennedy refleja el aumento significativo de afiliación de la población al régimen contributivo con una tendencia a continuar ascendiendo, mientras que para los otros regímenes su tendencia es hacia la disminución, siendo paulatinamente mayor el aceleramiento en su descenso para el no asegurado.

1.3. Dinámica Demográfica

Tabla 8. Indicadores de estructura demográfica Localidad de Kennedy 2005, 2016 y 2020

Índice demográfico	Año			Interpretación
	2005	2016	2020	
Población Total	944.777	1.009.527	1.273.390	La población ha incrementado del año 2005 al año 2016 un 6,4%
Población Masculina	457.537	490.744	622.421	Los hombres han incrementado del año 2005 al año 2016 un 6,7%
Población Femenina	487.240	518.783	650.969	Las mujeres han incrementado del año 2005 al año 2016 un 6%
Relación hombres: mujer	94	95	96	En el año 2005 por cada 94 hombres había 100 mujeres, mientras que para el año 2016 por cada 95 hombres había 100 mujeres.
Razón niños: mujer	32	29	28	En el año 2005 por cada 32 niños y niñas (0-4 años) había 100 mujeres en edad fértil (15-49 años), mientras que para el año 2016 por cada 29 niños y niñas (0- 4 años) había 100 mujeres en edad fértil.
Índice de infancia	28	23	22	En el año 2005 de 100 personas 28 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2015 este grupo poblacional fue de 23 personas.
Índice de juventud	28	25	24	En el año 2005 de 100 personas, 28 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2016 este grupo poblacional fue de 25.
Índice de vejez	7	11	12	En el año 2005 de 100 personas, 7 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2016 este grupo poblacional fue de 11 personas.
Índice de envejecimiento	25	45	55	En el año 2005 por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años hay 25 personas mayores de 60 años, mientras que para el año 2016 este

Índice demográfico	Año			Interpretación
	2005	2016	2020	
				grupo poblacional fue de 45 personas.
Índice demográfico de dependencia	48	43	44	En el año 2005 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 48 personas menores de 15 años y mayores de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2016 este grupo poblacional fue de 43 personas.
Índice de dependencia infantil	42	34	32	En el año 2005, 42 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2015 fue de 34 personas.
Índice de dependencia mayores	7	10	11	En el año 2005, 7 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2015 fue de 10.
Índice de Friz	127,7	105,8	101,47	Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años

Fuente: DANE – SDP, Proyecciones poblaciones, 2005 – 2016 NV 2010-2016.-bases de datos DANE y RUAF ND, - Sistema de estadísticas Vitales SDS (2015-2016 preliminares)

La población masculina ha incrementado más que las mujeres, lo cual es concordante con el aumento en la relación hombre: mujer. La razón niños mujeres para el año 2016 comparado 2005 ha presentado una disminución aproximadamente en un 10%, lo cual se relaciona con la disminución de la tasa de fecundidad para esta localidad, el índice de infancia tuvo un descenso del 21.7%.

El índice de dependencia a nivel general presentó una disminución para este año 2016 respecto al 2005 del 11,6%, sin embargo, al analizar su resultado por

infancia y vejez este resultado se comporta inversamente proporcional presentando en la infancia una disminución del 21%, mientras que para la vejez su aumento es del 30%. Los resultados en la localidad de los años 2005 vs 2016 Índice de Frizz, envejecimiento y vejez, muestran su tendencia al aumento para este último año en un 36% y 44% respectivamente; con estos resultados se puede decir que la población se encuentra en una etapa madura en donde la cantidad de jóvenes está disminuyendo y las personas mayores de 60 años aumentando.

Tabla 9. Indicadores de estructura demográfica localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, Bogotá 2012, 2014 y 2016

Indicador	Territorio	2012	2014	2016
Tasa de crecimiento anual	Kennedy	1,2	1,1	1,1*
	Subred Sur Occidente	1,1	1	1*
	Bogotá	1	1	0,9*
Tasa bruta de natalidad	Kennedy	15,2	14,3	11,8
	Subred Sur Occidente	14,9	14,1	12,3
	Bogotá	13,9	13,4	12,3
Tasa global de fecundidad	Kennedy	1,8	1,7	1,4
	Subred Sur Occidente	1,7	1,7	1,5
	Bogotá	1,6	1,6	1,5
Tasa general de fecundidad	Kennedy	42,6	40,6	34
	Subred Sur Occidente	41,9	39,8	35,2
	Bogotá	39,1	38	35,6
Razón de dependencia	Kennedy	43,6	43,1	43,4
	Subred Sur Occidente	44,4	43,9	43,6
	Bogotá	44,3	43,9	43,8
Razón de masculinidad local	Kennedy	95	95	95
	Subred Sur Occidente	94	95	95
	Bogotá	93	94	94

(*) Dato 2016, no disponible se utiliza el dato más actualizado Año 2015 Fuente: DANE – SDP, Proyecciones poblaciones, 2005 – 2016 NV 2010-2016. Bases de datos DANE y RUAF ND. -Sistema de estadísticas Vitales SDS (2015-2016) preliminares

En relación a la Tasa de Crecimiento Natural se observa que Kennedy presenta una tasa de crecimiento estable moderada para todos los años con resultados por encima de la Subred y Distrito Capital. Las tasas de natalidad y fecundidad tienen una tendencia hacia la disminución, se destaca el marcado descenso en el año 2016 en la localidad comparado Subred y Bogotá, donde el comportamiento también tiende a la disminución, sin embargo, es mucho mayor para Kennedy oscilando la disminución sobre el 17%, mientras que la Subred logra disminuir aproximadamente sobre el 12% y el Distrito alrededor del 6 y 8%. Lo cual refleja que Kennedy muestra una tendencia hacia una menor capacidad de renovación y una disminución acelerada de su natalidad.

El indicador de dependencia al compararlo con Bogotá y Subred no hay diferencias, mantiene similar su comportamiento. El índice de masculinidad refleja un comportamiento similar durante los años para la localidad, en el último año con igual resultado para la Subred y un ligero aumento comparado con el Distrito, Su resultado refleja predominio de las mujeres en la población.

Tabla 10. Tasa de Fecundidad por Grupos de Edad, localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, Bogotá, 2012, 2014 y 2016

Edad	Kennedy			Subred Sur Occidente			Bogotá		
	2012	2014	2016	2012	2014	2016	2012	2014	2016
10-14	2,0	1,4	0,7	1,7	1,3	0,9	1,6	1,4	1,1
15-19	63,2	54,7	39,9	63,4	54,5	42,7	59,2	52,3	43,5
20-24	100,4	94,5	75,4	99,9	95,3	80,1	90,4	86,5	79,2
25-29	80,7	81,7	76,2	81,2	81,4	77,2	74,8	76,1	76,3
30-34	61,9	61,1	56,0	59,2	58,8	56,6	59,2	59,2	57,9
35-39	34,6	35,7	30,6	33,0	33,1	30,8	33,1	34,1	33,7
40-44	10,6	8,0	8,4	9,9	8,2	8,2	9,2	8,6	8,6
45-49	0,8	0,5	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
50-54	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1

Fuente: DANE – SDP, Proyecciones poblaciones, 2005 – 2016 NV 2010-2016

Bases de datos DANE y RUAF ND. -Sistema de estadísticas Vitales SDS (2015-2016) preliminares

Concordante con la etapa reproductiva de la mujer las tasas más altas para la localidad las presenta las etapas de la juventud y adultez; en todas las etapas a excepción de las mujeres adultas mayores de 40 años la tendencia es hacia la disminución, mientras que para estas edades ha aumentado en el último año. La disminución que ha tenido un mayor impacto ha sido para las mujeres adolescentes con más del 35%, superando a la Subred y Bogotá. Se destaca también su marcado descenso en un 22% para el año 2016 en el momento de la juventud, estando también por encima del Distrito y Subred

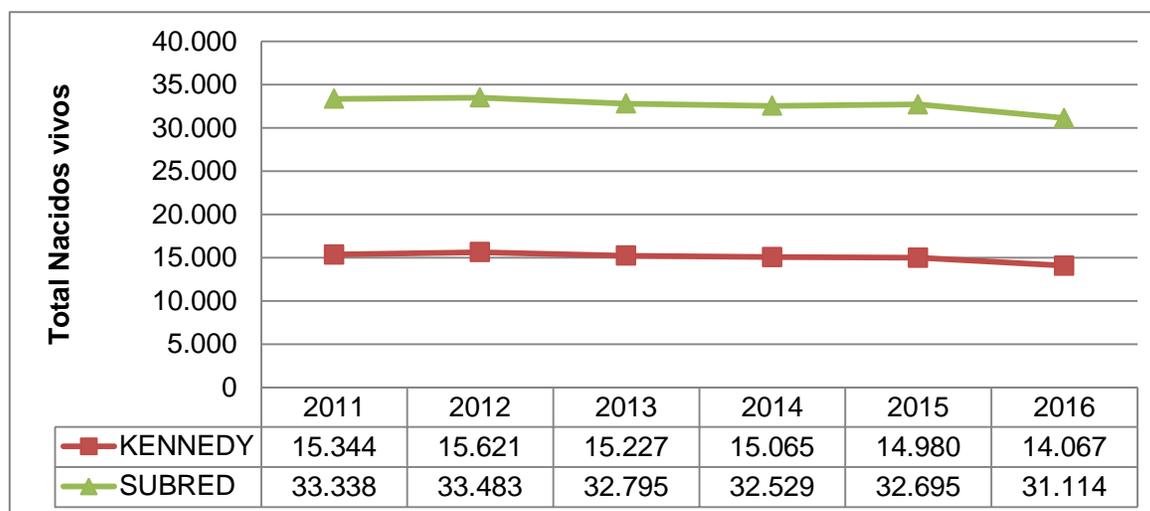
Tabla 11. Razón de Masculinidad por Grupos de Edad, Localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, Bogotá, 2012, 2014 y 2016

Edad	Kennedy			Subred Sur Occidente			Bogotá		
	2012	2014	2016	2012	2014	2016	2012	2014	2016
0-4	106,3	106,6	105,6	105,5	105,7	105,4	104,9	105,1	105,5
5-9	106,4	106,3	105,4	105,8	105,6	104,8	105,2	105,1	105,2
10-14	105,3	105,9	105,9	104,6	105,2	105,1	104,0	104,7	104,9
15-19	104,3	104,1	104,1	103,7	103,4	103,4	103,0	102,8	103,0
20-24	104,5	103,9	103,5	103,7	103,2	102,6	102,9	102,5	102,2
25-29	96,0	100,7	103,0	95,3	99,9	102,2	94,5	99,1	101,9
30-34	92,2	91,8	93,4	91,5	91,1	92,7	90,7	90,4	92,3
35-39	92,8	92,7	92,0	92,1	92,0	91,3	91,3	91,3	90,9
40-44	91,0	91,7	92,0	90,3	91,0	91,2	89,5	90,3	90,8
45-49	88,5	89,2	89,7	87,8	88,5	89,0	87,0	87,7	88,6
50-54	85,9	86,7	87,1	85,3	86,0	86,4	84,4	85,3	86,0
55-59	83,9	84,0	84,1	83,3	83,3	83,5	82,4	82,6	83,1
60-64	82,6	82,3	81,7	82,1	81,7	81,2	81,2	80,9	80,8
65-69	81,3	80,6	79,7	80,8	80,1	79,1	79,9	79,3	78,8
70-74	75,4	77,1	76,7	75,1	76,7	76,3	74,1	75,9	76,1
75-79	61,2	64,2	67,3	64,6	65,5	67,0	65,0	65,3	66,5
80 y más	59,3	59,3	59,2	59,1	59,1	59,0	58,4	58,4	58,4

Fuente: DANE – SDP, Proyecciones poblaciones, 2005 – 2016 NV 2010-2016. Bases de datos DANE y RUAUF ND. - Sistema de estadísticas Vitales SDS (2015-2016) preliminares

Para la localidad de Kennedy, el comportamiento de este indicador es que a medida que aumenta la edad disminuye su resultado, siendo una población de predominio masculino en las etapas inferiores a la juventud, mientras que en la etapa adulta y vejez predomina la población femenina. En general la tendencia del indicador es estable, el aumento se destaca en la etapa de la Juventud y en la vejez para el quinquenio de 75 a 79 años sobre el 4%. Comparado el comportamiento de la Subred y Bogotá, esta localidad presenta resultados más altos en los diferentes grupos de edad.

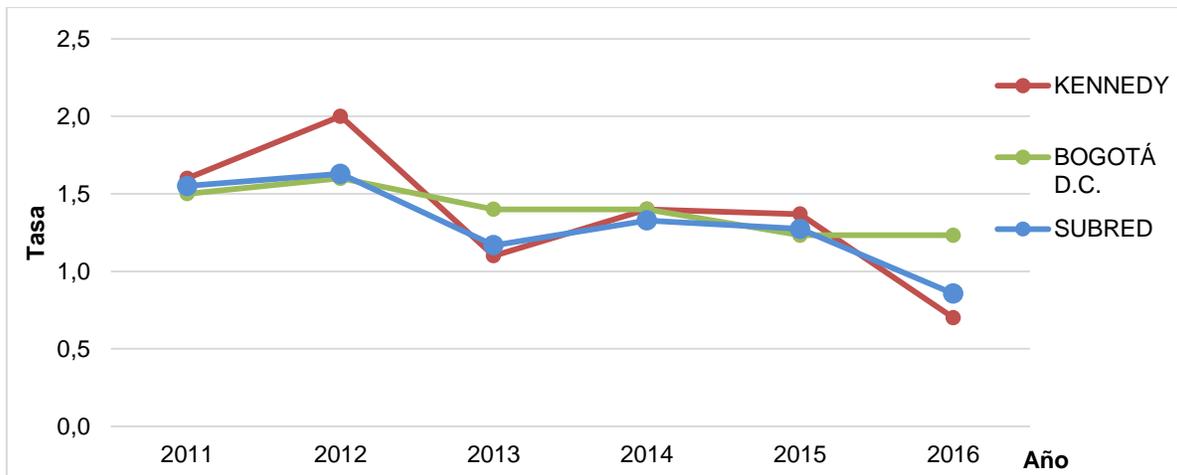
Gráfica 2. Serie de Nacidos Vivos localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente Años 2011- 2016



Fuente: DANE, Bases de datos y RUAF ND Nacidos Vivos 2010-2016; SDS, Sistema de estadísticas Vitales (2015-2016 preliminares)

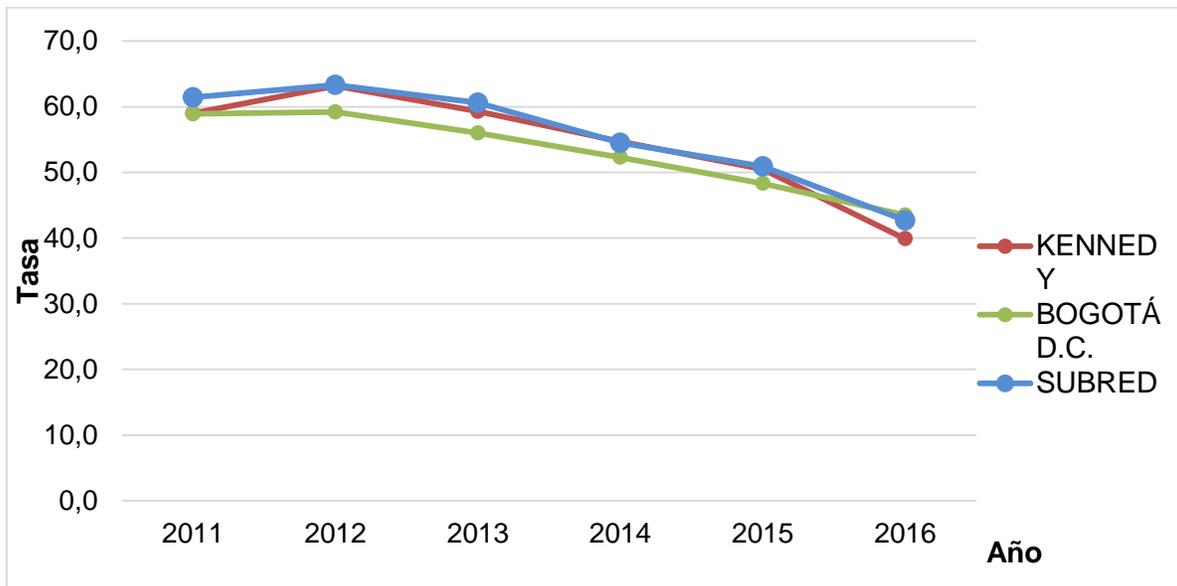
A partir del año 2013 la tendencia de los nacimientos para la localidad de Kennedy es hacia la disminución, hasta el año 2015 el porcentaje de descenso oscilaba entre el 1 y 2%, sin embargo, se resalta que para el año 2016 corresponde a un 5%. Comparado con la Subred hasta el año 2015 presentan porcentajes similares de disminución, para el año 2016, la Subred presenta un punto porcentual más alto en este comportamiento.

Gráfica 3. Tasa Específica 10 a 14 años, localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, Bogotá Años 2011- 2016



Fuente: DANE y SDP, Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades 2000-2015 de junio 13 del 2008, NV 2010-2016. Bases de datos DANE y RUAF ND. -Sistema de estadísticas Vitales SDS (2015-2016 preliminares)

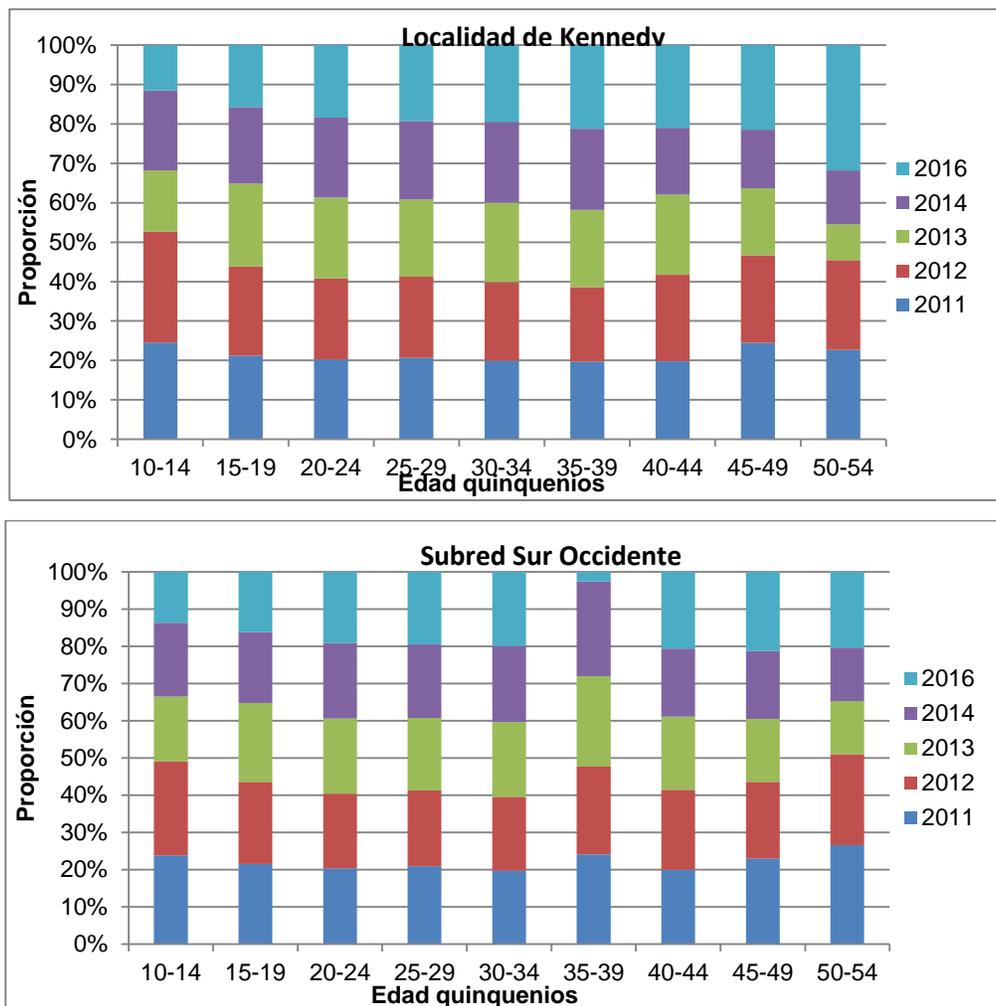
Gráfica 4. Tasa Específica 15 A 19 años, localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, Bogotá, Años 2011- 2016



Fuente: DANE y SDP, Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades 2000-2015 de junio 13 del 2008. NV 2010-2016, Bases de datos DANE y RUAF ND, Sistema de estadísticas Vitales SDS (2015-2016 preliminares)

La tasa de fecundidad en adolescentes de 10 a 14 años hasta el 2015 son de comportamiento variable, sin embargo, para el año 2016 se destaca su disminución respecto al año anterior en un 48%, para el caso del grupo de 15 a 19 años su tendencia en el tiempo es hacia la disminución, es importante resaltar el marcado descenso para el año 2016 en un 20%, respecto a años anteriores que no superaba el 2%. Comparada la localidad con la Subred y el Distrito para ambos grupos de edad Kennedy presenta los resultados más bajos en el año 2016.

Gráfica 5. Nacimientos por grupos de edad, localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente, Años 2011- 2016



Fuente: DANE, Certificado de nacido vivo. - Base nacido vivo RUAF_ND, Sistema de estadísticas vitales; datos (2015-2016 Preliminares)

En la localidad de Kennedy en todos los años aproximadamente el 52% de nacimientos los aporta mujeres jóvenes (20 a 29 años), seguido de las adultas (30 a 54 años) entre el 30 y 33% y con menos del 18% las adolescentes. Se evidencia a medida que pasan los años las edades más jóvenes disminuyen los nacimientos, mientras que las añosas los aumentan, comportamiento que no es regular para la Subred. En términos generales en las demás edades la Subred se comporta de forma muy similar a la localidad de Kennedy.

Tabla 12. Comportamiento por variables nacimientos en adolescentes, localidad de Kennedy, años 2012-2016

Variables sociodemográficas		2012		2013		2014		2015		2016	
		No.	%								
Grupos de edad	10 a 14 años	82	2,9	43	1,7	57	2,4	55	2,5	32	1,7
	15 a 19 años	2724	97,1	2540	98,3	2333	97,6	2128	97,5	1887	98,3
Etnia	Indígena	0	0,0	2	0,1	1	0,0	1	0,0	0	0,0
	ROM	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0
	Raizal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Palanquero	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Afro	13	0,5	21	0,8	29	1,2	15	0,7	14	0,7
	Ninguno	2792	99,5	2560	99,1	2360	98,7	2166	99,2	1905	99,3
Régimen de afiliación	Contributivo	1410	50,2	1274	49,3	1193	49,9	1234	56,5	1095	57,1
	Subsidiado	877	31,3	987	38,2	946	39,6	803	36,8	724	37,7
	Excepción	61	2,2	53	2,1	52	2,2	37	1,7	38	2,0
	Especial	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	62	3,2
	Ninguno	458	16,3	268	10,4	199	8,3	109	5,0	0	0,0
Nivel educativo de la madre	Preescolar	3	0,1	2	0,1	1	0,0	0	0,0	2	0,1
	Básica Primaria	276	9,8	216	8,4	198	8,3	182	8,3	192	10,0
	Básica Secundaria	1057	37,7	938	36,3	860	36,0	796	36,5	676	35,2
	Media	1216	43,3	1151	44,6	1137	47,6	1057	48,4	924	48,2
	Técnica	53	1,9	69	2,7	54	2,3	55	2,5	61	3,2
	Tecnológica	34	1,2	29	1,1	43	1,8	41	1,9	30	1,6
	Universitaria	49	1,7	43	1,7	29	1,2	24	1,1	15	0,8
	Ninguno	2	0,1	2	0,1	1	0,0	3	0,1	3	0,2
Sin Información	116	4,1	133	5,1	67	2,8	25	1,1	16	0,8	
Estado conyugal de la	Unión Libre	1470	52,4	1439	55,7	1326	55,5	1277	58,5	1137	59,2
	Soltera	1168	41,6	975	37,7	960	40,2	841	38,5	710	37,0
	Casada	47	1,7	45	1,7	37	1,5	32	1,5	26	1,4

Variables sociodemográficas		2012		2013		2014		2015		2016	
		No.	%								
madre	Separada/ Divorciada	6	0,2	0	0,0	2	0,1	2	0,1	1	0,1
	Viuda	2	0,1	1	0,0	3	0,1	1	0,0	1	0,1
	Sin Información	113	4,0	123	4,8	62	2,6	30	1,4	12	0,6

Fuente: DANE, Certificado de nacido vivo, Base nacido vivo RUAF_ND, Sistema de estadísticas vitales; datos (2015-2016 Preliminares)

Al analizar algunas variables en los nacimientos en adolescentes desde el año 2011, por grupo étnico más del 95% de las madres no pertenecen a ningún grupo étnico, de las madres identificadas como pertenecientes a algún grupo la mayor proporción es para para Afrodescendientes. El mayor porcentaje de afiliación estando sobre el 50% es para el contributivo, se resalta que este porcentaje en los últimos dos años aumentó sobre el 6%, el régimen especial este último año aumentó considerablemente, subsidiado y excepción se han mantenido en similares porcentajes. El nivel educativo con porcentajes que oscilan entre el 30 y 50% corresponde a educación media y básica secundaria, seguida de básica primaria entre el 8-10% y técnica 2-3%. En cuanto al estado civil llama la atención en este grupo de edad que sobre el 50% y con una tendencia al aumento durante los años se encuentran las madres en Unión libre, seguido del grupo de solteras sobre el 40%, siendo evidente la vulnerabilidad psicosocial de esta población.

1.4. Conclusiones Capítulo 1

La localidad de Kennedy en su dinámica poblacional, ambiental y territorial evidencia factores de riesgo relacionados con la contaminación atmosférica dado el alto tráfico vehicular e infraestructura vial, y en algunos sectores la actividad industrial. La amenaza de inundación es un factor que no puede ser desapercibido y se concentra en las UPZ que son atravesadas por las cuencas Tintal y río Fucha, donde se concentran la mayoría de canales y humedales, el 8,3% del territorio presenta este tipo de amenaza.

Las características de las UPZ de la localidad predominan con clasificación residencial consolidada 33%, sin embargo, no se debe desconocer que un 25% presenta clasificación residencial incompleta y un 17% en desarrollo, territorios que presentan deficiencias en su infraestructura y, por lo tanto, se convierten en un factor potencial de riesgo de afectación a las condiciones de vida y salud de esta población.

Del total de la población aproximadamente el 5% pertenece a población étnica y un 2,2% con discapacidad siendo la Localidad que más aporta a la Subred Sur Occidente, lo que implica un desafío para las intervenciones en salud, debido a las prácticas culturales y las barreras de acceso que tienen estas poblaciones y su interacción con el territorio. Es importante desde el nivel distrital fortalecer las fuentes actualizadas de la población diferencial, la información es insuficiente, impidiendo la toma de decisiones con cifras reales.

Respecto a la dinámica demográfica, la localidad de Kennedy aporta casi el 50% del total proyectado como población de la Subred y aproximadamente el 15% del Distrito. La transición demográfica a nivel nacional y distrital ha incidido en el cambio de la estructura por edad de la población, esta situación se caracteriza por una reducción de las poblaciones infantil y joven aumentando la población de personas mayores. De otra parte, la localidad presenta la mayor concentración en sus territorios de la Subred, lo que implica la falta de equipamientos y percepción de problemáticas como el hacinamiento, entre otras.

El descenso de las tasas de natalidad y fecundidad en el último año para la localidad de Kennedy representan un posible inicio de envejecimiento progresivo de su población, pues sus resultados han superado el comportamiento de la Subred.

Por UPZ los datos disponibles oficiales son corte año 2015, de donde es importante destacar que las UPZ que concentran el 70% de la población de la

localidad son en su orden de mayor a menor aporte: Patio Bonito, Timiza, Castilla, Carvajal, Américas y Calandaima. Por sexo las únicas UPZ que presentan un mayor aporte a la población local los hombres comparado con las mujeres son Patio Bonito y Corabastos con una mínima diferencia (0,1%), viceversa a este comportamiento el mayor aporte de las mujeres lo hace Timiza y Kennedy Central.

Por grupos de edad la UPZ Patio Bonito es la que mayor aporte realiza en todas las etapas de curso de vida con la mayor amplitud de diferencia entre las UPZ (siendo mayor en adultez, infancia y juventud) a excepción de la vejez donde la UPZ Timiza es la que tiene el mayor peso.

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 (7). 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” (Ley 1751 de 2015 Estatutaria de la Salud, Artículo 9 y Parágrafo).

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

- Documento Accvsye de la localidad 2016
- Encuesta Multipropósito 2011-2014
- Encuesta Bienal de Culturas 2015
- Atlas de Salud Pública 2014
- Informes de Diagnóstico Rápido a nivel barrial de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria 2016 de la Subred Integrada de Servicios en Salud Sur Occidente.
- Proyecciones de población DANE
- Boletines Informativos “Bogotá, Ciudad de Estadísticas” de Secretaría Distrital de Planeación
- Monografías de las localidades, de Secretaría de Distrital de Planeación
- Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá

- Datos del Observatorio de Salud Ambiental de Bogotá
- Fichas locales de Secretaría de Cultura Recreación y Deportes.
- Datos de Observatorio de Desarrollo Económico 2015, de Secretaría de Desarrollo Económico
- Red de Monitoreo de Calidad del Aire, de Secretaría Distrital de Ambiente
- Bases de notificación Sivigila
- Inventario de Secretaría de Integración Social MAPOTECA

La información conseguida se organizó en una matriz, usando como categorías ordenadoras las dimensiones del desarrollo propuestas en la metodología “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 (8). 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 Suroccidente 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 13. Condiciones de vida en la dimensión Poblacional de la localidad de Kennedy 2016

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
Tamaño y distribución de la población	<p>Según las proyecciones DANE para el año 2016 la localidad cuenta con 1.187.315 personas (14,9% del total proyectado Distrito y 47% de la Subred Sur Occidente). De acuerdo a la última disponibilidad de datos por UPZ proyección DANE año 2015, el 50% de las UPZ concentran el 69% de población:</p> <p>UPZ 82 Patio Bonito 17,8%, UPZ 46 Castilla 13,7% UPZ 48 Timiza 13,6%, UPZ 79 Calandaima 8,3% UPZ 44 Américas 7,7%, UPZ 45 Carvajal 7,6% UPZ 80 Corabastos 7,4%, UPZ 47 Kennedy Central 7,4% UPZ 78 Tintal Norte 6,6% UPZ 81 Gran Britalia 6,2% UPZ 113 Bavaria 1,9% UPZ 83 Las Margaritas 1,7%</p> <p>Kennedy tiene una densidad de 307 hab/ha. Las UPZ que se encuentran por encima de esta densidad poblacional son: Patio Bonito (601,4), Corabastos (430,5), Gran Britalia (366,9) y Timiza (338,6).</p>
Estructura de la población	<p>Según las proyecciones DANE para el año 2016 la distribución porcentual de la población de Kennedy por curso de vida es: (con fines de comparación, entre corchetes cuadrados se pondrá primero el porcentaje para la subred y luego para el distrito)</p> <p>Primera Infancia (0-5 años) 9,5%, [9,5% - 9,1%] Infancia (6-11 años) 9,3%, [9,3% - 9,0%] Adolescencia (12-17 años) 9,5%, [9,5% - 9,3%] Juventud (18-28 años) 18,4%, [18,5% - 18,1%] Adulthood (29-59 años) 42,7%, [42,5% - 42,6%] Vejez (>60 años) 10,6%. [10,6% - 11,9%]</p> <p>Como se observa, tanto la Subred se comporta similar, y en el distrito hay menor proporción en primera infancia e infancia, y mayor proporción en vejez, aunque las diferencias son pequeñas. Por UPZ de acuerdo a las proyecciones DANE 2015 con proporciones mayores al comportamiento local se destaca: para primera infancia e infancia las UPZ Calandaima, Tintal Norte, Corabastos y Patio Bonito, en adolescencia adicional a las anteriores UPZ Las Margaritas; para juventud Corabastos y Patio Bonito; para el caso de adultez y vejez las UPZ que presentan la proporción por encima en las etapas más jóvenes son las que se encuentran con porcentajes muy por debajo de la localidad, se</p>

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
	destaca que UPZ Margaritas es la que presenta el porcentaje más bajo en la vejez.
Fecundidad	<p>de acuerdo a cálculos basados en proyecciones de población DANE 2016 y a las EEVV del mismo año (documento Accvsye 2016), la Tasa General de Fecundidad de la localidad de Kennedy en el año 2016 fue de 34 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en edad fértil (15 a 49 años)(En la Subred el indicador es 35,2, y en el Distrito 35,6)</p> <p>La Tasa Global de Fecundidad mide el número de hijos que tendría una mujer al final de su vida fértil; en la localidad el indicador en el año 2016 arroja un valor de 1,4, inferior al de la Subred de 1,5 y el Distrito 1,5. La tendencia en la localidad es decreciente, pues en el año 2011 la TGF fue 1,8 y en 2013 1,7</p> <p>La tasa en adolescentes presenta el mismo comportamiento donde la localidad está por debajo en su resultado tanto para las edades de 10 a 14 años (Kennedy 0,7; Subred 0,9; Bogotá 1,1) como de 15 a 19 años (Kennedy 39,9; Subred 42,7; Bogotá 43,5). Por UPZ con tasas por encima de 45 se encuentran de mayor a menor: Kennedy Central, Gran Britalia, Patio Bonito, Bavaria y Las Margaritas. (Cabe aclarar que el 18% de los nacimientos año 2016 no georreferencia por UPZ)</p>
Conformación familiar	<p>Según la encuesta multipropósito 2014 en Kennedy el promedio de personas por hogar es de 3,36, (en la Subred 3,31 y en el Distrito 3,20).</p> <p>La proporción de Hogares Nucleares en la localidad 65,6% (en la Subred 63,9%, en el Distrito 61,2%). El porcentaje de Hogares con un solo miembro en la localidad es 10,2%, ocupando el último lugar en el Distrito (en la Subred 11,4%, en el Distrito 14,5%). La proporción de hogares con Jefatura femenina en la localidad es 35,3% (en la Subred 37,1%, en el Distrito 38,1), siendo la localidad con el más bajo porcentaje y estando por debajo del Distrito en un 3%.</p>
Mortalidad	<p>De acuerdo a los datos disponibles más actualizados DANE 2015, Kennedy tuvo una tasa de mortalidad de 3,2, estando por debajo de la Subred en 0,1 puntos y del Distrito en 0,5 puntos. De acuerdo al DANE los últimos datos disponibles desde SDS son año 2014 para la localidad las 10 primeras causas de la tasa más alta a la más baja son: Enfermedad Isquémica del corazón 79,6; Enfermedad Cerebrovascular 34; Enfermedades Crónicas</p>

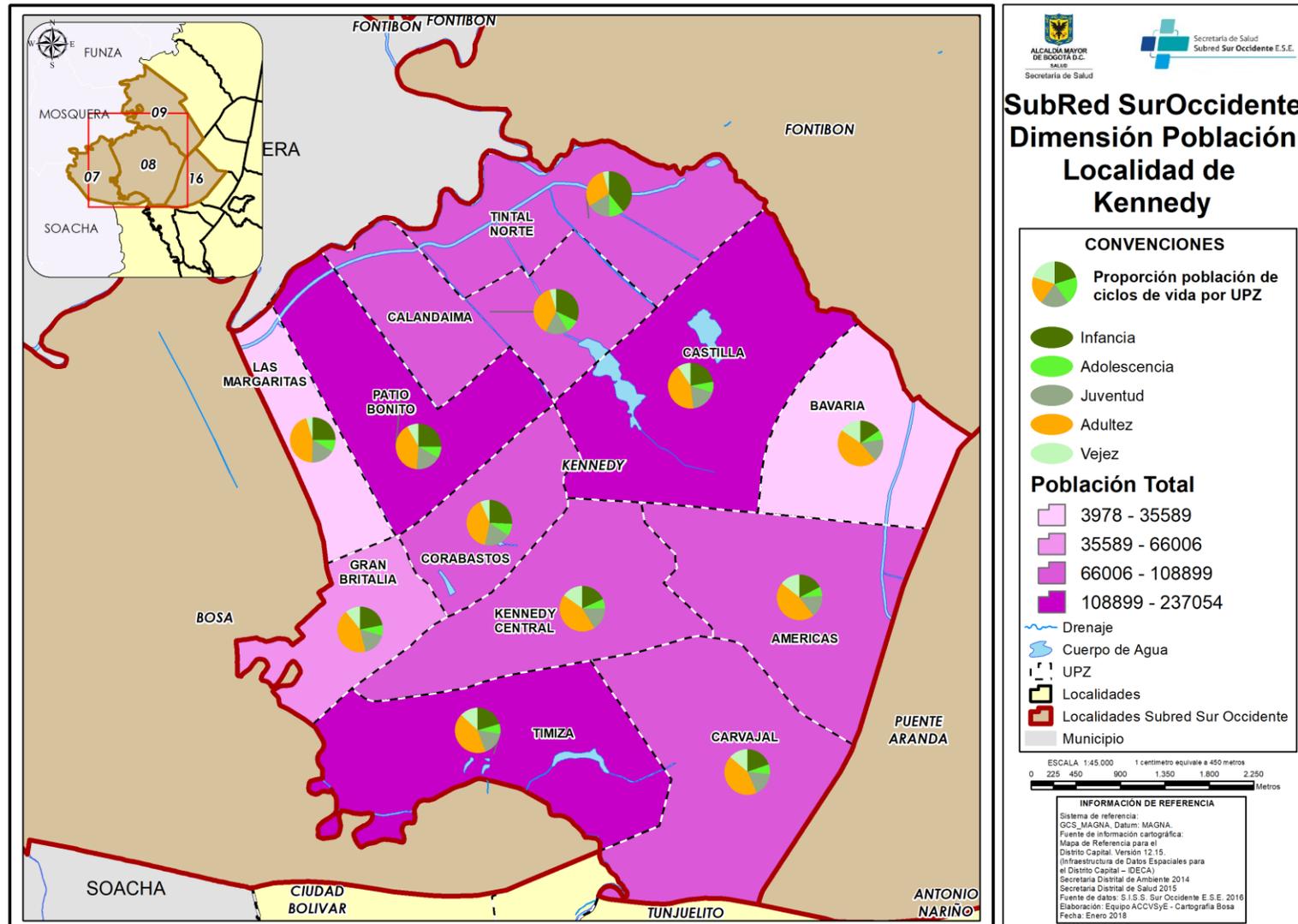
Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
	de Vías Respiratorias Inferiores 30; Trastornos Respiratorios Periodo Perinatal 23; Tumor de órganos digestivos 18,3; Infección Respiratoria Aguda 15; Resto de Enfermedades del sistema Digestivo 14,6; Tumor de otras localizaciones y no especificadas 14,3; afecciones de origen de periodo perinatal 14; Tumor del estómago 13.
Inmigración y emigración	Según Encuesta Bienal de Culturas 2015, el 46,5% de la población de la localidad de Kennedy mayor de 13 años nació en un municipio fuera de Bogotá (por encima del mismo indicador para Bogotá, que está en 38,6%), y el 50,5% es hijo(a) de madre nacida en un municipio fuera de Bogotá (por encima del mismo indicador para Bogotá que está en 49,1%) Según la Encuesta Multipropósito año 2014, el 33,1% de los hogares han mudado de barrio en los últimos 3 años para mejorar vivienda o localización ocupando el dieciseisavo lugar en el Distrito (en Subred 36,4% y en el Distrito 41,3%). Este porcentaje se encuentra por debajo del Distrito aproximadamente en un 8% y respecto al año 2011 disminuyó en un 1%.
Patrones de movilidad	Según Encuesta Bienal de Culturas 2015, la población mayor de 13 años de Kennedy se moviliza principalmente por los siguientes medios (entre paréntesis se coloca el indicador de Bogotá para comparar): Transmilenio 29,4% (29,2%), A Pie 17,8% (15,4%), Bus buseta y colectivo 15,5% (18%), Carro particular 11,6% (11,6%), Bicicleta 10,6% (5,9%), SITP 9,4% (11,4%), Moto 2,9% (4,0%). El 35,7 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.
Presencia de población diferencial	De acuerdo a cálculos basados en datos de la EMB 2014 (Estudio "Igualdad para un buen y mejor vivir"), en la localidad habitan aproximadamente 9.155 afrodescendientes, lo que representa el 0,9% de la población de la localidad (en la Subred 1,58%, en el Distrito 1,52%). Según la misma fuente, en la localidad habitan aproximadamente 8.264 indígenas, lo que representa el 0,81% de la población local (en la Subred 0,98% y en el Distrito 0,97%). De acuerdo a la encuesta Bienal de Cultura 2011 Kennedy

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
	<p>cuenta con la siguiente población diferencial (entre paréntesis se coloca el porcentaje de cada población frente al total de la Subred): 5.488 indígenas (29,4%), 20.090 afrodescendientes (43,2%), 1.226 raizales (6,5%), 1.077 Gitanos (15.1%), 274 habitantes de calle (37,6%), 26.653 personas con condición de discapacidad (42%). Según la encuesta multipropósito año 2014 menos del 0,5% de la población se identifica como homosexual o bisexual.</p>

Fuente: Subred Sur Occidente, Documento Accvsye Anexo 1 del Capítulo 2, Localidad Kennedy 2016

La localidad ha presentado un marcado descenso en la tasa de fecundidad obteniendo el año 2016 el resultado más bajo en los últimos 10 años, esto refleja como la cantidad de población en las primeras etapas de vida tienen una tendencia hacia la disminución, mientras que las etapas de adultez y vejez presentan un mayor incremento, este comportamiento incide en el perfil de morbimortalidad de la localidad y debe ser un aspecto importante para la priorización en la planeación de políticas planes y programas. Cabe aclarar, que territorios como las UPZ Gran Britalia, Patio Bonito y Las Margaritas evidencian un proceso de envejecimiento más lento, lo cual es concordante con el comportamiento de su población por Ciclo Vital.

Mapa 2. Dimensión poblacional, Localidad de Kennedy, 2016



Los datos de composición familiar reflejan que la mayoría de familias tienen una composición clásica, sin embargo, es importante tener presente que la jefatura femenina ha aumentado en un 2% respecto al año 2011, lo cual puede ser un factor de riesgo para maltrato infantil principalmente de tipo económico y/o por negligencia, con las consecuencias sobre morbilidad; al igual que en la salud mental de la mujer al tener sobrecarga de su rol de cuidadora y proveedora.

La tasa de mortalidad se ha mantenido estable en el tiempo, siendo algo positivo para la localidad. Al analizar las causas de mortalidad reflejan la alta morbilidad de enfermedades crónicas en la población donde incide los hábitos y estilos de vida saludables principalmente en lo relacionado con alimentación, actividad física, manejo del estrés. Otras causas importantes son las de origen perinatal las cuales evidencian las dificultades en la salud materna, al igual que la mala calidad de los cuidados prenatales y/o neonatales.

El desplazamiento forzado, condiciones económicas, problemas de tipo sociales (violencias), permiten que se incrementen los procesos de migración, habitando generalmente en lugares de estratos bajos para tener un modo de acceso a una forma de vida, que generalmente es en condiciones precarias afectando la salud principalmente en adultos y niños (9).

Con más del 40% el medio de transporte masivo es el más accesible a la población de la localidad calificándolo en forma deficiente, esto habla de posibles dificultades en la movilidad por el acceso a servicios de educación, salud, sociales entre otros, aproximadamente el 30% de la población se desplaza caminando o bicicleta y tan solo el 11% usa carro particular, reflejando condiciones económicas no tan solventes; esto incrementa el riesgo de accidentalidad de tránsito dada la complejidad, estado y seguridad de las vías en la localidad; de igual forma es un factor predisponente para alterar la salud mental.

Aproximadamente el 7% de la población es diferencial, lo que la hace más vulnerable para el ejercicio de sus derechos y deberes en salud, lo cual afecta negativamente su salud tanto física como mental, asentándose una gran parte de esta población en territorios con condiciones vulnerables, como lo son las UPZ de Patio Bonito, Calandaima especialmente en el barrio Barranquillita.

2.2 DIMENSIÓN AMBIENTAL

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 14. Condiciones de vida en la dimensión Ambiente de la localidad de Kennedy 2016

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
Medio ambiente y recursos naturales	Según Diagnóstico Rápido de VSPC 2016, en la localidad de Kennedy existen tres humedales: El Burro, La Vaca y Techo, que están en proceso de recuperación. Albergan una variedad de especies y contribuyen al equilibrio ecológico de la zona. De acuerdo a diagnóstico local 2009 La Localidad de Kennedy está regada por los ríos Bogotá, Fucha y Tunjuelito; el Fucha, a su paso por la localidad, se encuentra canalizado hasta la Avenida Boyacá y continúa su curso hasta desembocar en el río Bogotá. En la cuenca de El Tintal se han identificado algunas subcuencas que delimitan el cono del río Tunjuelito y drenan a través de vallados el río Bogotá, en dos áreas: Las Chucuas del Burro, y La Vaca, que recogen las aguas lluvias de Ciudad Kennedy en lagunas poco profundas. En la localidad se identifican algunos cuerpos de agua ubicados en los barrios San José de Occidente, Pinos de Marsella, La Igualdad, San Lucas, Perpetuo Socorro, El Tintal, Las Dos avenidas y Rincón de los Ángeles. Según el Plan Ambiental Local 2013 Kennedy cuenta con un área
Condiciones del aire	Según el informe anual de calidad del aire 2015, la ciudad cuenta con 12 estaciones para el monitoreo de la calidad del aire que permiten medir el nivel de concentración de partículas de polvo en

	<p>10 micras (PM10). La concentración de PM10 captada por la estación Kennedy es de 66 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, la segunda más alta de la ciudad y una de las tres que supera el límite anual permisible (50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$).</p> <p>Los datos obtenidos por la Red de Monitoreo de Calidad de Aire de Bogotá (RMCAB) año 2013 identifican fuentes móviles generadores de contaminación los cuales se intensifican en vías, tales como Avenida Ciudad de Cali, Agoberto Mejía, Primera de Mayo y 68 en la Carrera 76 y Calle 33 sur. De acuerdo al Decreto 003 de 2016 la localidad se considera como fuente de contaminación alta clase 1. De acuerdo al Plan Ambiental Local Año 2013 se identifica que en el sector industrial se generan gases tóxicos y sustancias que generan fuentes fijas en tintorerías, industria galvánica, metalmecánica; En la UPZ Patio Bonito se presenta quema indiscriminada de llantas, madera y plástico.</p>
Riesgo de zoonosis	<p>El Diagnóstico Rápido de VSPC 2016, muestra que en el barrio El Paraíso (UPZ 82 Patio Bonito) se ha identificado presencia de roedores y vectores en lugares críticos donde la gente arroja la basura. También se observa acumulación de heces de perro en espacio público por inadecuada tenencia de mascotas. De acuerdo al Sivigila año 2015 se notificaron en la Localidad 1947 casos por agresión animal potencialmente trasmisor de rabia.</p>
Áreas de riesgo y amenazas	<p>Según Diagnóstico Rápido de VSPC 2016, existe riesgo de inundación en asentamientos ubicados sobre la ronda de la ribera del río Bogotá. De acuerdo al Plan Ambiental Local 2013 la UPZ Patio Bonito se clasifica con riesgo alto de inundación en 13,9 Ha lo que corresponde al 4,4% del total de su territorio, y 9,91 de ellas con riesgo no mitigable. Como amenaza media de inundación se encuentra Patio Bonito con 144,7 ha lo que corresponde al 46% de su territorio. De acuerdo al Plan Ambiental Local 2013 en cuanto al riesgo tecnológico se concentra una importante cantidad de industrias químicas hacia el sector de Provienda, Provienda Occidental, Provienda Oriental, Provienda Norte y Lusitania que corresponden a las UPZ Carvajal y Américas.</p>
Uso del suelo	<p>Del total del Suelo de la localidad, el 10% (389 Ha) corresponde a área desprotegida. El 33% de UPZ tienen una clasificación residencial consolidada; el 25% residencial urbanización incompleta, el 17% se clasifican en Desarrollo, 17% con clasificación industrial y dotacional y un 8% con centralidad urbana. El 41% de uso del suelo está concentrado en viviendas y</p>

	fomento de actividad económica como un factor potencial del territorio en condiciones apropiadas para las viviendas, sin embargo el 42% del territorio presenta viviendas de estrato medio con cambios de uso de suelo no planificado o viviendas de estratos 1 y 2 que presentan deficiencias en infraestructura, acceso y equipamientos donde hay poco desarrollo y muchos predios desocupados y el 17% restante es principalmente industrial y producción de equipamientos urbanos y metropolitanos
--	--

Fuente: Subred Sur Occidente, Documento Accvsye Anexo 1 del Capítulo 2, Localidad Kennedy 2016

Los humedales de la localidad cuentan con calidad deficiente del agua, contaminación por disposición de basuras, escombros y ruido, pérdida acelerada del área inundable y ronda hidráulica del humedal, pérdida de la capacidad para amortiguar inundaciones, presencia de predadores (gatos, perros, entre otros), uso inadecuado en la zona de ronda y zona de manejo y preservación ambiental (ZMPA), esto evidencia la no valoración ambiental de la comunidad; lo cual vuelve contradictorio lo que puede ser un factor protector convirtiéndose en un factor de riesgo para contraer enfermedades infecciosas que puede afectar lo respiratorio, dermatológico e inclusive llegar hasta lo sistémico.

Las condiciones del aire dadas por factores antrópicos, vehiculares o industriales para la localidad son un riesgo alto para contraer Enfermedades Respiratorias ya sean de tipo agudo o crónico, siendo más vulnerables aquellos individuos que tienen condiciones biológicas y/o de comorbilidad.

De acuerdo a los recorridos territoriales liderados por el componente geográfico y geocatastral del equipo Accvsye, las principales problemáticas ambientales están asociadas a la contaminación atmosférica generada por el smog o residuos de la combustión vehicular, la cual se identificó en gran parte de la localidad, pero especialmente concentrada en las vías arterias por las que se realizó el recorrido, como la avenida Boyacá (AK 72), Avenida Ciudad de Cali (AK 86), Avenida Las Américas. En estas avenidas el tránsito es alto y las emisiones de smog parece

haber una relación con enfermedades respiratorias especialmente en niños y población adulta.

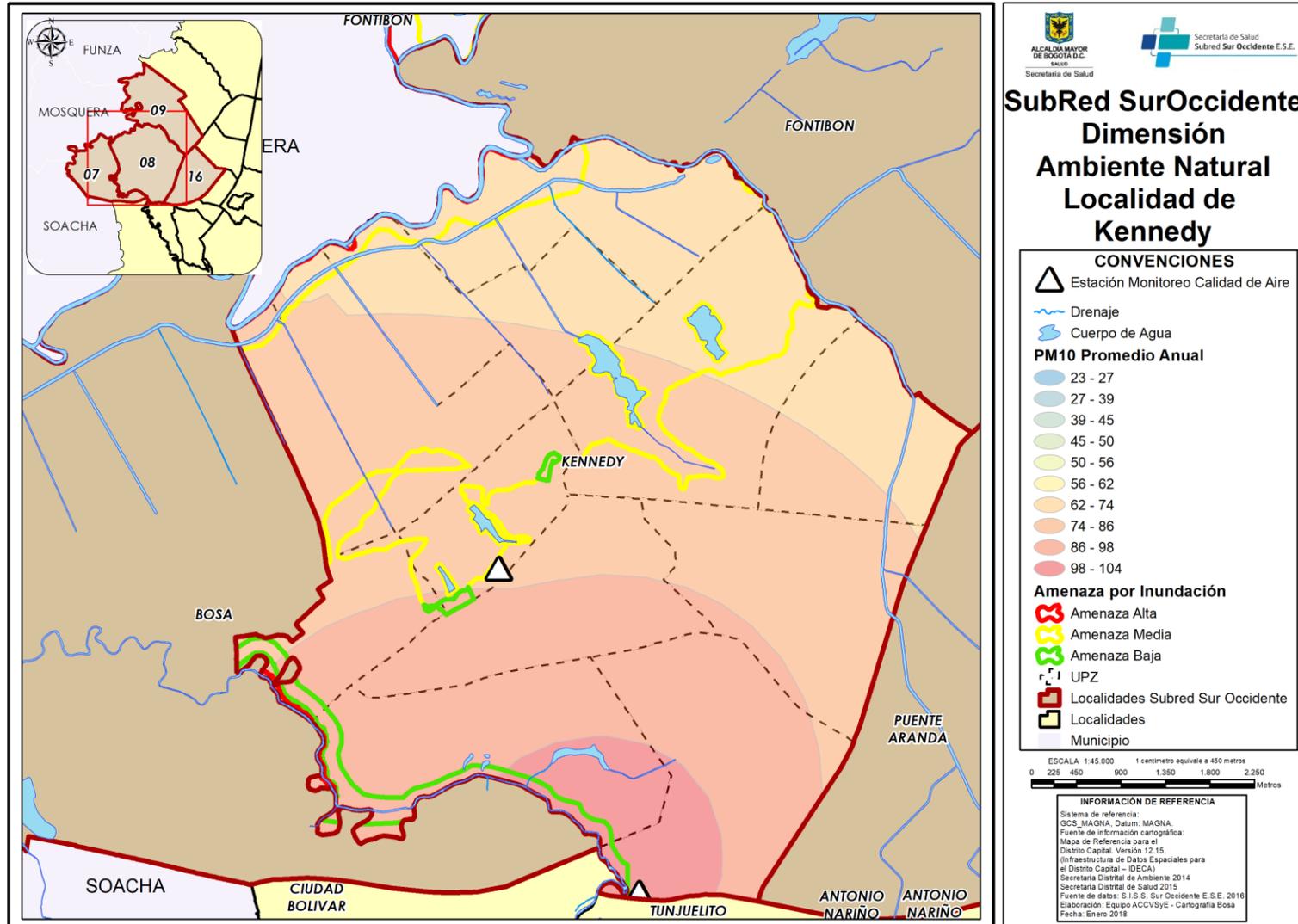
La presencia de insectos y roedores indican condiciones higiénico sanitarias deficientes bien sea en la vivienda o en los lugares aledaños a la misma, siendo un factor relevante para la presencia de infecciones que pueden ser en la piel, de tipo digestivo e inclusive producir infecciones sistémicas. Las agresiones por caninos y felinos son un riesgo que puede ir de la infección localizada a el riesgo mayor que es contraer rabia, la proliferación de estos vectores ha ido en aumento en los últimos años.

Así mismo, en los recorridos se identificó otra problemática ambiental que está relacionada con la contaminación de las fuentes hídricas como el río Fucha y los canales Comuneros, cuyas aguas negras reciben los residuos de alcantarillado, además de basuras y escombros. Por otro lado, también pasa en la parte sur de la localidad el Río Tunjuelito, que también tiene problemáticas de aguas negras, disposición final de escombros, problemas de roedores y mosquitos

También se evidenció una problemática relacionada con la localización del expendio de carnes del frigorífico de Guadalupe en relación al río Tunjuelito y cuyo expendio de carne para la venta al aire libre sobre la autopista sur se hace en condiciones inadecuadas como la falta de cadena de frío y la exposición a las condiciones ambientales como el humo de los autos afectan la calidad de la carne para consumo humano. Por otro lado, los desechos generados de esta actividad son comercializados para otros fines, lo que genera malos olores y atrae a roedores. Esta misma problemática se evidenció en el frigorífico de San Martín ubicado en límites de la localidad de Kennedy, Fontibón y el río Fucha, aunque no había mala disposición de desechos cárnicos, se evidenció malos olores para la población que habita en este sector.

Los riesgos de inundación en Patio Bonito que sumado a otras condiciones socio ambiental se constituye un factor para la producción de enfermedades respiratorias y de la piel principalmente. Los riesgos tecnológicos, en este caso para la localidad por químicos, se consideran un factor predisponente para intoxicaciones a largo plazo o por ser posibles cancerígenos.

Mapa 3. Dimensión ambiental, Localidad de Kennedy, 2016



De acuerdo al informe de Desarrollo de la Estrategia de Vigilancia Comunitaria de la Subred, Calandaima esta reportado por riesgo según datos de IDIGER, la comunidad informa que hace seis años el sector tuvo riesgo de inundación a causa de las lluvias y el mal manejo de residuos sólidos y las alcantarillas. El caño de la 38 de la localidad no cuenta con un buen mantenimiento y funcionamiento de aguas lluvias y desagüe, lo cual ha generado malos olores en el sector e insectos (moscas, zancudos, vectores) lo cual ha desencadenado una serie de enfermedades respiratorias en los habitantes del sector. También se reporta como riesgo la zona de bosque que limita con la localidad la cual es muy cercana a las viviendas y puede generar un riesgo alto por incendios. La comunidad no se encuentra capacitada para la atención de emergencias y desastres, esto por las dinámicas individuales de las familias (10).

Además, en la UPZ Calandaima la mayoría de familias cuentan con su mascota, pero no hacen la recolección adecuada de las excretas y esto genera molestia para las personas que transitan en las zonas verdes y andenes, generando altos riesgos de obtener enfermedades por el contacto, los olores fuertes y una posible caída, es de mencionar que la responsabilidad recae sobre las personas que son propietarias de las mascotas, no obstante hay caninos que no tienen propietario sino que deambulan por las calles buscando refugio y alimento para sobrevivir a estos animales no hay control, puesto que en algunas zonas se convierten en los perros comunales (10).

El 41% de uso del suelo está concentrado en viviendas y fomento de actividad económica como un factor potencial del territorio en condiciones apropiadas para las viviendas, sin embargo, el 42% del territorio presenta viviendas de estrato medio con cambios de uso de suelo no planificado o viviendas de estratos 1 y 2 que presentan deficiencias en infraestructura, acceso y equipamientos donde hay poco desarrollo y muchos predios desocupados y el 17% restante es principalmente industrial y producción de equipamientos urbanos y metropolitanos

esto es importante para definir riesgos pues el 42% de su territorio presenta condiciones no favorables para la salud al ser insuficiente su oferta institucional, no planificación en el uso del suelo y el 17% contiene riesgos tecnológicos lo que favorece la exposición a químicos que pueden producir intoxicaciones, ciertas neoplasias o enfermedades crónicas respiratorias.

De acuerdo a las Investigaciones socio-epidemiológicas de campo del equipo de Vigilancia Comunitaria, en los barrios La Igualdad, Patio Bonito II Sector, Kennedy Super Manzana y Tayrona, entre otros, se evidenció mal manejo de residuos sólidos debido a la dinámica basada en el acopio y distribución de alimentos en las zonas aledañas e interiores de la central de abastos, así como calles en mal estado, donde hay presencia de múltiples camiones, malos olores, levantamiento de polvo, al igual se evidencia presencia de palomas y moscos, residuos sólidos como llantas, escombros (sanitario), tejas, basuras, desechos alimenticios. Esta problemática abarca una longitud aproximada de siete cuadras en Kennedy la gran manzana.

En los recorridos territoriales del equipo Accvsye se identificó la disposición inadecuada de residuos sólidos y escombros principalmente en las orillas del río Comuneros, Tunjuelo y Fucha, paralelo a esto se evidenciaron puntos donde la problemática es más evidente como en Corabastos específicamente en la CL 38 sur, donde la disposición inadecuada de los productos desechados de Corabastos se dejan en la calle. Otro punto es sobre el caño comuneros en cercanía al río Fucha donde se ubica población recicladora, cuyas viviendas están construidas con material reciclado en algunos casos y las condiciones de las viviendas no son aptas para habitar debido a que son usadas como bodegas de reciclaje y su estructura no cuenta con vidrios en las ventanas. Se encontró problemas de roedores y la comunidad recicladora reclama porque no se han vuelto a realizar jornadas de fumigación y control de plagas que anteriormente se realizaban cada tres meses. Sin embargo, la problemática más crítica de disposición de residuos

sólidos se identificó en la antigua zona de invasión ubicada sobre el caño Cundinamarca sobre la KR 100, donde hay gran cantidad de escombros y basura. Antiguamente se encontraba la invasión de casas construidas en material de reciclaje.

2.3 DIMENSIÓN AMBIENTE CONSTRUIDO

A continuación, se exponen las diferentes categorías relacionadas con la dimensión ambiente construidos 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 Ambiente Construido de la localidad de Kennedy, 2016

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
Servicios públicos domiciliarios	<p>Según EMB 2014, la cobertura de servicios públicos en hogares de la localidad fue la siguiente (entre paréntesis se colocará la cobertura en la Subred y en el Distrito)</p> <ul style="list-style-type: none"> *Acueducto 100% (en la Subred 99,9% y en el Distrito 99,8%) *Alcantarillado 100% (en la Subred 99,9% y en el Distrito 99,5%) *Recolección de basuras 100% (en la Subred 99,9% y en el Distrito 99,8%) *Energía eléctrica 100% (en la Subred 99,9% y en el Distrito 99,9%), y hogares con energía eléctrica donde se han presentado cortes o suspensión del servicio 12,5% (en la Subred 12,9%, en el Distrito 14,0%) *Gas Natural 95,4% (en la Subred 94,4% y en el Distrito 89,8%) *Telefonía fija 58,5% (en la Subred 58,5% y en el Distrito 61,3%) *Internet 56,9% (en la Subred 56,5% y en el Distrito 57,9%) <p>El gasto promedio de los hogares en servicios públicos pasó de \$ 111.600 a \$ 144.900 entre 2011 y 2014 (en la Subred pasó de \$ 118.800 a \$ 145.600 y en el Distrito de \$ 127.400 a \$ 158.700).</p>
Saneamiento básico	<p>Los resultados del monitoreo del Índice de riesgo de calidad de agua para el consumo (IRCA) del año 2013 ubican la localidad dentro de la clasificación sin riesgo. Dentro de la afectación antrópica de los cuerpos hídricos, en particular para la localidad de Kennedy se encuentran diferentes tipos de urbanización,</p>

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
	contando con desarrollos legales e ilegales, así como, disposición de residuos sólidos, escombros, vertimientos industriales y domésticos arrojados al sistema de alcantarillado, en algunos casos directamente a los canales, cauces de los ríos y humedales.
Espacio público	De acuerdo a datos del Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público DADEP consultados en el Informe de Calidad de Vida Bogotá 2016, en 2015 la localidad contaba con la siguiente cantidad de Espacios por habitante medido en m ² : Parques 3,21 (en la Subred 2,89 y en el Distrito 3,52); Zonas verdes 0,09 (en la Subred 0,10, en el Distrito 0,11); Plazas y plazoletas por habitante 0,03 (en la Subred 0,04 y en el Distrito 0,06). El total de Espacio Público Efectivo Urbano por habitante, que tiene en cuenta los tres indicadores anteriores, dio para la localidad 3,33, muy por debajo del estándar propuesto por la OMS de 6m ² /Habitante. (En la Subred 3,02 y en el Distrito 3,69).
Equipamiento en educación	Según Caracterización del Sector Educativo localidad Bosa 2015 de la SED, la localidad cuenta con 255 Instituciones Educativas de las cuales 192 (75,3%) son Privados, 42 (16,5%) son Públicos, 19 (7,5%) están por contrato y 2 (0,8%) en concesión. Además del 100% de las instituciones educativas el 28% corresponde a colegios, las instituciones Tecnológicas al 0,5% y Universidades Privadas 1,5%, con una razón de 2,3 x 1000 habitantes. Universidad Uniagustiniana, en UPZ 78 Tintal Norte.
Equipamiento en salud	De acuerdo al Atlas de Salud Pública 2014 la localidad cuenta con 309 IPS de las cuales 95% son Privadas; con una razón de 2,9 x 1000 habitantes. Las monografías 2011 por localidades indican que Kennedy cuenta con 33 equipamientos en salud, las UPZ que presentan mayor número de equipamientos de salud son Kennedy Central con 8 y Patio Bonito con 7. De acuerdo a Portafolio de Servicios de la Subred Suroccidente, la localidad cuenta con 3 Unidad Médica Hospitalaria Especializada UMHE, 7 Centros de Atención Prioritaria en Salud CAPS y 11 Puntos de Atención Prioritaria en Salud PAPS
Equipamiento en atención a urgencias	Según Diagnóstico Rápido de VSPC 2016, la localidad cuenta con una estación de bomberos en la UPZ Carvajal y una en el Centro Comercial Plaza de las Américas (UPZ 44 Américas)

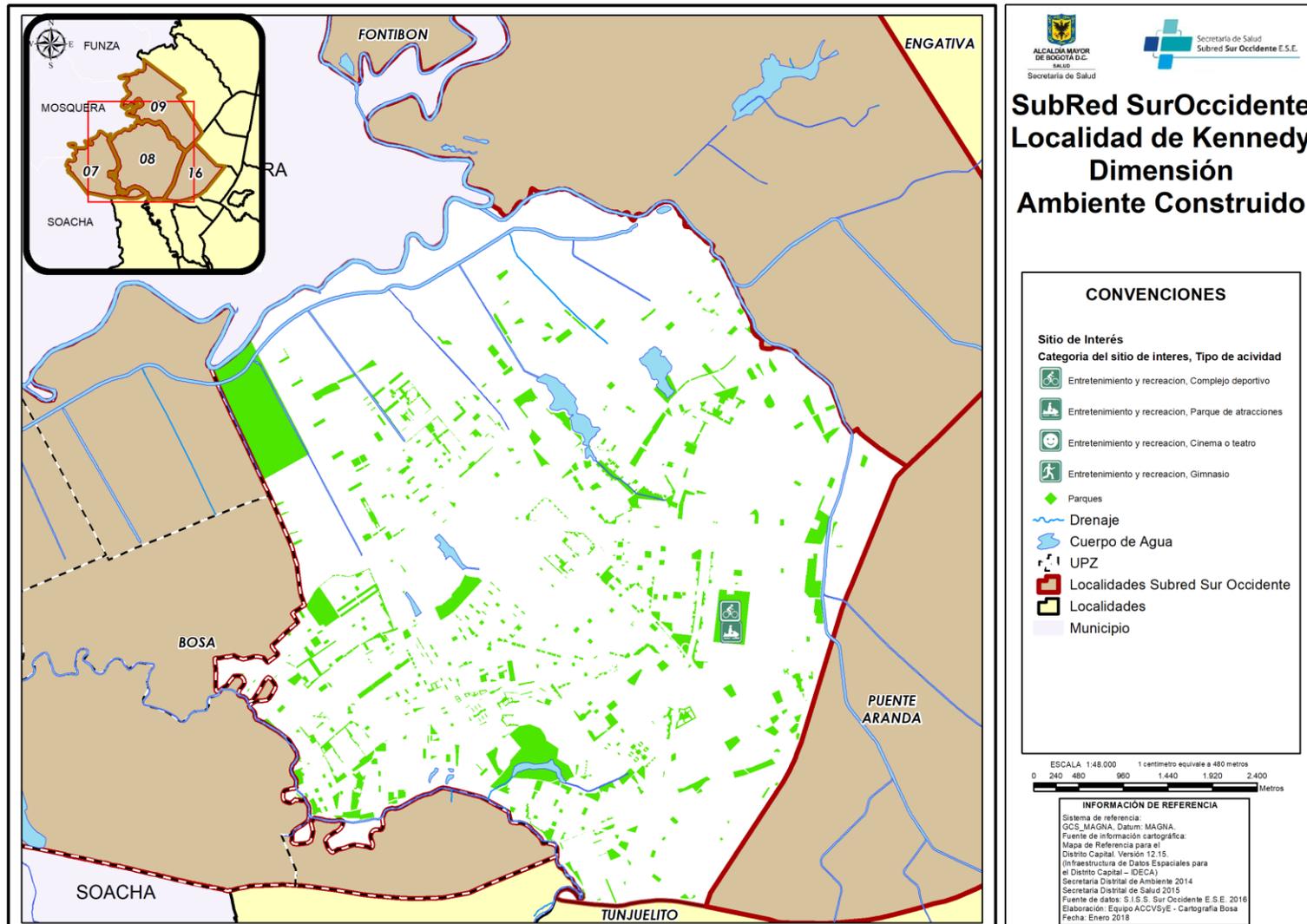
Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
Equipamiento en recreación y deportes	Según Diagnóstico Rápido de VSPC 2016, los principales escenarios recreativos y deportivos de la localidad son: - Parque Cayetano Cañizales, en UPZ 80 Corabastos - Parque Timiza, en UPZ 48 Timiza - Parque de diversiones Mundo Aventura, en UPZ 44 Américas. Así mismo se identifica una red de ciclo rutas significativas en la localidad. De acuerdo a la monografía 2011 de la localidad, se encuentran 6 equipamientos recreativos y deportivos correspondientes a 3 coliseos (Corabastos, Castilla), 2 estadios (Américas y Timiza), 1 piscina (Patio Bonito). Cuenta con 519 parques lo que equivale a 3.6m ² de parque por habitante, estando por debajo del promedio de la ciudad que registra el 4,4m ² /hab. De esos 519 parques 365 son vecinales y 144 de bolsillo, los demás son zonales o metropolitanos.
Equipamiento en seguridad	De acuerdo al Atlas de Salud Pública 2014 la localidad cuenta con 16 organismos que apoyan la seguridad de las cuales 94% son CAI y una Estación de Policía; con una razón de 0,1 x 1000 habitantes.
Equipamientos culturales	Según Ficha local de Kennedy 2016 de la Secretaría de Cultura, Recreación y Deportes, la localidad cuenta con 36 equipamientos culturales desagregados así: Archivos 1, Casa de Cultura 1, Centro Cultural 10, Centro Polifuncional 3, Sala de Exposición 1, Sala de cine 4, CLAN 2. Las UPZ mejor equipadas son Kennedy Central 8 (22%), Timiza 8 (22%), y Patio Bonito 5 (14%). Comparado con el promedio distrital (6,5), Kennedy tiene 3,4 equipamientos culturales por 100 mil habitantes, lo que la ubica en el puesto 15 de las 19 localidades con más equipamientos de este tipo por habitantes, sin contar Sumapaz. La biblioteca más importante de la localidad es la Biblioteca Pública El Tintal Manuel Zapata Olivella, en UPZ 79 Calandaima.
Equipamientos en vivienda	Según Diagnóstico Rápido de VSPC, en la UPZ 82 Patio Bonito prevalecen viviendas de espacios reducidos y asentamientos de invasión. De acuerdo a la encuesta multipropósito año 2014 el 49,5% de los hogares pagan arriendo ocupando el 6o lugar en el Distrito Capital, estando por encima de Bogotá en un 3%. El 56,9% de las viviendas son tipo apartamento, estando por debajo de Bogotá en un 3%. El 22,6% de las viviendas presentan algún tipo de problema por humedad en paredes, pisos y techos, ocupando el 14avo lugar entre las 20 localidades y estando por

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
	debajo del Distrito en un 3%. El 4,8 de las viviendas presentan algún tipo de déficit ocupando el quinto lugar en el Distrito y estando en 1,2% por encima de Bogotá.
Presencia de Cades	3 Cade: Cade en UPZ 83 Margaritas, Cade Portal de las Américas en UPZ 47 Kennedy y Cade Plaza de las Américas en UPZ 44 Américas
Malla vial	Según lo establecido en el Índice de Condición del Pavimento para el año 2013, el 74,3% de la malla arterial se encuentra en buen estado, el 57,9% de la malla intermedia se encuentra en buen estado y el 16,6% de la malla local se encuentra en buen estado

Fuente: Subred Sur Occidente, Documento Accvsye Anexo 1 del Capítulo 2, Localidad Kennedy 2016

La cobertura de Servicios públicos como agua y alcantarillado se traduce en un potencial positivo para la salud en la localidad, al disminuir riesgo de infecciones gastrointestinales; de otra parte porcentajes inferiores al 60% en acceso a internet y telefonía limitan la posibilidad de tener 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 (11).

Mapa 4. Dimensión ambiente construido, Localidad de Kennedy, 2016

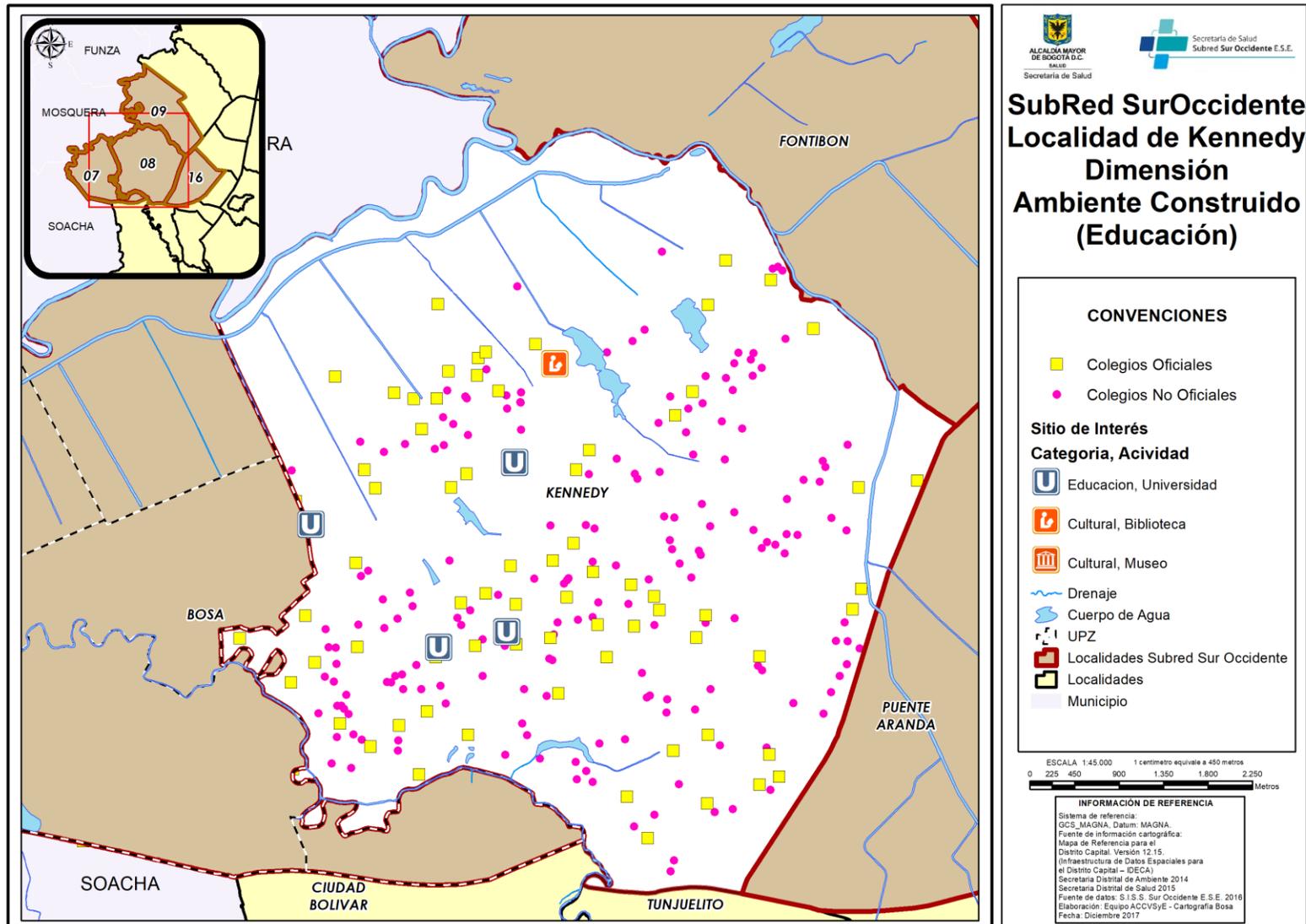


De acuerdo a las problemáticas colectivas identificadas en las investigaciones socio-epidemiológicas de campo del equipo de Vigilancia Comunitaria de la Subred, la UPZ Calandaima presenta fallas en el alumbramiento público de parques, lo que facilita el consumo de SPA y la delincuencia común en estos lugares, generando una percepción de inseguridad en los habitantes.

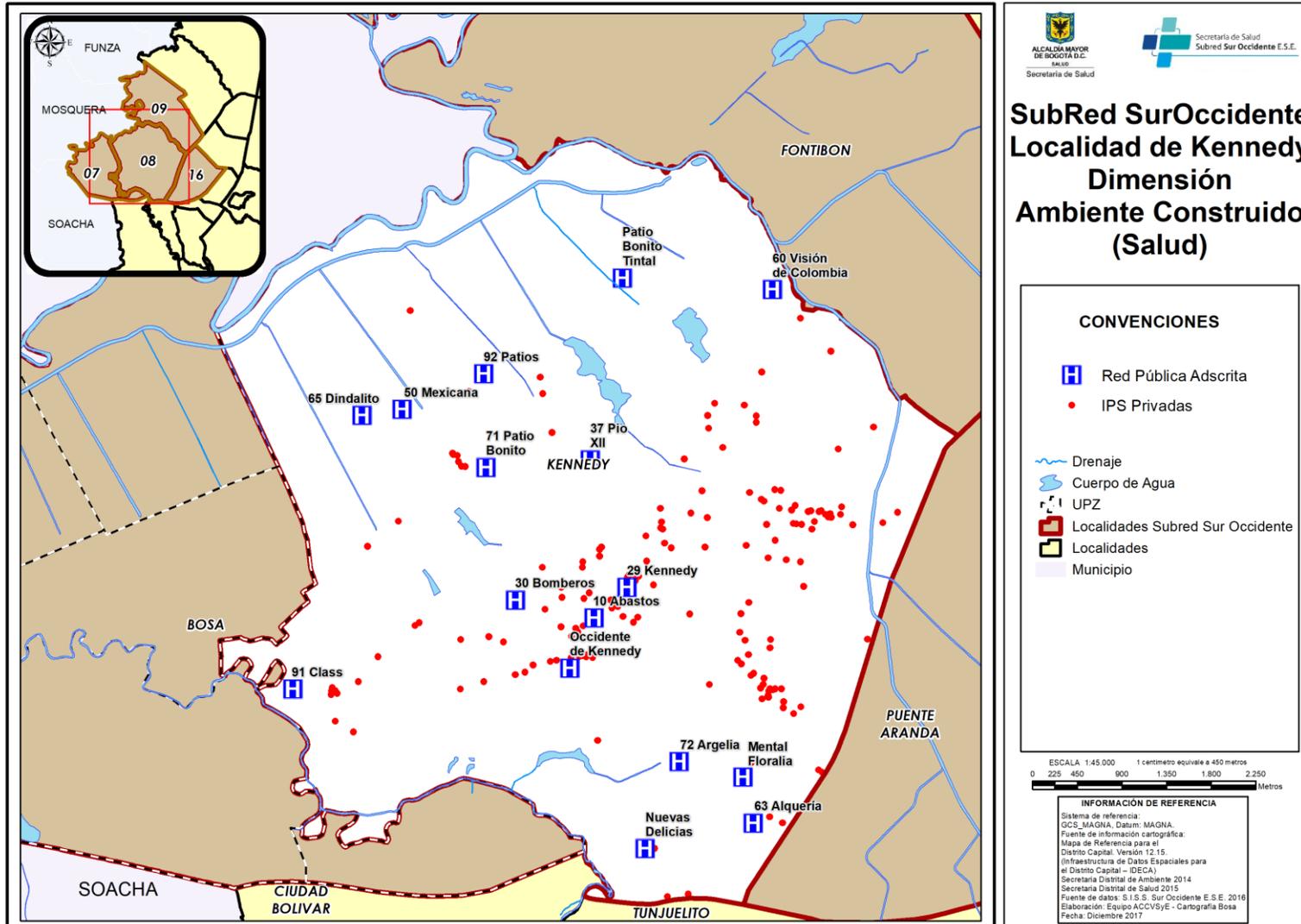
De acuerdo a la caracterización del sector educativo de la localidad de Kennedy año 2015, la población en edad escolar es de 234.369. La matrícula oficial para preescolar, primaria, secundaria y media fue de 120.966 NNA y de éstos el 61,70% se ubica en estrato 2, la matrícula oficial para población víctima del conflicto armado fue de 3.029 NNA, 1.573 tienen algún tipo de discapacidad y 609 pertenecen a grupos étnicos. La tasa de deserción es de 1.9 en las instituciones oficiales y del 0,8 en las privadas. El hecho que los estudiantes con escasos recursos logren tener el acceso a la educación permite que se puedan mejorar procesos que por falta de educación se han debilitado, la oferta responde a la demanda, sin embargo, los colegios oficiales presentan en su interior problemáticas como el consumo de spa, embarazo en adolescentes, violencia, acoso escolar que son factores importantes para la calidad de vida y salud de la población.

A pesar que la localidad cuenta con equipamientos de salud, no son suficientes debido a la alta demanda que se tienen en los servicios de las entidades públicas, ya que no sólo reciben las personas residentes sino personas de otras localidades, lo que complica aún más la calidad del servicio de salud, generando complicaciones de salud por las demoras en el servicio, que en ocasiones terminan en desenlaces fatales por la dinámica propia del sistema de salud.

Mapa 5. Dimensión ambiente construido en educación. Localidad de Kennedy, 2016



Mapa 6. Dimensión ambiente construido en salud, Localidad de Kennedy, 2016

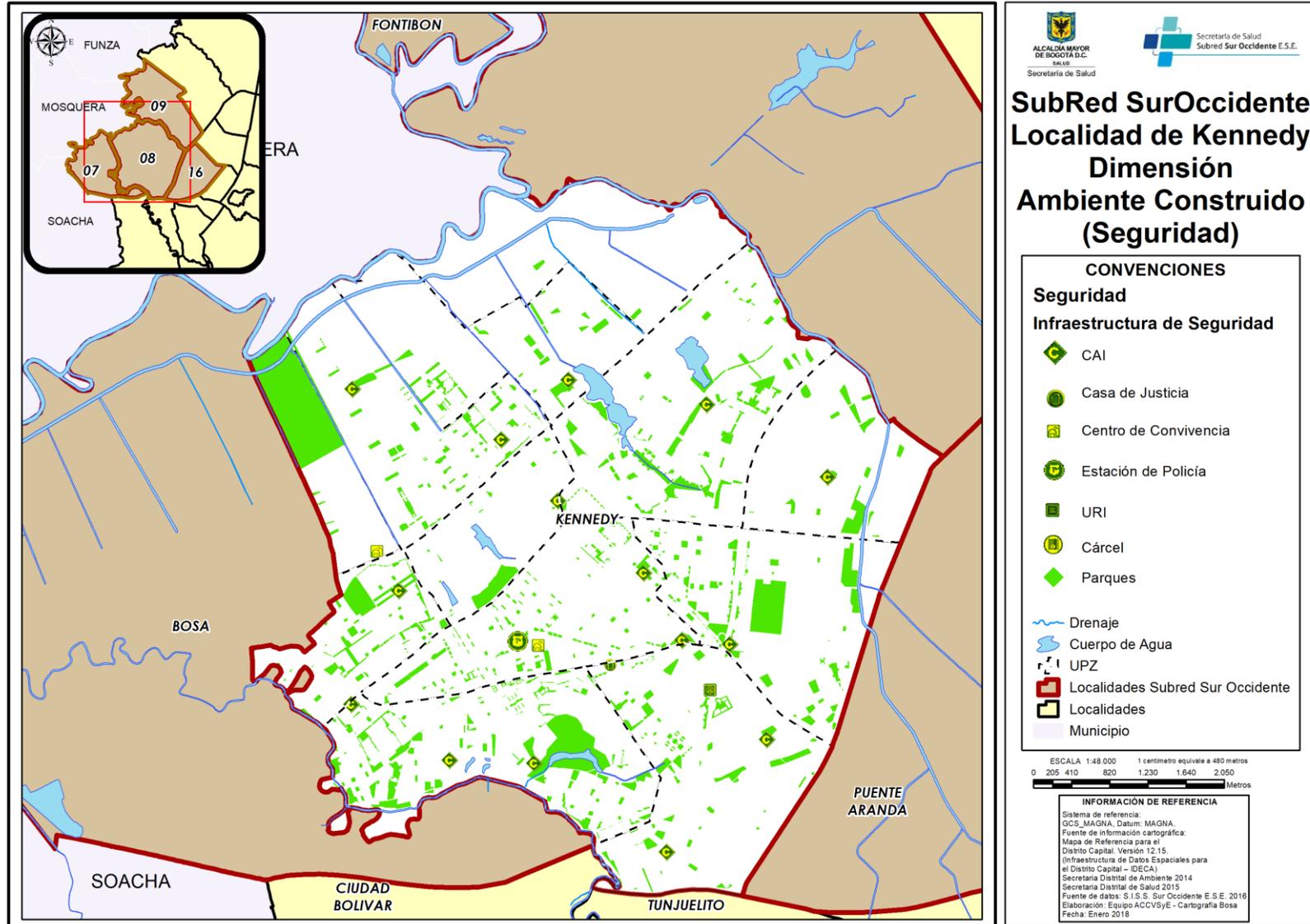


El contar con una estación de bomberos en la localidad permite dar respuesta a cualquier desastre o emergencia que ocurra, sin embargo, un factor que demora la respuesta es el tráfico.

El acceso a zonas verdes y contar con espacios de recreación es un factor fundamental para promoción de la actividad física, la cual debe iniciar desde la infancia y trascender en las etapas adulta y vejez donde un factor relevante para las enfermedades crónicas es el sedentarismo, el cual ayuda a su disminución disponer de espacios para realizar ejercicio físico.

Kennedy se caracteriza por ser una localidad violenta, el hecho de que la presencia de equipamientos de seguridad sea tan mínima para toda la población residente (0,1 x 1000 habitantes), expone a las personas a conductas delictivas tales como robos, atracos, homicidios producto de la intolerancia, así mismo la ausencia de estos equipamientos incitan a que se desarrolle la delincuencia como forma de vida, conducta en la que terminan siendo influenciados niños, adolescentes y jóvenes.

Mapa 7. Dimensión ambiente construido en seguridad, Localidad de Kennedy, 2016



El uso del tiempo libre es un factor importante para que las personas residentes de la localidad no consuman SPA, puedan liberar cargas de estrés dado por las dinámicas laborales y familiares y a su vez contribuye al crecimiento personal e intelectual lo que a su vez contribuye al mejoramiento de la calidad de vida, sin embargo Kennedy cuenta con muy pocos equipamientos culturales para la alta demanda y no todas las personas logran acceder ya sea por desconocimiento, acceso económico o falta de tiempo.

De acuerdo a los recorridos territoriales realizados por el equipo Accvsye la problemática de inseguridad se evidenció en parques y alrededores de canales como el de Comuneros y el río Fucha y Tunjuelito, ligados principalmente al consumo de SPA. Se identificó problemas de inseguridad en el parque Cayetano Cañizares en las zonas solitarias utilizadas como puntos para el consumo de SPA. Otros puntos identificados fueron el sector de Corabastos (CI 38 sur) y el barrio María Paz y El Amparo. Hacia el occidente se encontró un punto crítico de inseguridad sobre la KR 100 con calle 42 sur y barrios Bellavista y Tierra Buena

El estado deficiente de las vías principalmente las locales, que son las más cercanas a los lugares de vivienda, son un factor predisponente, que si están sin pavimentar facilitan el desarrollo de infecciones respiratorias agudas, pero de igual forma para accidentalidad. De otra parte, estas vías dado que afectan acceso a vehículos e inclusive al tránsito regular de personas afectan la salud mental, principalmente por no ser una zona segura. La movilidad en la localidad se resume en la falta de transporte público y vías de acceso hacia el occidente de la localidad, vías en mal estado (sin pavimentar) que generan mayores riesgos para la salud por la polución y los altos porcentajes de accidentalidad. Las familias tienen que asumir mayores en transporte. En la localidad, el 59% de la malla vial local se encuentra en mal estado y un 24,4% en regular estado (36). En las UPZ de Patio Bonito y Corabastos, las vías secundarias se encuentran sin pavimentar y en mal estado.

Las vías y andenes en los barrios recorridos en el diagnóstico de Vigilancia Comunitaria no todos cuentan con el acceso para las personas con discapacidad, algunos andenes y vías no tienen ramplas, algunas instituciones carecen de la infraestructura para personas con discapacidad. Vale la pena resaltar que algunas de las instituciones de salud no cuentan con dichos accesos lo que también dificulta acceder a los servicios de salud por ende se agudizan las barreras a esta de población. La infraestructura urbanística del territorio, está caracterizada por la presencia de callejones, calles angostas, andenes reducidos, bajo número de parques, lo cual dificulta la movilización de las personas con limitación motora y/o visual, condición de discapacidad presente en el territorio con frecuencia; esto, sumado a la inoportunidad en el acceso a los servicios de salud por la manera perversa como está concebido el sistema de seguridad social.

De acuerdo a las problemáticas colectivas identificadas en las investigaciones socio-epidemiológicas de campo del equipo de Vigilancia Comunitaria de la Subred, en la UPZ Calandaima reportan servicios de transporte informal al cual se ven obligados acceder para llegar a la avenida del Transmilenio. El horario de transporte funciona de manera formal hasta las 11 PM lo cual se convierte en un riesgo para la comunidad el acceso a los barrios comunes; el transporte informal ha ayudado en la accesibilidad al sector, pero en ocasiones se ha convertido también en una problemática de violencias.

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 16. Condiciones de vida en la dimensión Social de la localidad de Kennedy 2016

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
Seguridad	<p>Los datos preliminares del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses consultados en el Informe de Calidad de Vida de Bogotá 2016, muestra que la tasa de homicidios por 100.000 habitantes en la localidad en el año 2015 fue de 14,1 (en la Subred fue de 13,7 y en el Distrito de 17,4). La tendencia histórica ha sido decreciente: en 2012 tasa 19,8, en 2013 tasa 15,7, en 2014 tasa 14,9.</p> <p>Los cálculos basados en datos de la SIJIN-DIJIN- MEBOG y Policía nacional consultados en el Informe de Calidad de Vida de Bogotá 2016, muestran que la tasa de hurtos por 100.000 habitantes de la localidad en 2015 fue 279,2 (en la Subred fue 276,7 y en el Distrito 349,3). La tendencia histórica ha sido creciente: En 2012 tasa 226,0, en 2013 tasa 232,1, y en 2014 tasa 271,1.</p> <p>Según Diagnóstico Rápido de VSPC 2016, el barrio Boitá (UPZ 48 Timiza) se evidencia alto riesgo de inseguridad, asociado a la concentración de venta y consumo de alcohol y de SPA en establecimientos y en espacio público, y la falta de presencia de policía. De acuerdo a la EMB 2014 la proporción de viviendas con problemas de inseguridad es de 67,3%, estando por debajo del Distrito alrededor de un 2% y ocupando el 12avo lugar. De acuerdo al documento de análisis capítulo priorización por necesidades en forma cualitativa se encuentra: en la UPZ Las Margaritas se destaca la delincuencia común, inseguridad, desescolarización y consumo de SPA, conllevando a problemas de violencias. En la UPZ Carvajal sectores Guadalupe, Nueva York, Villanueva, Las Torres se destaca las problemáticas de violencias siendo marcado el maltrato infantil, pandillismo, microtráfico, operativos para desalojar la ronda del río que afecta los establecimientos comerciales.</p>
Educación	<p>De acuerdo a la base de matrículas año 2015 de Secretaria Distrital de Educación se tenían matriculados 183.124 estudiantes; la tasa de deserción en colegio Oficial es de 1,9 y de 0,8 en colegio no oficial. El 0,9% de los estudiantes presentan algún tipo de Discapacidad. De acuerdo al Sistema de Información para agenda locales Bosa y Kennedy, esta última localidad para el año 2015 presenta los siguientes</p>

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
	porcentajes de cobertura: Preescolar 76%, Primaria 90,7%, Secundaria 94,4%.
Vivienda	La EMB 2014 muestra que el 22,6% de las viviendas presenta problemas de humedad en paredes, pisos o techos, el déficit cuantitativo de la vivienda es de 4,8%, el 57,1% de hogares gastan menos de diez minutos caminando para acceder a parques o zonas verdes. En la monografía de la SDP 2011 la población de la localidad el 36% tiene casa, el 62,4% apartamento, el 0,5% cuarto de inquilinato y el 1,2% vive en otro tipo de estructura, los hogares que presentan déficit son el 10,4% y de estos el 3,7% presenta déficit cuantitativo y el 6,7% déficit cualitativo. De los hogares con déficit de vivienda cuantitativo en la localidad, el 38,2% presenta carencias de hacinamiento no mitigable, el 7,5% presenta carencia de estructura y el 54,3% carencias de cohabitación. El 89,8% de los hogares con déficit cualitativo en la localidad presentó carencias en hacinamiento mitigable, el 5,2% de los hogares con carencias en servicios públicos, el 2,5% de carencias en estructura, el 1,3% en estructura y hacinamiento mitigable y 1,3% en estructura y servicios públicos. Se calcula un hacinamiento crítico en 1,9% de los hogares de la localidad (en la Subred y en el Distrito fue de 1,8%)
Práctica recreativa y deportiva	La encuesta bienal de culturas 2015 reporta que el 18,5% de la población realiza alguna actividad artística, de esta población el 7,1 toca algún instrumento, canta o compone, el 4,9% escribe, el 6,5% esculpe, teje, borda, confecciona, el 9,6% pinta, el 2,5% realiza instalaciones o decora espacios, el 4,7% actúa, el 4% dirige o produce espectáculos y el 4,5% baila o hace performance. El 26% de la población encuestada en la localidad práctica algún deporte, el 63,1% no lo practica, la razón principal por la que no lo practican es porque no les gusta o no saben cómo practicarlo.
Acceso efectivo a espacios culturales	Según Encuesta Bienal de Culturas 2015, los porcentajes de habitantes de Kennedy 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 73,2% (71,7%), actividades de artes plásticas y visuales 78,9% (78,3%), presentaciones de danza 71,3% (73,3%), salas de cine o

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
	espacios de exhibición de películas 56,1% (57,2%), presentaciones de música en vivo 65,3% (66,0%). Las actividades de cine, música en vivo y danza presentan porcentajes de inasistencia ligeramente inferiores a los de Bogotá, los de artes plásticas, danza y obras de teatro son mayores. En cuanto a los motivos de inasistencia (el indicador Bogotá se encuentra entre paréntesis) 24,9% manifiesta no haber asistido por falta de dinero (21,6%), el 15,9% por falta de interés (18,9%) y el 35,4% por falta de tiempo (33,2%)
Pobreza	De acuerdo a la encuesta multipropósito año 2014 en Kennedy el 17,4% son pobres totales y el 4,9% extremos totales, por NBI la pobreza es del 17,4% y el resultado de coeficiente de Gini es de 0,4. Por NBI la localidad ocupa el séptimo lugar en el Distrito de mayor pobreza, por componentes de la NBI la localidad se mantuvo del 2011 al 2014 en vivienda inadecuada mientras que presentó una disminución en inasistencia escolar y dependencia económica, al contrario, aumentaron los servicios públicos y el hacinamiento crítico. El índice de prosperidad es del 0,5 ocupando el noveno lugar en el Distrito.
Servicio de salud	En la localidad de Kennedy se evidencia en las entidades públicas del sector salud, insuficiencia de recursos tanto económicos, físicos y humanos para responder a la demanda de los usuarios y esto responde a la dinámica propia del sector salud, a pesar de contar con equipamientos en salud, en su mayoría son privados lo que requiere tener dinero para acceder a estos servicios, por lo que los servicios de salud públicos se congestionan generando traumatismos en la atención oportuna y de calidad a los usuarios
Coberturas en salud	De acuerdo a datos suministrados para el año 2016 el 76,1% (903.686) pertenece al régimen contributivo, seguido del 11,4% (135.321) para el régimen subsidiado, el 3% (35.619) y el 0,7%(8.440). De acuerdo a la matriz de seguimiento mensual de indicadores año 2016 equipo Análisis el resultado de las coberturas obtenidas en el año 2016 fueron terceras dosis de polio 104,2, triple viral 104, logrando cobertura por encima de la Subred

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
Bienestar y protección social	De acuerdo a Inventario de Secretaría de Integración Social Mapoteca, la localidad cuenta con 99 Instituciones de Bienestar Social con una razón de 0,9x1000 habitantes, el 21% corresponden a jardines infantiles de Integración, 19% Jardín Acunar, 17% de protección al adulto mayor, 6% Comisaría de Familia. Con una razón por debajo de la Localidad se encuentran con una razón Castilla, Tintal Norte, Calandaima y Corabastos. De acuerdo a la Monografía de la localidad 2011 realizada por la SDP en Kennedy se localizan 464 equipamientos de bienestar social, dentro de los cuales se destacan los destinados a la asistencia básica que representan el 97,4%, 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. La UPZ Patio Bonito concentra el mayor número de este tipo de equipamientos, con 162, seguida de la UPZ Timiza, con 55.
Prácticas sociales y culturales, estilos de vida	Según Diagnóstico Rápido VSPC 2016, en la UPZ 82 Patio Bonito, barrio El Paraíso, los habitantes suelen sacar las basuras en horas que no corresponden con las del servicio de recolección, y a puntos no adecuados.

Fuente: Subred Sur Occidente, Documento Accvsye Anexo 1 del Capítulo 2, Localidad Kennedy 2016

La inseguridad es un aspecto trazador que afecta la salud mental del individuo más aún cuando esta es cercana a los lugares donde diariamente se desarrollan actividades como la vivienda, el colegio o el lugar de trabajo. Históricamente Kennedy se ha considerado una localidad violenta, en este sentido los focos de inseguridad, la violencia urbana caracterizada por pandillas, microtráfico, débil presencia de la policía, exponen a la población a cualquier riesgo de convivencia y en los menores se pueden incitar estas prácticas delictivas lo que conlleva a un problema de convivencia social más complejo por el entramado de relaciones que se generan por la falta de oportunidades en un menor.

De acuerdo a las problemáticas colectivas identificadas en las investigaciones socio-epidemiológicas de campo del equipo de Vigilancia Comunitaria de la

Subred, en la UPZ Calandaima se evidenciaron sitios de ocurrencia de delito (robo asalto, homicidios, lesiones intencionales) esto asociado a los sitios de venta de alcohol y tabaco del sector así como los sitios de baja iluminación reportados por la comunidad, se evidencia grupos delincuenciales y microtráfico lo cual pone en riesgo la integridad de las personas de la localidad. Los propietarios de tiendas, supermercados y locales de internet refieren asaltos a mano armada constante, así como les cobran seguridad por el espacio, la población se siente insegura e informan encontrarse desamparados por el estado. Al realizar el recorrido en uno de los barrios comunes de la UPZ 79 Calandaima y desde la mirada de una observación no participante evidenciaron una de las problemáticas sentidas por los habitantes del sector frente al expendio de SPA (10).

Así mismo, se evidenció enclaves o comercios de diversa índole, que se han desarrollado a expensas de la central de abastos; entre estos, bares o “cantinas” y sitios de prostitución, facilitando a su vez la venta de psicoactivos. Se observa gran cantidad de habitantes de calle y personas aparentemente bajo efectos del consumo de psicoactivos, según la revisión documental, la zona es de altísima peligrosidad, por los continuos robos y atracos a transeúntes y vehículos, en especial en Patio Bonito (10).

La educación facilita procesos de recepción de información, educación y comunicación dada en la promoción y prevención de enfermedades, pero de igual manera en el seguimiento de indicaciones para su rehabilitación y tratamiento.

Las Instituciones Educativas son un actor coadyuvante en la promoción de estilos de vida saludables, al igual que en la información básica en salud, lo que favorece procesos cognitivos para aceptar recomendaciones y conceptualiza el riesgo como algo importante de prevenir.

Las coberturas a partir de primero de primaria son buenas, sin embargo, llama la atención que niños menores de 6 años (preescolar) más del 20% no asisten por lo tanto los padres no tienen acceso a esta información, lo cual es importante más aun en este grupo etario que tiene una dependencia de sus cuidadores y son más susceptibles a ciertas enfermedades infectocontagiosas.

El hecho que las condiciones de la vivienda no sean adecuadas en la población de la localidad indican que la ésta no sólo tiene un bajo nivel de acceso, muestra de esto es que la mayoría se ubica en estrato 2, sino que a su vez se vuelve en un potencial determinante debido a que estas condiciones generan enfermedades respiratorias, mayor riesgo de accidentalidad casera, mayor vulnerabilidad ante cualquier emergencia o desastre.

El buen uso del tiempo libre y la realización de alguna actividad ya sea artística o deportiva contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida de la población, pero el porcentaje de población que realiza estas actividades es muy bajo, en algunas ocasiones estas actividades se limitan por desconocimiento de que existen de manera gratuita, por falta de tiempo y en el uso de espacios como parques para la recreación porque se vuelven focos de inseguridad. El hecho que una persona este ocupando su tiempo en alguna actividad artística o deportiva reduce el riesgo de consumo de spa, depresión, obesidad, entre otros.

El acceso a espacios culturales permite a las personas tener mayor conocimiento sobre lo que acontece en la vida y la forma en la que se puede dar respuesta a situaciones de impacto, pero este acceso a espacios culturales está ligado a el tiempo o el recurso económico, la localidad reporta porcentajes bajos de asistencia y esto se ve reflejado en la importancia que la población les da a estos espacios, siendo complementarios para mejorar la calidad de vida.

La pobreza es el determinante más importante en la dimensión social ya que esta condición genera situaciones precarias que ponen en riesgo la salud de la población no sólo en la adquisición de enfermedades, sino la imposibilidad de dar respuesta adecuada al tratamiento evitando una posible mortalidad, en los casos como la desnutrición, enfermedades respiratorias entre otras. La población de Kennedy se ubica en su mayoría en el estrato dos, además es una de las más pobladas lo que incide no solo tanto en los proyectos de vida de las personas que la habitan como en las dinámicas sociales que surgen a raíz de la pobreza, como la inseguridad ciudadana, el consumo problemático de spa, la intolerancia, etc.

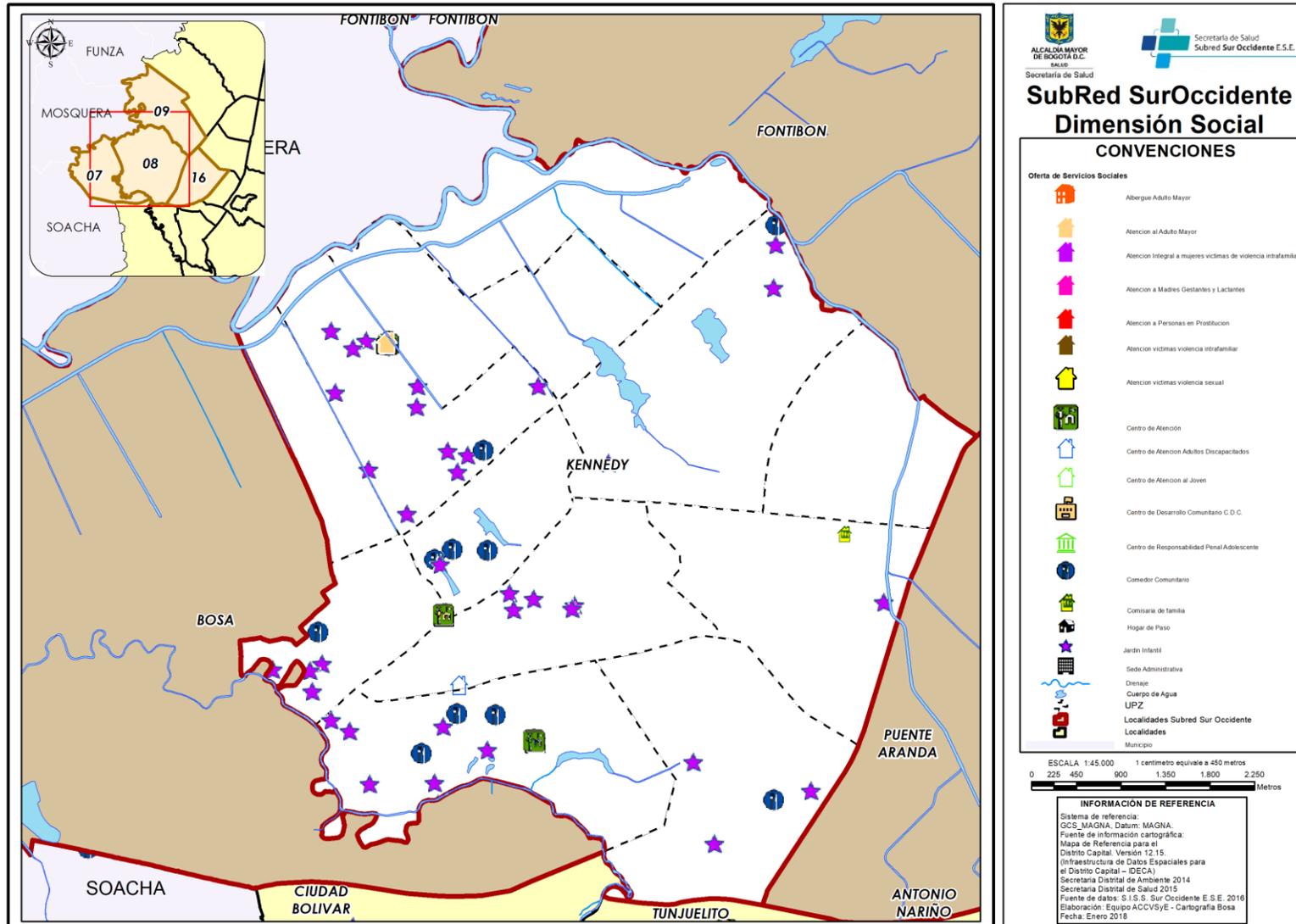
En las IPS públicas de la localidad el hacinamiento es evidente debido a la alta demanda que estas instituciones presentan en especial la unidad de servicios de salud Kennedy que recepciona la mayor población no solo de residencia sino de otras localidades aledañas como lo son Puente Aranda y Bosa. Estas condiciones desmejoran la calidad del servicio, tanto en la atención como en la disponibilidad de servicios y en ocasiones se vuelve neurálgico a la hora de dar respuesta a los usuarios para el diagnóstico y tratamiento.

La Localidad en general refleja una buena cobertura de afiliación al SGSSS, aumentando progresivamente la afiliación al régimen contributivo y descendiendo los regímenes subsidiado y no asegurado; en términos de acceso a la salud es un potencial para el territorio. Las coberturas de vacunación reflejan buenas estrategias en fortalecer la salud pública, siendo este programa trazador para la primera Infancia.

Los equipamientos de bienestar y protección social permiten generar 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.

Mapa 8. Dimensión Social, Localidad de Kennedy, 2016



La salud mental está viéndose seriamente afectada por estilos de vida como el consumo de spa, intolerancia, relaciones vecinales conflictivas, violencia intrafamiliar, así mismo los índices de cultura ciudadana en Bogotá están por debajo generando problemas de convivencia.

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 17. Condiciones de vida en la dimensión Económica de la localidad de Kennedy 2016

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
Actividades económicas	Según Diagnóstico Rápido de VSPC 2016, en la localidad existen muchas microempresas de colchones, muebles, latonería, plástico, separación y reciclaje entre otras y se ubican en zonas residenciales, la UPZ 45 Carvajal prevalecen actividades comerciales e industriales, incluidas entre ellas zonas de consumo de alcohol y ventas callejeras.
Incidencia del desempleo	Según resultados de la encuesta multipropósito del año 2014 la tasa de desempleo es de 7,4% siendo la más baja de la Subred. De acuerdo a la monografía 2011 de la SDP, la Tasa Global de Participación (TGP) entendida como la relación porcentual entre la PEA y la PET, alcanzó 63,4% en la ciudad, siendo más alta en Kennedy con 66%, el 61,1% de la PET trabajó al menos una hora en la semana anterior a la realización de la encuesta (Tasa de Ocupación). La tasa de desempleo fue de 7,3%, siendo la quinta localidad con menor tasa de desempleo en la ciudad.
Incidencia del trabajo informal	Alrededor de la central de abastos ubicada en la UPZ Corabastos de la localidad se concentra población dedicada al reciclaje y a la informalidad al igual que la UPZ 45 Carvajal y UPZ 82 Patio Bonito. En la localidad de Kennedy

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
	<p>se encuentra una gran cantidad de talleres de mecánica, talleres de ornamentación, metalmecánica, maderas y confección los cuales en su mayoría son empresas informales debido al poco interés de los empleadores por formalizar sus empresas en materia de vincular a los trabajadores al Sistema General de Seguridad Social Integral. Los talleres de maderas no cuentan con un sistema productivo estandarizado puesto que sus productos, en su gran mayoría, son fabricados de acuerdo a las necesidades del cliente (Diagnóstico local 2009)</p>
<p>Costo de vida en la localidad</p>	<p>De acuerdo a la encuesta de Calidad de Vida 2007 realizada por el DANE, el gasto promedio mensual de luz es de \$33.846, de alcantarillado es de \$19.363, de recolección de basuras \$8.217, de acueducto \$6.388, combustible para cocinar \$17.039 y telefonía fija \$41.626 siendo el servicio más costoso. La localidad ocupa el 11° lugar en estos gastos promedio mensual con valores muy similares al promedio de la ciudad. El gasto promedio mensual en alimentos fue de \$526.073 y en gastos personales fue de \$218.604. En artículos de aseo personal y del hogar, ropa, calzado, muebles, impuestos, vehículos, etc. fue de \$307.288, de esta forma la localidad ocupa el 8° en el costo de vida más bajo de las localidades.</p>
<p>Ingreso per cápita de la localidad</p>	<p>De acuerdo al Boletín No. 49 Ciudad Estadísticas Año 2013 de la Secretaría de Planeación Índice de Prosperidad en Bogotá, Kennedy ocupa el 13avo puesto entre las 20 localidades en tener el ingreso más alto, de igual forma la satisfacción de condiciones de vida fueron del 77.7% ocupando el 13avo puesto.</p>
<p>Seguridad alimentaria</p>	<p>De acuerdo a la monografía 2011 de la SDP, la localidad cuenta con 77,3% de hogares seguros y 22,7% son hogares con inseguridad alimentaria, de estos hogares, el 17,6% tiene un grado de inseguridad leve, el 4% moderada y el 1% severa. El 39,5% de los/as jefes de hogar perciben una mejoría en las condiciones de alimentación de los miembros del hogar, con una participación 2,9 puntos porcentuales más alta que la de total Bogotá. De esta mejora el 71,4% lo atribuye a la mejora de ingresos, el 21,3% hicieron cambios en los alimentos que consumen, el 0,7% recibieron ayuda de programas del gobierno, el 2% disminuyeron los miembros</p>

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
	del hogar y el 0,7% recibe capacitación de hábitos de consumo o preparación de alimentos. En contraste, el 8,8% de los/as jefe/as de hogar reportó que las condiciones de alimentación de los miembros del hogar empeoraron, esto debido a que el 22,2% de los miembros del hogar perdieron el empleo, el 27,7% bajaron los ingresos, el 8,2% tuvo la necesidad de designar el presupuesto en otras necesidades, el 41,9% lo atribuye al alza de precios de los bienes y servicios que consumen en el hogar
Estratificación socioeconómica en la localidad	De acuerdo a la monografía 2011 realizada por la SDP la población de Kennedy tiene la siguiente estratificación económica: sin estrato el 1%, estrato bajo-bajo (1) 1%, estrato bajo (2) 53%, estrato medio bajo (3) 44%, estrato medio (4) 2%.

Fuente: Subred Sur Occidente, Documento Accvsye Anexo 1 del Capítulo 2, Localidad Kennedy 2016

El desempleo no solo afecta el ingreso de los hogares lo que permite acceder a servicios y a la canasta familiar, sino que también afecta la salud mental de las personas debido a que se generan trastornos de ansiedad, depresión y en algunos casos la desesperación conlleva a la persona a incurrir en actos delictivos para la consecución del dinero, en la salud esto se refleja debido a que las personas desempleadas no cuentan con una afiliación al SGSSS, por ende su núcleo familiar tampoco si es el único proveedor del hogar, el acceso a los alimentos se dificulta generando complicaciones que pueden llevar a una desnutrición y todo lo que ésta implica y las personas se hacen más vulnerables frente al tratamiento de una enfermedad.

La situación social y económica que caracteriza el país, sumado al conflicto armado interno, ha generado un incremento sustancial en el fenómeno del desplazamiento y ha legitimado la economía informal. Evidencia de esto, ha sido la central de abastecimiento - CORABASTOS - de la cual se ha construido un imaginario en el común de la población que la relaciona directamente con posibilidades de empleo de mano de obra no calificada (coteros y venta

ambulante), como con la posibilidad de acceso fácil a alimentos por ser esta plaza la más grande del país.

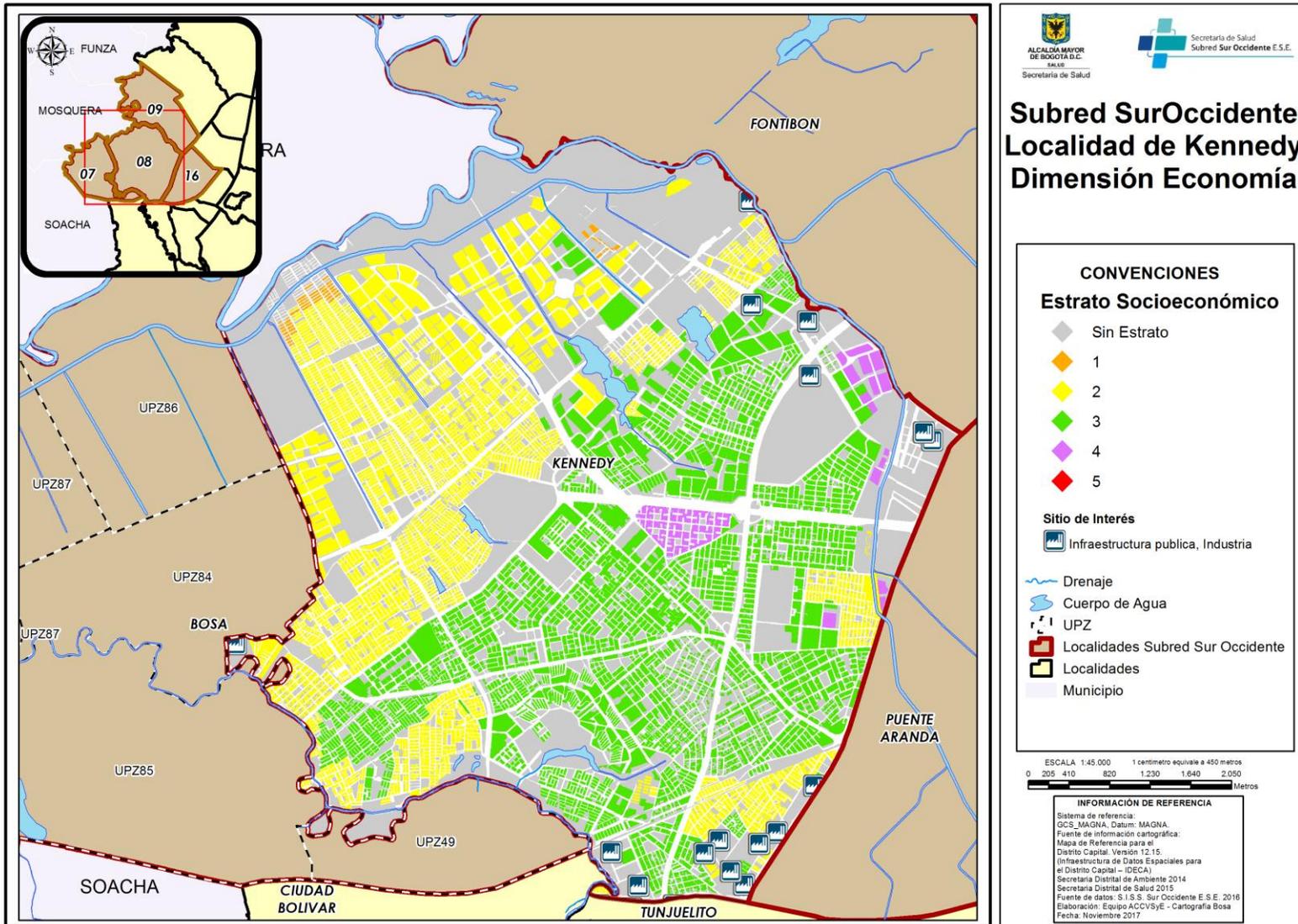
El ingreso es un determinante intermedio fundamental para el desarrollo de los hogares, sin éste el acceso a la canasta familiar y a los servicios se reduce, disminuyendo así la calidad de vida de las personas, esto se atribuye a su vez a las dinámicas propias de la localidad tales como la informalidad 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.

Los hogares con inseguridad alimentaria son un potencial riesgo para la salud ya que una adecuada alimentación en niños y niñas especialmente, fortalece el sistema de defensas disminuyendo el riesgo de enfermedades infecciosas, parasitarias y anemia y si los hogares no cuentan con esta seguridad alimentaria los niños no solo van a presentar enfermedades sino que tienen problemas de concentración y aprendizaje en el colegio, así mismo una desnutrición puede generar problemas gastrointestinales, pérdida de absorción de nutrientes. El ritmo en el crecimiento disminuye y se puede evidenciar retraso en el desarrollo. La desnutrición severa puede llegar a producir la muerte.

Por otro lado, los niños y niñas que no reciben leche materna tienen muchas más posibilidades de enfermar sobre todo los primeros años de vida. La leche materna tiene los nutrientes en cantidad y calidad que el niño y niña necesita, protege al niño de infecciones (bronquitis, gastroenteritis, otitis, meningitis). Protege de enfermedades futuras: asma, alergia, obesidad, diabetes, arterioesclerosis e infarto de miocardio. Favorece el desarrollo intelectual y de la visión.

La desnutrición también tiene efectos adversos a largo plazo como lo son la disminución en la capacidad de trabajo físico y en el desempeño intelectual, lo que repercute en la capacidad del individuo para generar ingresos.

Mapa 9. Dimensión Económica, Localidad de Kennedy, 2016



La localidad de Kennedy tiene acentuada la población en los estratos 2 y 3, concentrando mayor población en las UPZ Patio Bonito en su predominancia estrato 2, Timiza en su mayoría estrato 3 al igual que Castilla, la UPZ más aventajada según estrato es Bavaria y Américas. En los estratos más bajos las condiciones de inseguridad ciudadana, acceso a los alimentos se vuelven más complejas deteriorando la vida de las personas que habitan en estos estratos, por presentar mayor concentración y dinámicas particulares como lo es la central de abastos, las personas están expuestas a riesgos en salud.

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 18. Condiciones de vida en la dimensión Político-Administrativa de la localidad de Kennedy 2016

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
Estructura administrativa de la localidad	De acuerdo al documento accvsye 2016 Kennedy es la localidad número 8 dentro de la división administrativa y se ubica en el sector suroccidental de Bogotá, se encuentra subdividida en 12 UPZ, el 33%(4) tienen una clasificación residencial consolidada, el 25%(3) corresponden a residencial urbanización incompleta, el 17% (2) se clasifican en desarrollo, 17% está la clasificación industrial y dotacional siendo característico la industria y producción de equipamientos urbanos y metropolitanos y con un 8%(1) con centralidad urbana. De acuerdo a secretaria distrital de planeación, Kennedy tenía un total de 366 barrios oficiales, la UPZ castilla (51), timiza (49) y patio bonito (47) concentra la mayor cantidad. 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.

Categorías ordenadoras	Condiciones de vida
Espacios de participación comunitaria presentes en la localidad	De acuerdo a la EMB año 2014, el 12.6% de personas mayores de 10 años participan en alguna organización de la Localidad, ocupando el 14avo lugar en el Distrito y disminuyendo este porcentaje respecto al año 2011 alrededor del 15%. La participación más activa fue en eventos religiosos más del 70% por encima del porcentaje de la ciudad, mientras que la menor participación se dio en espacios artísticos 12,6%

Fuente: Subred Sur Occidente, Documento Accvsye Anexo 1 del Capítulo 2, Localidad Kennedy 2016

La descentralización parcial de las localidades frente a la Alcaldía Mayor, le da a la localidad potestad de la inversión de recursos de acuerdo a las necesidades particulares que ésta tiene, priorizando las problemáticas más visibles por la comunidad. Aunque en la actualidad esta condición se convierte en vulnerabilidad dado que el recurso ya está comprometido y con respecto a salud solo se priorizan las ayudas técnicas para personas con discapacidad, esto reduce las problemáticas en salud en una sola que no da respuesta a las evidenciadas en la localidad, adicionalmente estas ayudas técnicas son insuficientes teniendo en cuenta la demanda de la localidad.

Para el número de personas que habita en la localidad, la participación es muy mínima siendo estas prácticas importantes para el desarrollo del buen ciudadano, los espacios de participación comunitaria no sólo permiten afianzar lazos vecinales, sino que da a la comunidad herramientas de poder para organizarse frente a situaciones que ocurren en su territorio y que pueden ser potencialmente riesgosas para la salud.

2.7. CONCLUSIONES CAPITULO 2

Las UPZ como Corabastos, Gran Britalia y Patio Bonito tienen ciertas particularidades demográficas en cuanto a distribución de la población por grupos de edad y fecundidad que las hace tener un grado de vulnerabilidad alto respecto

al resto de la Localidad. En cuanto a población diferencial, Kennedy alberga un porcentaje importante de población en discapacidad y étnica lo que representa de igual forma acciones y formas de abordaje particulares a este tipo de familias e individuos.

El riesgo ambiental en la localidad es alto sea por mala calidad del aire (alto tráfico vehicular) o exposición a químicos para las zonas de estratificación dos y tres principalmente y para algunos sectores de estratos dos y menos el riesgo está dado por la contaminación de recursos hídricos, mala disposición de basuras. Esto evidencia una problemática y reto para la salud pública en modificar la conducta humana frente al cuidado del medio ambiente, al igual que fortalecer con otros sectores el control de fábricas y otro tipo de establecimientos, al igual que el adecuado mantenimiento vehicular los cuales se convierten en una amenaza constante para el medio ambiente.

En cuanto al ambiente construido una fortaleza es la cobertura total de agua potable, alcantarillado y luz, sin embargo, en cuanto a comunicaciones es insuficiente; el mayor déficit de equipamientos se presenta para Bienestar Social, Cultura y Seguridad, lo cual afecta considerablemente los procesos de construcción social de la población principalmente de adolescentes, jóvenes y adultos. La malla vial local presenta muy bajos porcentajes en buen estado lo que debe posicionarse constantemente como una acción de mejora continua con otros sectores como una prioridad dados los riesgos para la salud que esto implica.

Los resultados en las dimensiones social y económica representan a Kennedy como un territorio complejo, dada la diversidad de su estratificación oscilando más del 80% de la población en estratos dos y tres, resultados en su tasa de desempleo, actividad laboral, costo de vida, trabajo informal en general no reflejan un alto grado de vulnerabilidad, sin embargo, es de resaltar que estas situaciones se concentran en UPZ Patio Bonito, Corabastos y Carvajal; estas desigualdades

se evidencian en los resultados de la pobreza total y coeficiente de GINI. La seguridad y problemas de convivencia es una problemática marcada en toda la localidad lo cual afecta en una forma importante la estadística de las tasas de morbilidad y mortalidad por esta causa.

3 MORTALIDAD Y MORBILIDAD

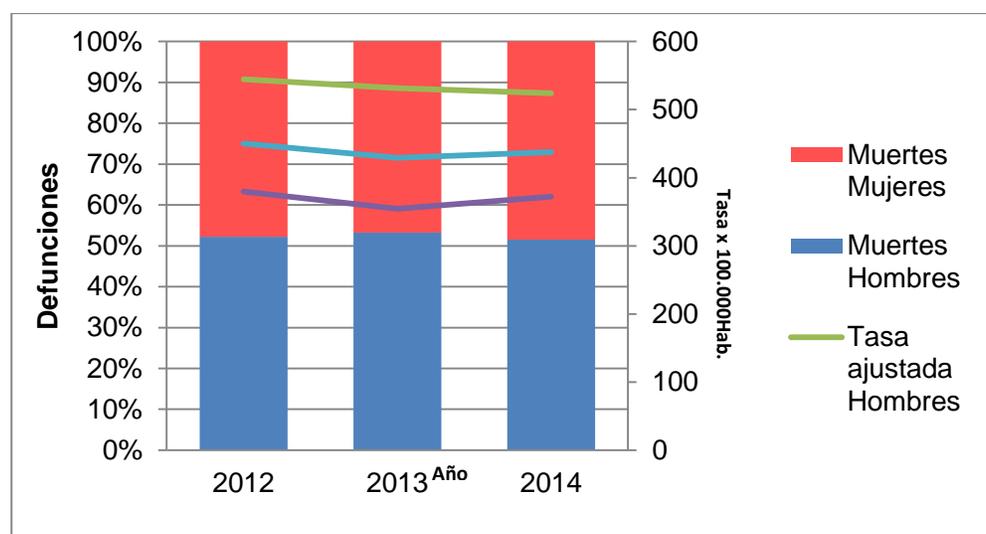
3.1 MORTALIDAD

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, las tasas de mortalidad general están calculadas por 100.000 habitantes. Para el año 2014, en Kennedy se presentaron 3.551 muertes, con una tasa cruda de mortalidad de 336,6 muertes por cada 100.000 habitantes, aportando el 45% del total de mortalidades de la Subred (7.898 muertes) con una tasa por debajo en 5 puntos.

Como se mencionó en el primer capítulo, la tasa de mortalidad para la localidad ha sido variable en los últimos años, comparado año 2013 al 2014 se tuvo un aumento en 10,7 puntos.

El número de muertes en la localidad es levemente superior en los hombres con un 51,5% en el año 2014, esta misma diferencia se refleja en el resultado de las tasas ajustadas de mortalidad dónde para los hombres es de 523,9 en hombres y 372,0 en mujeres. La tendencia de las tasas ajustadas en los tres años analizados en los hombres es ligeramente hacia la disminución, mientras que para las mujeres ha sido variable con tendencia al aumento.

Gráfica 6. Comportamiento de la Mortalidad, localidad de Kennedy, 2012-2014

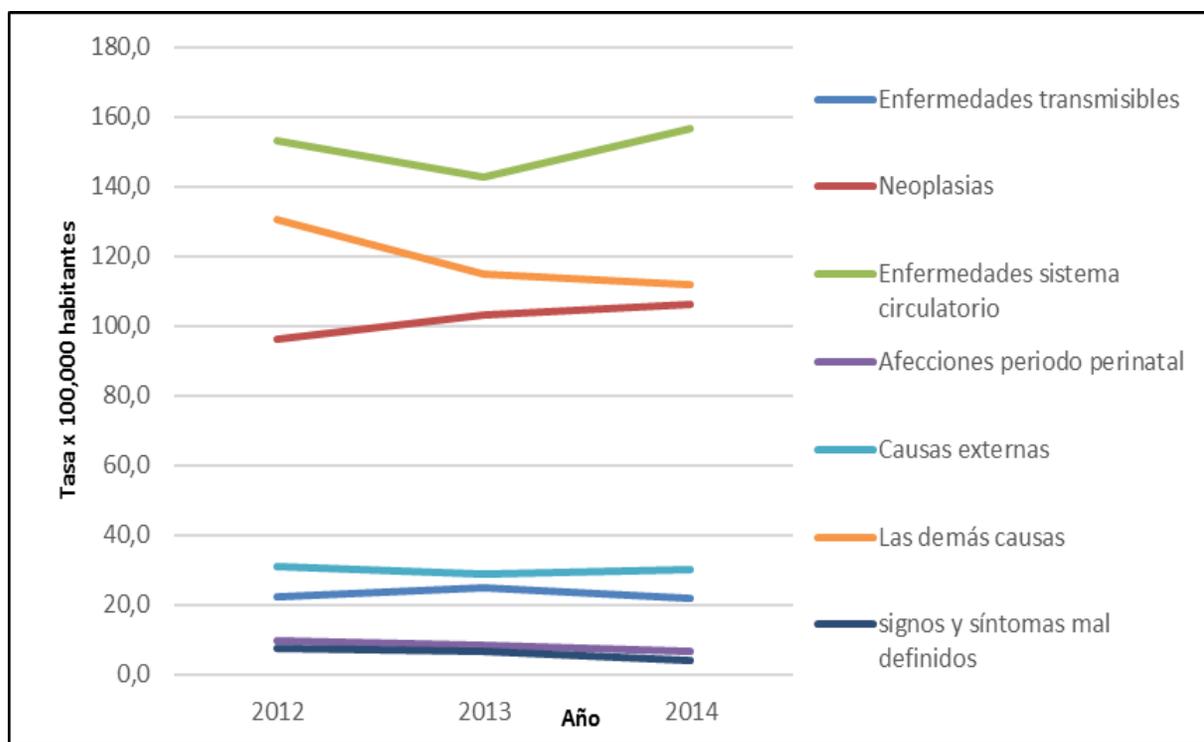


Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaria Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

3.1.1 Mortalidad por Grandes Causas 6/67

Al describir las grandes causas de mortalidad se puede observar que entre el año 2012 y 2014, la principal causa de muerte en la población de Kennedy fueron las enfermedades del sistema circulatorio, aunque han presentado un comportamiento irregular durante el período; para el 2014, representan el 33,1% del total de muertes en la localidad. El grupo de demás causas (agrupación de diagnósticos residuales), se encuentra en el segundo lugar, seguido por las neoplasias; es de resaltar que esta última muestra una tendencia al aumento en comparación con el año 2012 y reporta el 25,6% del total de muertes reportadas para la localidad. Este comportamiento de las grandes causas de mortalidad refleja una alta carga de enfermedad crónica en la población.

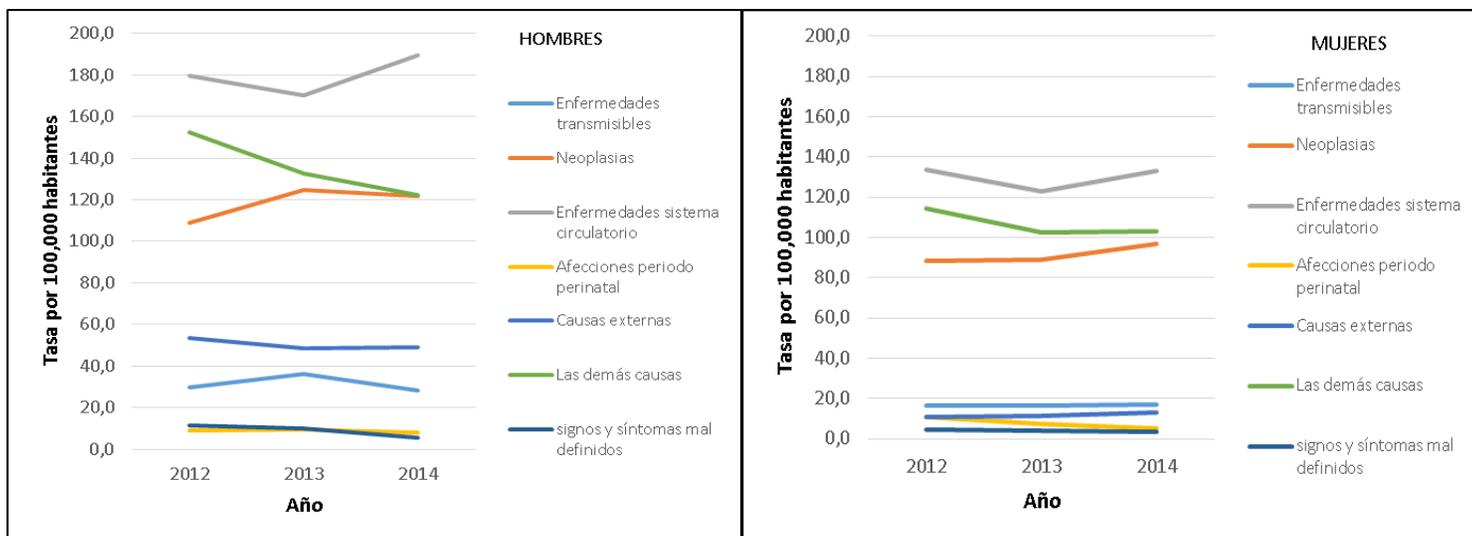
Gráfica 7. Tasas ajustadas de mortalidad por grandes causas, localidad de Kennedy, 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaria 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 sexo los hombres para todos los grupos tienen tasas más altas que las mujeres, se destaca que los hombres tienen una mayor tasa para causas externas y en las mujeres las enfermedades trasmisibles. Este mismo comportamiento lo refleja la Subred. El resultado refleja la poca consulta preventiva y de detección precoz, principalmente en los hombres para enfermedades crónicas, al igual que los comportamientos violentos por los cuales se caracteriza el sexo.

Gráfica 8. Tasas ajustadas de mortalidad por grandes causas y sexo, Localidad de Kennedy, 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaria 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 curso de vida en el año 2014 para la localidad de Kennedy la vejez es la que tiene las tasas más altas en todos los grupos, (por encima de 100) siendo la más alta en enfermedades del sistema circulatorio con 996,7; seguido de este curso de vida está la primera infancia con las afecciones del periodo perinatal (76 por 100.000 habitantes) y en este mismo curso le siguen las demás causas con 63,3, luego las neoplasias en la adultez con un resultado de 58,8, para la juventud y adolescencia están las causas externas con una tasa de 38 y 17,6 respectivamente; en la infancia la tasa más alta es para las neoplasias con 9,6.

Comparada con las otras localidades de la Subred, en general Kennedy es la segunda localidad con las tasas más elevadas, después de Bosa. Para el año 2014, en el grupo de neoplasias Kennedy registró la tasa más alta con un resultado de 106,3 y el resultado más bajo fue para afecciones perinatales. En cuanto a las causas externas, la localidad de Kennedy reportó la segunda tasa

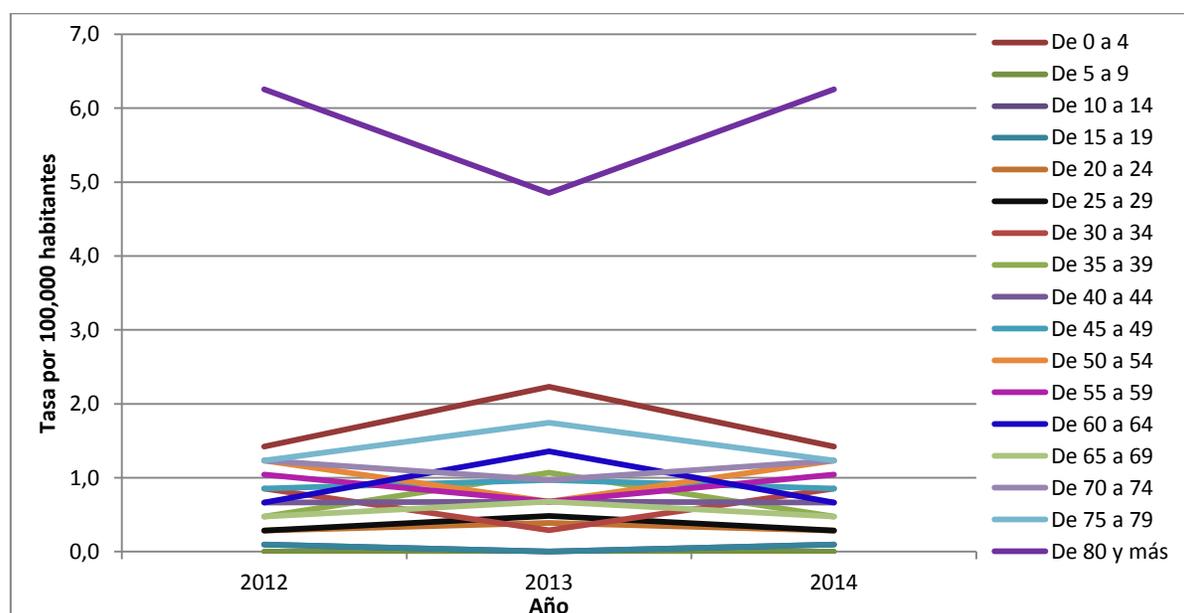
más elevadas, dado principalmente por las agresiones (homicidios) y accidentes de transporte.

3.1.2 Mortalidad por subgrupos grandes causas 6/67

Enfermedades Trasmisibles

Para este grupo en cuanto a la edad el quinquenio de 80 y más años, 0 a 4 años y 75 a 79 años son los que tienen las tasas crudas más altas en el año 2014 y la más baja es para el grupo de 15 a 19 años, 50 a 54 años y 25 a 29 años. Las tasas más altas para el año 2014 se comportan así: las enfermedades infecciosas intestinales en la vejez con una tasa de 83,1, las infecciones respiratorias agudas son en la primera infancia y adolescencia con una tasa de 11,5 y 1,2 respectivamente, en la adultez y juventud la Enfermedad VIH SIDA con una tasa de 5,3, y 2,2 respectivamente.

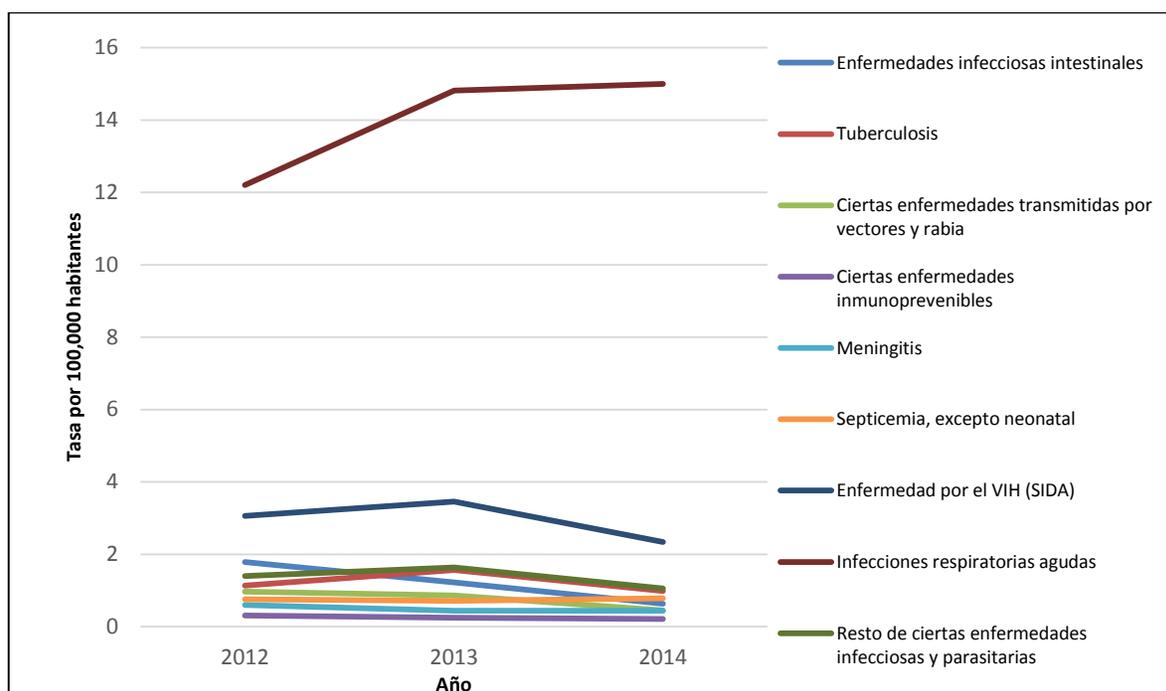
Gráfica 9 Tasas crudas de mortalidad subgrupo de enfermedades trasmisibles por quinquenios, localidad de Kennedy 2012 – 2014



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).

Las enfermedades transmisibles para la localidad de Kennedy tienen un comportamiento irregular para el periodo comprendido entre el año 2012 y 2014. Para el año 2014, la tasa ajustada de mortalidad fue de 21,9, comparado con la Subred la localidad está por encima en 2,5 puntos.

Gráfica 10. Mortalidad subgrupo enfermedades transmisibles, localidad de Kennedy, 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaria 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

Dentro de los subgrupos de enfermedades transmisibles para el año 2014 con una tasa cruda de 10,8 para la localidad se evidencia una mayor magnitud para las infecciones respiratorias agudas (IRA), presentando un aumento en la tasa de 12,2 en el año 2012 a 15 para el año 2014. Comparada con las otras localidades de la Subred las tasas más altas las presentan Kennedy con 15 muertes por cada 100.000 habitantes. Esto evidencia factores de riesgo que se encuentran en

algunas UPZ de la localidad como Patio Bonito, Corabastos y Gran Britalia tales como inadecuado manejo de residuos, contaminación de cuencas y humedales, altos niveles de contaminación atmosférica por la actividad industrial, tráfico vehicular; actividades ilegales como la quema de llantas, madera y plástico, entre otras.

Tabla 19. Tasas ajustadas de mortalidad por Enfermedades Trasmisibles por localidad, Kennedy y Subred Sur Occidente, 2014

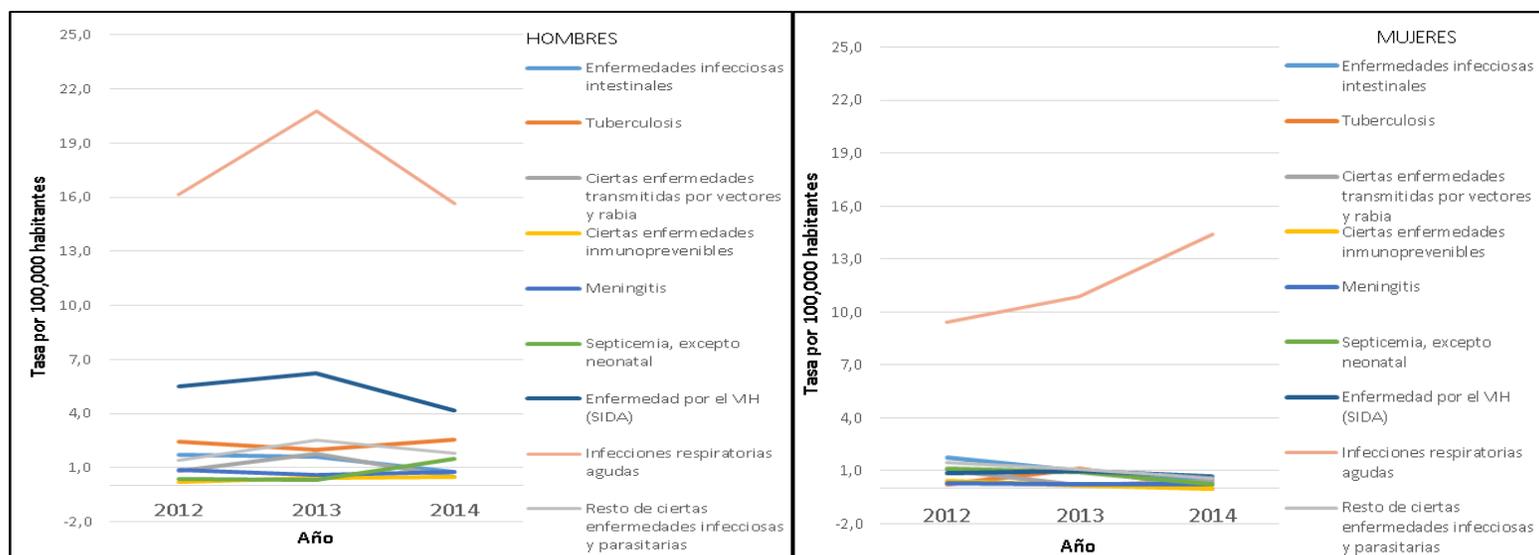
Enfermedades trasmisibles	Kennedy	Subred Occidente	Sur
Enfermedades infecciosas intestinales	0,63	0,88	
Tuberculosis	0,98	0,81	
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,45	0,30	
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,22	0,10	
Meningitis	0,45	0,28	
Septicemia, excepto neonatal	0,78	0,76	
Enfermedad por el VIH (SIDA)	2,34	2,89	
Infecciones respiratorias agudas	15,00	12,61	
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,05	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 segundo lugar, se ubica la enfermedad por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) - Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA) mostrando un comportamiento con tendencia hacia la disminución pasando de 3,1 en el 2012 a 2,3 en el 2014 y con una mínima diferencia de 0,6 está por debajo del resultado de la Subred. Kennedy para el año 2014 presenta el segundo lugar de la tasa más baja entre las localidades de la Subred. A pesar que esta causa tiene una tendencia hacia la disminución, se debe continuar fortaleciendo los programas de salud sexual y reproductiva Las demás enfermedades en este subgrupo presentan tasas entre 0,1 y 2 en los periodos de análisis.

Para ambos sexos en Kennedy la primera causa de mortalidad son las infecciones respiratorias agudas, siendo los hombres los que presentan una leve diferencia para el año 2014 por encima en su tasa de 1,2 puntos, se destaca que la tendencia en los hombres es irregular, mientras que en la mujer es hacia el aumento. La segunda causa de igual forma en hombres y mujeres es VIH SIDA donde para las mujeres en el año 2014 se obtuvo un resultado de 0,65, mientras en los hombres se obtuvo una tasa más alta de 4,2, la tendencia de este evento en los hombres es hacia la disminución mientras que en las mujeres es variable. La tercera causa para los hombres es la tuberculosis, para el año 2014 con una tasa de 2,6 siendo en el tiempo su comportamiento irregular en los últimos tres años y en las mujeres es el resto de enfermedades infecciosas con una tasa de 0,61 con una tendencia hacia la disminución. Comparado con la Subred se observa el mismo comportamiento en las primeras tres causas tanto en hombres como mujeres.

Gráfica 11. Tasas ajustadas de mortalidad por sexo para subgrupos de Enfermedades Trasmisibles, localidad de Kennedy, 2012 – 2014

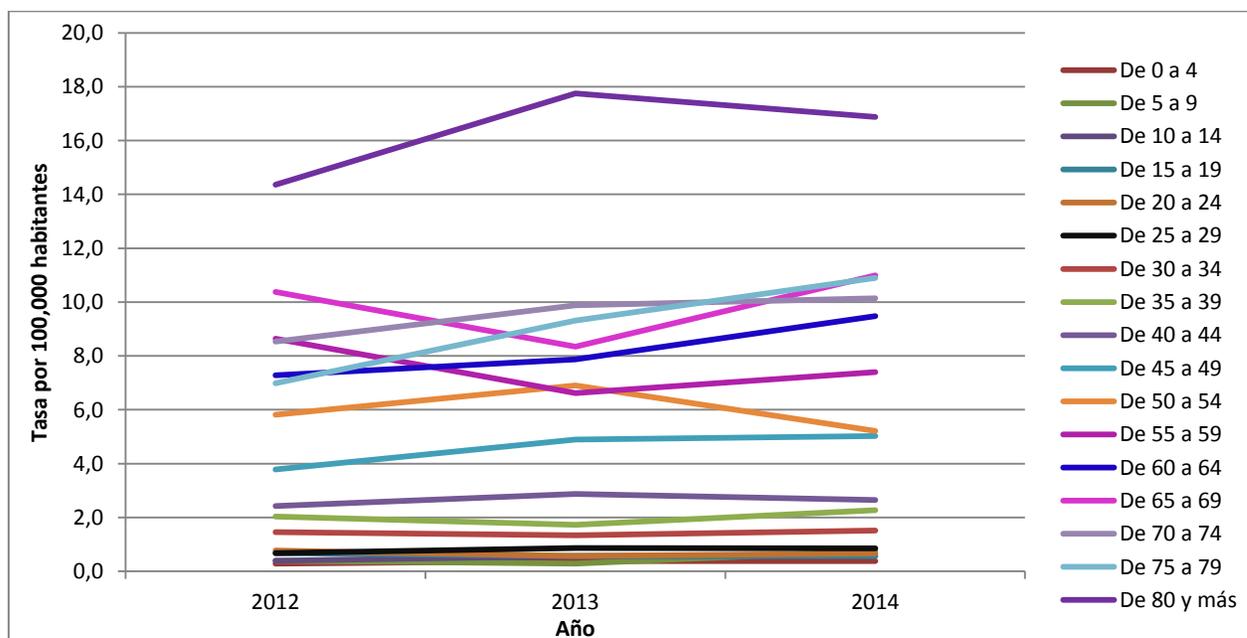


Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Neoplasias

En este subgrupo para la localidad de Kennedy el quinquenio de 80 y más años tiene la tasa más alta, seguido de últimos quinquenios es hacia el aumento, la tasa más baja es para el quinquenio de 0 a 4 años. Se resalta que el único quinquenio con una tendencia hacia la disminución es el de 50 a 54 años. Lo anterior agrupado por curso de vida se resalta que el 87% de las causas de este grupo las tasas más altas son igualmente en la vejez donde el resultado más alto es para tumor de los órganos digestivos y del peritoneo con 111 por cada 100.000 habitantes, para la adultez es igualmente está causa con una tasa de 9,3, para la infancia y adolescencia esta la leucemia con un resultado de 6 y 3,5 respectivamente, para la juventud están los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas con una tasa de 2,8.

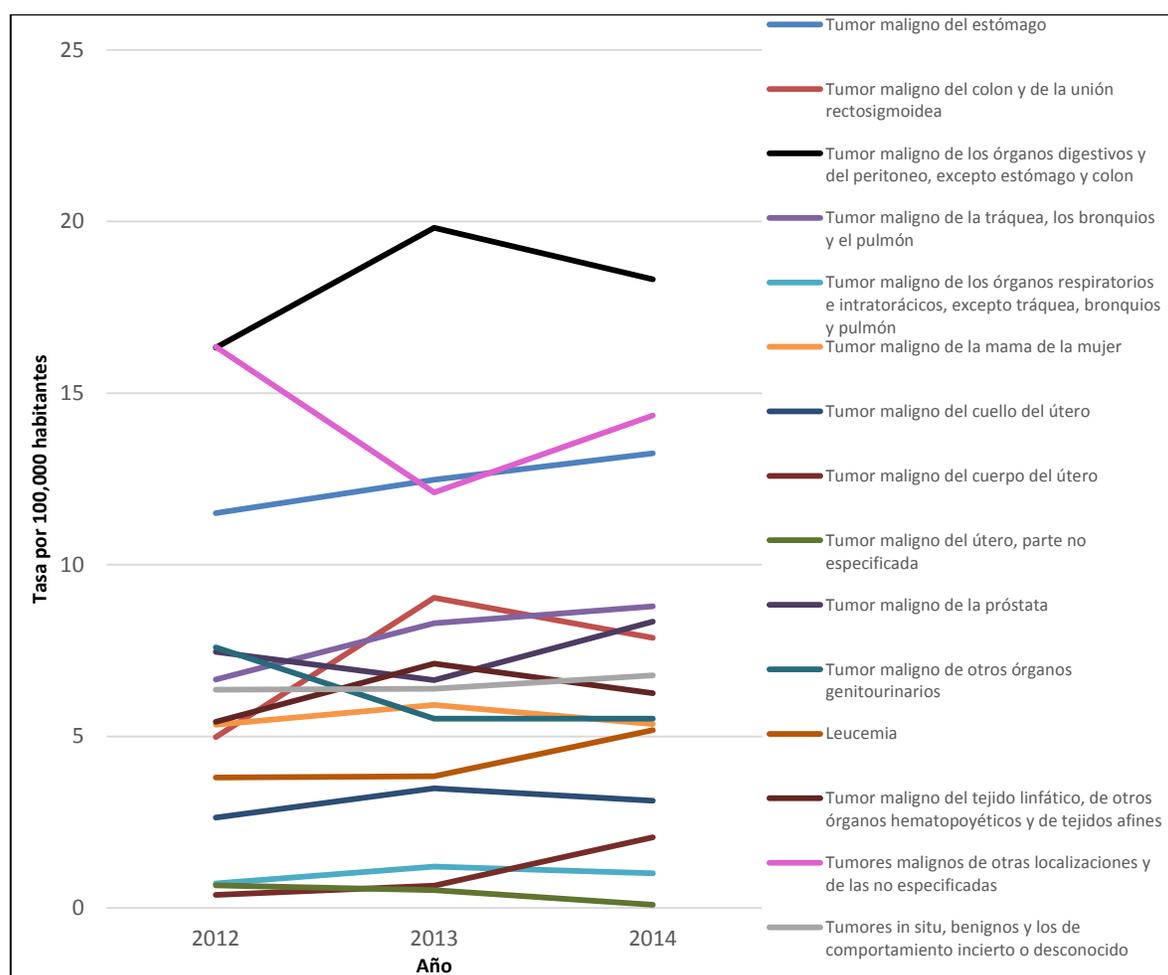
Gráfica 12 Tasas crudas de mortalidad subgrupo de neoplasias por quinquenios, localidad de Kennedy 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaria 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 de las neoplasias para la Localidad de Kennedy en general presenta una tendencia al incremento, en el año 2014 respecto al año 2013 aumenta en 3,3 puntos, teniendo un comportamiento muy similar al de la Subred, solo estando por debajo en 1 punto y logrando el resultado más alto entre las localidades de la Subred Sur Occidente.

Gráfica 13. Mortalidad subgrupo neoplasias, localidad de Kennedy, 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaria 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

Al analizar el grupo de neoplasias para la localidad, las tasas más altas son las relacionadas con los órganos digestivos y del peritoneo con un comportamiento

variable en el tiempo y un resultado en el año 2014 de 18,3 por 100.000 habitantes, seguido de tumores malignos de localización no especificada con una tasa 14,3 con una tendencia variable, y en tercer lugar los tumores de estómago con un resultado de 13,2 y un comportamiento hacia el aumento. Se resalta que para las causas de tumores de órganos digestivos y de estómago Kennedy ocupa el segundo lugar de las tasas más altas entre las localidades de la Subred, de igual forma presenta resultados en sus tasas más altos que la Subred para todas las causas relacionadas con tumores de vías digestivas y respiratorias, éstas últimas para la localidad con una tendencia hacia el aumento.

Tabla 20. Tasas ajustadas de mortalidad Neoplasias por localidad, localidad de Kennedy y Subred Sur Occidente, 2014

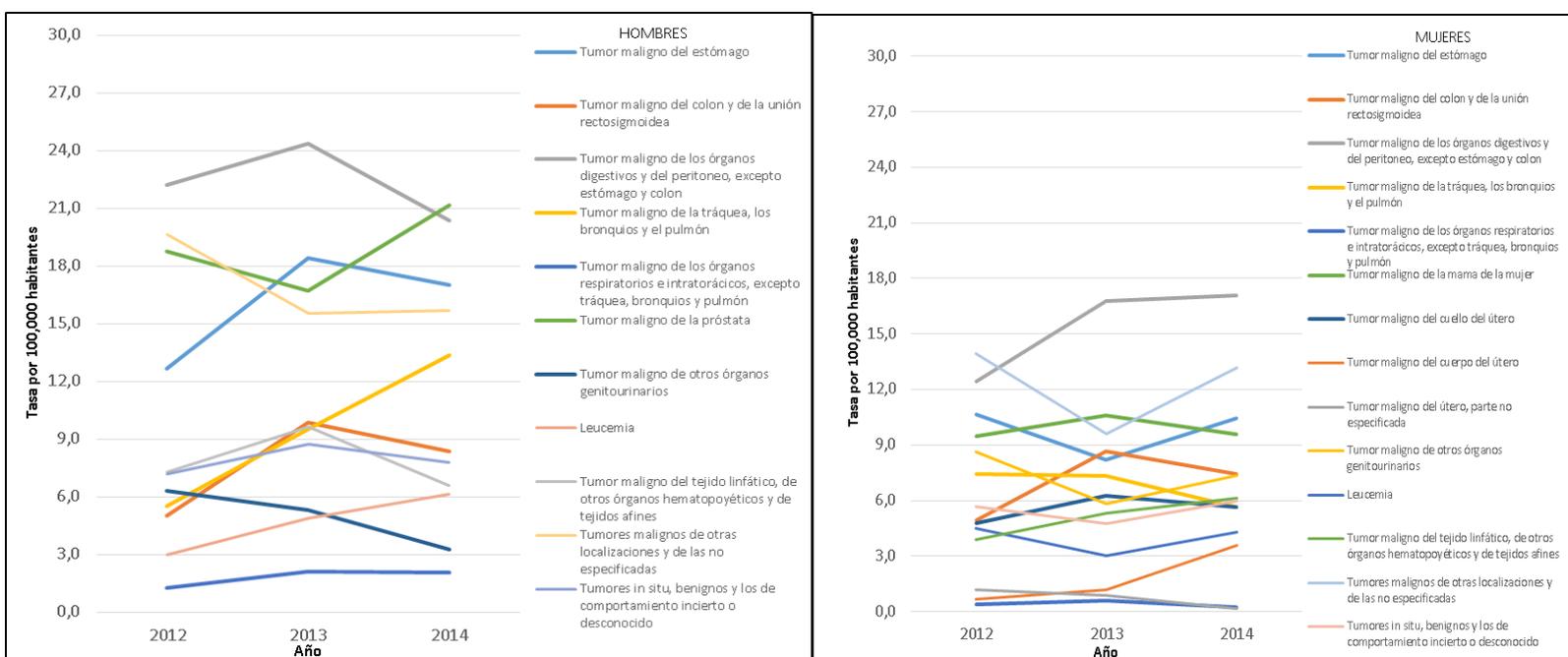
Neoplasias	Kennedy	Subred Sur Occidente
T. maligno del estómago	13,24	13,24
T. maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	7,87	7,33
T. maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	18,32	17,33
T. maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	8,78	7,96
T. maligno de los órganos resp. e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	1,01	0,74
T. maligno de la mama de la mujer	5,36	5,87
T. maligno del cuello del útero	3,12	3,54
T. maligno del cuerpo del útero	2,06	1,41
T. maligno del útero, parte no especificada	0,09	0,38
T. maligno de la próstata	8,35	6,79
T. maligno de otros órganos genitourinarios	5,51	5,50
Leucemia	5,18	4,78
T. maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	6,26	6,45
T.es malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	14,35	15,64
T.es in situ, benignos y los de compor. incierto o desconocido	6,77	7,20

Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaria 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).

Las neoplasias con origen en los órganos reproductivos hombre y mujer, han aumentado para la mortalidad por cuerpo de útero, mientras que el cáncer de próstata tiene un comportamiento irregular, donde Kennedy para esta causa en el año 2014 presenta un resultado en aproximadamente 2 puntos por encima de la Subred. Las causas de leucemia (igual que para la Subred) y tumores benignos han presentado un incremento desde el año 2012 al 2014 presentando sus tasas entre 3,8 y 5,2 para la primera causa y de 6,3 a 6,8 para la segunda.

Por sexo, es importante destacar que para todas las causas de este grupo las tasas más altas las presentan los hombres, entre las primeras causas están igualmente para ambos sexos los tumores de órganos digestivos y del peritoneo y del estómago, con una tendencia al aumento para las mujeres en los últimos años, mientras que en los hombres este comportamiento ha sido variable, de forma similar se comporta la Subred.

Gráfica 14. Tasas ajustadas de mortalidad Neoplasias, localidad de Kennedy, 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaria 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 los hombres para el año 2014 las tasas más altas son: Cáncer de próstata con una tasa de 21,1 por 100.000 habitantes, seguido de tumores órganos digestivos y peritoneo con 20,3 y del estómago con 16,9, para las mujeres la primera causa está para los órganos digestivos y de peritoneo con una tasa de 17,1, seguido de tumores malignos de tipo no especificado con 13,2 y tumor de estómago con 10,4. Se resalta que para Kennedy y la Subred en los hombres el tumor de pulmón, tráquea y bronquios su tendencia es hacia el aumento, sin embargo, en Kennedy es mucho más alto con aproximadamente 4 puntos por año.

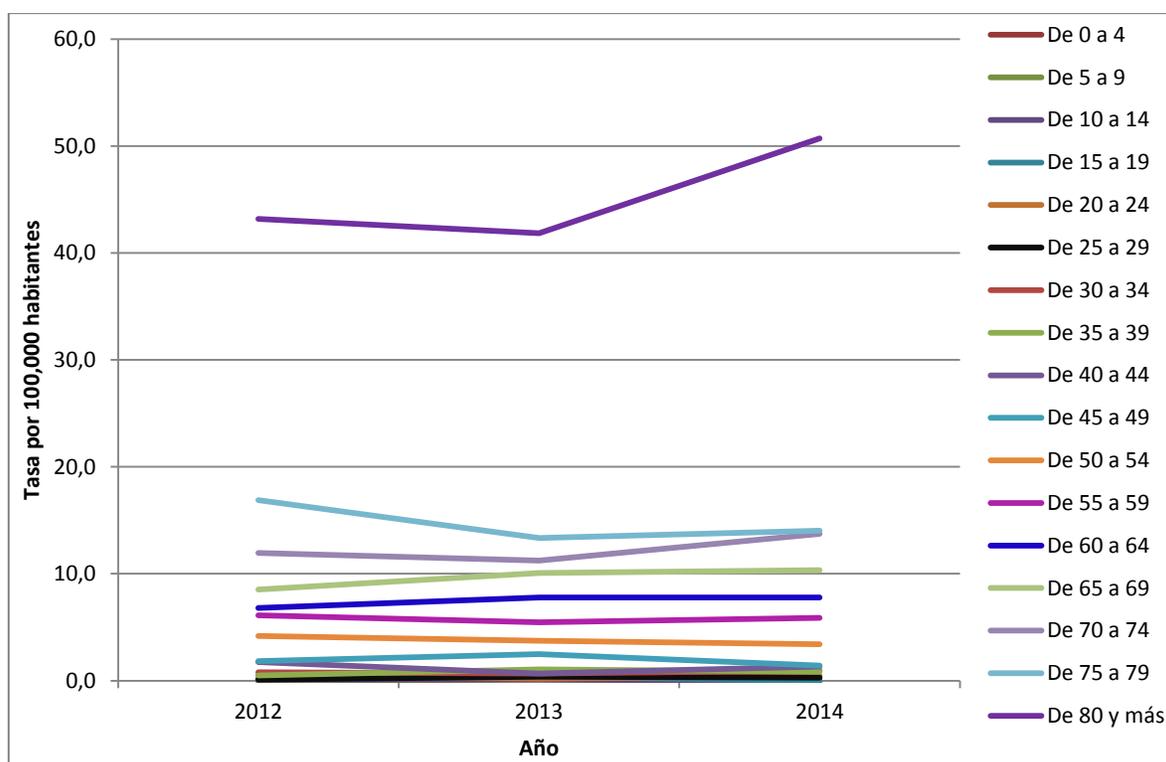
Dentro de los factores que influyen en la mortalidad por enfermedad neoplásica se encuentran las barreras de acceso a los servicios de salud, detección y tratamiento inoportuno, insuficiente capacidad de respuesta frente a demanda de

servicios y tratamientos especializados. La corresponsabilidad es crucial, pues algunos usuarios no presentan adherencia al tratamiento, estilos de vida poco saludables y bajo autocuidado, comportamiento más marcado en hombres adultos. Las acciones en salud pública se han enfocado en la prevención y detección precoz en las neoplasias de órganos reproductivos, sin embargo, de acuerdo al perfil presentado es necesario realizar acciones frente a las que presentan tasas con mayor incidencia.

Enfermedades del Sistema Circulatorio

Este subgrupo al igual que las neoplasias el quinquenio de 80 y más es el que tiene las tasas más altas con una mayor diferencia respecto a los demás grupos, los demás quinquenios siguientes con las tasas más altas todos corresponden a las edades de adulto mayor. Para el año 2014 en el 56% de las causas de este grupo las tasas más altas corresponden a la vejez siendo la más alta para enfermedades isquémicas del corazón con un resultado de 518,4 por 100.000 habitantes; en los adultos es esta misma causa pero con un valor mucho más bajo 15,1; en la primera infancia esta la enfermedad cardiopulmonar con 3,5, en la juventud la enfermedad cerebrovascular con 2,2. No hay muertes en el curso de vida infancia y adolescencia en este grupo de causas para la localidad.

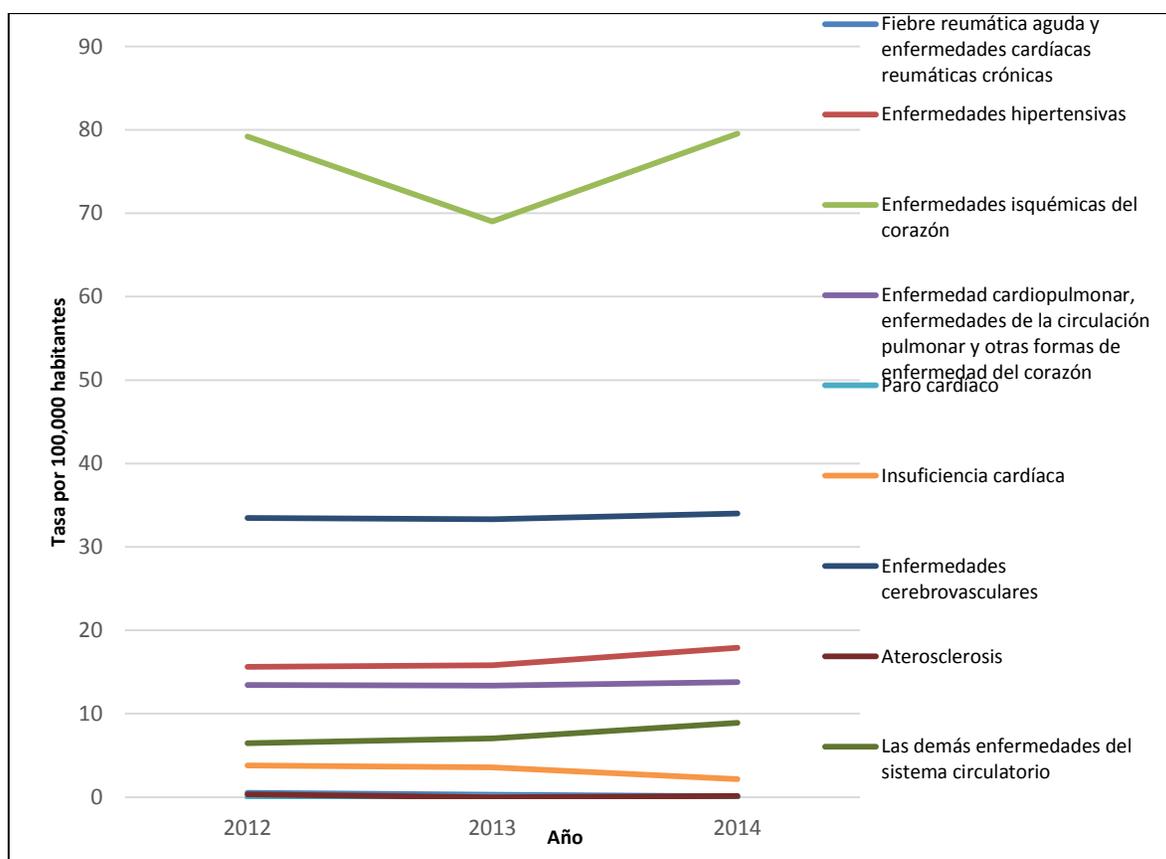
Gráfica 15 Tasas crudas de mortalidad subgrupo de enfermedades del sistema circulatorio por quinquenios, localidad de Kennedy 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaria 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).

Las enfermedades circulatorias en Kennedy presentan un comportamiento variable, con una tasa de 156,6 para el año 2014, presentando igual tendencia que la Subred sin embargo los resultados son mucho más altos para la localidad con una diferencia para el año 2014 de 10 puntos. Es la segunda localidad después de Bosa en presentar las tasas más altas. La proporción de hombres que fallecen por este tipo de enfermedades es mayor que en mujeres.

Gráfica 16. Mortalidad subgrupo enfermedades del sistema circulatorio, localidad de Kennedy, 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

La enfermedad isquémica del corazón es la primera causa de mortalidad para este grupo en la Localidad de Kennedy, y mantuvo el comportamiento de la tasa en el periodo 2012 a 2014 oscilando entre 70 y 80 por 100.000 habitantes estando por encima de la Subred y ocupando el segundo lugar entre las localidades de la misma. En segundo lugar, están las enfermedades cerebrovasculares con un comportamiento estable, sin embargo, se destaca que para el año 2014 fue el resultado más alto de las localidades de la Subred con una tasa de 34.

En tercer lugar, están las enfermedades hipertensivas con una tendencia hacia el aumento, siendo la segunda tasa más alta entre las localidades y se comporta en forma similar la Subred. Las otras causas presentan resultados por debajo de 14.

Tabla 21. Tasas ajustadas de mortalidad Enfermedades del Sistema Circulatorio, localidad de Kennedy y Subred Sur Occidente, 2014

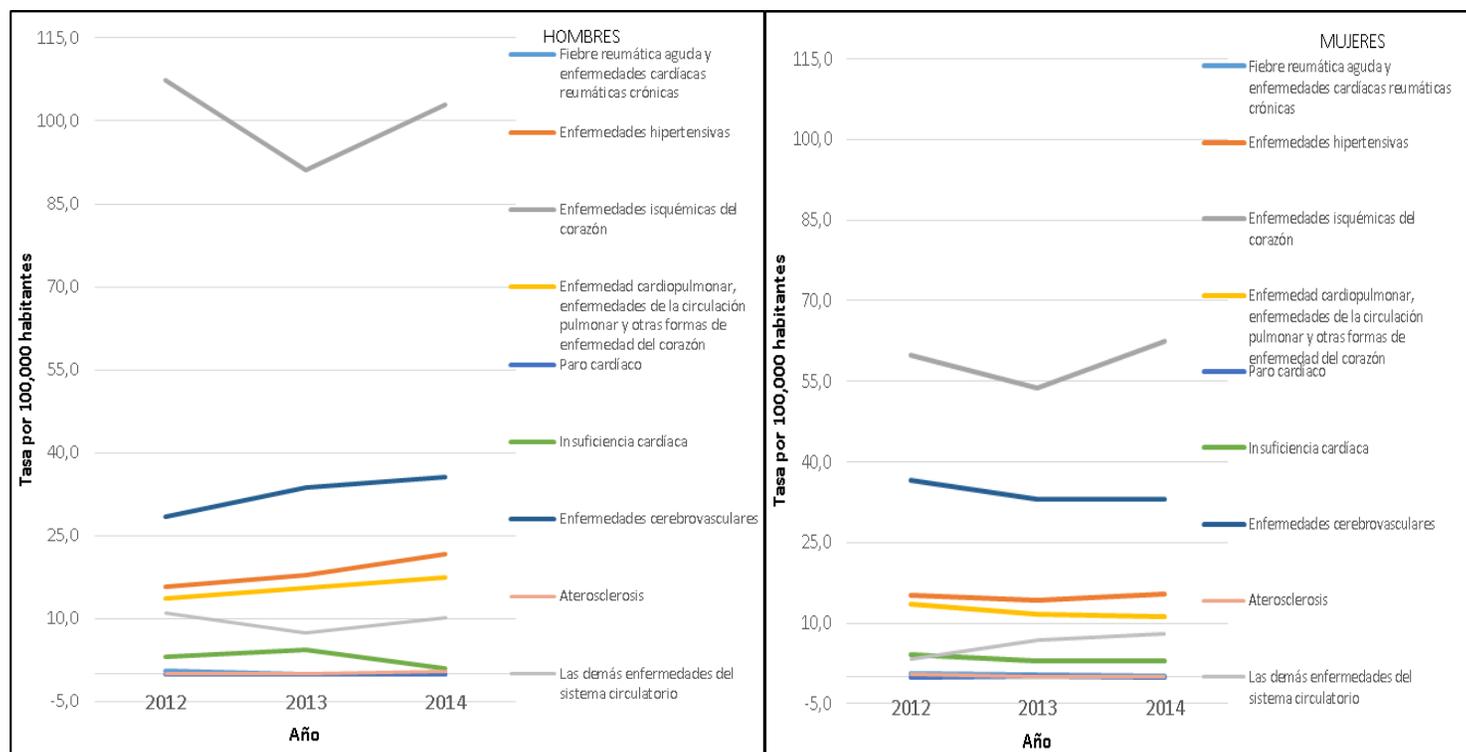
ENFERMEDADES SISTEMA CIRCULATORIO	KENNEDY	SUBRED SUROCCIDENTE
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	0,11	0,11
Enfermedades hipertensivas	17,93	17,89
Enfermedades isquémicas del corazón	79,55	74,64
Enfermedad cardiopulmonar, enfer. de la circulación pulmonar y otras formas de enfer. del corazón	13,78	12,60
Paro cardíaco	0,00	0,00
Insuficiencia cardíaca	2,16	2,34
Enfermedades cerebrovasculares	34,01	30,90
Aterosclerosis	0,16	0,07
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	8,91	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 sexo la tendencia en general de todas las causas en los hombres es hacia el aumento, en las mujeres las tendencias son variadas, donde las enfermedades hipertensivas se comportan en forma estable, la enfermedad cerebrovascular y cardiopulmonar tienden a la disminución y las enfermedades isquémicas son de tendencia variable. Para ambos sexos la Insuficiencia cardíaca se comporta hacia la disminución. Las tasas más altas para los hombres son: enfermedad isquémica del corazón 103 por 100.000 habitantes, enfermedad cerebrovascular 35,7 y

enfermedades hipertensivas 21,6; en las mujeres son igualmente para estas causas los resultados más altos.

Gráfica 17. Tasas ajustadas de mortalidad Enfermedades del Sistema Circulatorio, localidad de Kennedy, 2012 – 2014



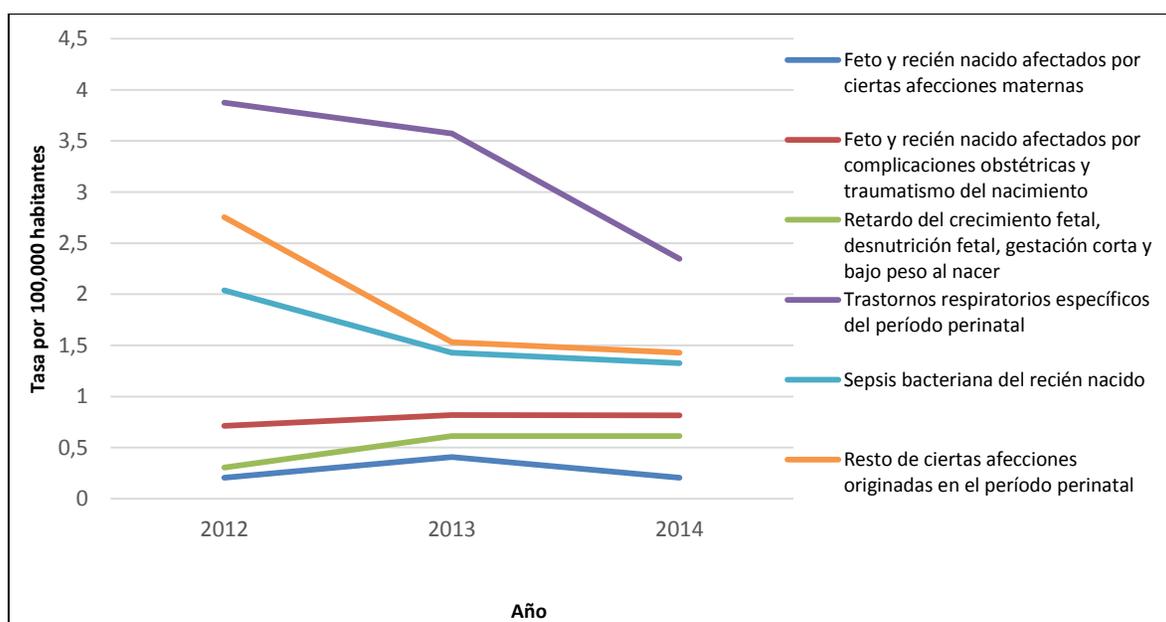
Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

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.

Afecciones del Periodo Perinatal

En la localidad de Kennedy las afecciones en el periodo Perinatal tuvieron una disminución importante de la tasa pasando de 9,9 en el 2012 a 6,7 en el 2014, alcanzando para este último año a estar por debajo de la Subred en 0.8 puntos. Para todas las localidades la tendencia es hacia la disminución, sin embargo, Kennedy en el año 2014 logra el resultado más bajo de la Subred.

Gráfica 18. Mortalidad subgrupo afecciones en el periodo perinatal, localidad de Kennedy, 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 subgrupo de causas los trastornos respiratorios específicos del período perinatal son los que tienen las mayores tasas, en el año 2012 fue de 3,9 y para el 2014 de 2,3, la segunda causa es resto de ciertas afecciones del periodo perinatal con un resultado para los dos años de 2,7 y 1,4 respectivamente y en tercer lugar se encuentra sepsis neonatal con resultados de 2,0 y 1,3 para cada año. Todas las localidades y la Subred para estas tres causas a excepción de Puente Aranda

presentan tasas por encima de Kennedy. El resto de causas presentan tasas inferiores a 1,0 y su tendencia en general es estable.

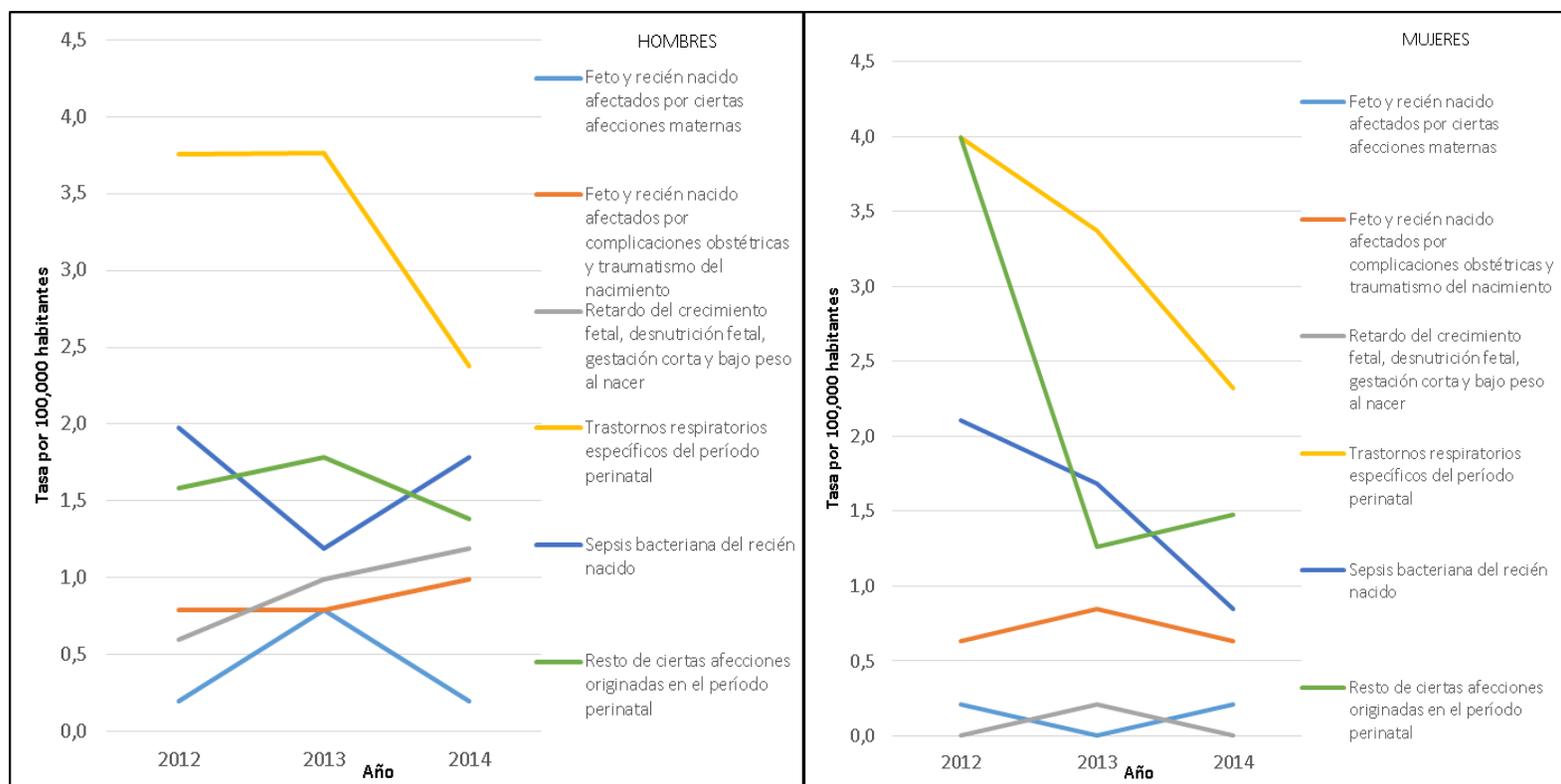
Tabla 22. Tasas ajustadas de mortalidad por afecciones del periodo Perinatal, localidad de Kennedy y Subred Sur Occidente, 2014

AFECCIONES PERIODO PERINATAL	KENNEDY	SUBRED
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	0,20	0,47
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	0,82	0,80
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	0,61	0,56
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	2,35	2,68
Sepsis bacteriana del recién nacido	1,33	1,22
Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1,43	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).

Por sexo se comporta igual que a nivel general las causas, sin embargo, para las causas de sepsis neonatal y feto afectado por complicaciones obstétricas las tasas son más altas en los hombres con una diferencia de 1,0 y 0,4 respectivamente. A nivel de Subred se comporta la mayoría de causas con tasas más altas en hombres que en mujeres.

Gráfica 19. Tasas ajustadas de mortalidad Afecciones Perinatales, localidad de Kennedy, 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)

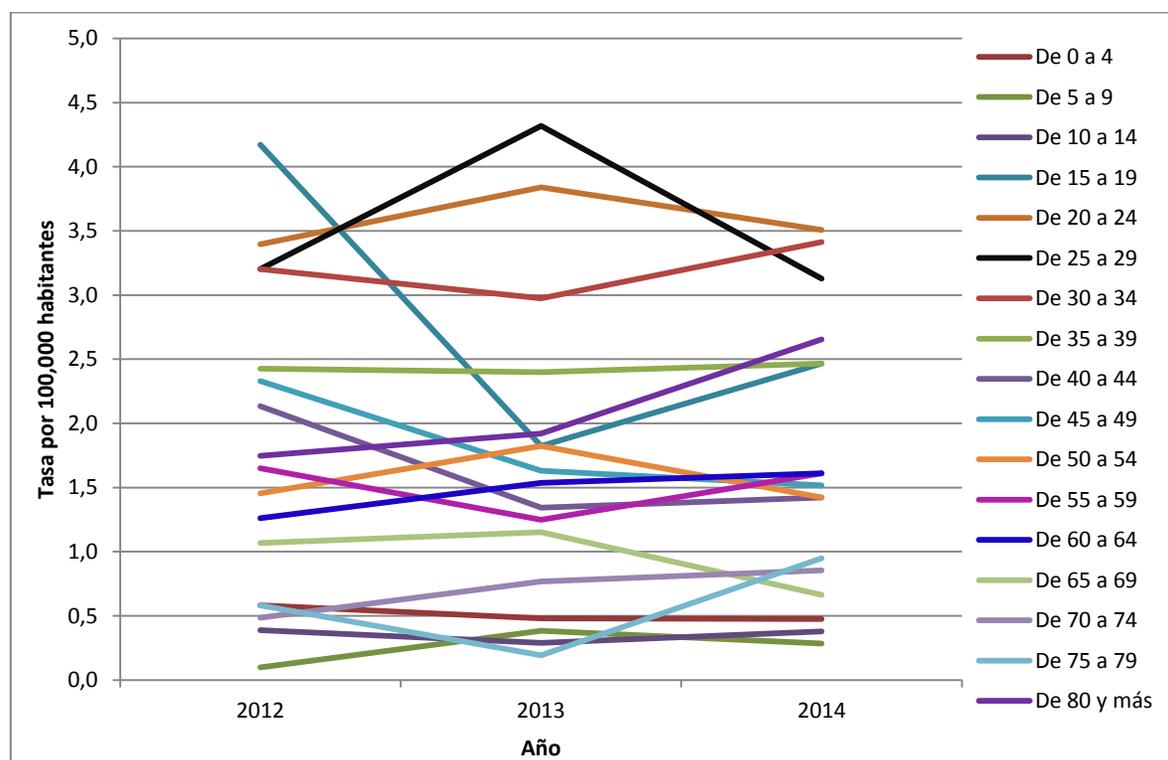
Causas Externas

Los quinquenios que presenta las tasas más altas corresponden al curso de vida juventud (20 a 29 años) seguido de la adultez (grupos 30 a 39 años) los cuales han presentado un comportamiento variable en el tiempo, a excepción del quinquenio de 35 a 39 años que ha sido estable. Se destaca el descenso marcado del grupo de 15 a 19 años en el año 2013.

Al analizar los datos por subcausas para el año 2014 la tasa más alta es para la vejez con accidentes de transporte terrestre con un resultado de 25.4 por 100.000

habitantes, para la juventud fue esta misma causa con un resultado de 18,3, en la adultez los homicidios con una tasa de 11,1, esta misma causa para la adolescencia con 6,5; en la infancia y primera infancia con unas tasas muy bajas están los accidentes de transporte con resultados de 1,2 para ambos grupos de edad.

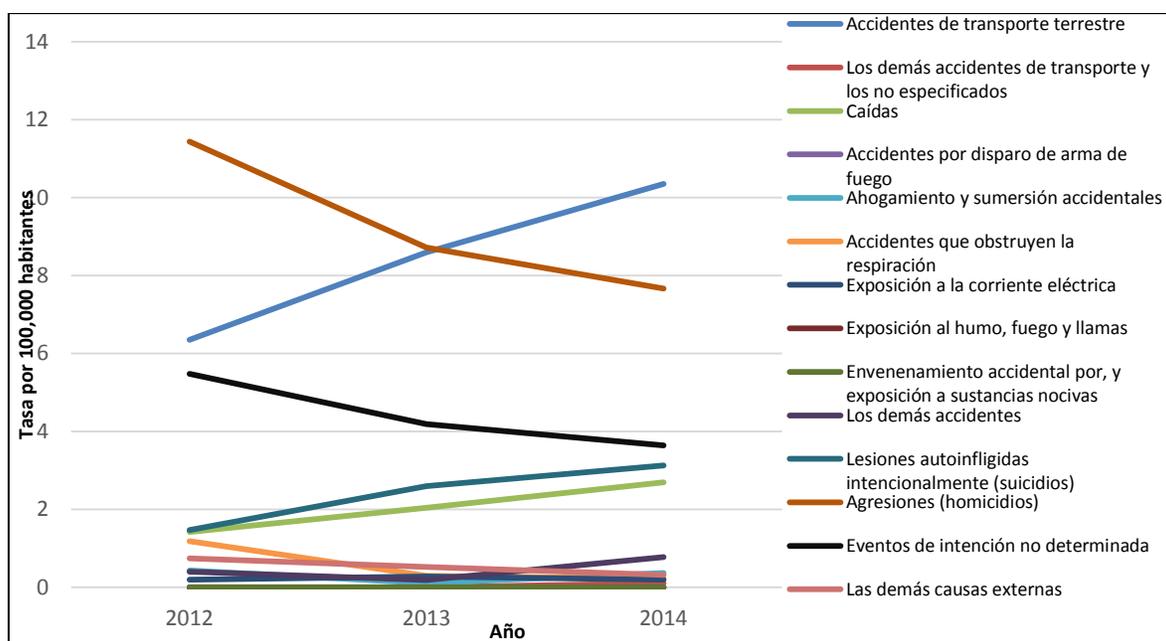
Gráfica 20. Tasas crudas de mortalidad subgrupo de causas externas por quinquenios, localidad de Kennedy 2012 – 2014



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 la localidad de Kennedy el comportamiento de este grupo ha sido variable, aumentando su tasa el último año en aproximadamente 2.0 puntos respecto al año 2013 y ocupando el segundo lugar entre las localidades de la Subred con la tasa más alta después de Bosa, el resultado en el año 2014 se encuentra por debajo de la Subred en dos puntos.

Gráfica 21. Mortalidad subgrupo causas externas, localidad de Kennedy, 2012 – 2014



Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaria 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.

Al analizar por subgrupo de causas externas los accidentes terrestres para el año 2014 ocupan la primera causa con una tasa de 10,4 x 100.000 habitantes con una tendencia hacia el aumento aproximadamente de 2,0 puntos por año, las agresiones (homicidios) su tendencia es hacia la disminución desde el año 2012, sin embargo ocupan el segundo lugar en la localidad con un resultado de 7,6; en tercer lugar están los eventos de intención no determinada los cuales presentan una tendencia hacia la disminución con una tasa para este último año de 3,6. Se resalta que las caídas y los suicidios presentan una tendencia al aumento y sus tasas oscilan entre 2,0 y 3,2.

Comparado con las otras tres localidades y la Subred coinciden las dos primeras causas ocupando el segundo lugar entre las mismas. Los eventos de suicidio y caídas se comportan de igual forma que en la Subred.

Tabla 23. Tasas ajustadas de mortalidad por Causas Externas, localidad de Kennedy y Subred Sur Occidente, 2014

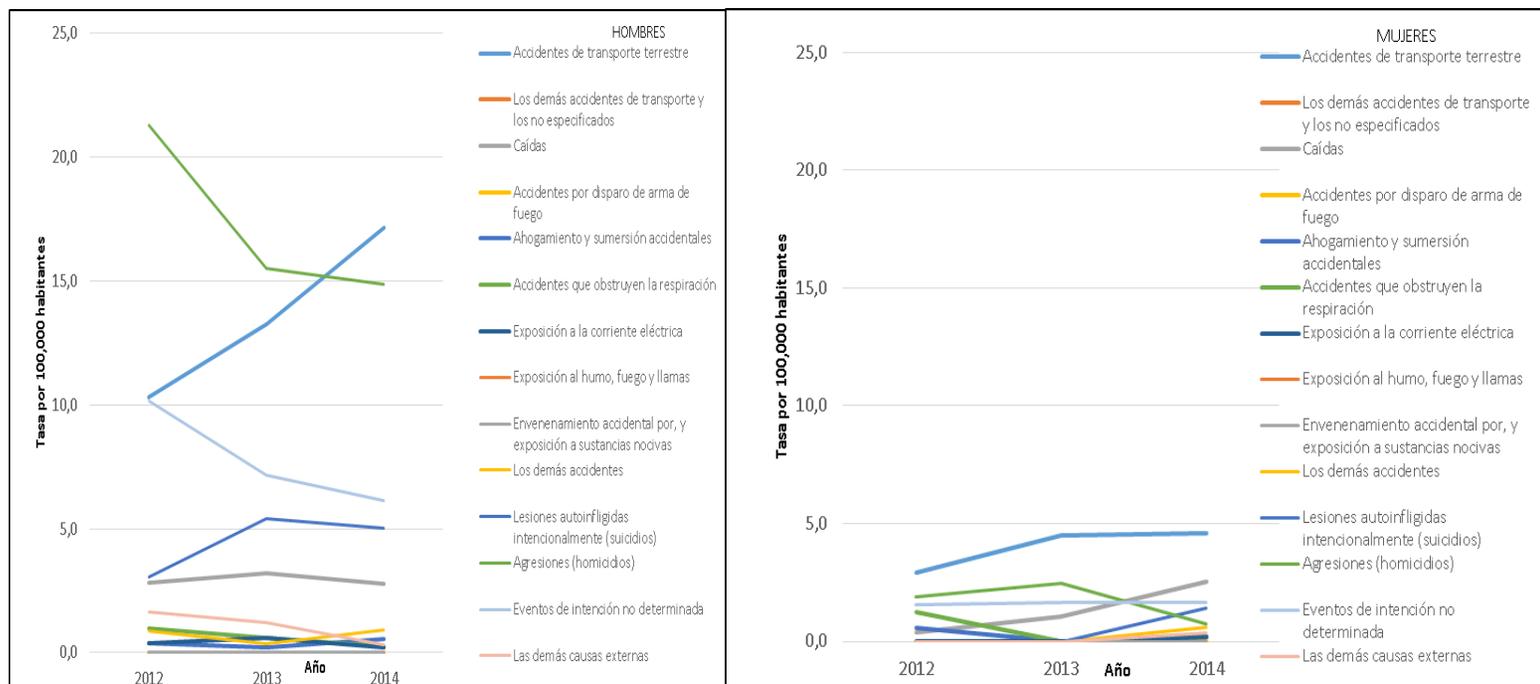
CAUSAS EXTERNAS	KENNEDY	SUBRED SUROCCIDENTE
Accidentes de transporte terrestre	10,35	10,42
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0,10	0,17
Caídas	2,69	3,70
Accidentes por disparo de arma de fuego	0,00	0,00
Ahogamiento y sumersión accidentales	0,37	0,29
Accidentes que obstruyen la respiración	0,21	0,44
Exposición a la corriente eléctrica	0,20	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	0,77	0,72
Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios)	3,13	3,21
Agresiones (homicidios)	7,66	9,37
Eventos de intención no determinada	3,63	3,16
Las demás causas externas	0,32	0,37

Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaria 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 analizar por sexo a nivel general para estas causas las tasas más altas son para los hombres, con una amplia diferencia respecto a las mujeres en accidentes de transporte y homicidios en 12 y 14 puntos respectivamente. Para los hombres las primeras tres causas se comportan, en las mujeres las caídas ocupan el segundo lugar. Los suicidios de igual forma presentan tasas más altas en los hombres que en las mujeres (año 2014 5,0 y 1,4 para cada sexo). En las mujeres que residen en Kennedy la tasa más alta con 13 por 100.000 habitantes es para accidentes de transporte estando por encima de la Subred en aproximadamente 7

puntos. En los hombres las caídas para este sexo respecto a la Subred en la localidad se encuentran por debajo alrededor de 2,5 puntos.

Gráfica 22. Tasas ajustadas de mortalidad Causas Externas, Localidad de Kennedy, 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).

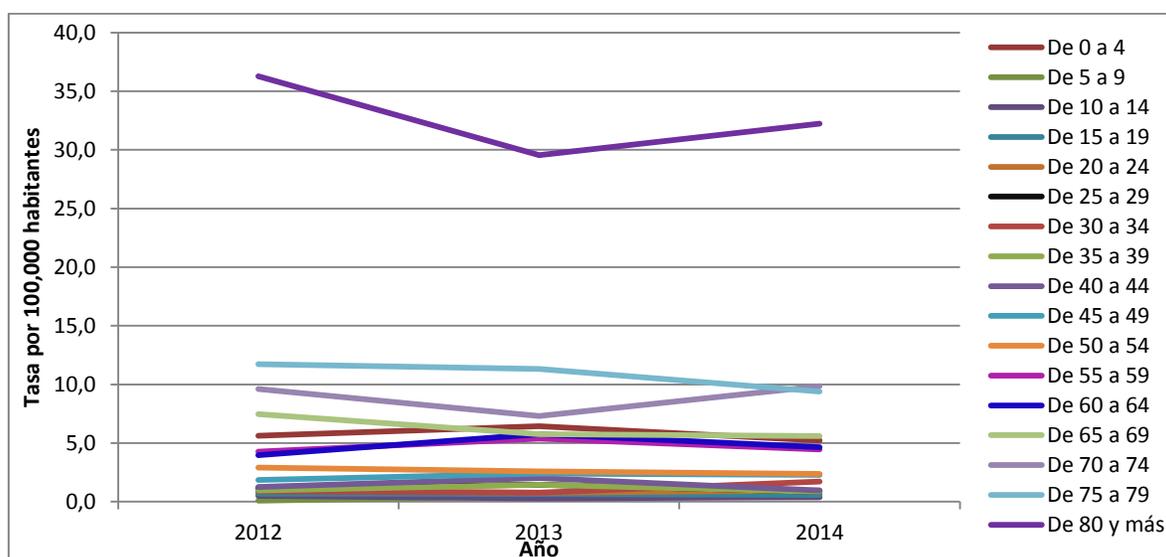
El comportamiento de las causas externas refleja la problemática de violencia al presentar alta ocurrencia de riñas, atracos, violencia intrafamiliar, intolerancia y consumo problemático de sustancias psicoactivas. A su vez los accidentes de transporte han ido incrementando debido a la imprudencia, falta de rigor en las sanciones de tránsito, desconocimiento de la norma y falta de experticia de los conductores. De acuerdo al Subsistema SISVECOS las causas que conllevan al suicidio generalmente son dificultades económicas y de pareja.

Las demás Causas

Las tasas más altas son para el quinquenio de 80 años y más con una amplia diferencia respecto a los demás. Los siguientes grupos con las tasas más altas corresponden todos a la vejez.

Para la vejez la causa de enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores tiene la tasa más alta con 197,6 por 100.000 habitantes, en la primera infancia están las malformaciones congénitas con un resultado de 43,8, en la adultez está el resto de enfermedades del sistema digestivo con 5,1, para la adolescencia enfermedades del sistema nervioso con 2,9, en la juventud el resto de enfermedades con 2,7 y para la infancia diabetes mellitus con un resultado de 1,2. 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.

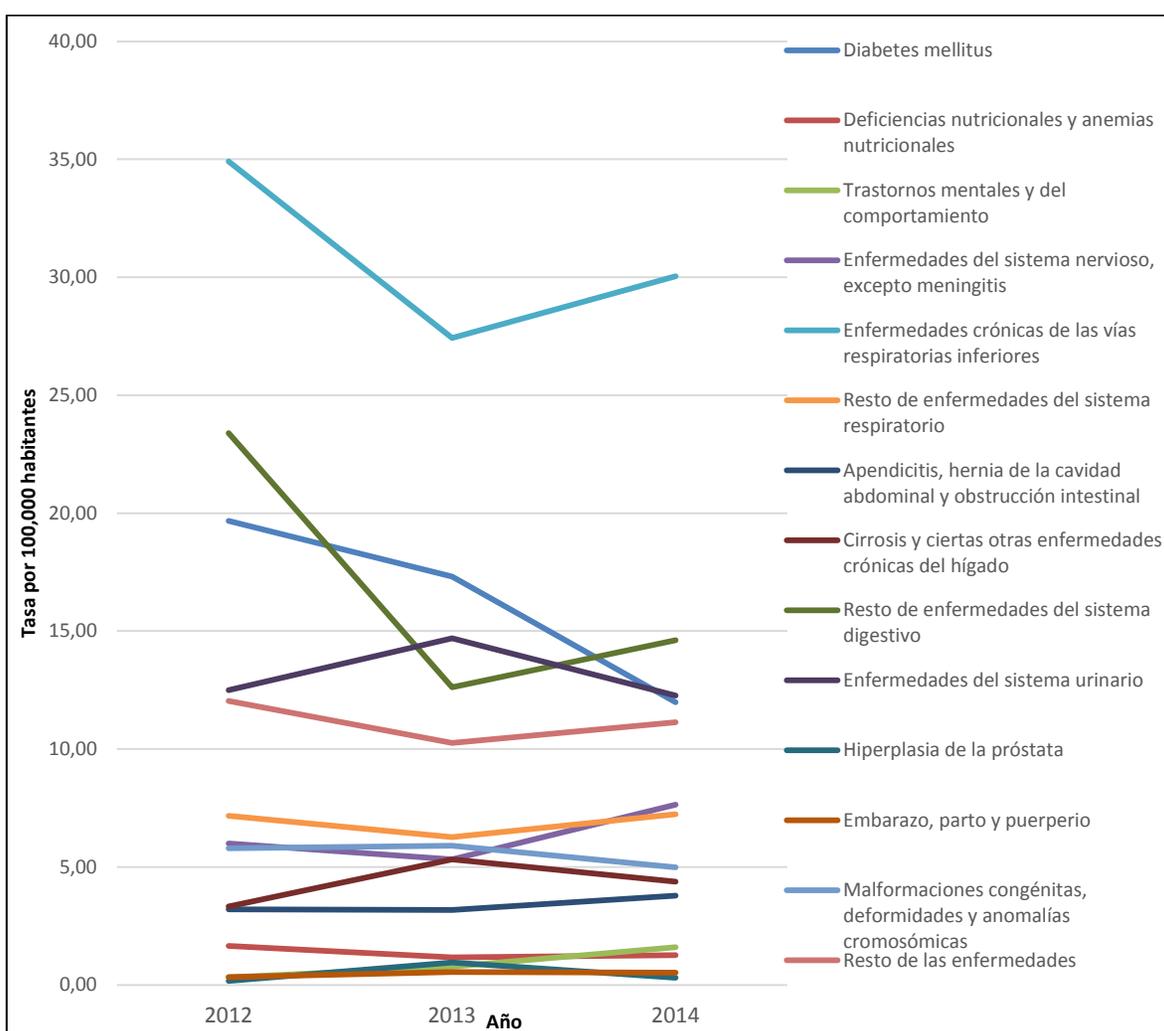
Gráfica 23. Tasas crudas de mortalidad subgrupo de demás causas por quinquenios, localidad de Kennedy 2012 – 2014



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).

Las demás causas para la localidad de Kennedy presentan un comportamiento con tendencia a la disminución pasando de una tasa de 130,5 en el 2012 a 111,8 en el 2014, comportamiento similar que presenta la Subred, en este grupo se ven más afectados los hombres que las mujeres. Comparado con las otras localidades de la Subred Kennedy ocupa el segundo lugar después de Bosa en tener la tasa más alta.

Gráfica 24. Mortalidad subgrupo Demás causas, localidad de Kennedy 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.

El subgrupo que mayor tasa tiene es el de Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con una tasa de 30,4 para el 2014 estando levemente por encima de la Subred; en el segundo y tercer lugar se encuentran resto de enfermedades digestivos y diabetes mellitus con tasas para el 2014 de 14,6 y 12, estando levemente por debajo de la Subred; las enfermedades del Sistema Urinario también tienen un resultado importante sobre 12 tanto en la localidad como la Subred. El comportamiento de la tendencia de estas causas es variable, a excepción de la diabetes mellitus que tiende hacia la disminución. para diabetes mellitus Kennedy presenta el resultado más bajo de la Subred, para Infección de vías urinarias y resto de enfermedades del sistema digestivo ocupa el segundo lugar en la tasa más alta Se resalta que para las enfermedades del sistema nervioso y el resto de las enfermedades esta localidad presenta las tasas más altas, aun por encima de la Subred en aproximadamente 2 puntos para el año 2014.

Tabla 24. Tasas ajustadas de mortalidad por Causas Externas, localidad de Kennedy y Subred Sur Occidente, 2014

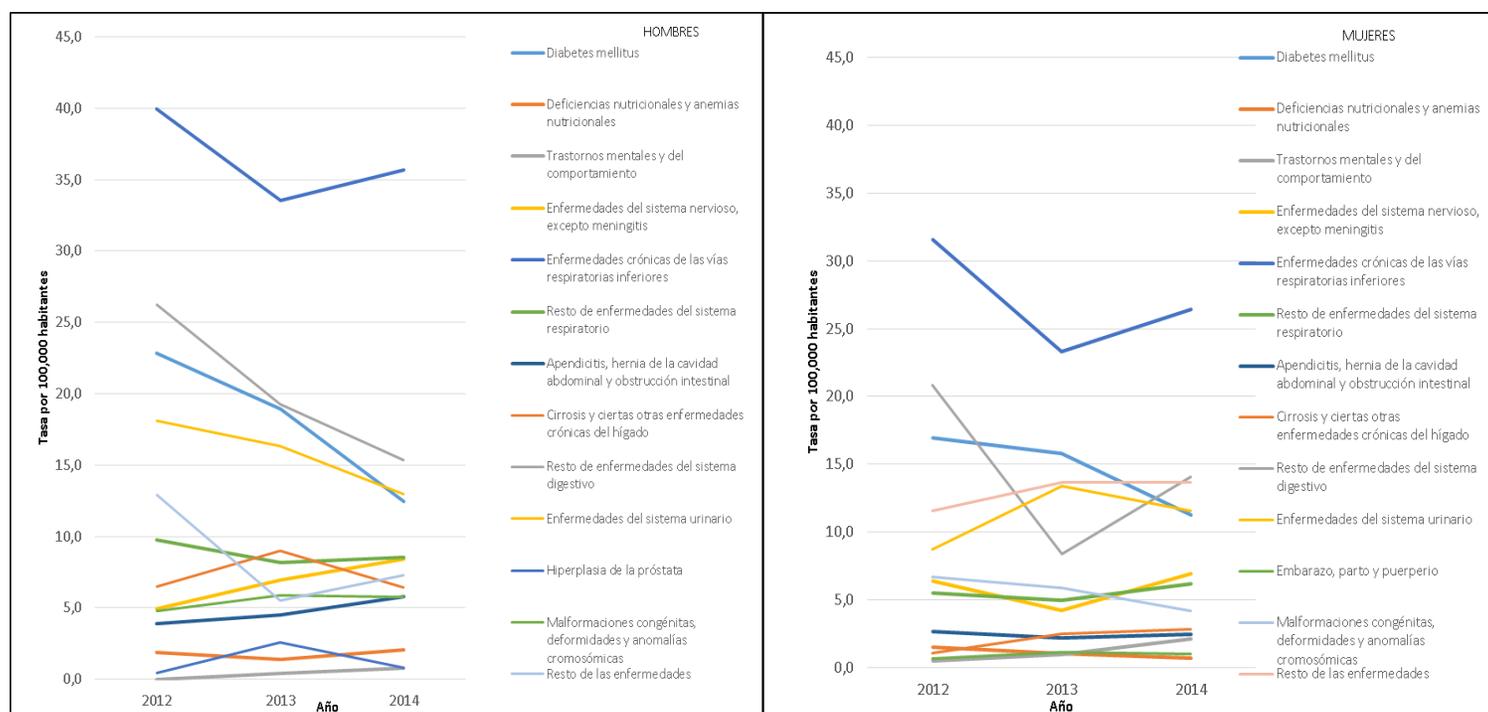
DEMÁS CAUSAS	KENNEDY	SUBRED SUROCCIDENTE
Diabetes mellitus	11,98	13,77
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	1,26	1,32
Trastornos mentales y del comportamiento	1,60	1,38
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	7,64	5,90
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	30,04	29,41
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	7,23	7,05
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	3,78	3,65
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	4,38	4,57

DEMÁS CAUSAS	KENNEDY	SUBRED SUROCCIDENTE
Resto de enfermedades del sistema digestivo	14,61	15,50
Enfermedades del sistema urinario	12,27	12,22
Hiperplasia de la próstata	0,31	0,52
Embarazo, parto y puerperio	0,52	0,57
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,99	5,64
Resto de las enfermedades	11,14	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.

Para ambos sexos en esta localidad coinciden las primeras dos causas a nivel general de este grupo para la localidad, se destaca que el hombre tiene una tasa para enfermedades respiratorias de vías inferiores por encima de la mujer en 9 puntos en el último año, en la tercera causa hay diferencias para el hombre para ellos son las enfermedades urinarias con una tasa de 13 y para la mujer está el resto de enfermedades con un resultado de 13,7 con una diferencia de 6 puntos por encima respecto a los hombres. Se destaca que la causa de cirrosis y ciertas enfermedades del hígado tienen una diferencia de 4 puntos más alta en los hombres. Respecto a la Subred varía el comportamiento de la segunda causa donde para ambos sexos presenta resultados más altos la infección de vías urinarias, el resto de causas su comportamiento es similar.

Gráfica 25. Tasas ajustadas de mortalidad Causas Externas, localidad de Kennedy, 2012 – 2014



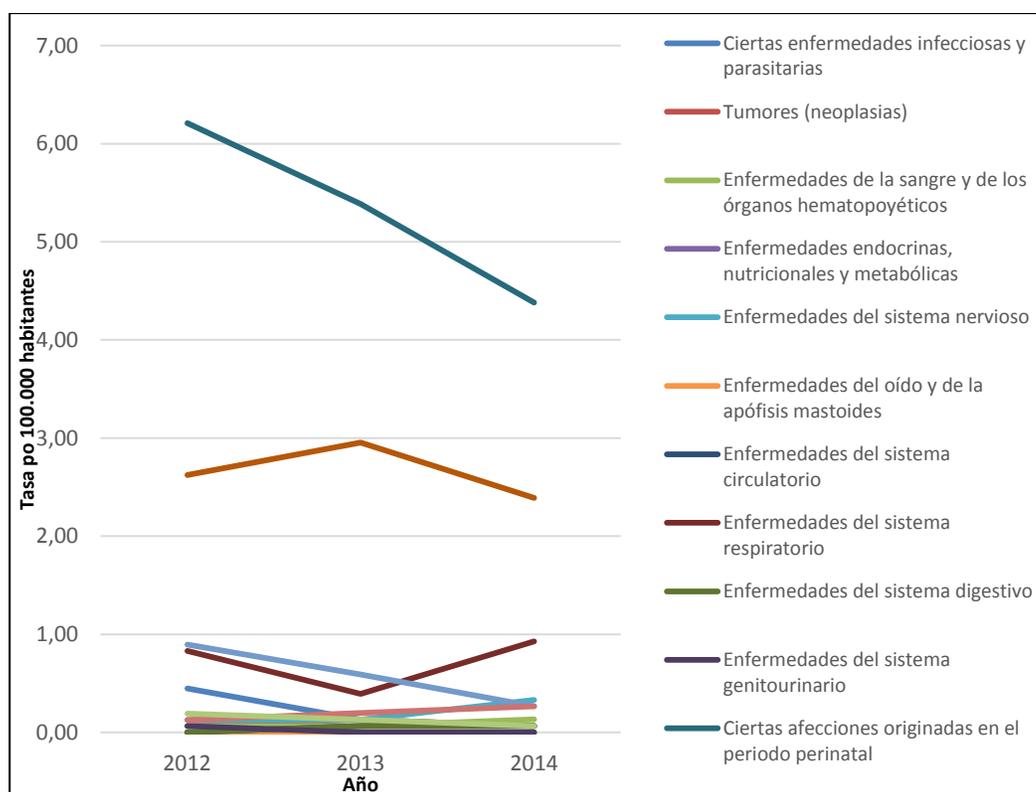
Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016). *Tasas ajustadas.

3.1.3 Mortalidad Infantil y en La Niñez

Mortalidad menor de 1 año

Durante los últimos tres años, la mortalidad en los menores de un año en la localidad de Kennedy muestra una disminución desde el 2012, pasando de una tasa de 11,6 a 8,9 muertes por mil nacidos vivos para el 2014, comportamiento similar que mantiene la Subred, aunque Kennedy evidencia un mayor descenso.

Gráfica 26. Mortalidad infantil por subgrupo de causas, localidad de Kennedy, 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 las causas de mortalidad, durante el período 2012 a 2014 se ha 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, ha tenido un comportamiento más irregular. Las enfermedades de tipo respiratorio son la tercera causa de importancia con tendencia al aumento. En forma similar se comporta la Subred.

En cuanto al sexo por tipo de causa a nivel general las tasas en los hombres son más altas que en las mujeres. Para las afecciones perinatales en los hombres esta

causa tiene tendencia a aumentar, mientras que en la mujer disminuye, este mismo comportamiento se observa en las malformaciones congénitas, para las enfermedades respiratorias ambos sexos tienen tendencia al aumento, sin embargo, se resalta que las mujeres logran resultados más altos que los hombres.

Tabla 25 Mortalidad infantil por subgrupo de causas y sexo, localidad de Kennedy, 2012-2014

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,37	0,13	0,13	0,53	0,14	0,00	0,45	0,13	0,07
Tumores (neoplasias)	0,12	0,13	0,13	0,00	0,14	0,00	0,06	0,13	0,07
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,12	0,13	0,00	0,00	0,00	0,27	0,06	0,07	0,13
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,25	0,13	0,13	0,00	0,14	0,54	0,13	0,13	0,33
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,13	0,00	0,14	0,00	0,00	0,07	0,07
Enfermedades del sistema respiratorio	1,00	0,26	0,78	0,66	0,54	1,08	0,83	0,39	0,93
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,14	0,14	0,00	0,07	0,07
Enfermedades del sistema genitourinario	0,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	5,62	6,00	5,20	6,83	4,73	3,52	6,21	5,39	4,38
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,50	3,19	2,86	2,76	2,70	1,90	2,62	2,96	2,39
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,87	0,51	0,26	0,92	0,68	0,27	0,90	0,59	0,27
Todas las demás enfermedades	0,25	0,26	0,00	0,00	0,14	0,54	0,13	0,20	0,27
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,37	0,13	0,13	0,00	0,14	0,00	0,19	0,13	0,07

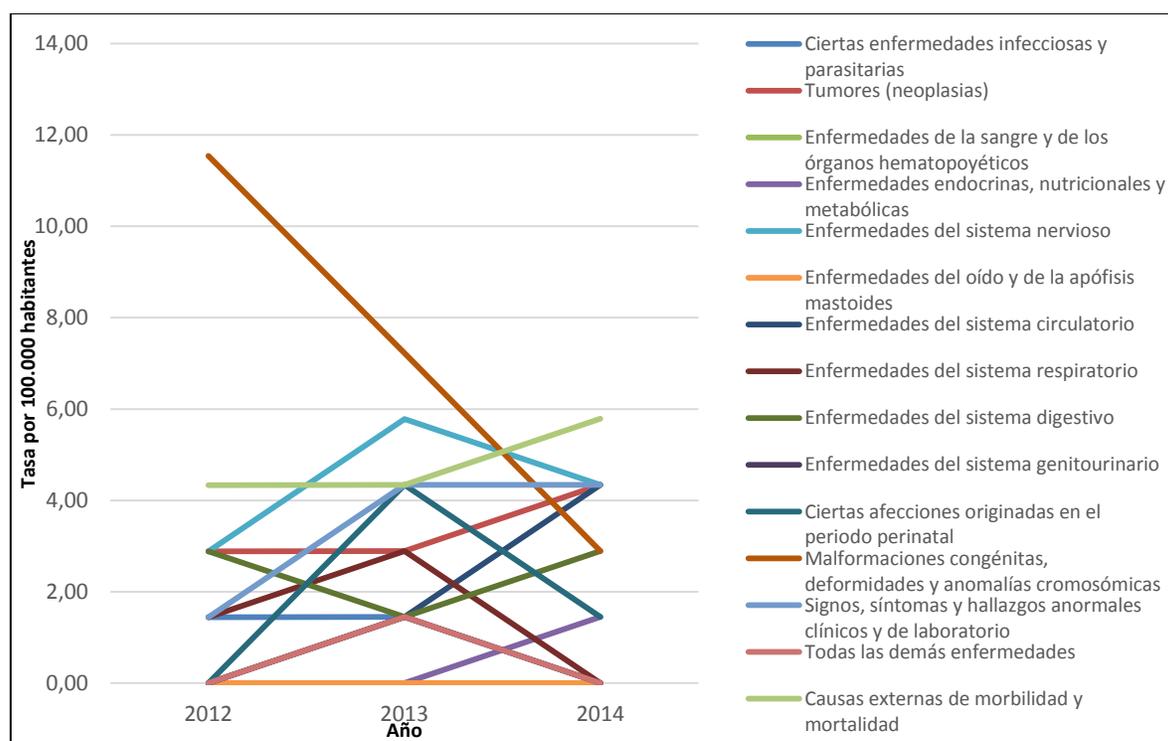
Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Mortalidad niñez de uno a cuatro años

El comportamiento en la niñez de 1 a 4 años, la tasa más alta está para malformaciones congénitas, presentando un descenso vertiginoso en el periodo, sigue las causas externas las cuales tienen una tendencia al aumento con un resultado de 5,8 en el año 2014, y en tercer lugar se encuentran las enfermedades

del sistema nervioso con una tasa de 4,3. Se resalta que causas como las neoplasias y enfermedades del sistema circulatorio tienen tendencia al aumento alcanzando igual resultado que las relacionadas con el sistema nervioso para el 2014.

Gráfica 27. Mortalidad 1 a 4 años por subgrupo de causas, localidad de Kennedy, 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 comportamiento por sexo también evidencia en la mayoría de causas tasas más altas en los hombres, donde para la primera que es malformaciones congénitas las tasas en los hombres son irregulares, mientras que en la mujer para el último año tuvo un descenso hasta llegar a 0 casos, las enfermedades del sistema digestivo se comportan similar para ambos sexos. Las enfermedades de origen respiratorio únicamente se presentan en los hombres. Las neoplasias y

enfermedades del sistema nervioso tienen un comportamiento irregular en hombres, mientras que en las mujeres solo se presenta en el año 2013 con resultados por debajo alrededor de 3 puntos.

Tabla 26. Mortalidad 1 a 4 años por subgrupo de causas y sexo, localidad de Kennedy, 2012-2014

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2,80	0,00	0,00	0,00	2,98	0,00	1,44	1,45	0,00
Tumores (neoplasias)	2,80	5,61	2,81	2,98	0,00	5,97	2,89	2,89	4,34
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,99	0,00	0,00	1,45
Enfermedades del sistema nervioso	5,60	8,41	5,61	0,00	2,98	2,99	2,89	5,78	4,34
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	2,80	2,81	0,00	0,00	5,97	0,00	1,45	4,34
Enfermedades del sistema respiratorio	2,80	5,61	0,00	0,00	0,00	0,00	1,44	2,89	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	2,80	0,00	2,81	2,98	2,98	2,99	2,89	1,45	2,89
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	2,98	0,00	0,00	1,45	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	2,81	0,00	8,95	0,00	0,00	4,34	1,45
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	8,41	2,80	5,61	14,88	11,93	0,00	11,54	7,23	2,89
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,80	2,80	8,42	0,00	5,96	0,00	1,44	4,34	4,34
Todas las demás enfermedades	0,00	2,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,45	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	2,80	8,41	5,61	5,95	0,00	5,97	4,33	4,34	5,79

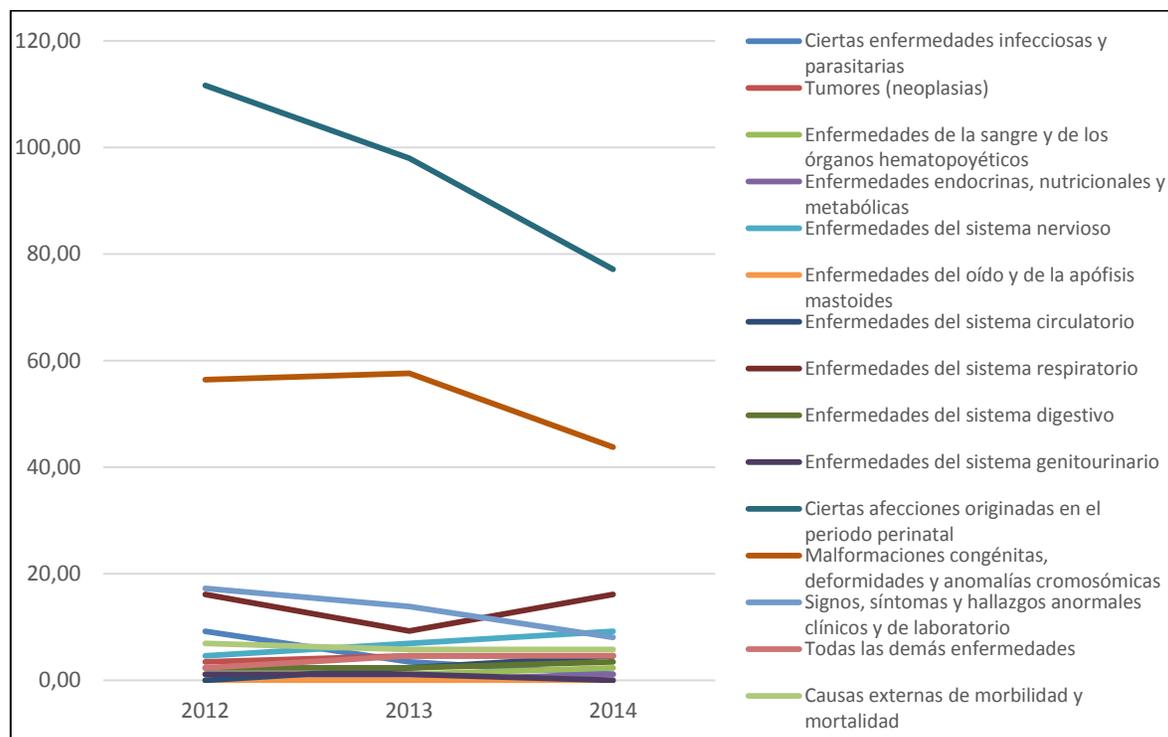
Fuente: DANE, Base de datos DANE-RUAF-ND - Secretaría Distrital de Salud, Sistema de estadísticas vitales ADE. (2012: Publicación DANE octubre 31 del 2014, finales. 2013: Publicación DANE julio 30 de 2015. 2014: Publicación definitiva DANE junio 30 de 2016).

Mortalidad en el menor de cinco años

En el periodo 2012 a 2014 la mortalidad en los niños y niñas menores de cinco años su tendencia es hacia la disminución, pasando de una tasa de 12,9 a 10,4 muertes por mil nacidos vivos para el 2014, comportamiento similar que mantiene la Subred, aunque Kennedy evidencia un mayor descenso por encima en un punto. La causa con la tasa más alta es para las afecciones perinatales, seguido de las malformaciones congénitas, ambas causas mostrando una tendencia hacia

la disminución y en tercer lugar las enfermedades del sistema respiratorio evidenciando un comportamiento variable en el tiempo.

Gráfica 28. Mortalidad menor de cinco años por subgrupo de causas, localidad de Kennedy, 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 comportamiento por sexo también evidencia en la mayoría de causas tasas más altas en los hombres, donde comportándose igual para ambos las primeras tres causas descritas anteriormente, teniendo una mayor velocidad de descenso en la mujer, a excepción de las enfermedades del sistema respiratorio donde para el año 2014 el aumento en la tasa está por encima del hombre en 5 puntos. Enfermedades como tumores, sistema digestivo, urinario, circulatorio, sistema nervioso y demás enfermedades para el año 2014 presentaron tasas más altas las mujeres que los hombres.

Los signos y síntomas mal definidos durante todo el periodo las tasas más altas son para los hombres con una amplia diferencia respecto a las mujeres.

Tabla 27. Mortalidad menor de cinco años por subgrupo de causas y sexo, localidad de Kennedy, 2012-2014

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	2012	2103	2014	2012	2103	2014	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	8,93	2,23	2,23	9,50	4,76	0,00	9,21	3,46	1,15
Tumores (neoplasias)	4,47	6,70	4,46	2,37	2,38	4,76	3,45	4,61	4,61
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	2,23	2,23	0,00	0,00	0,00	4,76	1,15	1,15	2,30
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,38	0,00	0,00	1,15
Enfermedades del sistema nervioso	8,93	8,94	6,70	0,00	4,76	11,90	4,60	6,91	9,21
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	2,23	4,46	0,00	2,38	4,76	0,00	2,30	4,61
Enfermedades del sistema respiratorio	20,10	8,94	13,39	11,87	9,52	19,04	16,11	9,22	16,12
Enfermedades del sistema digestivo	2,23	0,00	2,23	2,37	4,76	4,76	2,30	2,30	3,46
Enfermedades del sistema genitourinario	2,23	0,00	0,00	0,00	2,38	0,00	1,15	1,15	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	100,50	105,03	91,51	123,45	90,42	61,87	111,62	97,95	77,16
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	51,36	58,10	53,57	61,73	57,11	33,31	56,39	57,62	43,76
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	17,87	11,17	11,16	16,62	16,66	4,76	17,26	13,83	8,06
Todas las demás enfermedades	4,47	6,70	0,00	0,00	2,38	9,52	2,30	4,61	4,61
Causas externas de morbilidad y mortalidad	8,93	8,94	6,70	4,75	2,38	4,76	6,90	5,76	5,76

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 Mortalidad materno - infantil y en la niñez

De acuerdo a la metodología de semaforización de las diferencias relativas contenidas en la Guía ASIS año 2013, no se encuentran diferencias significativas respecto a la Subred y el Distrito para estos indicadores. Sin embargo, al realizar la comparación teniendo en cuenta únicamente la tasa de mortalidad del Distrito frente a cada una de las localidades, se observan mayores diferencias. El indicador más crítico para la localidad es la mortalidad materna con una diferencia

entre 3 y 4 puntos. Con respecto a la mortalidad perinatal, neonatal, infantil, Niñez e IRA la localidad presenta buenos resultados, importante resaltar que Kennedy presenta los mejores resultados en comparación al Distrito Capital y Subred para estos indicadores a excepción de mortalidad por IRA el cual está por encima de la Subred en 0,9 puntos.

**Tabla 28. Resultado Indicadores Salud materno infantil Semaforización
Comportamiento respecto al Distrito Capital Subred Suroccidente, localidad
de Kennedy 2012-2014**

Causa de muerte	Bogotá. último año	Kennedy. último año	Año				
			2010	2011	2012	2013	2014
Razón de mortalidad materna	29,0	33,30	↗	↗	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad perinatal	13,7	12,30	↗	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad neonatal	6,4	5,50	↗	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad infantil	9,8	8,90	↗	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	19,7	18,10	↗	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad por neumonía en menores de cinco años	6,5	8,10	↗	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	5,0	4,60	↗	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0,5	1,20	→	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	1,1	0,10	↗	↘	→	→	↗

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 mortalidad por EDA y Desnutrición se presentaron casos en el último año por lo cual se debe estar alerta, para el primer indicador comparada con la Subred (0,5)

y Distrito Capital, Kennedy presenta la tasa más alta. De igual forma es importante destacar que la mortalidad por neumonía en el último año ha tenido un comportamiento hacia el incremento, indicador que debe continuar en estricta vigilancia, más aún cuando su resultado está por encima de la Subred (5,8) y del Distrito.

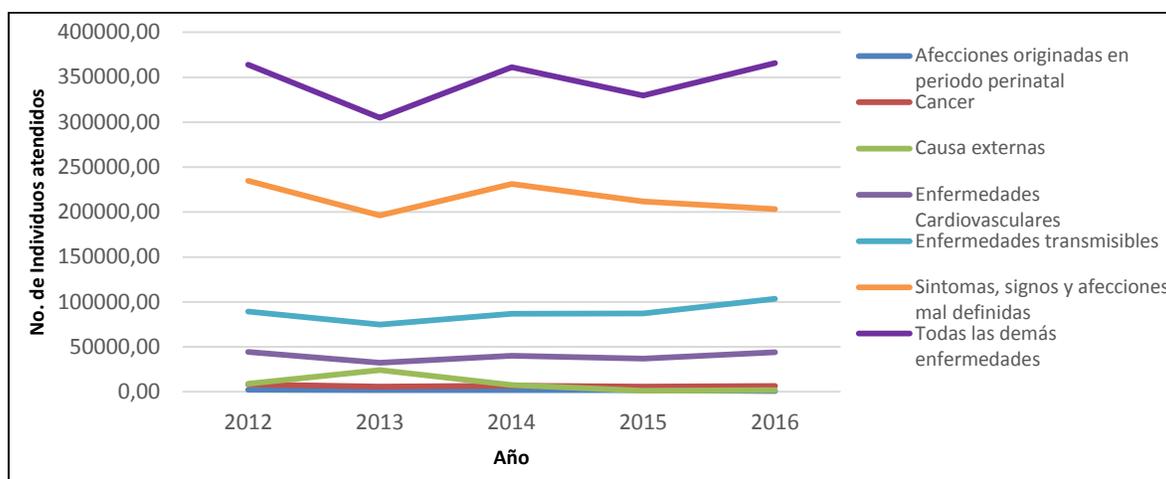
3.2 ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DE MORBILIDAD

3.2.1 Morbilidad general y análisis de la prestación de servicios

3.2.1.1 RIPS

La localidad de Kennedy de acuerdo a la información de RIPS suministrados por la SDS y Ministerio de la Protección Social, durante el año 2016 tuvo 1'219.165 atenciones aportando el 42% a la Subred y 8,4% al Distrito; 726.737 individuos atendidos con un aporte de 44,6% a la Subred y 10% al Distrito. De acuerdo a la agrupación 6/67 desde el año 2012 el grupo de todas las demás enfermedades es el que mayor aporte realiza a las principales causas de morbilidad, con una tendencia variable durante estos años y aportando el 50% del total de individuos atendidos en el año 2016. En segundo lugar, se encuentran los signos y síntomas mal definidos los cuales muestran una tendencia hacia la disminución en los últimos dos años y aporta para el último periodo el 28% del total de individuos atendidos; en tercer lugar, se encuentran las enfermedades transmisibles con una tendencia hacia el aumento y aportando para el año 2016 el 14,2% de individuos. Los otros grupos en su orden de mayor a menor aporte están: enfermedades cardiovasculares con el 6,1% y con menos del 1% lesiones de causa externa, cáncer y afecciones perinatales.

Gráfica 29. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67, Localidad de Kennedy, 2012-2016



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

Este comportamiento es similar en la Subred y el Distrito, se destaca frente a los aportes de cada grupo en la localidad las enfermedades trasmisibles se encuentran alrededor de un 3% por encima y para las demás enfermedades y signos y síntomas mal definidos su resultado aproximadamente entre 1-1,5% por debajo.

Comportamiento por Sexo

Para el año 2016 de acuerdo a la variable sexo, las mujeres en Kennedy aportan el 60% del total de individuos atendidos; cada hombre tiene 1,6 atenciones siendo mayor la concentración de atenciones en 0,7 que las mujeres. Por grupos de causas los aportes similares entre hombres y mujeres son para causas externas y afecciones del periodo perinatal y con una mínima diferencia para cáncer con 0,4% y las enfermedades trasmisibles con 1%. La concentración de atenciones por grupo de causas más alta es para las afecciones del periodo perinatal con un resultado de 2 siendo más alta en hombres con una diferencia de 0,3 respecto a

las mujeres y en segundo lugar las enfermedades cardiovasculares siendo mayor en hombres respecto a la mujer en 0,1.

Tabla 29. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 por sexo, localidad de Kennedy, 2016

Grupo de causas	Hombre		Mujer		Total	
	# Indiv		# Indiv		# Indiv	
	No.	%	No.	%	No.	%
Kennedy						
Afecciones originadas en periodo perinatal	513	0,1	507	0,1	1.020	0,1
Cáncer	1.710	0,2	4.661	0,6	6.371	0,9
Causa externas	1.027	0,1	918	0,1	1.945	0,3
Enfermedades Cardiovasculares	15.308	2,1	28.852	4,0	44.160	6,1
Enfermedades transmisibles	48.140	6,6	55.316	7,6	103.456	14,2
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	72.130	9,9	131.328	18,1	203.458	28,0
Todas las demás enfermedades	151.372	20,8	214.955	29,6	366.327	50,4
Total	290.200	39,9	436.537	60,1	726.737	100,0
Subred Sur Occidente						
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	100,0
Distrito Capital						
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

Grupo de causas	Hombre		Mujer		Total	
	# Indiv		# Indiv		# Indiv	
	No.	%	No.	%	No.	%
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	100,0

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)

Respecto a la Subred Sur Occidente y el Distrito Capital el comportamiento es similar, sólo que el aporte de las mujeres en Kennedy está por debajo entre 1 y 2%. Por grupo de causas respecto a la Subred y el Distrito el comportamiento presenta una mayor diferencia por encima de la localidad entre hombre mujer para el grupo de enfermedades cardiovasculares y demás enfermedades alrededor de un 2%.

Desde el año 2012 la tendencia por sexo se comporta tanto para hombres como mujeres en forma similar a la general por grupo de causas, se destacan algunas diferencias así: las afecciones perinatales con tendencia a la disminución, ésta es mayor en las mujeres respecto a los hombres con una diferencia aproximadamente de un 20%, las lesiones de causas externa se comportan en forma variable, se resalta un comportamiento inusual en las mujeres para el año 2013 estando por encima de los hombres en un 42%, para las enfermedades cardiovasculares y trasmisibles se destaca que las mujeres tienen un aumento en el último año por encima de los hombres alrededor de un 6 y 5% respectivamente. En los demás grupos de causas no se presentan diferencias relevantes en la tendencia entre hombres y mujeres.

Comportamiento por tipo de atención

A continuación, se mencionarán los aspectos más relevantes del comportamiento de las atenciones: consulta externa, hospitalización y urgencias de los habitantes de la localidad de Kennedy que consultaron durante el año 2016.

En cuanto a consulta externa se tuvo un total de 955.346 atenciones aportando un 38,5% al total de la Subred y un 8,1% a Bogotá; en cuanto a individuos atendidos fueron 576.695 lo que significa un aporte del 40,5% a la Subred y 11,7% a Bogotá. Para el total de individuos atendidos las consultas aportan el 74,3%. La concentración de atenciones es de 1,7, la mayor concentración es para afecciones perinatales con 1,9. El mayor porcentaje en esta localidad corresponde a la agrupación de todas las demás enfermedades con más del 50%, seguido de signos y síntomas mal definidos sobre un 30% y en tercer lugar enfermedades transmisibles con 9,5%.

En el periodo 2012 a 2016 el grupo de signos y síntomas mal definidos y afecciones del periodo perinatal tienen una tendencia hacia la disminución, para los demás grupos su comportamiento ha sido variable en el tiempo. Respecto al año 2015 se resalta que en este periodo el mayor aumento lo presentaron las lesiones de causa externa en más del 100%, seguido de enfermedades cardiovasculares en 20% y cáncer en 16%, mientras que para el grupo de afecciones perinatales hubo una disminución del 50%.

Tabla 30 Distribución de atenciones e individuos por tipo de atención y grupo de causas, localidad de Kennedy, 2016

Tipo de atención	Grupo de causas	Atenciones		Individuos	
		No.	%	No.	%
Consultas	Afecciones originadas en periodo perinatal	1.562	0,2	803	0,1
	Cáncer	7.779	0,8	5.811	1,0
	Causa externas	1.005	0,1	930	0,2

Tipo de atención	Grupo de causas	Atenciones		Individuos	
		No.	%	No.	%
	Enfermedades Cardiovasculares	75.687	7,9	41.877	7,3
	Enfermedades transmisibles	65.434	6,8	54.523	9,5
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	295.936	31,0	178.051	30,9
	Todas las demás enfermedades	507.943	53,2	294.700	51,1
	Total	955.346	100,0	576.695	100,0
Hospitalizaciones	Afecciones originadas en periodo perinatal	403	2,4	386	2,6
	Cáncer	455	2,7	412	2,7
	Causa externas	45	0,3	43	0,3
	Enfermedades Cardiovasculares	654	3,8	607	4,0
	Enfermedades transmisibles	1.549	9,1	1.346	8,9
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	1.987	11,6	1.851	12,2
	Todas las demás enfermedades	11.973	70,2	10.478	69,3
	Total	17.066	100,0	15.123	100,0
Urgencias	Afecciones originadas en periodo perinatal	223	0,1	211	0,1
	Cáncer	781	0,3	607	0,3
	Causa externas	1.088	0,4	1.045	0,6
	Enfermedades Cardiovasculares	4.293	1,7	3.464	1,9
	Enfermedades transmisibles	68.104	27,6	51.152	27,8
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	43.397	17,6	35.481	19,3
	Todas las demás enfermedades	128.867	52,2	92.029	50,0
	Total	246.753	100,0	183.989	100,0

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)

Para hospitalización se tuvo un total de 17.066 atenciones aportando un 68,3% al total de la Subred y un 9,6% a Bogotá; en cuanto a individuos atendidos fueron 15.123 lo que significa un aporte del 73% a la Subred y 10,1% a Bogotá. Para el total de individuos atendidos las hospitalizaciones aportan el 1,9%. La concentración de atenciones es de 1,1, siendo la mayor concentración para el grupo de enfermedades transmisibles con un resultado de 1,2.

El mayor porcentaje para este tipo de atención corresponde al grupo de todas las demás enfermedades con más del 65%, seguido de signos y síntomas mal definidos sobre un 12% y en tercer lugar enfermedades transmisibles cercano al 9%. Durante los últimos tres años la tendencia para todos los grupos a excepción de transmisibles (el cual ha tenido un comportamiento irregular) ha sido hacia la disminución. Respecto al año 2015 la disminución para este último año se comportó así: afecciones perinatales 40%, cáncer 35%; enfermedades cardiovasculares 25%, demás enfermedades 21% y lesiones de causa externa 14%. El grupo de enfermedades transmisibles tuvo un aumento alrededor del 4%.

En el servicio de Urgencias la localidad tuvo un total de 246.753 atenciones aportando un 69,8% al total de la Subred y un 13,7% a Bogotá; en cuanto a individuos atendidos fueron 183.989 lo que significa un aporte del 77,3% a la Subred y 15,5% a Bogotá. Para el total de individuos atendidos las hospitalizaciones aportan el 23,7%. La concentración de atenciones es de 1,3, se destaca que para todas las demás enfermedades es de 1,4. El mayor porcentaje para este tipo de atención corresponde al grupo de todas las demás enfermedades con el 50%, seguido de enfermedades transmisibles sobre el 27% y signos y síntomas mal definidos 19%.

Las atenciones por urgencias en la localidad para todos los grupos su comportamiento ha sido hacia el incremento en los últimos cuatro años. Para el año 2016 respecto al año 2015 el aumento en la proporción para cada uno de los grupos se comportó de la siguiente manera: causas externas 60%, enfermedades transmisibles 52%, afecciones perinatales 44%, signos y síntomas mal definidos 38%, demás enfermedades 28%, enfermedades cardiovasculares 16% y cáncer 17%.

Comportamiento por momentos de curso de vida

Primera Infancia

En el año 2016 la primera infancia aporta el 11,5% al total de individuos atendidos de la localidad de Kennedy, al grupo de causas que realiza el mayor aporte este curso de vida es para las afecciones perinatales con el 76,8% y a las enfermedades transmisibles con el 19,7%.

La primera causa de morbilidad es para el grupo de signos y síntomas mal definidos con más del 40%, seguido de las demás enfermedades sobre el 30% y transmisibles con el 24%. Este comportamiento es similar a la Subred, la mayor diferencia es en síntomas mal definidos respecto al Distrito estando por encima en un 3% y respecto a la Subred en transmisibles por debajo en un 3%. La concentración de atenciones es de 1,6 estando por debajo del Distrito y Subred en 0,2 y 0,1 respectivamente, al igual que a nivel general de la localidad la mayor concentración es para las afecciones perinatales con 2,2

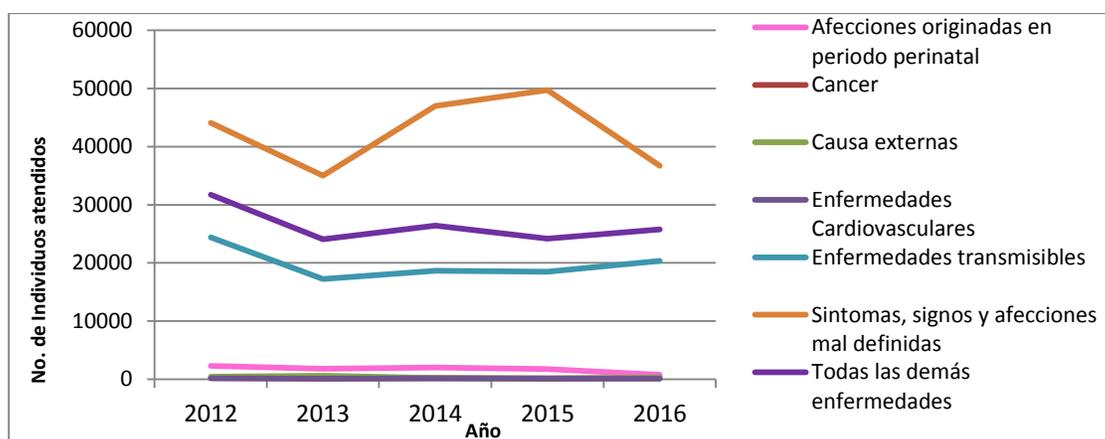
Tabla 31. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Primera infancia, Distrito, Subred Sur Occidente, localidad de Kennedy, 2016

Grupo de causas	Kennedy		Subred Sur Occidente		Distrito	
	Individuos		Individuos		Individuos	
	No.	%	No.	%	No.	%
Afecciones originadas en periodo perinatal	783	0,9	1.319	0,8	8.404	1,2
Cáncer	155	0,2	332	0,2	2.007	0,3
Causa externas	168	0,2	504	0,3	2.341	0,3
Enfermedades Cardiovasculares	100	0,1	216	0,1	1.631	0,2
Enfermedades transmisibles	20.349	24,2	36.596	21,6	161.856	22,3
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	36.724	43,7	74.280	43,8	294.153	40,6
Todas las demás enfermedades	25.792	30,7	56.478	33,3	254.528	35,1
Total	84.071	100,0	169.725	100,0	724.920	100,0

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)

A pesar de ser la primera causa de morbilidad los signos y síntomas mal definidos su tendencia es hacia la disminución, al igual que las afecciones perinatales. Las enfermedades cardiovasculares y trasmisibles tienen una tendencia variable, aunque se resalta que estas últimas aumentaron para el último año. Los otros grupos de causas se comportan en forma irregular en el tiempo.

Gráfica 30. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 primera infancia, localidad de Kennedy, 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)

Infancia

El curso de vida infancia aporta el 8,8% al total de individuos atendidos residentes en la localidad de Kennedy, al grupo de causas que realiza el mayor aporte son las afecciones perinatales con el 17,7% y a las enfermedades trasmisibles con el 11,9%.

La primera causa de morbilidad para esta etapa vital son las demás enfermedades con el 44%, seguido de signos y síntomas definidos sobre el 35% y trasmisibles con el 19,2%. Este comportamiento es similar a la Subred y Distrito, la mayor diferencia es para enfermedades trasmisibles estando la localidad en aproximadamente 4% por encima del aporte de la Subred y el Distrito y alrededor del 3% por debajo para las demás enfermedades. La concentración de atenciones es de 1,4 estando por encima del Distrito y Subred en 0,2 y 0,1 respectivamente, la mayor concentración es para las demás enfermedades y afecciones perinatales con 1,5.

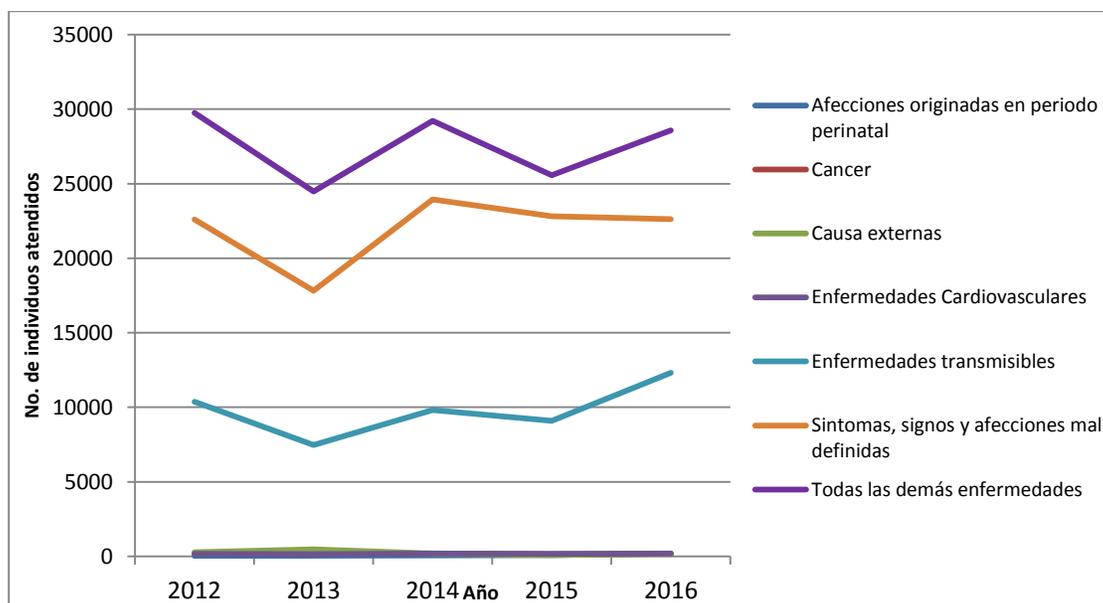
Tabla 32. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 por Infancia, Distrito Subred Sur Occidente, localidad de Kennedy, 2016

Grupo de causas	Kennedy		Subred		Distrito	
	Individuos		Individuos		Individuos	
	No.	%	No.	%	No.	%
Afecciones originadas en periodo perinatal	180	0,3	316	0,2	2.038	0,4
Cáncer	164	0,3	381	0,3	2.278	0,4
Causa externas	170	0,3	534	0,4	2.501	0,4
Enfermedades Cardiovasculares	177	0,3	362	0,3	2.299	0,4
Enfermedades transmisibles	12.319	19,2	21.846	15,9	88.834	15,6
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	22.616	35,2	49.238	35,8	196.163	34,5
Todas las demás enfermedades	28.577	44,5	64.942	47,2	274.213	48,2
Total	64.203	100,0	137.619	100,0	568.326	100,0

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 este curso de vida para Kennedy las enfermedades trasmisibles y las demás enfermedades presentan una tendencia variable en el tiempo, sin embargo, se resalta que en el año 2016 aumentaron en un 26 y 11% respectivamente. Los síntomas mal definidos se comportan estable en los últimos dos años, los otros grupos se comportan forma variable en el tiempo. Se destaca que las lesiones de causa externa para este último año respecto al anterior aumentaron en un 45%.

Gráfica 31. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Infancia, localidad de Kennedy, 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)

Adolescencia

La adolescencia aporta el 6,8% al total de individuos atendidos residentes en la localidad de Kennedy, los aportes más bajos al grupo de causas son para este curso de vida, el mayor aporte es en los signos y síntomas mal definidos y causas externas con el 8% para cada una.

La primera causa de morbilidad es para el grupo de las demás enfermedades con el 54%, seguido de signos y síntomas mal definidos sobre el 33% y trasmisibles con el 11,1%. Este comportamiento es similar a la Subred y Distrito, la mayor diferencia es para enfermedades trasmisibles estando la localidad en un 2% por encima de sus resultados.

La concentración de atenciones es de 1,5 estando por debajo del Distrito y Subred en 0,2 y 0,1 respectivamente, por grupo de causas la mayor concentración es para las demás enfermedades con 1,6.

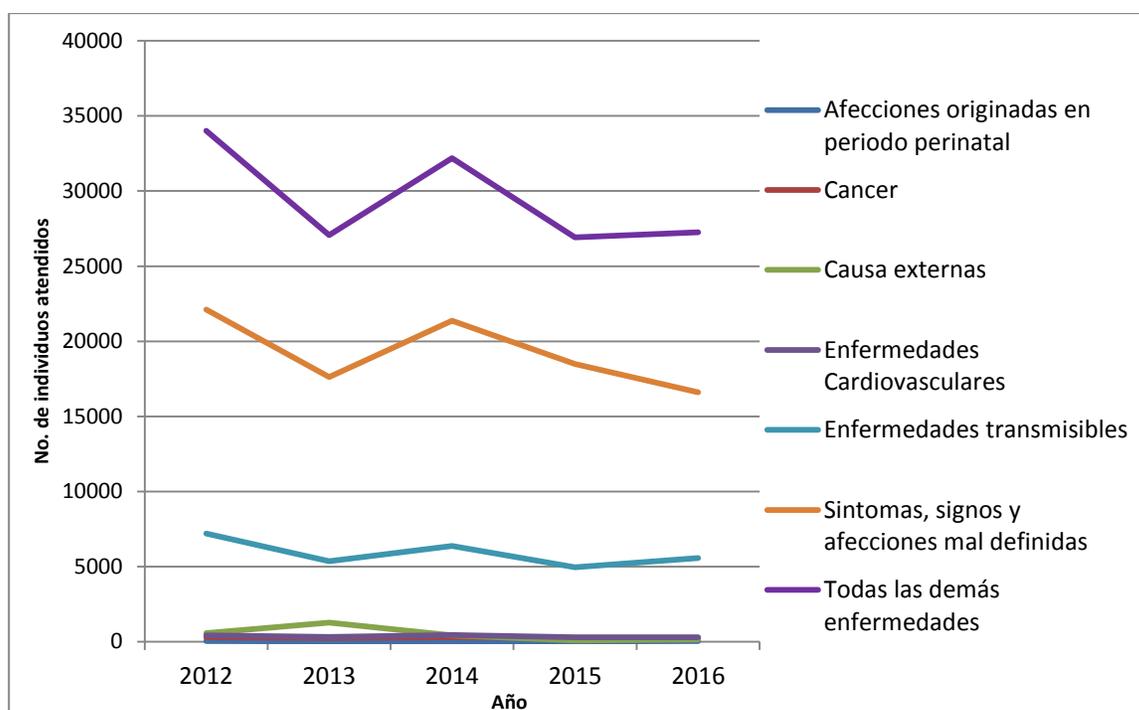
Tabla 33. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Adolescencia, Distrito, Subred Sur Occidente, localidad de Kennedy, 2016

Grupo de causas	Kennedy		Subred Sur Occidente		Distrito	
	Individuos		Individuos		Individuos	
	No.	%	No.	%	No.	%
Afecciones originadas en periodo perinatal	50	0,1	87	0,1	681	0,2
Cáncer	212	0,4	559	0,5	3.258	0,7
Causa externas	155	0,3	584	0,5	3.227	0,7
Enfermedades cardiovasculares	288	0,6	685	0,6	3.106	0,7
Enfermedades transmisibles	5.561	11,1	10.377	9,2	42.052	9,4
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	16.600	33,1	39.506	35,1	148.831	33,1
Todas las demás enfermedades	27.253	54,4	60.830	54,0	247.992	55,2
Total	50.119	100,0	112.628	100,0	449.147	100,0

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)

Este grupo de edad en Kennedy durante el tiempo las causas agrupadas en los signos y síntomas mal definidos y el cáncer tienen una tendencia hacia la disminución. Los otros grupos se comportan forma irregular en el tiempo, se destaca que las lesiones de causa externa para este último año respecto al anterior aumentaron en un 48%.

Gráfica 32. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Adolescencia, localidad de Kennedy, 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)

Juventud

Al total de individuos atendidos residentes en la localidad de Kennedy la juventud aporta el 20,9%, el mayor aporte lo tienen las causas externas y enfermedades trasmisibles con el 23,6% cada una.

La primera causa de morbilidad es para el grupo de las demás enfermedades con el 52%, seguido signos y síntomas definidos sobre el 30% y trasmisibles con el 15,9%. Respecto a la Subred y Distrito para las enfermedades trasmisibles la localidad está en 2% por encima de sus resultados. La concentración de atenciones es de 1,7 estando por debajo del Distrito y Subred en 0,1, la mayor concentración es para los signos y síntomas mal definidos con 1,9.

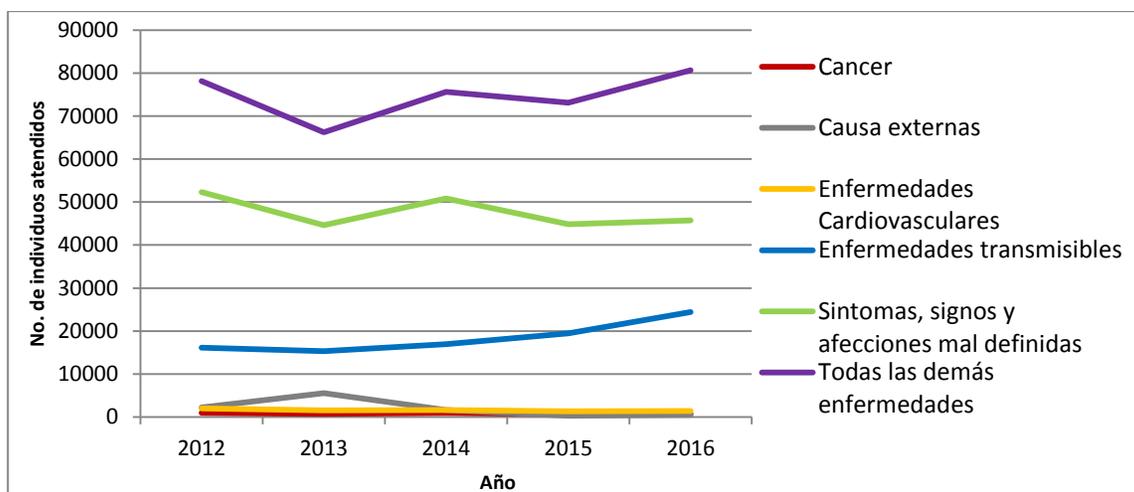
Tabla 34. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Juventud, Distrito, Subred Sur Occidente, localidad de Kennedy, 2016

Grupo de causas	Kennedy		Subred Sur Occidente		Distrito	
	Individuos		Individuos		Individuos	
	No.	%	No.	%	No.	%
Cáncer	736	0,5	1.792	0,6	10.932	0,8
Causa externas	460	0,3	1.595	0,5	14.982	1,1
Enfermedades cardiovasculares	1.389	0,9	3.042	1,0	16.308	1,2
Enfermedades transmisibles	24.430	15,9	43.213	13,8	177.920	12,8
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	45.768	29,8	101.604	32,6	460.222	33,0
Todas las demás enfermedades	80.690	52,5	160.602	51,5	713.244	51,1
Total	153.551	100,0	312.009	100,0	1.394.725	100,0

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)

Para la juventud en la localidad, las enfermedades trasmisibles presentan una tendencia hacia el aumento, el cual para este último año fue del 25%, los demás grupos de causas se comportan forma variable en el tiempo, se destaca que las lesiones de causa externa para este último año respecto al anterior aumentaron en un 54% y las causas agrupadas en cáncer y demás enfermedades cerca del 11%.

Gráfica 33. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Juventud, localidad de Kennedy, 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)

Adulthood

The adult life course contributes 40% to the total of individuals attended in the year 2016 with residence in the locality of Kennedy, in this group the major contribution is for cancer with 64.4%, followed by other diseases 44.9%, external causes with 43.4% and cardiovascular diseases with 42%.

The first cause of morbidity is for the group of other diseases with 56%, followed by signs and symptoms not well defined over 23.5%, transmissible with 12.5% and cardiovascular disease with 6.5%. Regarding the Subred y Distrito for transmissible diseases the locality is above its results in 2 and 3% respectively, for other diseases it presents similar behavior with 2 and 1% difference with each one.

La concentración de atenciones es de 1,7 estando por debajo del Distrito y Subred en 0,1 y 0,2, la mayor concentración es para los signos y síntomas mal definidos con 1,9.

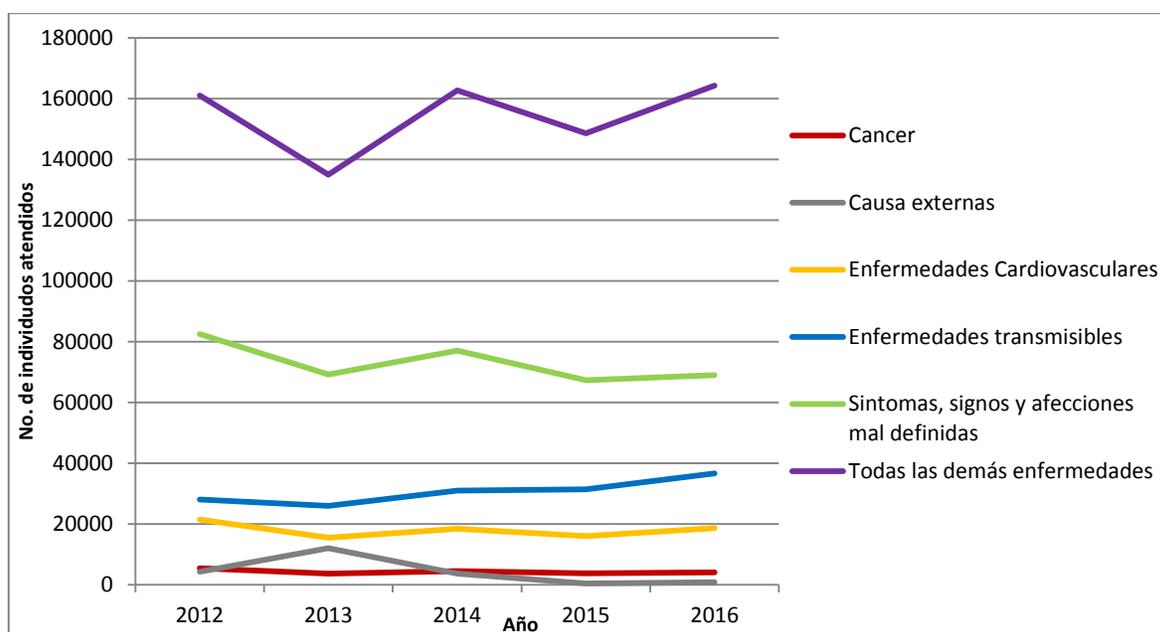
Tabla 35. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Adultez, Distrito, Subred sur Occidente, localidad de Kennedy, 2016

Grupo de causas	Kennedy		Subred Sur Occidente		Distrito	
	Individuos		Individuos		Individuos	
	No.	%	No.	%	No.	%
Cáncer	4.104	1,4	10.240	1,6	68.824	2,4
Causa externas	844	0,3	5.899	0,9	34.383	1,2
Enfermedades Cardiovasculares	18.604	6,3	43.127	6,6	179.070	6,2
Enfermedades transmisibles	36.657	12,5	68.832	10,5	275.845	9,6
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	69.022	23,5	167.393	25,6	729.554	25,4
Todas las demás enfermedades	164.241	56,0	357.174	54,7	1.579.060	55,1
Total	293.480	100,0	652.693	100,0	2.866.898	100,0

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 la adultez todos los grupos de causas, a excepción de las enfermedades transmisibles (quien tiene una tendencia al aumento) se comportan en forma irregular. Se destaca que para esta edad en el año 2016 respecto al año anterior presentaron aumento en más de un 100% las lesiones de causa externa, seguido de las enfermedades transmisibles y cardiovasculares en un 16%.

Gráfica 34. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Adultez, localidad de Kennedy, 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)

Vejez

La vejez aporta el 12% al total de individuos atendidos en el año 2016 con residencia localidad de Kennedy, este grupo el mayor aporte lo realiza para las enfermedades cardiovasculares con el 53,9%, seguido de cáncer con el 15,9% y las demás enfermedades con el 11,4%.

La primera causa de morbilidad es para el grupo de las demás enfermedades con el 47%, seguido de enfermedades cardiovasculares sobre el 23,5% y signos y síntomas mal definidos con el 18,5%. Kennedy para las enfermedades cardiovasculares está por encima en un 1,3% respecto a la Subred y en un 5,6% a el Distrito Capital, respecto al cáncer para esta edad se encuentra por debajo en 1,3% respecto al Distrito, de igual forma se comportan las demás enfermedades,

sin embargo, este último grupo respecto a la Subred está por encima en un 2%. El aporte de las lesiones de causa externa respecto a la Subred y Distrito es mínimo para Kennedy. La concentración de atenciones es de 1,8 estando por debajo del Distrito y Subred en 0,4 y 0,2, la mayor concentración es para enfermedades cardiovasculares y demás enfermedades con 1,9.

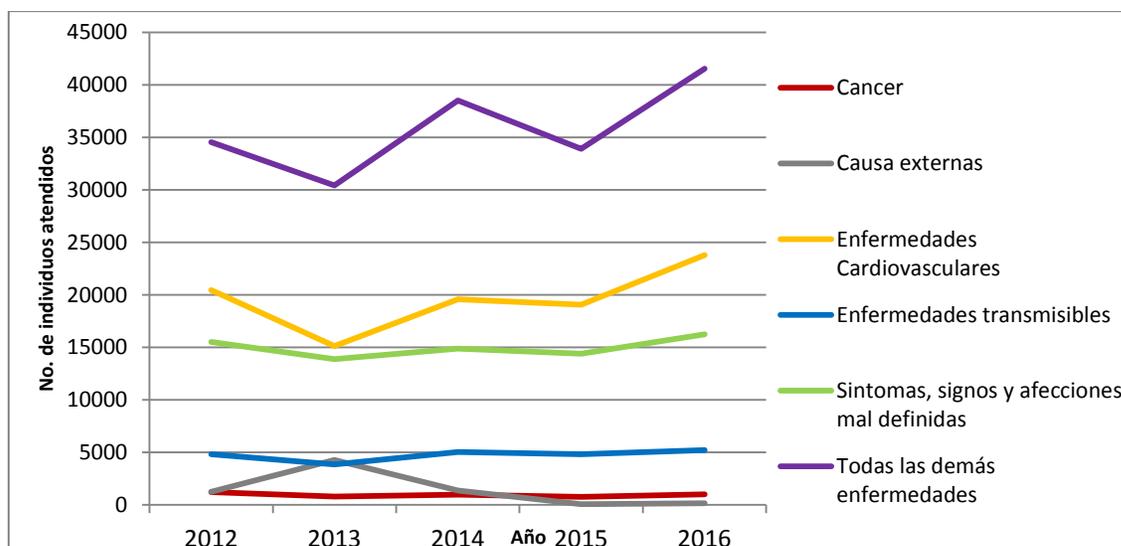
Tabla 36. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Vejez, Distrito, Subred Sur Occidente, localidad de Kennedy, 2016

Grupo de causas	Kennedy		Subred		Distrito	
	Individuos		Individuos		Individuos	
	No.	%	No.	%	No.	%
Cáncer	1.008	1,1	2.874	1,2	36.815	3,0
Causa externas	148	0,2	8.009	3,3	25.825	2,1
Enfermedades cardiovasculares	23.790	27,0	63.460	26,3	274.668	22,6
Enfermedades transmisibles	5.224	5,9	12.378	5,1	62.349	5,1
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	16.254	18,5	44.578	18,5	220.854	18,2
Todas las demás enfermedades	41.551	47,2	110.167	45,6	594.235	48,9
Total	87.975	100,0	241.469	100,0	1.214.753	100,0

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)

Las causas externas en la vejez han presentado en los últimos años una tendencia hacia la disminución siendo marcada en los años 2015 y 2016 sobre el 90%, los demás grupos tienen una tendencia variable en el periodo. Se resalta que para el último año respecto al año anterior el Cáncer aumentó en un 30%, seguido de enfermedades cardiovasculares 24% y demás enfermedades 22%.

Gráfica 35. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Vejez, localidad de Kennedy, 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)

Los primeros tres diagnósticos por los que más consulta la población de Kennedy son: hipertensión arterial, caries de la dentina y rinofaringitis con porcentajes que oscilan entre el 11% y 14%. Para ambos sexos se mantienen estos primeros tres diagnósticos, siendo mayores los porcentajes para las mujeres, con la más amplia diferencia para hipertensión arterial en 4,7%. Para el 100% de las primeras 20 causas las mujeres tienen los porcentajes más altos. Al agrupar estos diagnósticos se evidencia que el 25,9% están relacionados con problemas de la salud oral, 18,8% con enfermedades crónicas, 18% con infecciones de vías respiratorias agudas, y el 15,9% con problemas de origen digestivo.

Tabla 37 Total atenciones por 20 primeros diagnósticos, por sexo, Localidad de Kennedy, 2016

Código CIE X	Diagnostico	Hombre		Mujer		Total	
		atenciones		atenciones		at	
		No.	%	No.	%	No.	%
I10x	Hipertensión esencial (primaria)	20.786	6,2	43.033	12,9	63.819	19,2
K021	Caries de la dentina	21.349	6,4	29.714	8,9	51.063	15,3
J00x	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	15.350	4,6	17.600	5,3	32.950	9,9
A09x	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	15.100	4,5	17.300	5,2	32.400	9,7
M545	Lumbago no especificado	10.822	3,2	11.526	3,5	22.348	6,7
N390	Infección de vías urinarias; sitio no especificado	2.985	0,9	12.839	3,9	15.824	4,8
J039	Amigdalitis aguda; no especificada	5.435	1,6	6.017	1,8	11.452	3,4
E039	Hipotiroidismo; no especificado	1.532	0,5	9.788	2,9	11.320	3,4
E669	Obesidad; no especificada	3.113	0,9	7.903	2,4	11.016	3,3
M255	Dolor en articulación	3.618	1,1	6.138	1,8	9.756	2,9
K051	Gingivitis crónica	3.741	1,1	5.702	1,7	9.443	2,8
K050	Gingivitis aguda	3.767	1,1	4.963	1,5	8.730	2,6
K297	Gastritis; no especificada	3.233	1,0	5.046	1,5	8.279	2,5
G439	Migraña; no especificada	1.563	0,5	6.198	1,9	7.761	2,3
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente; sin mención de complicación	3.269	1,0	3.958	1,2	7.227	2,2
K072	Anomalías de la relación entre los arcos dentarios	2.329	0,7	4.452	1,3	6.781	2,0
K010	Dientes incluidos	2.540	0,8	3.481	1,0	6.021	1,8
K589	Síndrome del colon irritable sin diarrea	1.844	0,6	4.166	1,3	6.010	1,8
J029	Faringitis aguda; no especificada	2.462	0,7	3.271	1,0	5.733	1,7

Código CIE X	Diagnostico	Hombre		Mujer		Total	
		atenciones		atenciones		at	
		No.	%	No.	%	No.	%
K081	Perdida de dientes debida a accidente; extracción o enfermedad periodontal local	1.869	0,6	3.302	1,0	5.171	1,6
Total		126.707	38,0	206.397	62,0	333.104	100,0

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)

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 188.491 atenciones aportando un 18,2% al total de atenciones de la localidad y 132.610 individuos atendidos con un aporte del 22,3%. El aporte que realiza Kennedy al total de la red adscrita de la Subred para atenciones es del 40% y de individuos atendidos es del 47%, al Distrito Capital el aporte en atenciones es del 15% y para individuos atendidos el 17,2%.

Concordante con el perfil de morbilidad atendida de la localidad, el mayor porcentaje de individuos atendidos es para las demás enfermedades con más del 40%, seguido de signos y síntomas mal definidos con el 33%, las enfermedades transmisibles alrededor del 12% y los otros grupos presentan porcentajes inferiores al 10%. Comparada Kennedy con la Subred y Bogotá se encuentran mínimas diferencias en enfermedades cardiovasculares, la proporción se encuentra por encima en 0,5 y 1,5%, igual comportamiento frente al Distrito presentan las

enfermedades transmisibles y para las demás enfermedades se encuentra por debajo en 2% respecto al Distrito y en 1,3% con la Subred.

La concentración de atenciones es de 1,4, estando por debajo de la Subred en 0,3 y el Distrito en 0,2, la mayor concentración es para el grupo de afecciones del periodo perinatal la cual se encuentra por debajo de Bogotá en 0,4% y de la Subred en 0,2%, se destaca que el resultado en este grupo para la red adscrita es mucho más alto que el total de la localidad en 1,1.

Tabla 38. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Red Adscrita, Distrito, Subred Sur Occidente, localidad de Kennedy, 2016

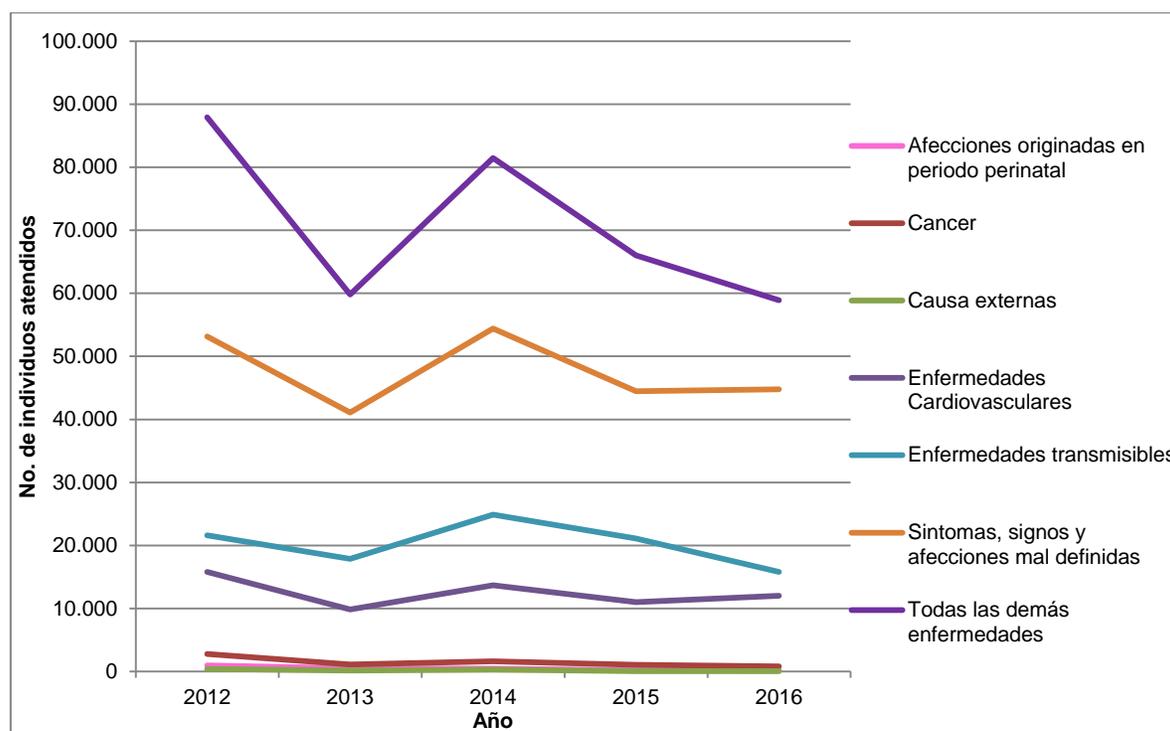
Grupo de causas	Kennedy		Subred		Distrito	
	Individuos		Individuos		Individuos	
	No.	%	No.	%	No.	%
Afecciones originadas en periodo perinatal	186	0,1	457	0,2	2.043	0,3
Cáncer	825	0,6	1.822	0,6	4.644	0,6
Causa externas	93	0,1	156	0,1	646	0,1
Enfermedades Cardiovasculares	12.037	9,1	24.220	8,6	59.766	7,8
Enfermedades transmisibles	15.788	11,9	32.604	11,6	80.156	10,4
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	44.773	33,8	99.282	35,3	266.453	34,6
Todas las demás enfermedades	58.908	44,4	123.006	43,7	356.104	46,3
Total	132.610	100,0	281.547	100,0	769.812	100,0

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)

Para la red adscrita la tendencia de las enfermedades cardiovasculares y las causas externas ha sido irregular en los últimos años, para los signos y síntomas mal definidos su comportamiento es estable, el resto de otros grupos de causas

tienden a la disminución. Se resalta respecto al año 2015 que para este último periodo las afecciones del periodo perinatal, cáncer y enfermedades transmisibles disminuyeron en un 25% los individuos atendidos, mientras las causas externas aumentaron en un 20%.

Gráfica 36. Comportamiento morbilidad RIPS agrupación 6/67 Red Adscrita, localidad de Kennedy, 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)

3.2.1.3 Descripción de la Oferta

De acuerdo al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, Kennedy cuenta con 497 prestadores aportando un 42,8% al total de la Subred y el 4,3% al

Distrito Capital. En la localidad por tipo de prestador la mayor proporción está para los profesionales independientes con más del 80%.

Comparada con la Subred y el Distrito las IPS tienen un mayor aporte para la localidad que el Distrito en 1,5% y menor que la Subred en 1,3%, los profesionales independientes se comportan a la inversa siendo menor que el Distrito en 1,6% y mayor que la Subred en 2,1%.

Tabla 39. Prestadores de servicios de salud, Distrito, Subred Sur Occidente y localidad de Kennedy, diciembre 2015

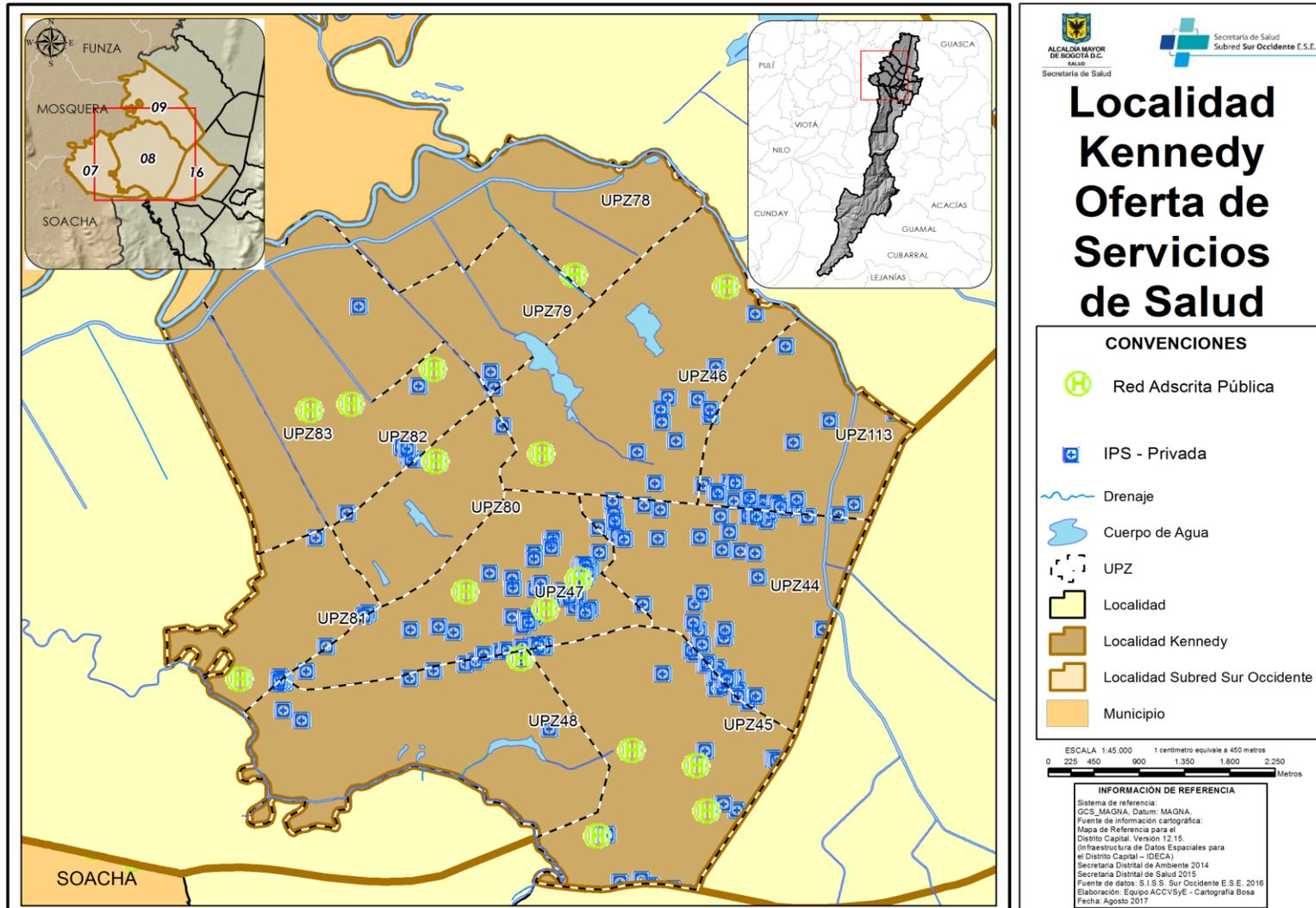
Institución	Kennedy		Subred Sur Occidente		Distrito	
	No	%	No	%	No	%
Ips	77	15,5	195	16,8	1668	14,5
Objeto social diferente a la prestación del servicio	13	2,6	35	3,0	245	2,1
Profesional independiente	405	81,5	922	79,4	9569	83,1
Transporte especial de pacientes	2	0,4	9	0,8	38	0,3
Total	497	100,0	1161	100,0	11520	100,0

Fuente: Registro Especial Prestadores Servicios, Corte de información: 02/03/2016

De acuerdo a la información suministrada por SDS para la ubicación espacial de los Prestadores de servicios de salud, para Kennedy el 93% de éstos son de carácter privado y el 7% públicos. La concentración de Instituciones privadas se encuentra en las UPZs Kennedy Central, Américas, Bavaria y Castilla

La red pública de la localidad tiene el 38% de la Subred y se ubican de la siguiente manera en las UPZs: Kennedy Central 27,7%(5), Carvajal 22,2%(4), Patio Bonito 16,6%(3), Castilla 11,1%(2), Corabastos 5,5%(1), Tintal Norte 5,5%(1), Gran Britalia 5,5%(1), Timiza 5,5%(1).

Mapa 10. Oferta de Servicios de Salud, localidad de Kennedy, 2016



La localidad concentra sobre el 50% de servicios que oferta la red pública de la Subred Sur Occidente, siendo el mayor aporte para los servicios quirúrgicos y de internación representado por las Unidades de Servicios de Occidente de Kennedy y Tintal, el resto de servicios oscila entre el 30 y 45%.

Tabla 40. Servicios habilitados, Red Pública, localidad de Kennedy, 2016

Tipo de servicio	USS Occidente de Kennedy	Otras USS de la localidad de Kennedy	Total USS localidad	Total, Subred	%
Sedes (unidades de servicios de salud)	4	14	18	51	35,3
Consulta externa	57	32	89	207	43,0
Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	30	30	60	132	45,5
Protección específica y detección temprana	4	126	130	337	38,6
Servicio de urgencias	2	1	3	7	42,9
Internación	15	0	15	28	53,6
Quirúrgicos	21	0	21	32	65,6
Proceso de esterilización	1	12	13	34	38,2
Transporte asistencial básico	1	1	2	5	40,0
Transporte asistencial musicalizado	1	0	1	3	33,3
Otros servicios (atención domiciliaria)	0	0	0	1	0,0
Total, servicios habilitados	132	274	406	786	51,7

Fuente: Subred Sur Occidente, Portafolio de Servicios, año 2016

De igual manera la capacidad instalada refleja el mayor aporte de Kennedy entre las localidades para la Subred en más del 50% para todos los criterios, a excepción de aquellos de baja complejidad como unidades de odontología y consulta externa quienes tienen porcentajes sobre el 40 y 45%.

Tabla 41. Capacidad Instalada, Red Pública, localidad de Kennedy, 2016

Criterio	UPSS Occidente de Kennedy	UPSS Sur de la Localidad de Kennedy	Total UPSS Localidad	Total Subred	%
Camas de Hospitalización	322	0	322	545	59,1
Camas de observación	132	8	140	190	73,7
Consultorio de urgencias	10	2	12	28	42,9
Salas de Parto	2	1	3	7	42,9
Salas de Cirugía	10	0	10	14	71,4
Cirugía programada	8	0	8	10	80,0
Cirugía urgente	2	0	2	4	50,0
Consultorio de consulta externa	36	49	85	217	39,2
Unidades de odontología	3	27	30	69	43,5

Fuente: SDS Aplicativo Capacidad Instalada y Producción, Módulos: Capacidad Instalada 2016, Hospitalización y Consulta Externa

Kennedy dentro de la Subred es la localidad que cuenta con mayor oferta de servicios; sin embargo, comparada con la cantidad de sus habitantes, representando el 14,9% del total de Bogotá, siendo la segunda localidad más poblada del Distrito; la distribución geográfica de la red prestadora a nivel distrital es insuficiente y desigual, ya que tan solo cuenta con el 4,3%, y, de otra parte, la red privada en la UPZ sólo está ubicada en el 13% (4) y la red pública en el 27%(8).

3.2.2 Eventos de Vigilancia en Salud Pública

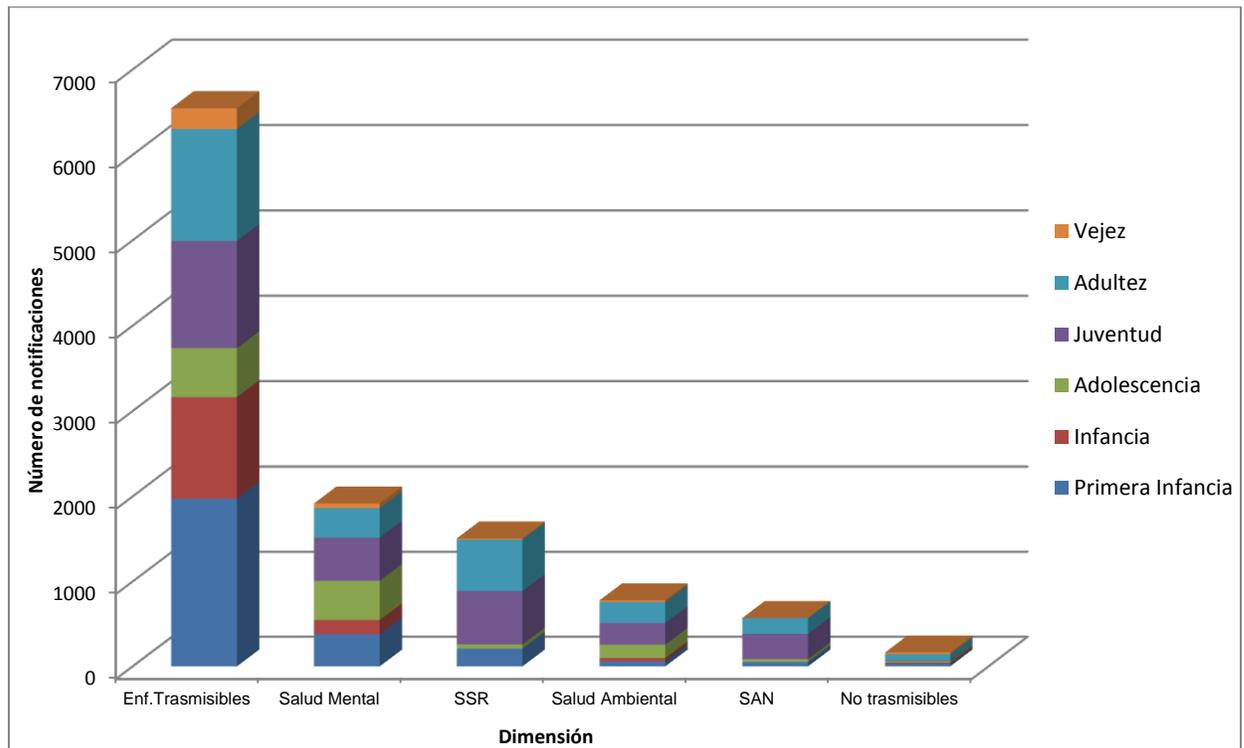
3.2.2.1 Sivigila Nacional

Para el año 2016 se reportaron al SIVIGILA 11.479 eventos residentes en la localidad de Kennedy; 59,8% de sexo femenino, 40,2% del sexo masculino, la tasa de notificación local es de 966,8 casos por cada 100.000 habitantes. Por momentos de curso de vida el 25,7% de las personas notificadas son jóvenes, el

24,2% adultos, el 23,5% están en primera infancia, el 12,3% en infancia el 11,3% son adolescentes y el 3,1% están en vejez.

En los seis momentos del curso de vida, la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles es la de mayor notificación, la segunda dimensión con notificación importante es: en la primera infancia, infancia, adolescencia y vejez los eventos de salud mental, y en juventud y adultez sexualidad y derechos sexuales y reproductivos.

Gráfica 37. Comportamiento notificación Sivigila nacional curso de vida vs dimensión plan decenal, localidad de Kennedy, 2016



Fuente: SDS, Base Sivigila 2016, entrega Julio de 2017

Durante el año 2016, para la localidad de Kennedy los grupos de eventos que presentan mayor proporción de aporte a la notificación de la Subred y el Distrito, son el grupo de sexualidad y derechos sexuales reproductivos, seguridad alimentaria y nutricional y transmisibles estos dos últimos con similares porcentajes; se resalta que Kennedy en todas las dimensiones es la localidad

que más aporta a la notificación, a excepción de la dimensión de convivencia social y salud mental donde Bosa presenta la proporción más alta. Dentro de estas dimensiones los eventos que más aporte realizan a la notificación de Bogotá son: en salud sexual reproductiva: Hepatitis B 17,9%, morbilidad materna extrema 15,8%, mortalidad perinatal 15,6% y mortalidad materna 14,7%, el aporte a la Subred que realiza la localidad de estos eventos oscila entre el 40% y 55% siendo las proporciones más altas para la mortalidad materna, mortalidad perinatal y hepatitis B por encima del 49%; en seguridad alimentaria y nutricional el bajo peso al nacer aporta un 13,4% al Distrito y 46,4% a la Subred.

Para el grupo de enfermedades transmisibles, los eventos que más aportan al Distrito son: Chikungunya y Chagas sobre el 17%, siguen los eventos de malaria, varicela, sarampión, leptospirosis, hepatitis A y meningitis sobre el 14%; este grupo presenta mayor variación en los porcentajes en el aporte a la Subred los más altos (mayor o igual al 50%): difteria, ESI IRAG, leptospirosis, accidente ofídico, malaria, parálisis flácida y tuberculosis farmacorresistente, los de menos aporte (menor al 10%) son leishmaniasis cutánea y de mucosa, los demás eventos aportan entre el 30 y 48%.

Tabla 42. Proporción de notificación eventos Sivigila agrupado dimensiones PDSP y localidad frente al Distrito, Subred Sur Occidente, 2016

Grupo de eventos	Bosa	Kennedy	Fontibón	Puente Aranda	Subred Sur Occidente
Vida Saludable y Enfermedades	8,9	12,7	4,9	3,9	30,3
Sexualidad y Derechos Sexuales y	8,3	13,9	4,6	3,3	30,1
Convivencia Social y Salud Mental	17,0	10,6	3,6	2,4	33,7
Salud Ambiental	5,6	11,3	7,8	3,7	28,4
Seguridad Alimentaria y Nutricional	9,3	12,6	4,2	3,0	29,1
Vida saludable y Condiciones No	6,9	11,7	4,5	3,3	26,4

Fuente: SDS, Base Sivigila 2016, entrega Julio de 2017

El comportamiento de estos eventos refleja que un aspecto importante a trabajar es todo lo relacionado con la salud materno perinatal, pues inclusive el evento bajo peso al nacer es una consecuencia de los cuidados maternos inadecuados. De otra parte, las enfermedades transmisibles reflejan el comportamiento epidémico a nivel nacional que hubo el año anterior del evento Chikungunya; se debe dar continuidad a la vigilancia de eventos inmunoprevenibles, sin embargo, se aclara que la mayoría de casos se ajustan como descartados (tosferina, sarampión, rubeola).

Al desagregar el comportamiento por las UPZ de la localidad se encuentra que Patio Bonito para todos los grupos de eventos es la que mayor aporte realiza. Para las otras UPZ por dimensiones se evidencia el siguiente comportamiento de los mayores porcentajes: En enfermedades transmisibles y Sexualidad y derechos reproductivos: Timiza, Castilla y Kennedy Central; en convivencia social y salud mental esta Timiza (presentando la menor amplitud de diferencia con el 11% respecto a Patio Bonito) seguida de Gran Britalia y Kennedy Central; para salud ambiental se encuentra Timiza, Castilla y Américas; en seguridad alimentaria y nutricional: Gran Britalia, Timiza, y Corabastos, y para eventos no transmisibles Calandaima, Kennedy Central, y Américas (las dos primeras con similar proporción).

Tabla 43. Proporción de notificación eventos Sivigila agrupado dimensiones PDSP, UPZ frente a la localidad de Kennedy, 2016

Grupo de eventos	UPZ 44 - Américas	UPZ 45 - Carvajal	UPZ 46 - Castilla	UPZ 47 - Kennedy Central	UPZ 48 - Timiza	UPZ 78 - Tintal Norte	UPZ 79 - Calandaima	UPZ 80 - Corabastos	UPZ 81 - Gran Britalia	UPZ 82 - Patio Bonito	UPZ 83 - Las Margaritas	UPZ 113 - Bavaria
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	7,7	9,7	12,5	9,3	12,9	2,1	9,3	6,2	7,2	16,9	2,7	3,3
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	8,4	10,0	11,7	9,2	11,5	1,7	8,4	8,5	7,6	18,2	2,0	2,7
Convivencia Social y Salud Mental	5,6	8,9	8,5	9,6	12,2	2,0	8,0	8,6	9,9	23,0	2,6	1,2
Salud Ambiental	11,1	8,9	13,0	8,7	13,0	2,6	9,6	4,8	8,0	14,8	1,0	4,6
Seguridad Alimentaria y Nutricional	7,2	6,7	8,6	8,8	10,5	2,8	6,5	10,4	11,4	21,1	3,2	3,0
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	11,2	8,1	10,6	11,8	9,3	1,9	11,8	9,3	6,8	13,7	2,5	3,1

Fuente: SDS, Base Sivigila 2016, entrega Julio de 2017.

Por evento para el grupo enfermedades transmisibles con porcentajes superiores al 20% de aporte a la notificación de la localidad están: la UPZ Kennedy Central con Enfermedad Diarreica por rotavirus con el 33,3%, UPZ Patio Bonito con ESI IRAG con el 30,4% y Tosferina con 26,3%, UPZ Timiza con el 23% para Hepatitis A, y sobre el 20% para UPZ Corabastos malaria y leishmaniasis,

En los eventos de sexualidad y derechos reproductivos con porcentajes mayores al 16% se encuentra la UPZ Castilla y Kennedy Central, con Síndrome de rubeola congénita 21% para cada una, UPZ Patio Bonito entre el 19% y 21% se encuentran defectos congénitos, Hepatitis B, morbilidad materna extrema y sífilis gestacional con el 16% y para este mismo evento con igual porcentaje esta la UPZ Kennedy Central y UPZ Américas

En convivencia social y salud mental los mayores porcentajes se concentran en UPZ Patio Bonito con violencia de genero 24%, lesiones de causa externa 23%, y el intento suicida con 17%; para eventos no transmisibles la UPZ Patio Bonito en enfermedades huérfanas con el 23,4%, con el 18,3% para cáncer en

menores de 18 años y para este mismo evento en UPZ Britalia. En cuanto a Desnutrición aguda y bajo peso al nacer la UPZ Patio Bonito presenta proporciones del 23% y 21% respectivamente y la UPZ Gran Britalia con el 19% para Desnutrición.

El comportamiento por UPZ evidencia la concentración de problemáticas en la UPZ Patio Bonito, porcentajes altos de mortalidad por IRA, tosferina reflejan las condiciones ambientales precarias de la zona al igual que condiciones de vivienda no adecuadas; los eventos de salud sexual y reproductiva también muestran los déficit que existen en patrones de educación, acceso y propios del comportamiento de los habitantes de esta zona, la salud mental es otra de las dimensiones relevantes de esta zona donde los procesos de desplazamiento, pobreza y dinámicas familiares la afectan directamente. Otras UPZ como Timiza y Kennedy Central reflejan eventos puntuales en salud sexual reproductiva, salud ambiental y convivencia social respectivamente.

Por otra parte, al comparar la notificación con la población de Kennedy, Subred y sus localidades y el Distrito, el grupo de enfermedades transmisibles tiene la mayor tasa de notificación, con una amplia diferencia en más de 400 puntos respecto a las otras dimensiones.

**Tabla 44. Tasa de notificación por 100.000 habitantes grupo de eventos
Sivigila Bogotá, Subred Sur Occidente y sus localidades, 2016**

Grupo de eventos	Distrito	Bosa	Kennedy	Fontibón	Puente Aranda	Subred
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	646,3	647,9	551,3	621,0	884,9	619,3
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	136,0	127,5	126,9	124,4	157,2	129,4
Convivencia Social y Salud Mental	226,4	433,8	161,5	162,6	191,8	240,8

Grupo de eventos	Distrito	Bosa	Kennedy	Fontibón	Puente Aranda	Subred
Salud Ambiental	85,9	54,3	65,5	132,6	111,4	77,2
Seguridad Alimentaria y Nutricional	56,9	59,7	48,0	46,8	60,4	52,2
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	17,2	13,4	13,6	15,4	20,0	14,4

Fuente: SDS. Base Sivigila 2016. Entrega preliminar Julio 2017. DANE-SDP. Proyecciones de población. 2005-2016. *

Tasa por 100.000 habitantes

La segunda tasa más alta es la dimensión de convivencia social y salud mental y en tercer lugar sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, la tasa más baja es la de condicionales no trasmisibles. La localidad de Kennedy tanto respecto al Distrito como la Subred presenta tasas más bajas.

El comportamiento de las tasas de notificación por UPZ respecto a los resultados más altos en orden descendente es el siguiente: Para la dimensión de enfermedades transmisibles y sexualidad y derechos sexuales y reproductivos están: Bavaria, Las Margaritas Carvajal, Kennedy Central, Gran Britalia; para convivencia social y salud mental: Gran Britalia, Las Margaritas, Kennedy Central, Patio Bonito, Carvajal y Corabastos estas dos últimas con el mismo resultado. En salud ambiental Bavaria, Américas, Gran Britalia, Kennedy Central y Calandaima. En seguridad alimentaria y nutricional Gran Britalia, Las Margaritas, Bavaria, Corabastos y Kennedy Central y finalmente para condiciones no trasmisibles: Bavaria, Kennedy Central, Américas, Margaritas y Calandaima.

**Tabla 45. Tasa de notificación por 100.000 habitantes grupo de eventos
Sivigila, localidad de Kennedy y sus UPZ, 2016**

Grupo de eventos	08. Kennedy	UPZ 44 - Américas	UPZ 45 - Carvajal	UPZ 46 - Castilla	UPZ 47 - Kennedy Central	UPZ 48 - Timiza	UPZ 78 - Tintal Norte	UPZ 79 - Calandaima	UPZ 80 - Corabastos	UPZ 81 - Gran Britalia	UPZ 82 - Patio Bonito	UPZ 83 - Las Margaritas	UPZ 113 - Bavaria
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	551,3	615,3	780,4	558,4	775,6	579,2	192,0	692,4	508,6	718,1	580,7	949,0	1078,0
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	126,9	152,9	183,5	119,9	176,4	119,4	36,7	143,9	161,2	174,2	144,1	163,6	201,8
Convivencia Social y Salud Mental	161,5	131,1	207,9	111,0	233,6	160,6	53,7	173,4	207,7	286,3	231,1	267,2	113,2
Salud Ambiental	65,5	104,4	84,4	68,8	86,3	69,3	28,2	85,0	46,6	93,9	60,3	43,6	177,2
Seguridad Alimentaria y Nutricional	48,0	49,8	46,5	33,4	63,5	41,2	22,6	41,9	74,3	98,5	62,9	98,2	83,7
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	13,6	21,8	15,9	11,6	24,1	10,3	4,2	21,5	18,9	16,7	11,5	21,8	24,6

Fuente: SDS, base Sivigila 2016, entrega preliminar Julio 2017. DANE-SDP, proyecciones de población, 2005-2016

* Tasa por 100.000 habitantes

Se resalta que la UPZ Tintal Norte presenta para todas las dimensiones los resultados más bajos y que están por debajo de la Subred, con este mismo comportamiento para las dimensiones salud sexual, convivencia social y seguridad alimentaria y nutricional y no trasmisibles para la UPZ Castilla, para estas mismas dimensiones a excepción de convivencia social presenta este comportamiento la UPZ Timiza. Otras UPZ que en su resultado se comportan por debajo de la tasa de la Subred son UPZ Corabastos (ambiental y trasmisibles), UPZ Patio Bonito (ambiental y no trasmisibles) UPZ Las Margaritas (ambiental) y UPZ Bavaria y Américas (convivencia social).

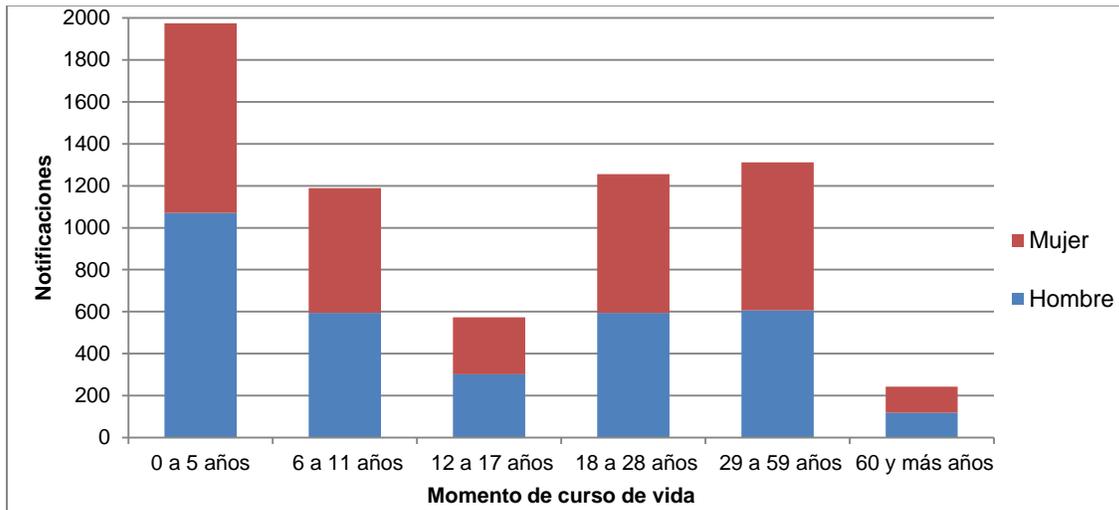
A continuación, se presentan los resultados más importantes por cada dimensión de las variables sexo y curso de vida

Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles

Para este grupo la proporción por subgrupo de eventos se comporta así: inmunoprevenibles 62,2%, seguido de enfermedades transmitidas por vectores 29,5% y Trasmisibles 8,3%. Los 3 principales eventos con mayor aporte son: varicela 48,7%, vigilancia integrada de la rabia 14,7 y parotiditis 8,1%.

En esta dimensión por sexo no hay diferencias significativas, hombres tienen el 50,2%, por curso de vida la primera infancia aporta el 30,2%, seguido de adultez y juventud con mínima diferencia sobre el 20%, el grupo que menos aporte realiza es la vejez con el 3,7%.

Gráfica 38. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila Dimensión Enfermedades Trasmisibles, localidad de Kennedy, 2016



Fuente: SDS. Base Sivigila 2016. Entrega preliminar Julio 2017

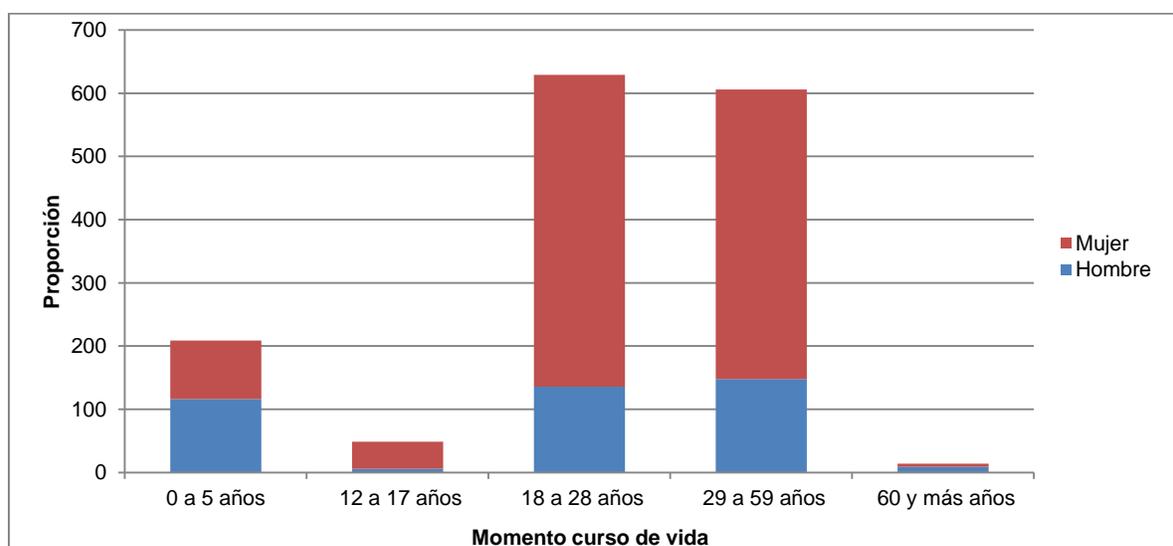
En los diferentes cursos de vida el sexo se comporta con iguales proporciones, ligeramente en la primera infancia y adolescencia es un poco mayor el aporte en los hombres. El comportamiento de la edad refleja la carga de inmunoprevenibles principalmente en los niños y las enfermedades producidas por vectores en adultos y jóvenes.

Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos

En este grupo el 48% corresponde a morbilidad materna extrema, seguido del VIH Sida 22%, y con el 13% y 12% respectivamente para mortalidad perinatal y defectos congénitos. Dado el tipo de eventos de este grupo el mayor porcentaje lo tienen las mujeres con el 72,5%.

Por curso de vida la juventud y adultez realizan el mayor aporte con el 41% y 40% respectivamente, seguidamente la primera infancia 13,9%. No se presentan casos en la infancia.

Gráfica 39. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila Dimensión Salud Sexual y Derechos Reproductivos, Localidad de Kennedy, 2016



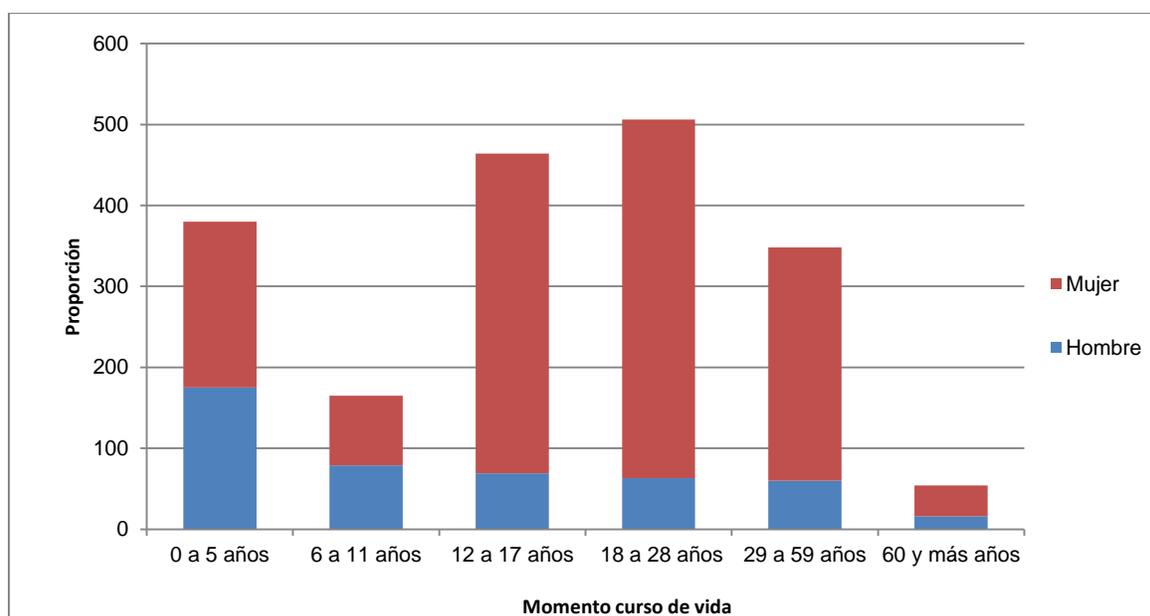
Fuente: SDS. Base Sivigila 2016. Entrega preliminar Julio 2017

En el curso de vida primera infancia los hombres tienen ligeramente un mayor peso porcentual, sin embargo a pesar que la mujer tiene el mayor aporte se destaca que a medida que avanza la edad es mayor el aporte de los hombres hasta el punto que en la vejez los hombres tienen las mayores proporciones, lo cual está directamente relacionado con el evento VIH, el cual independiente de la edad tiene la mayor carga para el hombre.

Convivencia Social y Salud Mental

Por evento el 83,2% son violencias de género, seguido de intento suicidio con el 16%; dado que el evento que prevalece es violencia de género el 75,9% de notificaciones en este grupo corresponde a las mujeres. Por curso de vida la juventud y adolescencia con porcentajes de 26,4% y 24,2% son las que más aporte realizan, seguido de la primera infancia 19,8%, adultez 18,2%, infancia 8,6% y el porcentaje más bajo es para la vejez con el 2,8%.

Gráfica 40. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila Dimensión convivencia social y salud mental, localidad de Kennedy, 2016



Fuente: SDS, Base Sivigila 2016, entrega preliminar Julio 2017

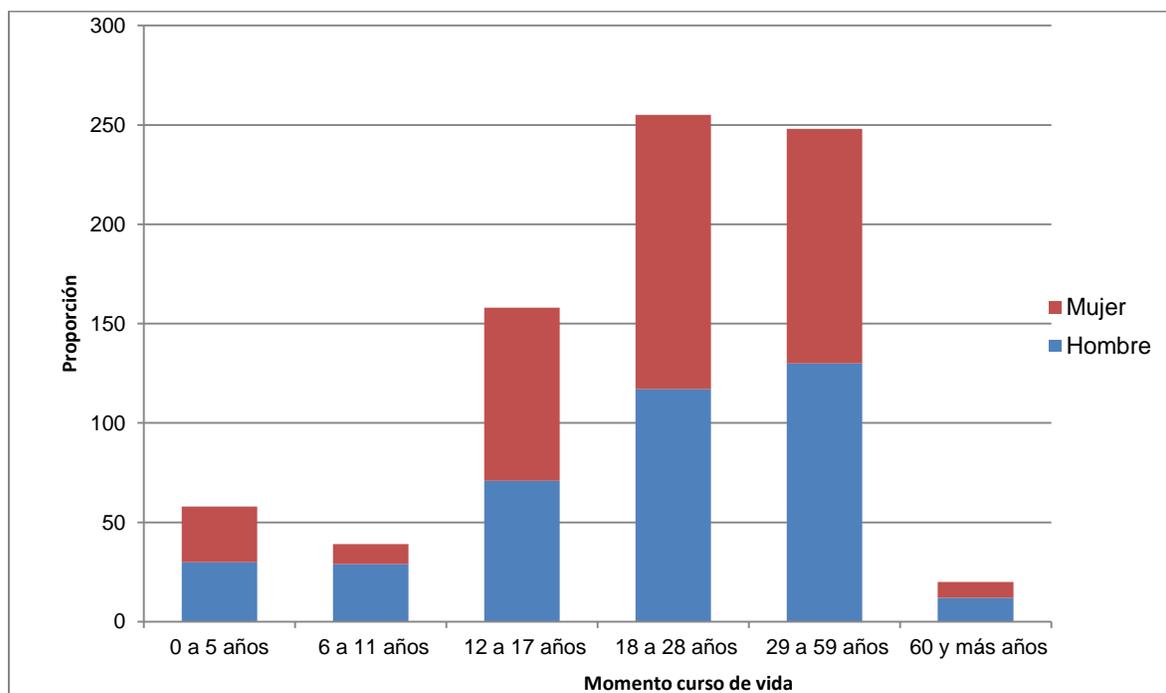
En la infancia y primera infancia es mayor la participación de los hombres que las mujeres comparadas con los demás cursos de vida, lo cual está representado por el peso de las lesiones de causa externa y pólvora para estas edades en los hombres.

Salud Ambiental

El aporte por evento es el siguiente: el 77,3% es para intoxicaciones por sustancias químicas y el 22,7% es para enfermedades transmitidas por alimentos.

El sexo se distribuye exactamente igual en hombres y mujeres 50%. Por curso de vida el mayor aporte está en la juventud y adultez con 32,8% y 31,9%, seguido de la adolescencia 20,3%, primera infancia 7,5%, el menor porcentaje es para la vejez 2,6%.

Gráfica 41. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila
Dimensión Salud ambiental, localidad de Kennedy, 2016



Fuente: SDS. Base Sivigila 2016. Entrega preliminar Julio 2017

Se destaca que en la infancia el mayor aporte en esta dimensión la tienen los hombres por encima del 70%, seguido de la vejez; las mujeres realizan el mayor aporte en la juventud y adolescencia lo cual está relacionado con el evento de intoxicaciones químicas.

Seguridad Alimentaria y Nutricional

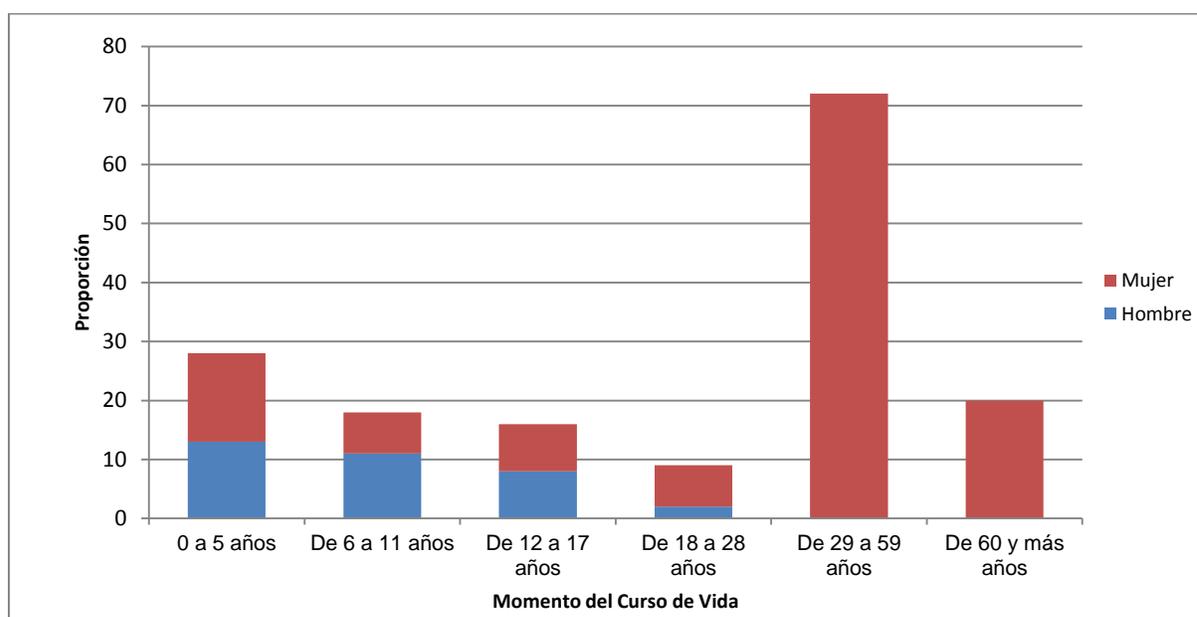
En esta dimensión el 91% corresponde a bajo peso al nacer, no se reportan casos de mortalidad asociada a Desnutrición, es decir el 9% restante es para Desnutrición aguda en menor de 5 años.

Por curso de vida para el evento de bajo peso al nacer se tiene en cuenta la edad de la madre, la cual se comporta así: el 57,2% de los casos pertenece a la juventud, seguido de la adultez con el 36,2% y adolescencia 6,5%. En el evento Desnutrición aguda el 64,7% son hombres.

Vida Saludable y Condiciones no transmisibles

El 60,9% corresponde a Cáncer de mama y cuello de útero, el 26,7% cáncer en menor de 18 años, el 10,6% enfermedades huérfanas y 1,8% exposición a flúor. Las mujeres aportan el 79,5% para este grupo lo cual está directamente relacionado con la proporción de cáncer de mama y cérvix. El 44% de notificaciones son del curso de vida adultez, seguido del 17,2% primera infancia, 12,3% vejez, 11% infancia, 9,8% adolescencia y 5,5% juventud.

Gráfica 42. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila Dimensión Vida saludable y condiciones no trasmisibles, localidad de Kennedy, 2016



Fuente: SDS. Base Sivigila 2016. Entrega preliminar Julio 2017

Por curso de vida los hombres en la infancia tienen un mayor aporte y en la adolescencia se comportan igual que en las mujeres lo cual está relacionado con el cáncer y enfermedades huérfanas donde este sexo tiene el mayor peso. En la adultez y vejez el 100% de casos este dado al Cáncer en la mujer (mama y cérvix).

Notificación colectiva

De acuerdo a la información disponible los eventos incluidos son morbilidad EDA y ETA. Kennedy es la segunda localidad después de la Subred en tener el mayor aporte al Distrito.

Tabla 46. Proporción de aporte al Distrito Sivigila notificación colectiva, Localidad de Kennedy, 2016

PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN LOCALIDADES SUBRED SUR OCCIDENTE FRENTE AL DISTRITO					
GRUPO DE EVENTOS	BOSA	KENNEDY	FONTIBÓN	PUENTE ARANDA	SUBRED SUR OCCIDENTE
Vida saludable y Enfermedades Transmisibles	0,3	8,2	9,0	1,0	18,5

Fuente: SDS, base Sivigila 2016, entrega preliminar Julio 2017

Kennedy Central es la UPZ que mayor concentración de casos tiene sobre el 60%, seguida de Américas y Carvajal.

Tabla 47. Proporción de aporte Sivigila notificación colectiva, UPZ, Localidad de Kennedy, 2016

PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN UPZ LOCALIDAD DE KENNEDY FRENTE A LA LOCALIDAD												
GRUPO DE EVENTOS	UPZ 44 - AMÉRICAS	UPZ 45 - CARVAJAL	UPZ 46 - CASTILLA	UPZ 47 - KENNEDY CENTRAL	UPZ 48 - TIMIZA	UPZ 78 - TINTAL NORTE	UPZ 79 - CALANDAIMA	UPZ 80 - CORABASTOS	UPZ 81 - GRAN BRITALIA	UPZ 82 - PATIO BONITO	UPZ 83 - LAS MARGARITAS	UPZ 113 - BAVARIA
Vida saludable y Enfermedades Transmisibles	17,8	15,7	0,0	61,1	3,4	0,0	1,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,8

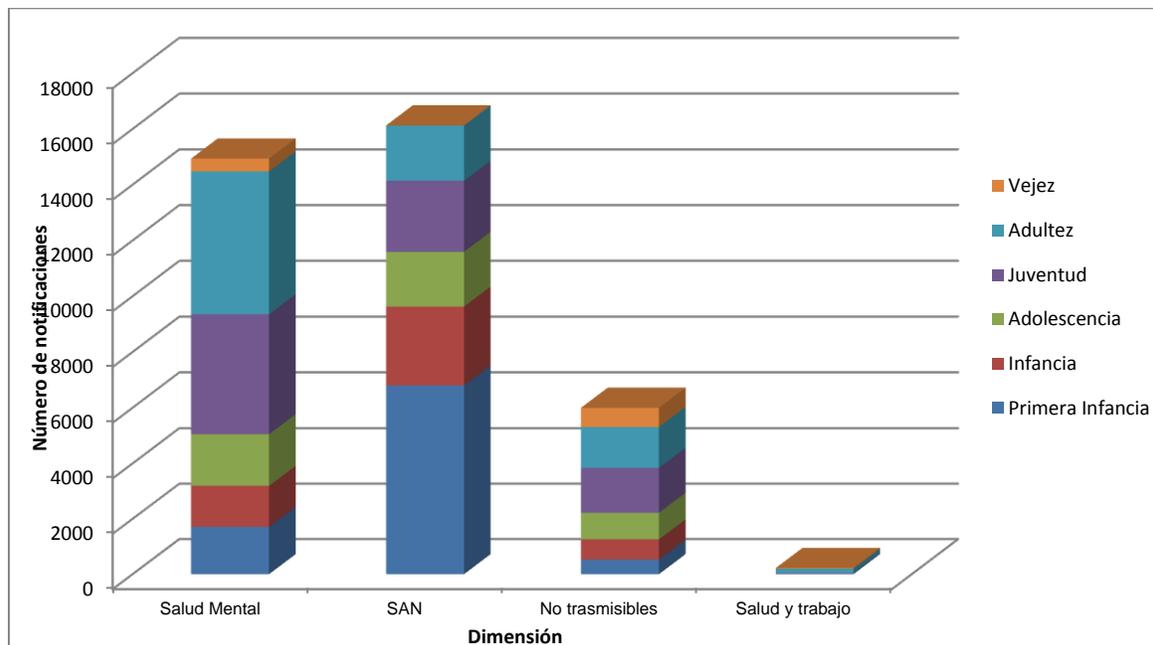
Fuente: SDS. Base Sivigila 2016. Entrega preliminar Julio 2017

3.2.2.2 Sivigila Distrital

Para el año 2016 se reportaron en los diferentes subsistemas del Sivigila Distrital 37.279 eventos residentes en la localidad de Kennedy; 54,7% de sexo femenino, 45,3% del sexo masculino, la tasa de notificación local es de 3139,8 casos por cada 100.000 habitantes. Por momentos de curso de vida el 25,7% de las personas notificadas son: adultez 23,5%, infancia el 24,2%, juventud 22,8%, el 13,5% en infancia, el 12,8% adolescencia y el 3,2% están en vejez.

En los seis momentos del curso de vida, la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles es la de mayor notificación, la segunda dimensión con notificación importante es: en la primera infancia, infancia, adolescencia y vejez los eventos de salud mental, y en juventud y adultez sexualidad y derechos sexuales y reproductivos.

Gráfica 43. Comportamiento notificación Sivigila distrital curso de vida vs dimensión plan decenal, localidad de Kennedy, 2016



Fuente: SDS. Bases subsistemas Sivigila D.C. 2016. Entrega preliminar Julio 2017. DANE-SDP.

Durante el año 2016, la localidad de Kennedy para las dimensiones de convivencia social y salud mental y eventos no trasmisibles presentan el mayor aporte a la notificación del Distrito respecto a las otras localidades de la Subred y es la dimensión que tiene mayor porcentaje, para las demás dimensiones ocupa el segundo lugar después de la localidad de Bosa. La segunda dimensión en Kennedy con el mayor aporte al Distrito es Seguridad Alimentaria y Nutricional. Por subsistema el mayor peso porcentual al Distrito es para lesiones de causa externa (con una amplia diferencia respecto a las otras localidades) seguido de SIVIM y SISVECOS.

Tabla 48. Proporción de notificación eventos Sivigila agrupado dimensiones PDSP y Subred Sur Occidente, 2016

Dimensión	Subsistema	Bosa	Kennedy	Fontibón	Puente Aranda	Subred Sur Occidente
Seguridad Alimentaria y Nutricional	Sisvan	9,5	8,9	4,7	2,3	25,4
	Vespa	8,8	5,7	1,5	7,3	23,4
Convivencia Social y Salud Mental	Lesiones de causa externa	7,8	15,6	4,0	2,8	30,1
	Sisvecos	11,3	11,7	7,1	2,9	32,9
	Sivim	14,5	11,1	3,8	2,3	31,7
	Total dimensión	11,2	12,5	4,0	2,9	30,6
	Discapacidad	8,9	9,4	5,3	3,7	27,3
Vida saludable y condiciones no trasmisibles	Sisveso	9,8	8,6	5,6	3,3	27,3
	Total dimensión	9,5	8,8	5,5	3,4	27,3
Salud y ámbito laboral	Sivistra	8,8	5,1	4,7	3,9	22,6

Fuente: SDS. Bases subsistemas Sivigila D.C. 2016. Entrega preliminar Julio 2017. DANE-SDP.

Se aclara que la información entregada de discapacidad y SIVISTRA no tiene el nivel de desagregación UPZ. La UPZ Patio Bonito en las dimensiones de Seguridad Alimentaria y Nutricional y convivencia social aportan más del 21% al

total de notificación de la localidad, dentro de esta última dimensión los Subsistemas que más aportan son SIVIM y SISVECOS, sigue esta misma UPZ y la UPZ Kennedy Central para SISVESO, en su orden se encuentran la UPZ Castilla y Timiza para Seguridad Alimentaria y Nutricional, el resto de UPZ tiene porcentajes por debajo del 12%.

Tabla 49. Proporción de notificación grupo de eventos Sivigila D.C., localidad de Kennedy y sus UPZ, 2016

Dimensión	Subsistema	08. Kennedy	UPZ 44 - Américas	UPZ 45 - Carvajal	UPZ 46 - Castilla	UPZ 47 - Kennedy Central	UPZ 48 - Timiza	UPZ 78 - Tintal Norte	UPZ 79 - Calandaima	UPZ 80 - Corabastos	UPZ 81 - Gran Britalia	UPZ 82 - Patio Bonito	UPZ 83 - Las Margaritas	UPZ 113 - Bavaria
Seguridad Alimentaria y Nutricional	Sisvan	8,9	9,6	8,0	15,4	10,0	12,9	0,2	4,2	4,5	5,4	27,0	1,5	1,3
	Vespa	5,7	4,7	12,4	4,2	10,3	5,7	1,3	2,9	5,0	5,5	16,6	0,8	6,1
Convivencia Social y Salud Mental	Lesiones de causa externa	15,6	4,7	6,1	8,2	6,3	11,9	2,4	6,0	7,6	4,8	18,1	1,7	21,3
	Sisvecos	11,7	6,2	8,5	9,9	9,1	12,2	2,3	9,2	7,2	7,3	20,7	3,2	1,6
	Sivim	11,1	4,8	7,6	6,6	7,4	11,3	2,1	6,9	11,7	9,6	25,9	2,6	0,9
Vida saludable y condiciones no transmisibles	Sisveso	8,6	2,5	13,6	9,3	17,3	14,8	2,6	4,3	5,6	6,0	18,0	1,4	0,4
	Discapacidad	9,4												
Salud y ambito laboral	Sivistra	5,1												

Fuente: SDS, bases subsistemas Sivigila D.C. 2016, DANE-SDP Entrega preliminar Julio 2017

Kennedy para el único subsistema que presenta el resultado en la tasa por encima del Distrito, de la Subred y entre las localidades es para Lesiones de Causa Externa, para el resto de eventos es la localidad que presenta las tasas más bajas de notificación estando por debajo del Distrito y Subred.

**Tabla 50. Tasa de notificación por 100.000 habitantes grupo de eventos
Sivigila D.C., Distrito, localidad, Subred Sur Occidente, 2016**

Dimensión	Subsistema	Distrito	Bosa	Kennedy	Fontibón	Puente Aranda	Subred
Seguridad Alimentaria y Nutricional	Sisvan	2645,3	2831,0	1582,8	2451,7	2119,3	2120,0
Convivencia social y Salud Mental	Vespa	129,8	128,8	50,1	39,2	335,7	95,9
	Lesiones de causa externa	661,1	581,6	692,9	520,4	645,1	629,8
	Sisvecos	126,2	159,8	99,0	178,2	128,3	131,4
	Sivim	790,1	1286,8	591,6	597,0	635,8	791,6
Vida Saludable y condiciones no trasmisible	Discapacidad	217,7	217,1	138,0	229,0	287,3	188,1
	Sisveso	633,4	696,6	366,8	704,3	749,5	547,5
Salud y ámbito laboral	Sivistra	55,3	54,7	19,1	51,1	77,3	39,4

Fuente: SDS. Bases subsistemas Sivigila D.C. 2016. Entrega preliminar Julio 2017. DANE-SDP

De acuerdo a los resultados obtenidos en las tasas de notificación para la localidad de Kennedy, las UPZ que tienen resultados por encima de esta para todas las dimensiones son Patio Bonito, Kennedy Central y Carvajal. Para el Subsistema SISVECOS las únicas UPZ que tienen resultados por debajo de la Subred son Américas, Castilla, Tintal Norte y Bavaria. Otras UPZ con la tasa por encima de lo local son la UPZ Britalia en los Subsistemas SIVIM, SISVESO, UPZ Timiza en SISVAN y SISVESO, UPZ Bavaria para VESPA y Las Margaritas SIVIM.

**Tabla 51. Tasa de notificación por 100.000 habitantes grupo de eventos
Sivigila D.C., localidad de Kennedy y sus UPZ, 2016**

Grupo de eventos	08. Kennedy	UPZ 44 - Américas	UPZ 45 - Carvajal	UPZ 46 - Castilla	UPZ 47 - Kennedy Central	UPZ 48 - Timiza	UPZ 78 - Tintal Norte	UPZ 79 - Calandaima	UPZ 80 - Corabastos	UPZ 81 - Gran Britalia	UPZ 82 - Patio Bonito	UPZ 83 - Las Margaritas	UPZ 113 - Bavaria
Sisvan	1582,8	2180,7	1847,0	1972,3	2387,6	1665,5	46,6	893,0	1067,7	1533,2	2658,0	1581,6	1176,4
Vespa	50,1	34,0	90,5	17,0	77,4	23,3	11,3	19,3	37,8	50,0	51,9	27,3	177,2
Lesiones de causa externa	692,9	468,4	617,7	457,7	656,2	671,8	281,0	559,8	789,4	595,4	779,3	758,1	8623,7
Sisvecos	99,0	88,6	122,3	79,0	135,8	98,8	38,1	124	107,0	130,3	127,9	207,2	93,5
Sivim	591,6	406,5	650,7	314,6	658,8	543,5	211,8	547,4	1033,7	1018,1	952,2	1014,4	324,9
Discapacidad	138,0												
Sisveso	366,8	132,3	725,3	274,5	954,5	441,9	161,0	214,2	309,7	398,4	410,3	343,6	83,7
Sivistra	19,1												

Fuente: SDS. Bases subsistemas Sivigila D.C. 2016. Entrega preliminar Julio 2017. DANE-SDP.

A continuación, se presentan los datos más relevantes para cada una de las dimensiones teniendo en cuenta las variables sexo y edad.

Seguridad Alimentaria y Nutricional

El Estado Nutricional es un indicador importante del nivel de salud y de la calidad de vida de la población; así como del grado de satisfacción de las necesidades básicas. Por esta razón, la valoración nutricional de la población, en especial la de riesgo (niños, embarazadas, adolescentes y adulto mayor), es un elemento de gran importancia en salud pública que permite evaluar las inequidades sociales.

La localidad de Kennedy en el Subsistema SISVAN aporta el 8,9% de la notificación del Distrito, el mayor aporte es con los eventos: retraso de talla en escolares, exceso de peso gestacional y desnutrición aguda en menor de 5 años, de igual forma entre las localidades de la Subred es la que tiene el mayor aporte en retraso de talla y exceso de peso en escolares y gestacional.

Tabla 52. Proporción de notificación grupo de eventos SISVAN Localidad de Kennedy y sus UPZ, 2016

Eventos	08. Kennedy	UPZ 44 - Américas	UPZ 45 - Carvajal	UPZ 46 - Castilla	UPZ 47 - Kennedy y Central	UPZ 48 - Timiza	UPZ 78 - Tintal Norte	UPZ 79 - Calandaima	UPZ 80 - Corabastos	UPZ 81 - Gran Britalia	UPZ 82 - Patio Bonito	UPZ 83 - Las Margaritas	UPZ 113 - Bavaria
Desnutrición global <5años	8,3	9,6	6,7	18,0	12,7	9,7	0,0	3,1	5,1	5,6	28,8	0,0	0,9
Desnutrición crónica <5años	7,9	9,1	8,9	15,9	11,5	11,2	0,0	3,3	5,0	5,7	28,2	0,0	1,1
Desnutrición aguda <5años	9,8	14,5	6,8	14,0	14,9	6,4	0,0	3,4	6,0	5,5	26,4	0,0	2,1
Retraso en talla <10 años	7,8	9,2	8,6	16,0	11,4	10,9	0,0	3,2	5,3	5,4	28,5	0,0	1,2
Exceso de peso <10 años	8,7	11,1	8,4	17,2	11,2	13,0	0,1	3,6	4,4	4,5	24,7	0,0	1,8
Retraso en talla escolares	10,1	2,5	6,9	7,8	6,0	15,2	0,1	6,7	3,6	6,5	38,5	5,9	0,3
Exceso de peso escolares	9,5	3,5	7,6	8,7	7,9	18,7	0,0	4,5	3,5	7,7	29,3	7,9	0,7
Bajo peso gestacional	9,2	12,7	6,0	17,0	8,5	12,8	0,4	5,1	5,2	4,3	26,8	0,1	1,0
Exceso de peso gestacional	10,5	14,2	8,3	19,2	8,7	11,8	0,6	5,3	4,1	4,1	21,7	0,1	1,8

Fuente: SDS, Bases subsistemas SISVAN, 2016, Entrega preliminar Julio 2017

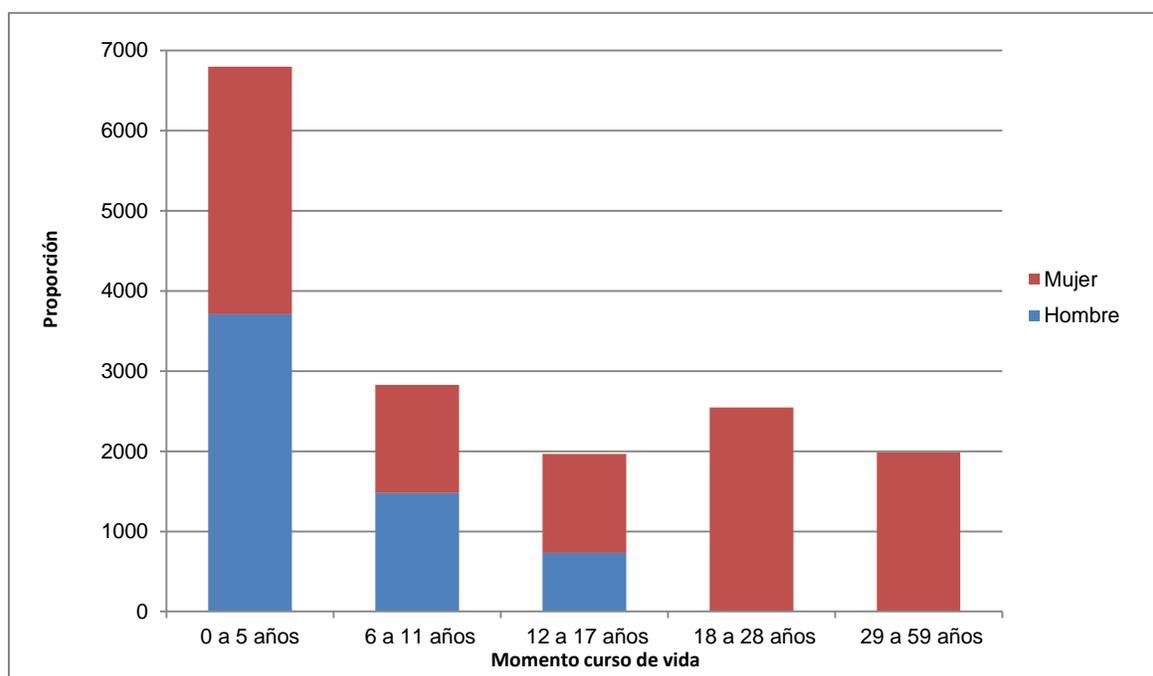
La UPZ Patio Bonito para todos los eventos es la que mayor aporte realiza a la localidad con valores mayores al 24%, siendo el mayor porcentaje para retraso en talla en escolares (38%). Con un aporte mayor al 12% se encuentran las siguientes: UPZ Castilla para todos los eventos a excepción de retraso en talla y exceso de peso en escolares. La UPZ Américas para exceso y bajo peso gestacional y desnutrición aguda en menor de 5 años, UPZ Kennedy Central DNT aguda y global en menor de 5 años y la UPZ Timiza retraso en talla y exceso de peso en escolares y bajo peso gestacional.

Dentro de esta dimensión en la notificación de la localidad el evento con mayor proporción es Exceso de peso gestacional con 18,6%, exceso de peso en el

escolar 17,8%, retraso en talla en menor de 10 años 16,8%, exceso de peso en el escolar 15, 5%, desnutrición crónica en menor de 5 años 14,2%, el resto de eventos se comporta con porcentajes inferiores.

Para el escolar importante resaltar que del total de estudiantes tamizados 4,3% presentan retraso en talla y el 14,4% exceso de peso. En la primera infancia del total de niños registrados en el SISVAN para esta edad el 1,2% tiene desnutrición aguda, el 4,1% desnutrición global y el 14,7% desnutrición crónica. En la infancia el 24,5% del total de niños ingresados tiene exceso de peso.

Gráfica 44. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila Distrital, Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional, localidad de Kennedy, 2016



Fuente: SDS. Bases subsistemas SISVAN. 2016. Entrega preliminar Julio 2017.

El 63,3% de la notificación corresponde a las mujeres, por curso de vida el 42,2% es para la primera infancia, el 17,5% infancia, 15,8% juventud y sobre el 12% adultez y adolescencia. Los hombres son más afectados con los problemas de desnutrición y exceso respectivamente en la primera infancia y la infancia, en

la adolescencia con un poco más del 60% la mujer hace el mayor aporte lo cual está directamente relacionado con el exceso de peso en el escolar.

Convivencia Social Y Salud Mental: Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Violencia Sexual

En esta dimensión se consolida toda la notificación realizada por los Subsistemas VESPA (Vigilancia de Consumo de Sustancias Psicoactivas), lesiones de causa externa, SISVECOS (Vigilancia de la Conducta Suicida) y SIVIM (Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y Maltrato infantil). Para Kennedy cada subsistema tuvo el siguiente aporte a la notificación del Distrito del año 2016 Lesiones de Causa Externa 15,6%, SIVIM 12,5%, SISVECOS 11,7%, VESPA 5,7%, en total la dimensión aporta el 12,5% al Distrito Capital.

En la localidad los mayores aportes están entre el 14 y 20% y son para amenaza suicida, violencia sexual, lesiones por pólvora y violencia de género.

La UPZ Patio Bonito para todos los eventos a excepción de las intoxicaciones/envenenamiento presenta las mayores proporciones por encima del 12%, siendo el mayor aporte para lesiones por pólvora con el 40% y la UPZ con los porcentajes más bajos por debajo del 3% es Tintal Norte.

Tabla 53. Proporción de notificación grupo de eventos VESPA, Lesiones de Causa Externa, SISVECOS y Sivim, localidad de Kennedy y sus UPZ, 2016

Eventos	08. Kennedy	UPZ 44 - Américas	UPZ 45 - Carvajal	UPZ 46 - Castilla	UPZ 47 - Kennedy Central	UPZ 48 - Timiza	UPZ 78 - Tintal Norte	UPZ 79 - Calandaima	UPZ 80 - Corabastos	UPZ 81 - Gran Britalia	UPZ 82 - Patio Bonito	UPZ 83 - Las Margaritas	UPZ 113 - Bavaria
Consumo abusivo de SPA	8,8	4,7	12,4	4,2	10,3	5,7	1,3	2,9	5,0	5,5	16,6	0,8	6,1
Accidente en el trabajo	9,3	4,9	6,3	9,1	5,8	8,7	2,4	6,0	6,0	5,3	14,3	1,9	29,2
Quemadura por pólvora	14,9	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0	0,0	0,0	40,0	0,0	40,0	0,0	0,0
Herida con arma de fuego, cortopunzante, contundente	6,3	3,9	5,1	4,9	5,6	15,8	2,3	5,3	11,0	3,9	27,4	1,3	11,0
Intoxicación/envenenamiento	1,4	7,1	0,0	0,0	7,1	28,6	0,0	7,1	7,1	14,3	7,1	0,0	21,4
Quemadura con sustancia química/líquido hirviendo	7,8	7,0	13,4	8,3	5,1	7,6	2,5	5,7	7,6	2,5	21,0	3,2	15,3
Caída de altura	6,9	2,7	8,9	9,3	5,4	13,5	1,2	9,3	9,7	7,7	12,4	1,9	16,6
Caída de su propia altura	7,8	5,3	6,2	10,6	8,6	14,1	2,9	6,6	6,4	4,5	14,3	1,6	18,4
Ideación suicida	9,7	6,4	8,5	8,9	8,5	12,7	2,5	9,0	7,1	6,1	21,4	4,0	1,9
Amenaza suicida	20,5	6,7	6,7	10,0	6,7	16,7	0,0	5,0	10,0	11,7	18,3	3,3	3,3
Intento suicida	12,2	5,8	8,8	11,6	10,6	10,8	2,3	10,1	7,1	8,8	19,9	1,8	0,8
Violencia intrafamiliar	14,3	4,7	7,6	7,0	7,7	11,2	2,1	6,9	11,5	9,8	25,3	2,6	0,7
Maltrato infantil	13,8	4,3	7,6	5,7	7,0	11,7	2,0	5,8	13,3	10,0	28,1	2,1	0,5
Violencia sexual	16,6	4,5	6,4	6,9	6,3	12,3	2,7	8,0	11,9	8,3	25,0	3,2	1,9
Violencia de genero	14,5	5,1	7,8	6,5	7,5	10,9	2,1	7,1	11,1	9,5	25,5	2,8	1,1

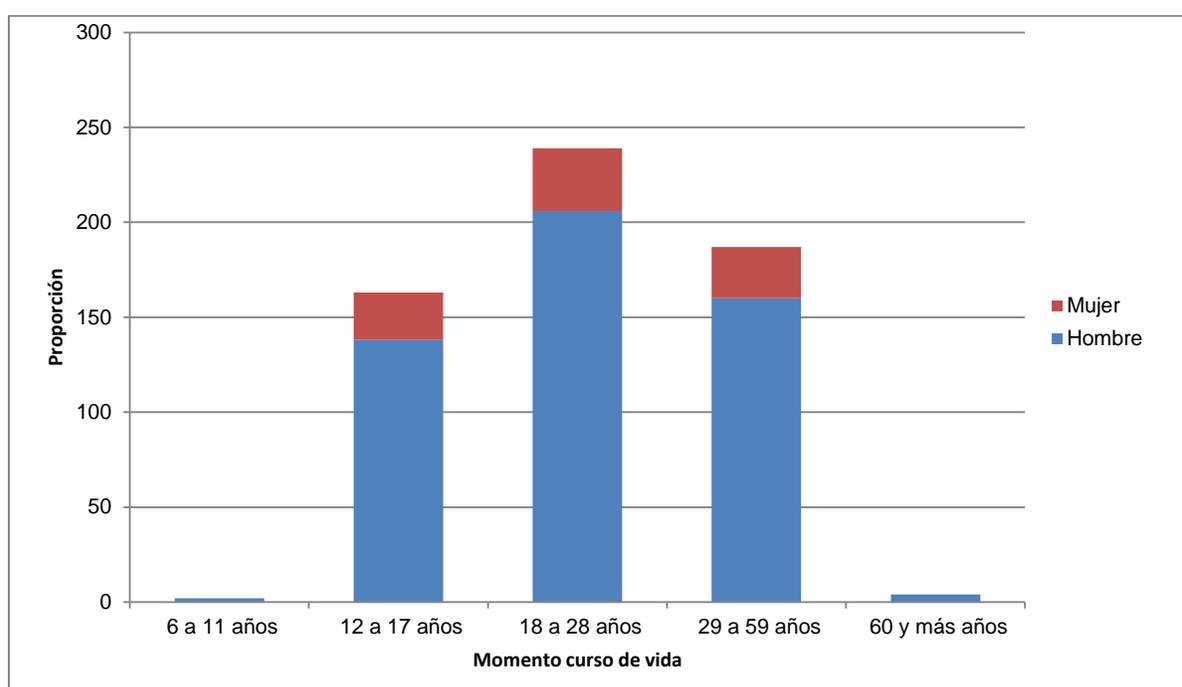
Fuente: SDS, Bases subsistemas SISVECOS, SIVIM, SIVELCE Y VESPA, 2016, entrega preliminar Julio 2017

Para otras UPZ los porcentajes mayores al 12% se presentan así: UPZ Timiza para intoxicaciones/envenenamiento, heridas por arma de fuego, caídas, ideación y amenaza suicida, violencia sexual; UPZ Bavaria en Accidente de Trabajo, intoxicaciones/envenenamiento, quemaduras y caídas; UPZ Carvajal Consumo de SPA y quemaduras, UPZ Gran Britalia para intoxicaciones/envenenamiento, UPZ Corabastos Lesiones por pólvora y maltrato infantil y UPZ Kennedy Central lesiones por pólvora.

A continuación, se presentan los principales resultados por subsistema:

Para VESPA en este grupo el 85,7% son hombres. Por curso de vida el 40,2% pertenece a la juventud, seguido del 31,4% adultez y 27,4% adolescencia. El 11% que aporta la vejez en infancia son el 100% hombres. El mayor aporte de las mujeres es en el curso de vida adolescencia con aproximadamente el 15%.

Gráfica 45. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos VESPA, Dimensión Convivencia social y salud mental, localidad de Kennedy, 2016



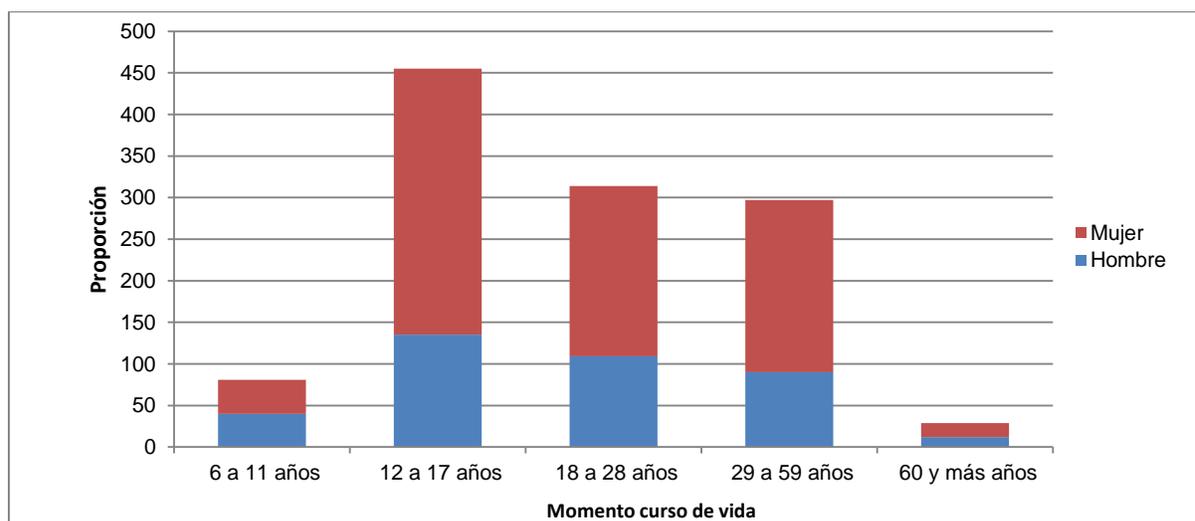
Fuente: SDS, bases subsistemas VESPA, 2016, entrega preliminar Julio 2017

Para SISVECOS el tipo de conducta ideación es la que mayor aporte tiene con 61%, seguido de 33,7% para intento y amenaza en un 5%. El 67,2% de notificación son mujeres.

Por curso de vida el 38,7% corresponde a la adolescencia, seguido del 27,8% juventud, 25,3% adultez, 6,9% infancia y 2,5% vejez, no hay casos en la primera infancia. En la infancia las mujeres y hombres tienen igual aporte, para todas las

demás edades la mujer tiene mayor proporción siendo el más bajo aporte en la vejez con un valor alrededor del 60%.

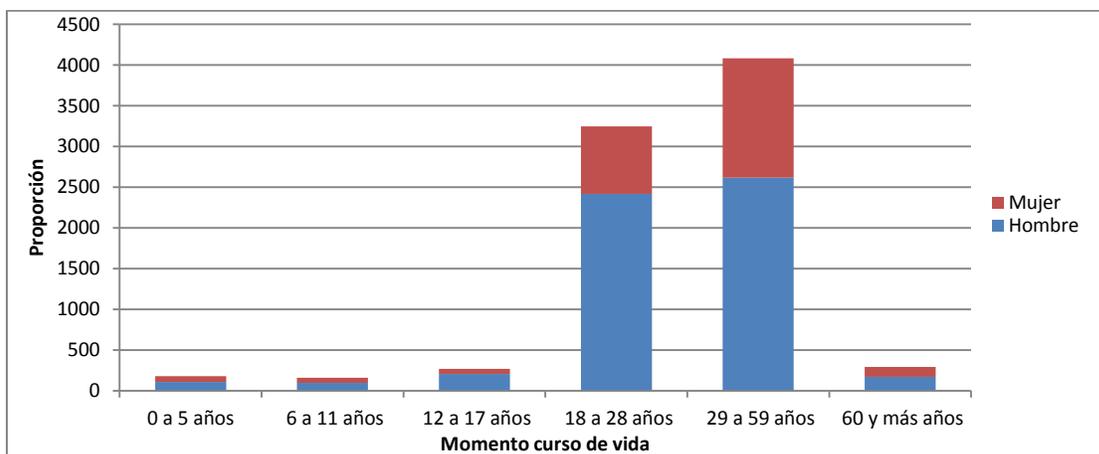
Gráfica 46. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos SISVECOS, Dimensión Convivencia social y salud mental, localidad de Kennedy, 2016



Fuente: SDS. Bases subsistemas SISVECOS. 2016. Entrega preliminar Julio 2017.

La notificación para las lesiones de causa externa en Kennedy se comporta de la siguiente manera el 47,2% corresponden a accidentes de trabajo, el 28,1% a heridas por arma de fuego, contundente o cortopunzante, 19,4% caída de su propia altura, el resto de eventos presenta porcentajes menores al 4%.

Gráfica 47. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Lesiones Causa Externa. Dimensión Convivencia social y salud mental, localidad de Kennedy, 2016



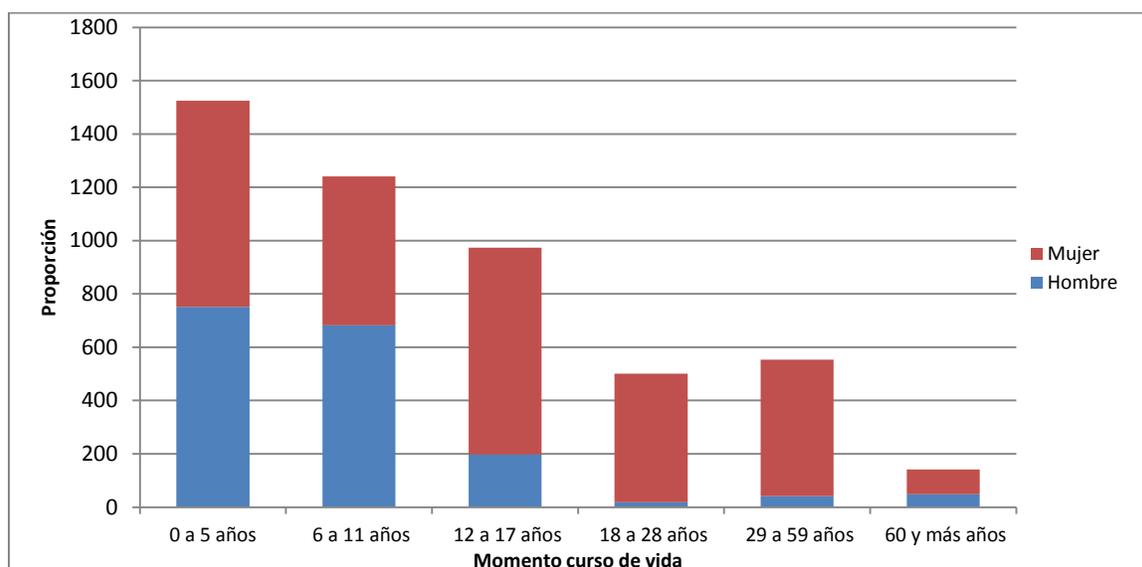
Fuente: SDS. Bases subsistemas SIVELCE. 2016. Entrega preliminar Julio 2017.

El 68,2% de los notificados son hombres. Por curso de vida el 49,6% corresponde a la adultez, 39,5% juventud, el resto de etapas de ciclo están por debajo del 4%. La mujer tiene su mayor aporte en las etapas de infancia, primera infancia y vejez lo cual está relacionado con accidentes caseros tales como caídas y quemaduras

El comportamiento de este subsistema está directamente relacionado con la capacidad productiva característica de estas etapas, de igual forma los comportamientos violentos en algunas zonas específicas de la localidad como Patio Bonito y Gran Britalia dados principalmente en los hombres.

SIVIM es otro de los Subsistemas que tiene un aporte importante para esta dimensión, violencia intrafamiliar y violencia de genero tienen un aporte cada uno sobre el 36%, seguido de maltrato infantil 18,2% y violencia sexual con 8,9%. El 64,8% de los eventos de violencia corresponden a las mujeres. Por curso de vida el 30,9% es para la primera infancia, 25,1% infancia, 19,7% adolescencia, adultez 11,2%, 10,1% juventud y 2,9% vejez.

Gráfica 48. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos SIVIM.
Dimensión Convivencia social y salud mental, localidad de Kennedy, 2016



Fuente: SDS. Bases subsistemas SIVELCE. 2016. Entrega preliminar Julio 2017.

En las etapas más tempranas los hombres son los más afectados por las violencias, mientras que a partir de la adolescencia la mujer aporta sobre el 70% de los casos siendo más afectado el género en la juventud con más del 90%.

Vida Saludable y Condiciones no trasmisibles Salud y Trabajo

Estas dimensiones se definen agruparlas dados los pocos eventos que se relacionan y las limitaciones en la información por UPZ. El mayor aporte de Kennedy a la notificación del Distrito es para discapacidad, seguida de gingivitis y lesión de mancha café. Todos los eventos tienen una proporción inferior al 10%.

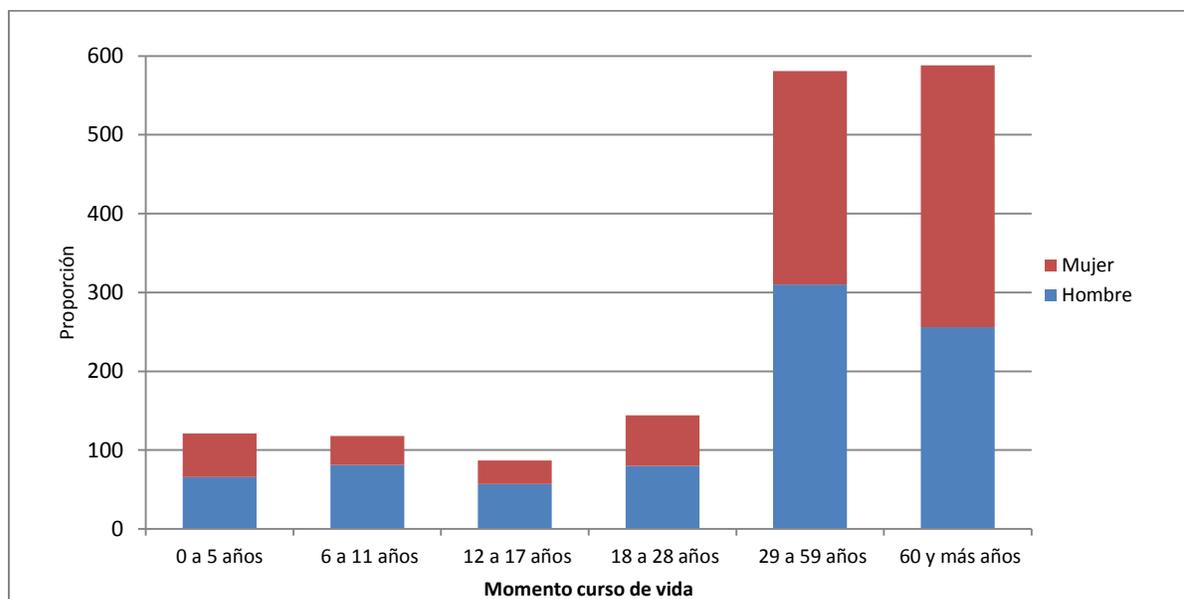
Tabla 54. Proporción de notificación grupo de eventos SISVESO, SIVISTRA, Discapacidad, localidad de Kennedy y sus UPZ, 2016

Eventos	Total Kennedy	UPZ 44 - Américas	UPZ 45 - Carvajal	UPZ 46 - Castilla	UPZ 47 - Kennedy Central	UPZ 48 - Timiza	UPZ 78 - Tintal Norte	UPZ 79 - Calandaima	UPZ 80 - Corabastos	UPZ 81 - Gran Britalia	UPZ 82 - Patio Bonito	UPZ 83 - Las Margaritas	UPZ 113 Bavaria
Registro de discapacidad	9,4												
Gingivitis	9,0	2,7	13,4	9,9	17,7	14,8	3,0	4,4	5,5	5,4	17,9	1,1	0,3
Periodontitis	3,8	5,0	15,0	0,0	20,0	5,0	0,0	5,0	0,0	0,0	40,0	5,0	5,0
Lesión mancha blanca	8,1	2,6	13,7	9,2	19,0	14,5	2,6	3,2	5,3	6,6	15,8	1,7	0,6
Caries cavitacional	8,6	2,2	14,2	8,7	15,6	15,0	2,2	4,9	6,5	6,6	18,7	1,3	0,3
Lesión mancha café	8,7	1,8	12,8	8,9	19,9	14,9	2,5	3,2	4,3	7,8	17,8	1,8	0,7
Fluorosis	8,1	3,3	12,1	9,2	17,6	14,6	2,9	4,6	3,8	4,6	17,2	3,3	0,8
Eventos en salud investigados relacionados con el trabajo en la economía informal	5,1												

Fuente: SDS, bases subsistemas SISVESO, 2016, entrega preliminar Julio 2017

El evento de Discapacidad al total de la localidad aporta el 20,8%. El 51,9% de los registrados durante el año 2016 son hombres; los cursos de vida que mayor aporte realizan son la adultez y vejez cada uno sobre el 35%, sigue la juventud con el 8,8%, primera infancia e infancia sobre 7% cada uno y con el 5,3% para la adolescencia; sólo en la vejez la mayor proporción es para la mujer con una pequeña diferencia, el mayor aporte de los hombres es en la infancia y adolescencia cercanos al 70%.

**Gráfica 49. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila
Distrital Discapacidad, Dimensión Vida saludable y condiciones no
transmisibles, localidad de Kennedy, 2016**

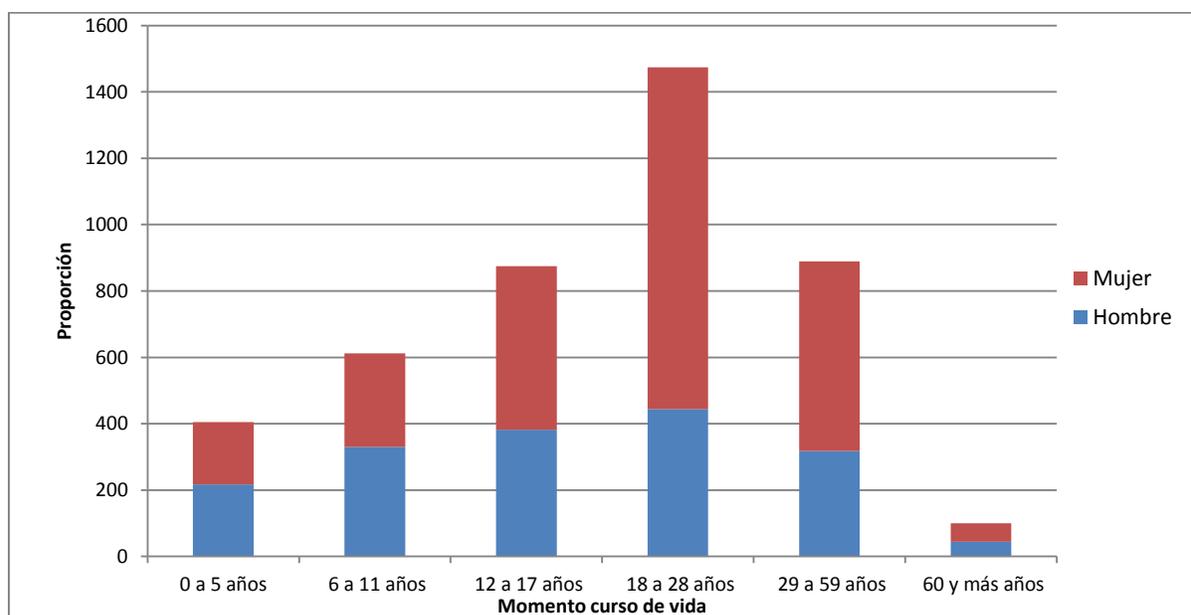


Fuente: SDS, bases subsistemas Discapacidad, 2016. Entrega preliminar Julio 2017

Los eventos SISVESO en la localidad aportan el 55,5% de la notificación de este grupo y su comportamiento es el siguiente: el evento Gingivitis aporta el 40,6%, seguido de caries cavitacional 34,8%, lesión de mancha blanca 12,2%, lesión de mancha café 6,5% fluorosis 5,5% y periodontitis 0,5%.

El 60,2% de los eventos corresponde a las mujeres. Por curso de vida el 33,8% corresponden al curso de vida juventud, sobre el 20% está la adultez y la adolescencia, el 14% infancia, 9,3% primera infancia y la vejez el 2,3%. La mayor proporción de mujeres está en la juventud con aproximadamente el 70% y de los hombres en la primera infancia e infancia un poco más del 50%.

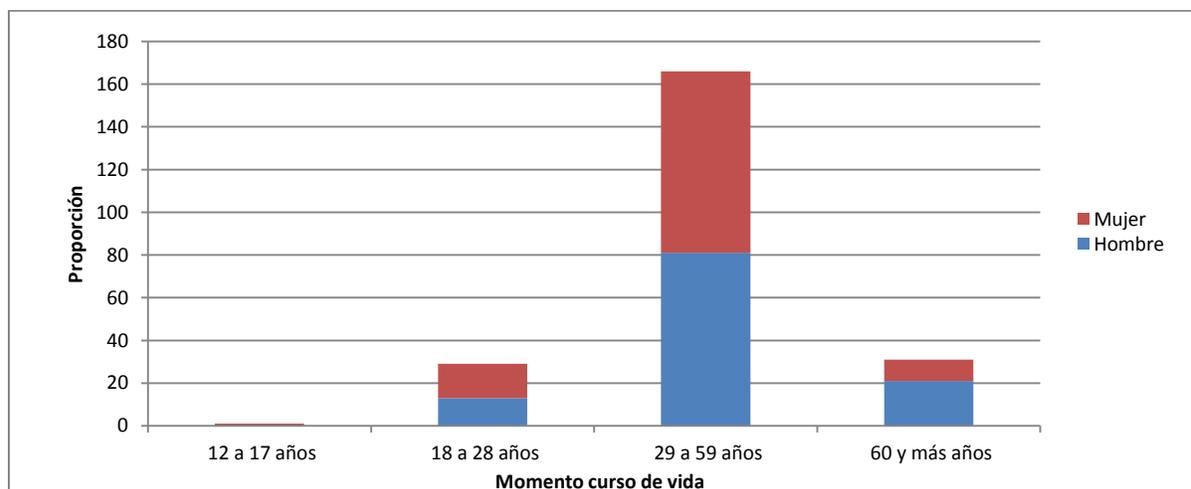
**Gráfica 50. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila
Distrital SISVESO, Dimensión Vida saludable y condiciones no
transmisibles, localidad de Kennedy, 2016**



Fuente: SDS, bases subsistemas SISVESO, 2016, entrega preliminar Julio 2017

El Subsistema SIVISTRA aporta aproximadamente el 3% a la notificación de este grupo en la localidad. El 50,7% son hombres. La adultez con el 73,1% es el grupo que más aporta, seguido de la vejez con el 13,7% y juventud con el 12,8%. Por curso de vida en la vejez es donde más aporte realizan los hombres sobre el 70% aproximadamente en los demás cursos de vida la mujer tiene la mayor prevalencia.

**Gráfica 51. Comportamiento por sexo y curso de vida eventos Sivigila
Distrital SIVISTRA, Dimensión Vida saludable y condiciones no
transmisibles, localidad de Kennedy, 2016**



Fuente: SDS, bases subsistemas SIVISTRA, 2016, entrega preliminar Julio 2017

3.2.3 Eventos Precursores

De acuerdo a la información de RIPS disponibles, solo se realizará el análisis para el evento de diabetes mellitus. La diabetes mellitus tiene una prevalencia para la Localidad de Kennedy en el año 2016 por debajo del Distrito en 0,5% y su tendencia a través del tiempo es irregular. La semaforización en amarillo indica que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el comportamiento de Bogotá y Kennedy.

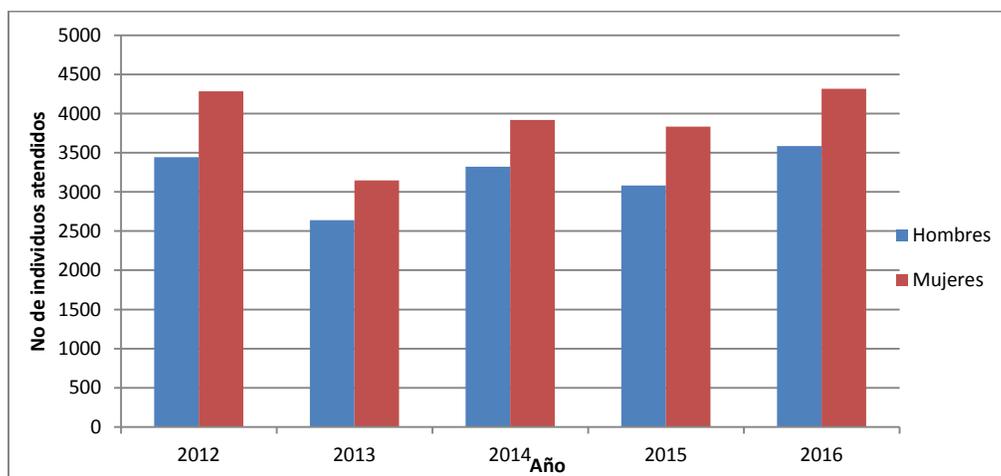
**Tabla 55. Comportamiento prevalencia diabetes mellitus respecto al
Distrito, localidad de Kennedy, 2012-2016**

Causa de muerte	Bogotá. 2016	Kennedy. 2016	Tendencia				
			2012	2013	2014	2015	2016
Diabetes mellitus	1,20	0,70	↗	↘	↗	↘	↗

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, 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 individuos atendidos con diagnóstico de diabetes aportan el 1,1% al total de atendidos para la localidad de Kennedy. Para todos los años con porcentajes entre el 54 y 55% las mujeres son las que tienen el mayor aporte en esta enfermedad.

Gráfica 52. Comportamiento diabetes mellitus por sexo, localidad de Kennedy, 2012-2016

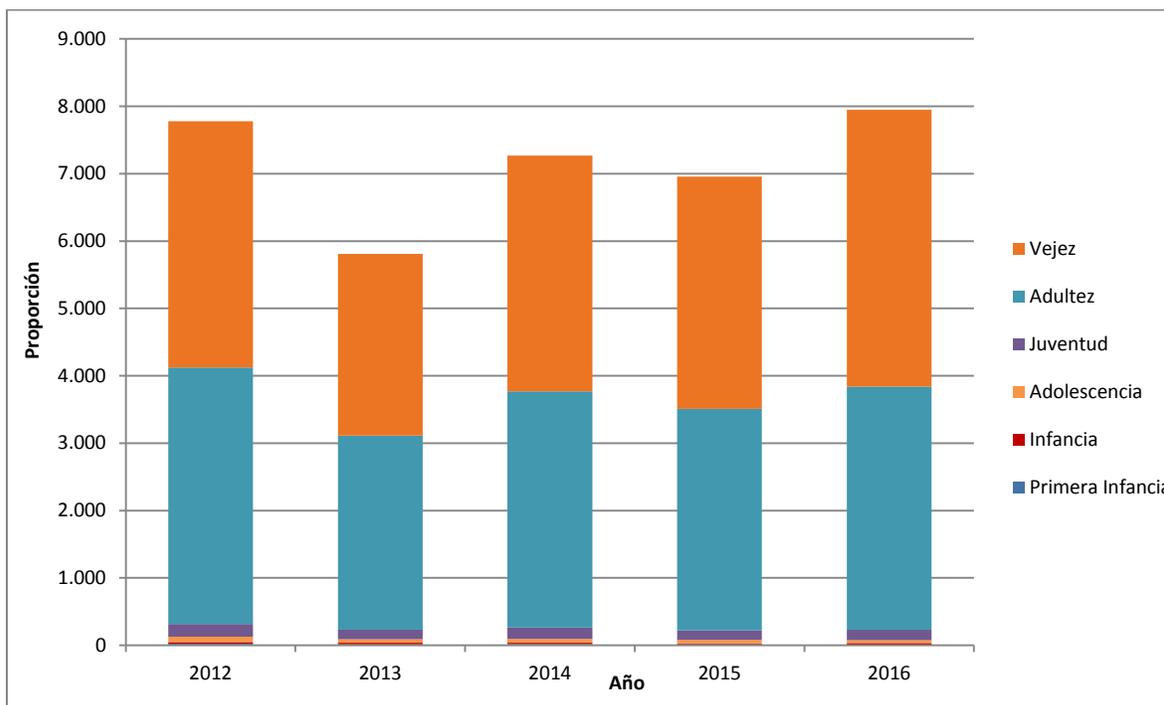


Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte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

Por curso de vida la diabetes se concentra en la vejez con el 51,7% y en la adultez con el 45,4%. La tendencia del evento se comporta así: para la adolescencia y primera infancia hacia la disminución, en la vejez hacia el aumento y en los demás momentos de curso de vida en forma irregular.

Para el año 2016 el aporte más representativo que tiene la diabetes dentro de los individuos atendidos en cada curso de vida es para la vejez con el 4,7% y la adultez con el 1,2%, para el resto de etapas es inferior a 0,2%.

Gráfica 53. Comportamiento diabetes mellitus por curso de vida, localidad de Kennedy, 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, 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)

Para el año 2016 por tipo de atención los individuos atendidos con este diagnóstico frente al total de individuos atendidos para la localidad de Kennedy se comporta así: para las consultas sus aportes oscilan entre 1 y 1,3%, para hospitalización entre el 0,9% y 1,5% y en urgencias es más bajo entre 0,3 y 0,7%; frente al total de individuos que tuvieron atención tipo consulta, la diabetes aporta el 1,3% con una tendencia hacia el incremento, en hospitalización el 1,5% con un comportamiento irregular y para urgencias 0,3% con tendencia hacia la disminución.

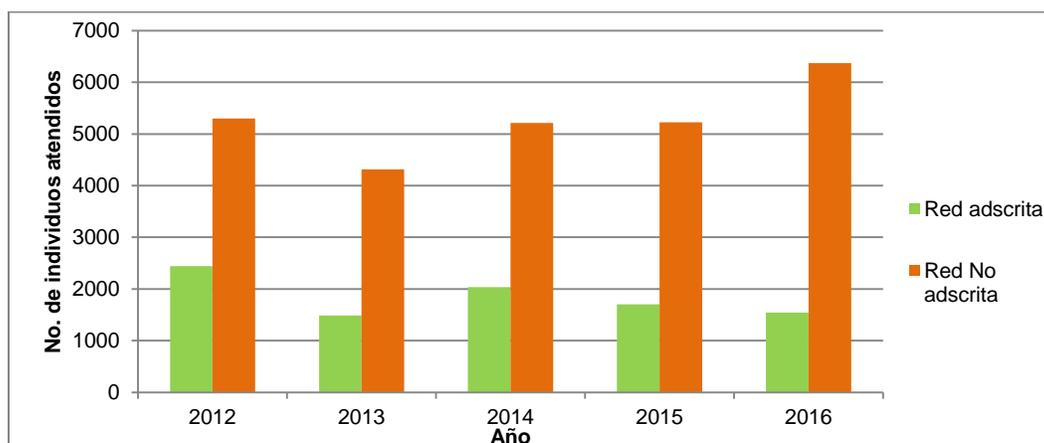
Tabla 56. Comportamiento diabetes mellitus por tipo de atención, localidad de Kennedy, 2016

Año	Consulta		Hospitalización		Urgencias	
	Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%
2012	7.322	1,1	245	0,9	766	0,6
2013	5.525	1,0	299	1,7	526	0,6
2014	6.691	1,0	342	1,6	520	0,7
2015	6.688	1,2	334	1,8	561	0,4
2016	7.636	1,3	228	1,5	623	0,3

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, 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)

El comportamiento durante los años por tipo de red pública o privada se comporta conforme va cambiando la afiliación en seguridad social de la población de Kennedy, donde la red no adscrita incrementa, mientras la red adscrita disminuye el número de individuos atendidos. Para el año 2016 respecto al año anterior la disminución de la red adscrita fue del 6%, incrementando en este mismo porcentaje la red no adscrita.

Gráfica 54. Comportamiento diabetes mellitus por tipo de Red, localidad de Kennedy, 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, 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)

3.2.4 Análisis y prioridades en morbilidad

De acuerdo a los resultados de la morbilidad Sivigila y RIPS los eventos transmisibles representando principalmente por inmunoprevenibles y enfermedades transmitidas por vectores continúan siendo uno de los grupos a los cuales debe darse continuidad tanto al fortalecimiento de las acciones desde Vigilancia en Salud Pública, como desde prestación de los servicios de salud en prevención, capacitación y actualización de guías de atención al personal asistencial.

Aunque en morbilidad RIPS las afecciones perinatales no están dentro de los mayores aportes y su tendencia es hacia la disminución, dado el alto impacto que tienen estas y los altos porcentajes de notificación desde Sivigila dentro de la dimensión salud sexual reproductiva (siendo la más alta para la localidad de Kennedy) para eventos de morbilidad y mortalidad materno perinatal, al igual que las altas prevalencias de bajo peso al nacer indican que debe darse continuidad de las acciones efectivas y reorientar aquellas que no han demostrado su utilidad en todo lo relacionado con la salud materno perinatal.

Las lesiones de causa externa son una problemática evidente tanto en el Sivigila Distrital como en morbilidad atendida RIPS, al igual que las violencias y la conducta suicida, las cuales va en incremento y se presentan en todos los momentos del curso de vida, debe ser una alerta para el sistema de salud en fortalecer las acciones que favorezcan la adecuada convivencia humana y resolución de conflictos de pareja, familiares y laborales principalmente.

Los problemas nutricionales en la localidad de Kennedy se convierten en prioridad al tener prevalencias altas tanto para el déficit en la población menor de 5 años y el exceso en la población escolar, donde en forma articulada PIC-POS, espacio educativo e inclusive Gobernanza en articulación con otros sectores se deben diseñar estrategias que minimicen esta problemática.

De acuerdo a los resultados de las primeras causas de morbilidad RIPS donde las demás enfermedades son la principal causa con porcentajes no inferiores al 40%, en este grupo se concentra un alto porcentaje de condiciones crónicas, que sumada al cáncer y enfermedades cardiovasculares principalmente en la vejez y adultez donde éstas últimas causas para el último año tienen una tendencia al aumento, debe ser prioridad en el establecimiento de planes, políticas y programas, más aun cuando Kennedy está pasando una etapa de transición demográfica hacia una población envejecida a una velocidad moderada.

La diabetes mellitus es una enfermedad silenciosa que debe fortalecerse en su detección precoz y control oportuno, dadas las consecuencias a mediano y largo plazo que pueden desencadenar como lo son problemas renales, de retina, vasculares entre otros donde la mayor afectación son adultos y adultos mayores, quienes en una buena parte presentan comorbilidades, siendo un aspecto determinante para las complicaciones.

Los signos y síntomas mal definidos en cada uno de los análisis realizados ocupan entre el segundo y tercer lugar de las primeras causas de morbilidad en los individuos atendidos, lo cual es un indicador que refleja la continuidad de dificultades del personal médico en una buena impresión diagnóstica, por lo cual deben fortalecerse los procesos de capacitación, asesoría y asistencia técnica y de auditoría interna en todas las Instituciones Públicas del Distrito Capital.

4 ANALISIS POBLACIONES DIFERENCIALES

El presente capítulo 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. En el presente análisis se hace 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; 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 hacen 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 como 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 urbanos (12). 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” (13).

El tercer enfoque tenido en cuenta en el presente análisis es el enfoque 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 (14). 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 sólo 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, Adulthood 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 que orienta 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 presente ley contarán con dicho enfoque(15). 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 contiene 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 donde se incluyeran variables que permitan identificar a 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.

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 utiliza la base de datos del Registro Único de Víctimas. Para la población de recicladores se consultaron dos bases de salud, una derivada del sistema de vigilancia epidemiológica SIVISTRA y otra propia de las intervenciones realizadas por el espacio de Trabajo.

Para la Ciudadanía Habitante de Calle se consulta, además de la política pública y la sentencia de tutela 043 de 2015, 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 con 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 que se implementa a nivel nacional. 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 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(16).

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 57. Poblaciones diferenciales, localidad de Kennedy, 2014

Grupos poblacionales		N.º	Fuente	
Poblaciones diferenciales	LGBTI	Sin dato		
	Etnias	Indígenas	33.860	Encuesta bienal de culturas, 2013
		Afrodescendientes	20.184	Encuesta bienal de culturas, 2013
		Raizales	1.684	Encuesta bienal de culturas, 2013
		ROM Gitanos	1.221	Encuesta bienal de culturas, 2013
Poblaciones en inclusión	Personas en condición de discapacidad	26.653	Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. Años 2004-2014	
	Víctimas del Conflicto Armado	16.090	Secretaría Distrital de Hacienda 2013	
	Ciudadano Habitante de Calle	274	VI Censo Habitante de Calle 2011	
	Personas en ejercicio de la Prostitución	140 Aprox	Veeduría Distrital 2010	
	Personas de ocupación recicladora, carreteros y pequeños bodegueros	2.490	Base UAESP. Corte a marzo 2014	

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 Étnicas

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 (17).

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, ROM o gitanos. 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 descende de África. Por afrodescendientes se denota a todos los grupos identificados como negros, morenos, zambos, trigueños, niches, prietos (15).

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” (18).

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” (15). 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 (19).

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 la localidad, 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) (20). 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. 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.(21)

En el momento actual 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 con discapacidad en la localidad de la Subred Sur Occidente durante la fase exploratoria del año 2015, se realizó a partir de los resultados del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con 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 (22)”.

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 presentó información particularmente en la localidad de Kennedy con datos de la veeduría distrital, proveniente de una encuesta de percepción a personas en ejercicio de la

prostitución del año 2010. Adicionalmente, se presentó un reporte de la Secretaría Distrital de la Mujer que recogió las caracterizaciones realizadas desde el año 2013 hasta enero de 2015.

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” (23). 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” (24).

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"(24), 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” (24).

En Bogotá D.C. se reportaron por censo (2011) 9.614 personas habitantes de la calle en situación de segregación y exclusión social, de los cuales hay ubicados en la localidad de Kennedy 274, ya que esta localidad le ofrece a esta población la posibilidad de reciclaje, consecución de alimentos, micro tráfico y acceso a sustancias psicoactivas (SPA), por lo cual se convierte en la situación más atrayente para permanecer en la zona.

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 otros tiramos. La mayoría de ellos viven y trabajan en vertederos municipales de basura en condiciones de pobreza o miseria (25). 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 ésta para su subsistencia diaria. El nivel de remuneración de esta población es bajo y, en virtud de la informalidad, la actividad como tal no se encuentra regulada (26).

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.

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” (19).

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” (27). 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) (19).

En la conceptualización que caracteriza a la población LGBTI se encuentran las siguientes definiciones (19): “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” (19).

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.

Como fuentes para la identificación de la dinámica demográfica en las localidades de Kennedy no se encontró información, salvo un aproximado, 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 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 Kennedy la población priorizada llega al 31% 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 que resultaron de la descarga desde el aplicativo en línea, la cual contiene el acumulado durante el periodo de implementación 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 como resultados de la APS para el año 2016.

Tabla 58. Población Diferencial Caracterizada según Sexo y Peso Porcentual dentro de la Población Caracterizada, localidad de Kennedy, 2016

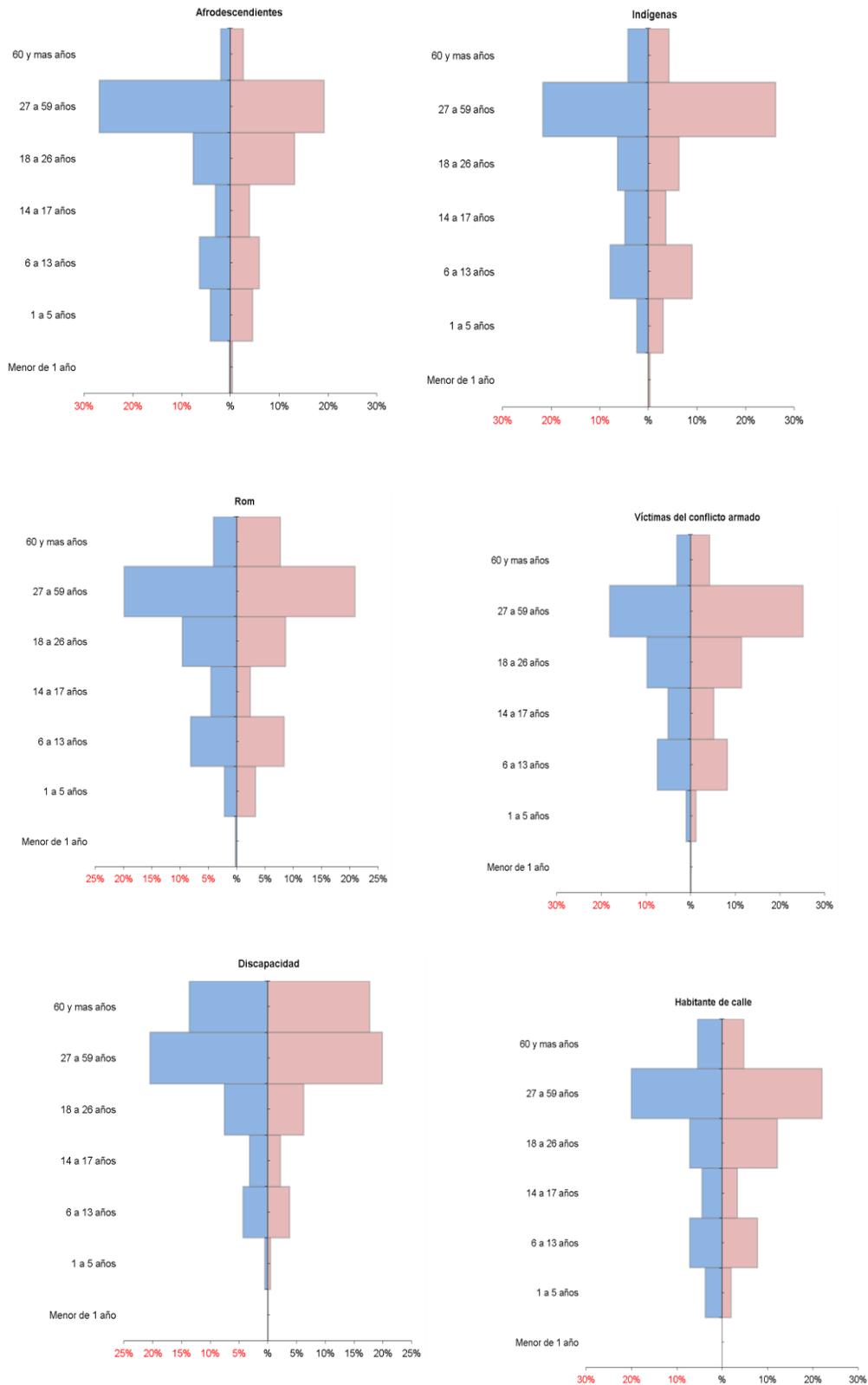
Población Diferencial	Mujeres	%	Hombres	%	Total	% Población Caracterizada	% Población Local
Indígena	175	52,7	157	47,3	332	0,09	0,03
Afrodescendiente	260	56,8	198	43,2	458	0,13	0,04
Rom	214	51,3	203	48,7	417	0,12	0,04
Víctima del Conflicto Armado	3387	55,6	2710	44,4	6097	1,68	0,51
Discapacidad	1893	50,3	1871	49,7	3764	1,04	0,32
Habitante de Calle	154	52,2	141	47,8	295	0,08	0,02

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

Las poblaciones con mayor densidad poblacional encontrada fueron para la localidad de Kennedy: las víctimas del conflicto armado con 51,2% del total de personas con caracterización diferencial, seguido de las personas con discapacidad con el 31,6% y las etnias con el 10,7% (comprendidas dentro de las comunidades afro, los pueblos indígenas, ROM Gitanos).

En Kennedy, las mujeres de este grupo de poblaciones diferenciales tienen mayor presencia, incluyendo habitante de calle con una consideración a nivel de Subred. A partir de la adolescencia son las que poblacionalmente representaron un mayor peso, para las etapas más jóvenes se comportan similar, a excepción de los ROM donde tiene un mayor peso las mujeres y los hombres en los habitantes de calle, se resalta que para los afrodescendientes en la adultez (27 a 59 años) el mayor peso es para los hombres; cronológicamente se observa un aumento marcado para ambos sexos en la población indígena y con discapacidad.

Gráfica 55. Pirámides Poblacionales caracterizado APS por tipo de Población diferencial, Localidad de Kennedy, Año 2016



Fuente: Subred Sur Occidente, SDS, Bases APS en línea, Acumulado 2004 -2016, Descarga del 26 de junio de 2017.

Las pirámides presentan un comportamiento regresivo, caracterizándose por tener una mínima población menor de 6 años (solo se da una ligera mayor representación en los afrodescendientes, ROM y Habitante de calle), un mayor peso en la edad 6 a 13 años en la población ROM, respecto a las demás. Se destaca que la población adolescente tiene un menor aporte que la población infantil. En la población joven se destaca que, dentro de los afrodescendientes y habitantes de calle, la mujer tiene un mayor aporte; mientras que en los ROM y en condición de Discapacidad el mayor aporte es para los hombres.

Los adultos son los que presentan el mayor peso porcentual para estas poblaciones; la mayor representación de las mujeres está para los momentos de juventud y adultez. Como algo particular se encuentra el mayor aporte porcentual en la etapa adultez para el sexo masculino en los afrodescendientes. Este comportamiento denota una disminución de la natalidad para estas poblaciones, así como también se proyecta el aumento en la mortalidad representado por el aumento de peso porcentual en la población adulta y vejez.

Tabla 59. Población diferencial Caracterizada según sexo y curso de vida, localidad de Kennedy, 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	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Raizal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	21,4	2	14,3
Palenqueros	3	6,4	4	8,5	1	2,1	4	8,5	0	0	0	0	15	31,9	2	4,3
Ejercicio de Prostitución	0	0	0	0	1	1,8	4	7,1	0	0	0	0	13	23,2	0	0
LGBTI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	24,3	3	8,1	20	54,1
Reciclador	28	10,2	21	7,6	4	1,5	0	0	15	5,5	10	3,6	28	10,2	10	3,6
Carretero	4	9,1	5	11,4	1	2,3	0	0	0	0	0	0	5	11,4	0	0
Pequeño	5	7,9	0	0	8	12	0	0	0	0	2	3,2	5	7,9	3	4,8

Bodeguero					7									
-----------	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tipo de Población	27 a 59 años				60 y más años				Total			
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Raizal	3	21,4	0	0	3	21,4	3	21,4	9	64,3	5	35,7
Palenqueros	15	31,9	1	2,1	0	0	2	4,3	34	72,3	13	27,7
Ejercicio de Prostitución	24	42,9	1	1,8	13	23,2	0	0	51	91,1	5	8,9
LGBTI	1	2,7	1	2,7	3	8,1	0	0	7	18,9	30	81,1
Reciclador	100	36,4	43	15,6	13	4,7	3	1,1	188	68,4	87	31,6
Carretero	21	47,7	8	18,2	0	0	0	0	31	70,5	13	29,5
Pequeño												
Bodeguero	20	31,7	18	28,6	0	0	2	3,2	38	60,3	25	39,7

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

Dentro de este nuevo grupo de poblaciones emergentes dentro de los grupos poblacionales, se encuentran en orden de presencia en el territorio, el grupo de recicladores, carreteros y pequeños bodegueros, las personas en ejercicio de la prostitución y los sectores LGBTI en menor medida.

La distribución demográfica en este grupo de poblaciones diferenciales de la localidad de Kennedy por curso de vida caracterizada al año 2016 refleja que el mayor aporte lo realiza la adultez y juventud con aproximadamente el 58%. Al cruzar la variable sexo con momento de curso de vida la mayor diferencia en la proporción se evidencia en la adultez y vejez, siendo mayor para las mujeres 4,1% y 2,1% respectivamente.

En este grupo de poblaciones diferenciales, el mayor aporte por tipo lo realizan las víctimas del conflicto armado con el 53,6%, seguido de personas con discapacidad con el 33,2%, afrodescendientes con el 4%, población ROM 3,7%, indígenas con el 2,9%, y habitantes de calle 2,6%.

Dentro de cada tipo de población, los mayores aportes se representan así: en la primera infancia es para la población Afrodescendiente, en la infancia para los Indígena y ROM con porcentajes similares, en la adolescencia para las víctimas del conflicto armado, en la juventud para los afrodescendientes y víctimas del

conflicto armado con similares porcentajes; en la adultez la población indígena y en la vejez personas con discapacidad.

Por sexo en términos generales para todas las poblaciones la mayor proporción es para las mujeres, teniendo la menor diferencia para la población con discapacidad (0,6%) como aspectos a destacar en la población habitante de calle infante y adolescentes al igual que en los adolescentes con discapacidad, ROM e indígenas y jóvenes con discapacidad presentan una diferencia mayor al 1% para los hombres.

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, Afrodescendiente y Raizal para los Nacidos Vivos con la ventaja de identificar los pueblos indígenas relacionados. Dentro de la base de Defunciones se encuentra desagregados en categorías Afro particulares, la desagregación por multietnicidad de los pueblos indígenas, por la ley de víctimas y los autos de la corte suprema de justicia.

Tabla 60. Resultados para Poblaciones Diferenciales de los Nacidos Vivos – NNVV, localidad de Kennedy, año 2016

Nacidos vivos 2016							
Total, Bogotá		Total, Subred		Total, Kennedy			
No	%	No	%	No	%	No	%
98.112		31.114	31,7%	14.067	14,3%		

Año 2016	Indígenas		Afrodescendiente		Raizal		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
14.067	2	0,0%	61	0,4%	1	0,01%	64	0,45%

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

Del total de Nacidos Vivos en la localidad se encontraron casos para las poblaciones diferenciales en afrodescendientes, indígenas y raizales con un peso de 0,45 sobre el total de Nacidos Vivos en la localidad. Dentro de los pueblos indígenas se encontró un caso de Coyaima, nombre alterno para Pijao del sur del Departamento del Tolima y un caso Emberá de las familias que recorren el Chocó. En los pocos casos encontrados se denota la imprecisión en el uso de los pueblos indígenas y su autodeterminación.

En cuanto a la Mortalidad, para el año 2016, de acuerdo a la base de defunciones de RUAF, se reportan 28 casos de mortalidad en población étnica en la localidad de Kennedy, lo que corresponde al 0,6% de las 4.642 muertes reportadas. El 82,1% (23 casos) de los casos se presenta en mujeres y 17,9% (5 casos) en hombres, la mayor parte de las muertes se presenta en la población Afrodescendiente con el 92,9% (26 casos), con una mayor concentración en la vejez con el 53,8% (14 casos), seguido por la adultez con el 34,6% (9 casos), también se reporta dos casos en la primera infancia. Asimismo, se presenta una mortalidad en población indígena y otro en población raizal, ambos correspondientes al ciclo vital vejez.

Tabla 61. Mortalidad en población étnica por momento del curso de vida y sexo, Kennedy, 2016

Grupo Étnico	Momento Del Curso De Vida	Mujeres	Hombres	Total
Indígena	Vejez	1	0	1
Negro(A), Mulato(A), Afro Colombiano(A) O Afro Descendiente	Menor De Un Año	2	0	2
	Primera Infancia	1	0	1
	Adultez	8	1	9
	Vejez	11	3	14
Rom (Gitano)	Vejez	0	1	1
Total		23	5	28

Fuente: SDS. RUAF ND 2016. Datos Preliminares.

Las causas de mortalidad se relacionan principalmente con el sistema circulatorio, respiratorio y cáncer.

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. El desarrollo de los sistemas de información para la discapacidad puede plantear temas a definir sobre el abordaje a la discapacidad y su cuidado, a partir de indicadores más variados por la multiplicidad de los datos, La información en PCP debe plantear propuestas sobre cómo mostrar la inversión de las condiciones dignas para la diversidad funcional derivada de una discapacidad.

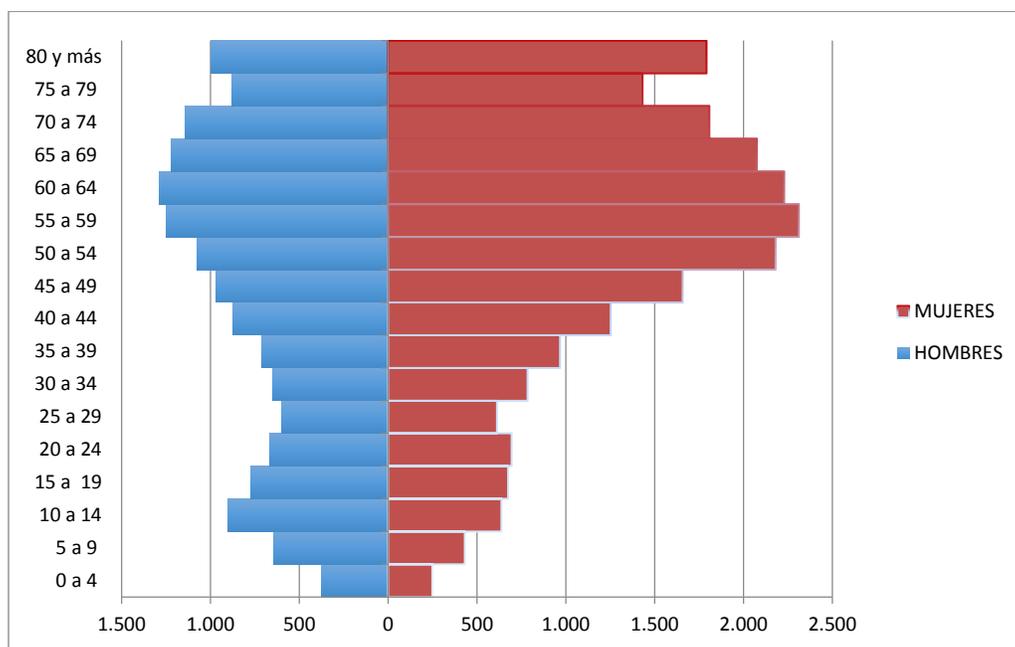
Tabla 62. Población con Discapacidad Identificada, localidad de Kennedy, 2016

Localidad	Caracterización APS	Registro VSP	% Atención en Salud
Kennedy	3764	36813	10,2

Fuente: Subred Sur Occidente, APS en línea acumulado 2004 - 2016, Registro VSP Nacional acumulado 2005 – 206, preliminar.

Para efectos del contexto demográfico se tomaron en cuenta los datos de la caracterización APS, llegando a un 10,2% respecto a lo identificado por el registro VSP, de donde se concluye que este porcentaje recibió algún tipo de atención en salud por parte de los equipos extramurales de la localidad.

Gráfica 56. Pirámide poblacional personas con discapacidad, Localidad de Kennedy, Registradas entre 2004 – 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, fecha de actualización marzo de 2015. Abril- diciembre 2015 y año 2016 Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo Distrital del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud, Subred Sur Occidente información preliminar.

La pirámide poblacional de las personas con discapacidad que residen en la Localidad de Kennedy, 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 30,8 tienen más de 65 años de edad, por el contrario, de cada 100 PCD 8,8 son menores de 15 años, adicionalmente el índice de Frizz muestra que la población con discapacidad local es una población envejecida (59 “inferior a 60”).

Las mujeres representan el 59,2% del total de personas identificadas, mientras los hombres ocuparon el 40,8% restante. Esto evidencia que ellas tienen un

riesgo mayor para adquirir una discapacidad durante el transcurso de su vida. Por otro lado, los hombres muestran un mayor riesgo de nacer o presentar una discapacidad desde los primeros años de vida. Ambos sexos van en aumento con el paso de los años presentando un pico en las mujeres del grupo de 55 a 59 años y en los hombres del grupo de 60 a 64 años.

Tabla 63. Indicadores demográficos personas con discapacidad, localidad de Kennedy, Registradas ente 2004 – 2016

Relación Hombre/ mujer	Por cada 100 mujeres con discapacidad hay 68,9 hombres con discapacidad
Índice de Infancia	Por cada 100 personas con discapacidad hay 8,8 niños y niñas menores de 15 años con discapacidad
Índice de vejez	Por cada 100 personas con discapacidad 30,8 tienen 65 años o más
Índice de Frizz	El índice de Frizz es de 59, 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 19 años de edad el número de hombres es mayor frente a las mujeres, a partir del quinquenio de 20 a 24 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 64. Distribución personas con discapacidad por UPZ de residencia, localidad de Kennedy, registradas entre 2004 – 2016

Estrato Socioeconómico	No	%
0	24	0,1%
1	523	1,4%
2	20.114	54,6%
3	15.953	43,3%
4	165	0,4%
Sin dato	34	0,1%
Total	36.813	100,0%

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

El mayor porcentaje se encuentra en el estrato 2 lo cual es característico de la localidad, la desigualdad se expresa en el nivel de fragilidad por recursos económicos, ambiente sanos y seguros para el desarrollo humano. La inequidad se expresa en indicadores de salud donde la maternidad materna es prioritaria como meta para la salud urbana.

Las personas en condición de discapacidad de la localidad de Kennedy, según actividad realizada en los últimos meses, en su mayoría estaban realizando oficios del hogar, seguido de la incapacidad permanente para trabajar y sin pensión. La población menor de 10 años ocupó el 0,3%.

En cuanto a las estructuras o funciones corporales comprometidas por discapacidad se encontró en mayor medida el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, seguido de la afectación al sistema cardiorrespiratorio y el sistema nervioso central. Las causas de discapacidad comprometen la funcionalidad y movilidad de las personas, pero, además, por aspectos biológicos se hacen más exigentes en cuanto a los tratamientos que se requieren, aumentando los costos, lo cual incide determinadamente sobre las barreras de acceso en la garantía del derecho a la salud.

Para el estudio de la morbilidad según atenciones en salud para la población diferencial se obvió las bases de datos RIPS puesto que las mismas no incluyen las variables diferenciales necesarias para analizar el comportamiento de la población que se enferma en la localidad. De esta manera, se tomaron los resultados de la notificación realizada a los subsistemas de Vigilancia en Salud Pública teniendo en cuenta tanto las bases distritales dispuestas en el 2015, como las bases locales para dar cuenta de lo ocurrido en el 2016. Se encontró que la variable Etnia tuvo un desarrollo integral dentro de los subsistemas contando con desagregaciones para las tres comunidades reivindicadas por los autos de la corte suprema de justicia. De otro lado, la variable que menos se encontró fue en relación a los sectores LGBTI con su integración en 3 de los 8 subsistemas consultados. Dentro de los subsistemas que menos variables

diferenciales presentan se encuentra el Sisvan tanto en menores como en gestantes.

Tabla 65. Morbilidad en Salud Pública para Comunidades Étnicas, localidad de Kennedy, año 2015 – 2016

Subsistema	Total notificaciones	Indígenas		Afrodescendiente		Raizales		Palenquero		Rom gitanos		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sivigila	10642	14	0,13	40	0,38	7	0,07	2	0,02	17	0,2	80	0,8
Sisveso	1779	2	0,11	2	0,11	0	0	0	0		0	4	0,2
Sisvecos	1272	2	0,16	9	0,71	0	0	0	0	1	0,1	12	0,9
Sisvan menores	17609	14	0,08	17	0,1	1	0,01	0	0	2	0	34	0,2
Sisvan gestantes	17399	4	0,02	52	0,3	5	0,03	0	0	7	0	68	0,4
Sivelce	4806	0	0	23	0,48	2	0,04	1	0,02		0	26	0,5
Sivim	3825	18	0,47	43	1,12	0	0		0	1	0	62	1,6
Vespa	863	16	1,85	62	7,18	1	0,12	0	0	1	0,1	80	9,3

Fuente: SDS. Base Sivigila, Sisvan Gestantes, Sivelce, Sivim, Vespa, 2015. Subred Sur Occidente. Bases SISVESO, Sisvecos, Sisvan Menores, 2016.

La población étnica se identifica en los diferentes subsistemas de vigilancia en salud pública la población étnica tiene una baja notificación de eventos, siendo más elevado en el subsistema VESPA, donde se identifican 80 notificaciones (9,27%), en comparación con la población general. En todos los subsistemas la población afro descendiente tiene la mayor proporción de casos, en total representa el 67,76% (248), seguido en menor porcentaje por los indígenas con el 19,13% (70).

Tabla 66. Morbilidad en Salud Pública para población diferencial, localidad de Kennedy, año 2015 – 2016

Subsistema	Total, notificaciones	Lgbti		Personas con discapacidad		Víctimas del conflicto armado		Habitantes de calle	
		No.	%	No.	%	No	%	No	%
Sivigila	10642	0	0,00	8	0,08	15	0,14	21	0,20
Sisveso	1779	0	0,00	2	0,11	0	0,00	1	0,06
Sisvecos	1272	22	1,73	20	1,57	27	2,12	0	0,00
Sisvan menores	17609	0	0,00	0	0,00	12	0,07	0	0,00
Sisvan gestantes	17399	0	0,00	0	0,00	14	0,08	0	0,00
Sivelce	4806	5	0,10	1	0,02	1	0,02	11	0,23
Sivim	3825	16	0,42	82	2,14	14	3,82	2	0,05
Vespa	863	0	0,00	0	0,00	6	0,70	74	8,57

Fuente: SDS. Base Sivigila, Sisvan Gestantes, Sivelce, Sivim, Vespa, 2015. Subred Sur Occidente. Bases SISVESO, Sisvecos, Sisvan Menores, 2016.

El evento que tiene el mayor porcentaje es el consumo abusivo de sustancias psicoactivas, la población étnica aporta el 9,27% (80 eventos) de la notificación, el grupo con mayor participación es el de afrodescendientes con el 77,5% (62 eventos), seguido en menor proporción por los indígenas con el 20% (16 eventos). En segundo lugar, se encuentra la malaria, reconociendo que Bogotá no es zona endémica de este evento, con sólo 2 casos que representa el 7,41% del total de eventos notificados, ambos casos se corresponden a población Afrodescendiente.

Aunque se reporta un bajo porcentaje de personas en condición de discapacidad en los diferentes subsistemas de VSP, el subsistema Sivim tiene la mayor prevalencia el 2,14% (82 eventos) frente a la población general. En el subsistema Sivigila, Vigilancia en salud pública de las violencias de género con sólo un caso tiene la mayor proporción para las personas con discapacidad con el 9,09%. El segundo evento con mayor notificación frente a la población general

es el abandono del subsistema Sivim, que representa el 4,97% (9 eventos), relacionado con su condición es más probable que se presente este tipo de conductas por parte de familiares y cuidadores. En el subsistema Sisvecos el evento que más se notifica es la ideación suicida con 2,09% (15 eventos), mientras que para el Sisveso y Sivelce se reporta la más baja notificación con sólo 4 y 1 evento, respectivamente.

En las bases de los subsistemas de VSP se consideraron las variables de desplazamiento, reinserción y violencia armada para determinar la notificación en población víctima del conflicto armado. En este sentido, el subsistema que tiene mayor proporción se presenta en Sivim con el 3,82% (146 eventos), seguido por el Sisvecos con 2,12% (27 eventos).

El evento que tiene la mayor proporción en esta población es la violencia económica del subsistema Sivim con 7,55% (8 eventos), en segundo lugar, se encuentra el suicidio consumado que con sólo un caso aporta el 7,14%, mientras que la amenaza suicida representa el 5% (60 eventos) en esta población. Es decir, que los eventos que más aportan en la notificación se relacionan con la salud mental. En los demás subsistemas el aporte menor al 1% para cada uno de los eventos.

En la población habitante de calle, el subsistema donde más se notifican eventos es Vespa con el consumo problemático de SPA que aporte el 8,57% del total de casos. En segundo lugar, se encuentra la Hepatitis B, C, Coinfección Hepatitis B y Delta, evento de transmisión sexual, que con un caso aporta el 2,17%, los otros eventos con más casos son vigilancia integrada de la rabia humana y la violencia común con 7 casos cada uno, que representan el 0,43% y 1,10% frente a la población general.

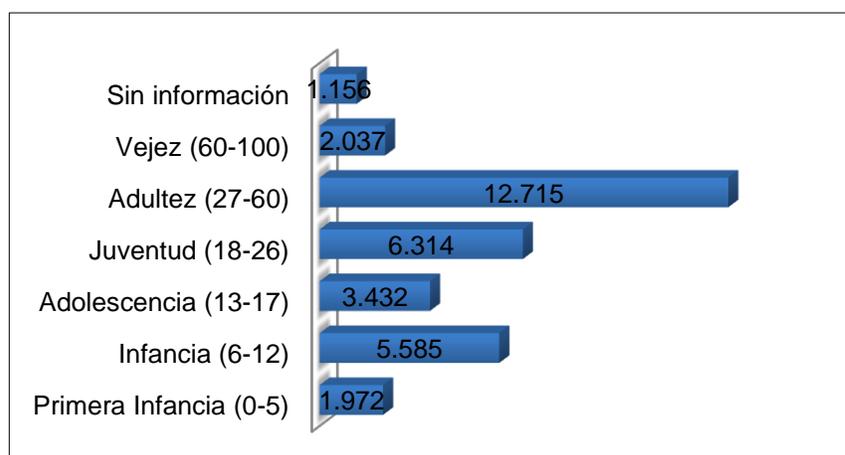
Para la población LGBTI, sólo se cuenta con variables de identificación en tres subsistemas Sisvecos, Sivim y Sivelce. El subsistema que tiene la mayor proporción y mayor número de casos es Sisvecos con el 1,73% (2 eventos), el evento con mayor notificación es la ideación con el 1,95% (14 eventos). En el

subsistema Sivelce, la lesión autoinflingida con sólo un caso representa el 3,57% del total notificado. Mientras que, para el Sivim, la violencia sexual tiene el mayor porcentaje con 1,22% (7 eventos).

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 57. Víctimas del conflicto armado por Momento de curso Vital, localidad de Kennedy, 2017



Fuente: Alta Consejería Distrital para las víctimas, la paz y la reconciliación. Sistema de Información para las Víctimas en Bogotá - SIVIC, Acumulado septiembre de 2010 – abril de 2017.

Según los datos acumulados, el Sivic reportó para la localidad de Kennedy un total de 33.211 personas víctimas del conflicto armado. Por sexo, las mujeres llegaron al 57%, mientras los hombres ocuparon el 43%. Para los intersexuales se encontró el 0,09% de peso porcentual sobre el total de la población registrada. Por curso vital, la Adulthood tiene el mayor valor con 38%, en cantidad, le siguen la juventud y la infancia. La posición de la vejez con el 6,1%, está por encima del valor para la primera infancia con 5,9%.

Las víctimas con pertenencia étnica representaron un 6% dentro del total de víctimas registradas. Así mismo, se encontró un total de 763 Indígenas, 1.181 personas de las comunidades negra, mulata, afrocolombiana, 13 Palenqueros y 4 ROM. No se encontraron Raizales en estas bases exploradas. Tan solo 25 de las víctimas afirmaron contar con una discapacidad.

Tabla 67. Población Víctima del Conflicto Armado Identificada. Localidad de Kennedy, 2016.

Localidad	Caracterización APS	Registro SIVIC	% Atención en Salud
Kennedy	6097	33172	18,4

Fuente: Subred Sur Occidente. APS en línea, acumulado 2004 – 2016. Alta Consejería Distrital para las Víctimas del Conflicto Armado, Sistema de Información para la Víctimas, Acumulado 2010 – 2017.

Al contrastar los datos obtenidos por medio de la caracterización de APS con los datos reportados por el SIVIC se encuentra que desde las acciones extramurales en salud se han logrado atender con algún tipo de actividad o servicio al 18,4% de las víctimas del conflicto armado registradas con residencia en la localidad.

Tabla 68. Resumen de la Distribución Demográfica según caracterización y registro en Salud de la Población Diferencial localidad Kennedy, años 2016 – 2017

Población Diferencial Y General	Kennedy	%	Subred
Indígena	332	15,0%	2216
Afrocolombiano	458	12,4%	3704
Rom - Gitano	417	41,7%	1001
Palenquero	47	39,2%	120
Raizal	14	51,9%	27
Total, Etnia	1268	17,9%	7068
Discapacidad	36813	41,4%	89001
Víctima Del Conflicto Armado	33172	42,8%	77460
Habitante De Calle	295	31,5%	937

Personas En Ejercicio De La Prostitución	56	31,8%	176
Reciclador	275	57,4%	479
Carretero	44	31,4%	140
Pequeño Bodeguero	63	64,9%	97
Lgbti	37	17,9%	207
Población Diferencial Local	70755	42,0%	168497

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 Sep. 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, 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 la localidad.

En el grupo de las etnias, la población afrodescendiente llegó a ocupar el primer lugar. Dentro de los habitantes de calle caracterizados, la localidad presenta los mayores resultados respecto a la Subred.

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 y su concentración en las UPZ dentro de la localidad. (28). De esta manera, se identificaron los factores de la distribución de la población diferencial en la localidad de Kennedy, teniendo en cuenta algunos aspectos de contexto (29), para determinar la forma como la población ocupa el territorio local.

Primero se contextualizaron las poblaciones a nivel local, mediante la descripción cualitativa de los datos recopilados en la anterior fase de caracterización demográfica. A continuación, se dará lugar a una georreferenciación que permita ilustrar la situación espacial de las poblaciones priorizadas para este ejercicio: personas con discapacidad, víctimas del conflicto armado y población étnica Afrodescendiente e indígena. Las cuatro fueron seleccionadas con base en su mayor volumen poblacional dentro de la localidad comparada con las demás. El trabajo se realizó gracias a la gestión de bases de datos con información de las poblaciones seleccionadas que cuentan con variables de ubicación. A partir de ello, se realizó 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 APS. Esta estrategia priorizaba la identificación de las familias más desprotegidas en cada localidad, por lo que sus bases de datos no son completamente representativas del universo de la población en el territorio. De igual forma, la estrategia se desplegó en mayor medida en las localidades de Bosa y Kennedy, que en las demás de la Subred por contar con población de mayor vulnerabilidad.

A pesar de las falencias ya descritas en la base de caracterización APS, ésta sirvió para obtener un aproximado de los datos cuantitativos de la mayoría de poblaciones diferenciales en la localidad. Los datos de población con discapacidad y de Víctimas del Conflicto Armado se obtuvieron de bases propias: para la primera, el registro oficial realizado por Vigilancia en Salud Pública, y para la segunda el registro de SIVIC a cargo de la Alta Consejería

Distrital para las Víctimas, consolidada a 30 de abril de 2017, que se obtuvo gracias a la gestión de las políticas de la Subred.

Teniendo en cuenta las tres fuentes de datos utilizadas, se elaboró la siguiente distribución porcentual de las distintas poblaciones diferenciales en la localidad:

Gráfica 58. Proporción de las poblaciones diferenciales según volumen demográfico, localidad de Kennedy, año 2016



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

Dentro de la localidad habita el 21,7% de la población diferencial identificada en la Subred Sur Occidente. Las que cuentan con mayor representación porcentual son en su orden: víctimas del conflicto armado, personas con discapacidad y población étnica. Aunque las demás poblaciones cuentan con un nivel de omisión de diferentes grados, es particularmente alto en la estimación de recicladores, carreteros y pequeños bodegueros. Vale aclarar que la mayoría de las condiciones que sirven para definir a las poblaciones diferenciales no son mutuamente excluyentes, de manera que una misma persona puede pertenecer a dos o más de ellas.

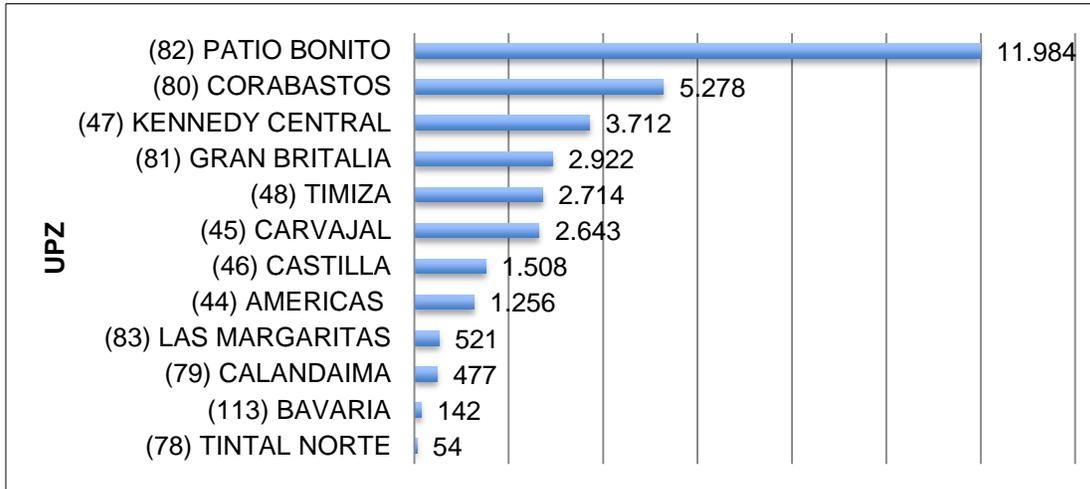
4.4.1 Población Víctima del Conflicto Armado

La población diferencial con mayor peso porcentual en la localidad es la de víctimas del conflicto armado, que reúne el 46,1% de este conjunto con 33.211 personas. Así mismo, Kennedy alberga el 42,8% de las víctimas del conflicto de la Subred, lo que representa una alta concentración resultado de un proceso de recepción de población víctima durante los últimos años. Los asentamientos en zonas periféricas de la Ciudad como Kennedy, les representan a las familias víctimas del conflicto bajos costos en vivienda y alimentación, pero los expone a otra serie de riesgos:

“La población desplazada vive en condición de emergencia y es la más vulnerable entre las vulnerables. Para acceder al mercado laboral está en desventaja, pues sus habilidades, destrezas y conocimientos adquiridos son de otro ámbito productivo; el desarraigo afectivo, material y social limita sus posibilidades de reconstrucción y desarrollo integral en condiciones dignas y estables. La inasistencia escolar, la inseguridad alimentaria, la falta de acceso a los servicios de salud, la carencia de vivienda y de trabajo son sólo algunas de las secuelas.” (28)

Esta observación se ve corroborada por la distribución de la población víctima en las distintas UPZ, allí vemos una alta concentración en las UPZ más periféricas y vulnerables de la localidad en términos de habitabilidad y confluencia de problemáticas sociales.

Gráfica 59. Distribución de Población Víctima de Conflicto Armado en la localidad Kennedy, por UPZ, año 2017



Fuente: Base de datos SIVIC, con corte 30 de abril de 2017

Como se observa en la gráfica anterior, las UPZ que concentran mayor población víctima son Patio Bonito y Corabastos, juntas suman el 52,0% del total local. Este comportamiento se explica por los bajos costos de vida en estas UPZ. El restante 48 % se distribuyen de manera desigual entre el resto de las UPZ, del siguiente modo: Kennedy Central 11,2%, Gran Britalia 8,8%, Timiza 8,2%, Carvajal 8,0%, Castilla 4,5%, Américas 3,8%, Las Margaritas 1,6%, Calandaima 1,4%, Bavaria 0,4% y Tintal Norte 0,2%. Esta disgregación de la población víctima es explicable por el contexto que rodea su llegada a la ciudad: son familias que proceden de diversas partes del país, que huyeron de la violencia en sus regiones de manera individual, y que llegaron a distintos puntos de Bogotá gracias a referencias personales o familiares, o a veces sin ningún contacto previo. Más allá de la condición misma de víctimas del conflicto armado, esta población en su conjunto se caracteriza por su alta heterogeneidad social y cultural, producto de la diversidad regional de la que provienen.

4.4.2 Personas con discapacidad

La segunda población diferencial más numerosa de la localidad son las personas en condición de discapacidad, reúne el 51,1% dentro del total diferencial. A su vez, Kennedy aloja el 41,4% de las personas con estas características que habitan en la Subred.

Esta población cuenta con el Decreto 470 de 2007, que reglamenta un sistema distrital donde se organizan todos los sectores e instituciones para atender las situaciones de vulnerabilidad de esta población. En respuesta a la Política Pública, cada Alcaldía local cuenta con un Plan de Acción local de discapacidad, que incluye proyectos de inversión como el proyecto de Banco de Ayudas Técnicas; proyecto que no logra impactar el acumulado de necesidades insatisfechas, dadas sus particularidades generadas por las múltiples limitaciones que implica la Discapacidad.

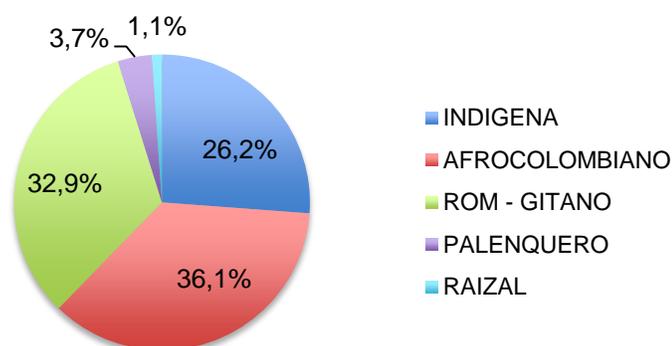
Kennedy por su parte es una localidad con UPZ de alta vulnerabilidad socioeconómica, que además no cuenta con infraestructuras amigables para transitar adecuadamente o su ubicación periférica no favorece el acceso oportuno a tratamientos de rehabilitación ubicados en otras zonas del Distrito. Además, los cuidados que requieren le significan altos costos en términos de tiempo y de recursos a sus familias, los cuales muchas veces no pueden sortear dada su situación socioeconómica.

El registro de discapacidad del Distrito señala una distribución dispersa de la población con discapacidad en la localidad; sin embargo, se detecta un mayor número de casos en las UPZ de Castilla, Patio Bonito, Kennedy Central y Timiza, lo cual sugiere una alta heterogeneidad de características socioeconómicas de esta población.

4.4.3 Población étnica

El tercer lugar con mayor representación en el conjunto de población diferencial de Kennedy lo ocupan las poblaciones étnicas, las cuales reúnen el 1,8% dentro de ese conjunto. Aunque el porcentaje es muy inferior al de las poblaciones con discapacidad y víctima del conflicto, debe recordarse que el registro de APS es una fuente con alto subregistro y omisión, comparado con el registro de personas con discapacidad o la base de Sivic que captan personas con una sola condición o situación. Las poblaciones étnicas incluyen a las comunidades indígenas, afrocolombianos, ROM o gitanos, Palenqueros, y raizales del archipiélago de San Andrés y Providencia, a continuación, se observa la distribución porcentual de estos subgrupos en la localidad.

Gráfica 60. Proporción de las poblaciones Étnicas según su Clasificación, localidad de Kennedy, Año 2016



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

Los datos que arroja APS señalan que la mayoría de la población étnica de la localidad se distribuye entre afrocolombianos, ROM-Gitanos e Indígenas. El peso porcentual de Palenqueros y raizales es mucho menor.

Comunidades Afro. Los afrocolombianos(as) constituyen el 36,1% de la población étnica local, y el 0,6% de la población diferencial local. De acuerdo a

APS, en Kennedy habita el 12,4% de la población afrocolombiana de la Subred, siendo la tercera con mayor presencia de esta población tanto en valores absolutos como en concentración por cantidad de habitantes, muy por debajo de las dos primeras que son Fontibón 43% y Bosa 41%. Sin embargo, los resultados de la Encuesta Multipropósito 2014 citada en el estudio Igualdad para un Buen y Mejor vivir – Información y visibilidad estadística de los grupos étnicos-raciales en Bogotá, sugieren una alta omisión en el dato aportado por APS. Esta segunda fuente refiere que en la localidad habita al 26,3% de la población Afrodescendiente de la Subred (alrededor de 9.300 personas) posicionándola en un segundo lugar después de Bosa donde se concentra el 60,7% de la Subred. Es necesario aclarar que, en el estudio citado, la categoría afrodescendiente agrupa tanto a los afrocolombianos como a la población raizal y palenquera; sin embargo, esta agrupación no altera sustancialmente las cifras, pues el tamaño poblacional de estas dos últimas en la localidad es muy pequeño.

La distribución geográfica de afrocolombianos(as) en la localidad es dispersa, aunque se observa la tendencia a ubicarse en las zonas occidental, central y sur de la misma. La base de APS los ubica en las UPZ Calandaima, Patio Bonito, las Margaritas, Corabastos, Kennedy Central, Gran Britalia y Timiza.

Cabe una última aclaración. Como el criterio para imputar la filiación étnica de una persona es el auto reconocimiento, las cifras de población afrocolombiana en la localidad y en el Distrito se ven también influidas por el desarrollo del proceso organizativo y de auto identificación con los referentes culturales e históricos comunes de los afrodescendientes. Este es un tercer elemento que hay que añadir a los dos factores habituales (crecimiento vegetativo y migración) para medir la dinámica demográfica de la población afrocolombiana.

Rom – Gitanos. El segundo lugar en población étnica captada por APS es ROM-Gitanos, con el 32,9% dentro de la localidad. Según este dato, Kennedy se ubica en el primer lugar en concentración de esta población en la Subred, con un

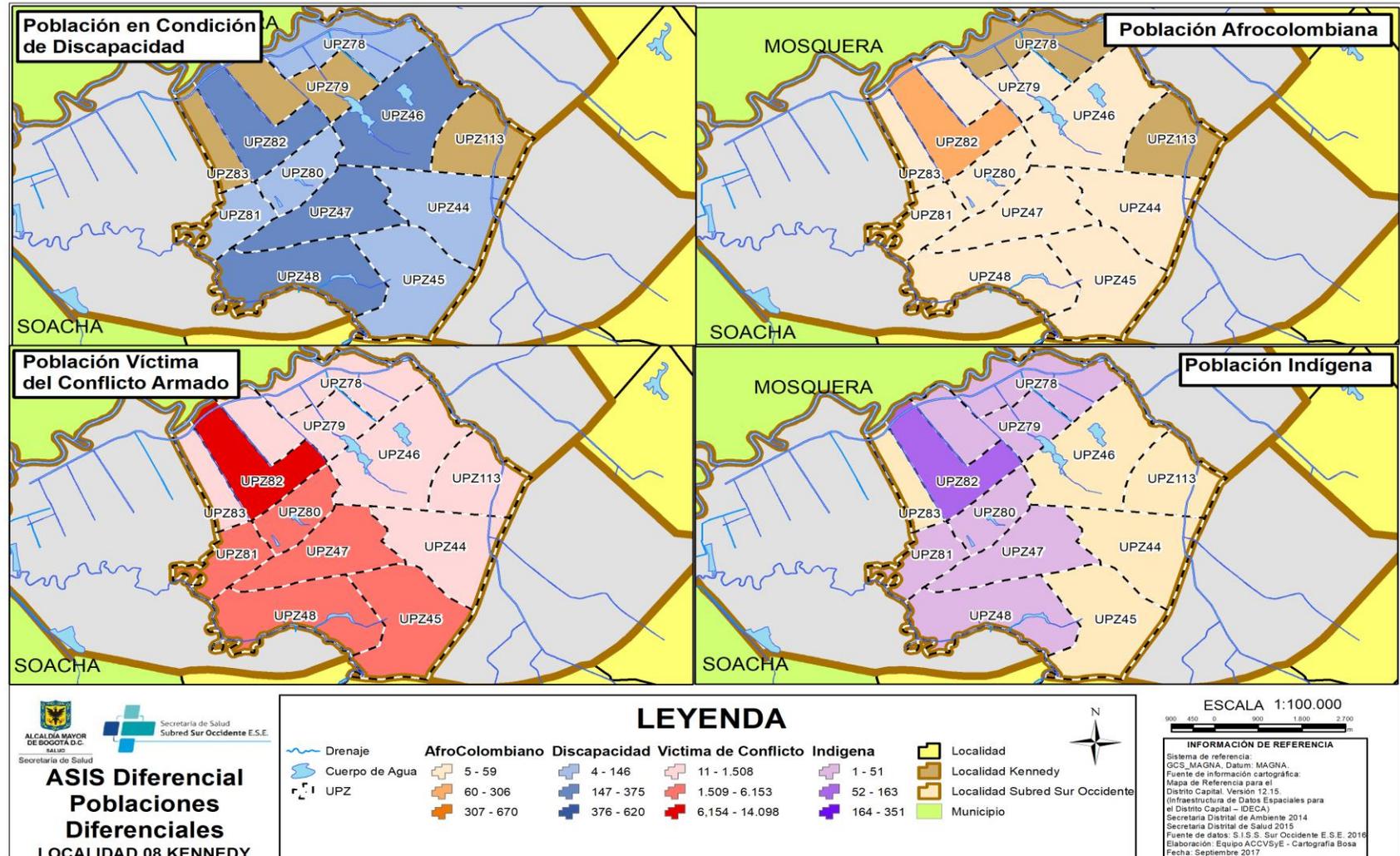
41,7%; sin embargo, estos datos indican una alta omisión de población indígena y Afrodescendiente captada por APS en Kennedy.

Indígenas. En tercer lugar, tenemos a la población indígena de Kennedy, que constituye el 26,2% de la población étnica local identificada por la misma fuente, y el 0,5% de la población diferencial local según datos de APS en Línea. La localidad alberga el 15% de la población indígena de la Subred, ocupando en ella el tercer lugar en presencia de esta población tanto en valores absolutos como en concentración por cantidad de habitantes, después de Bosa y de Fontibón. No obstante, se tiene la misma reserva señalada en los datos de afrodescendientes, pues según la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2014 Kennedy alberga al 38,1% de la población indígena de la Subred (alrededor de 3000 personas) y ocupa el segundo lugar después de Bosa en concentración de esta población. En el caso de la población indígena, es común que el motivo de llegada a la ciudad esté relacionado con eventos del conflicto armado, y que por ende sean también población víctima del conflicto. La base de datos de Sivic refiere que 763 personas víctimas de la localidad son también indígenas.

Raizales y Palenqueros. En cuanto a las poblaciones palenquera y raizal, los datos de APS en línea le atribuyen a la primera el 3,7% de la población étnica local identificada, y las ubica de manera dispersa en la localidad con una pequeña concentración en la localidad Patio Bonito. A la población raizal le atribuye apenas el 1,1%.

A continuación, se muestra el mapa que da una idea de la distribución y concentración de las poblaciones diferenciales priorizadas al interior de la localidad, con un nivel de desagregación de UPZ.

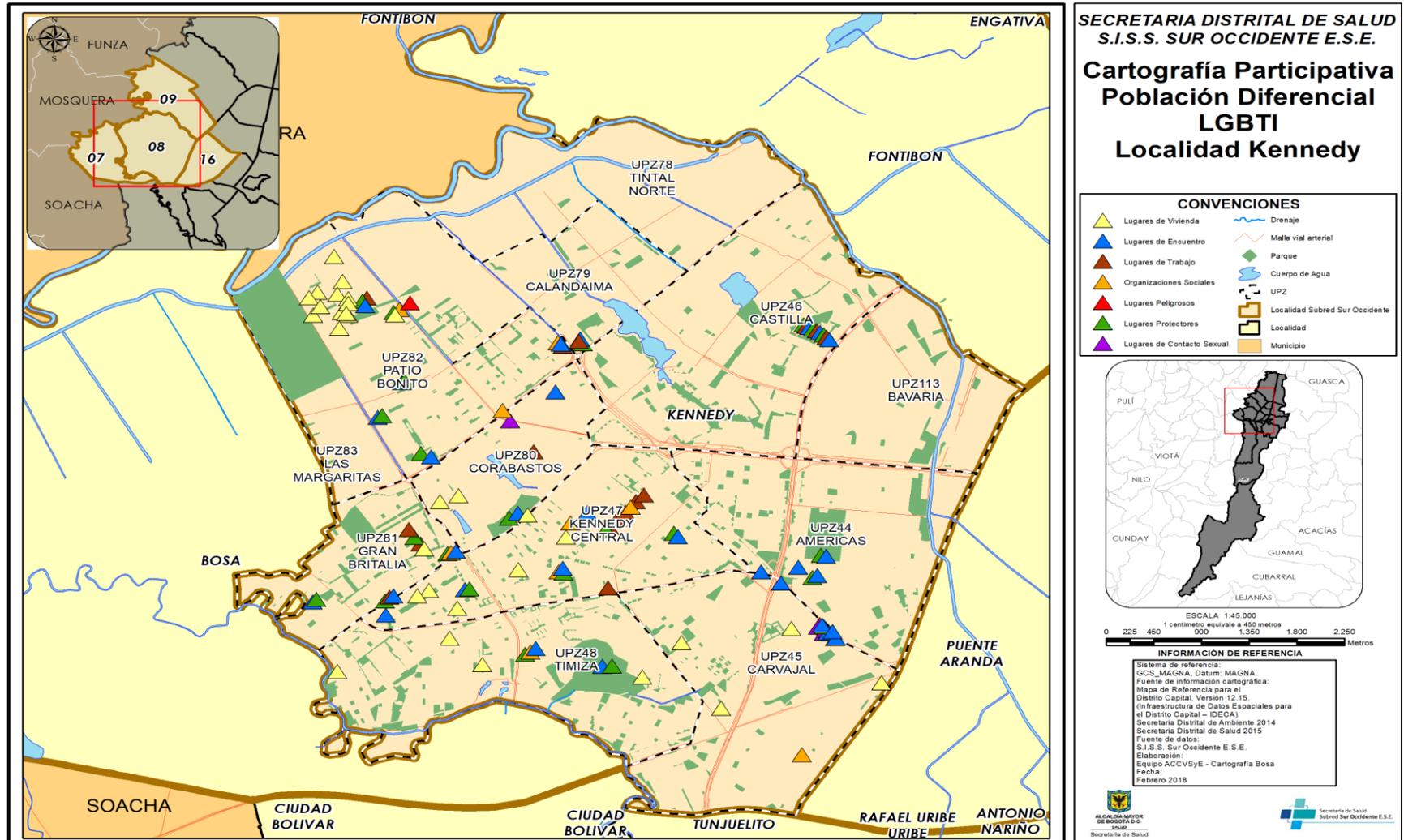
Mapa 11. Distribución espacial de las poblaciones diferenciales priorizadas, localidad de Kennedy, año 2016



Las demás poblaciones diferenciales incluidas en el ejercicio presentaron valores porcentuales menores que 1, por lo que se identifican como minorías dentro de las minorías y ameritan un estudio particular de las mismas.

La población LGBTI en la localidad reside de manera más visible para las entidades distritales en las UPZ Carvajal, Timiza, Kennedy Central, Gran Britalia y mayoritariamente en la UPZ Patio Bonito, distinguiéndose que residen en barrios de estrato 2 mayoritariamente excepto por la UPZ Patio Bonito donde la población reside en su gran mayoría en barrios de estrato 1. En cuanto a los lugares de trabajo tienen una distribución más heterogénea en cuanto a los que residen y viven en la misma encontrándose en las zonas comerciales y de servicios de las UPZ Castilla, Kennedy Central, Calandaima, Corabastos y Gran Britalia a diferencia de la UPZ Patio Bonito donde la distribución es homogénea y coincide con la cercanía a los lugares de residencia de la misma población evidenciándose el fenómeno de poco traslado entre la vivienda y el sitio de residencia con el fin de favorecer su seguridad personal evitando discriminación y hasta agresiones en espacio públicos y en el transporte público.

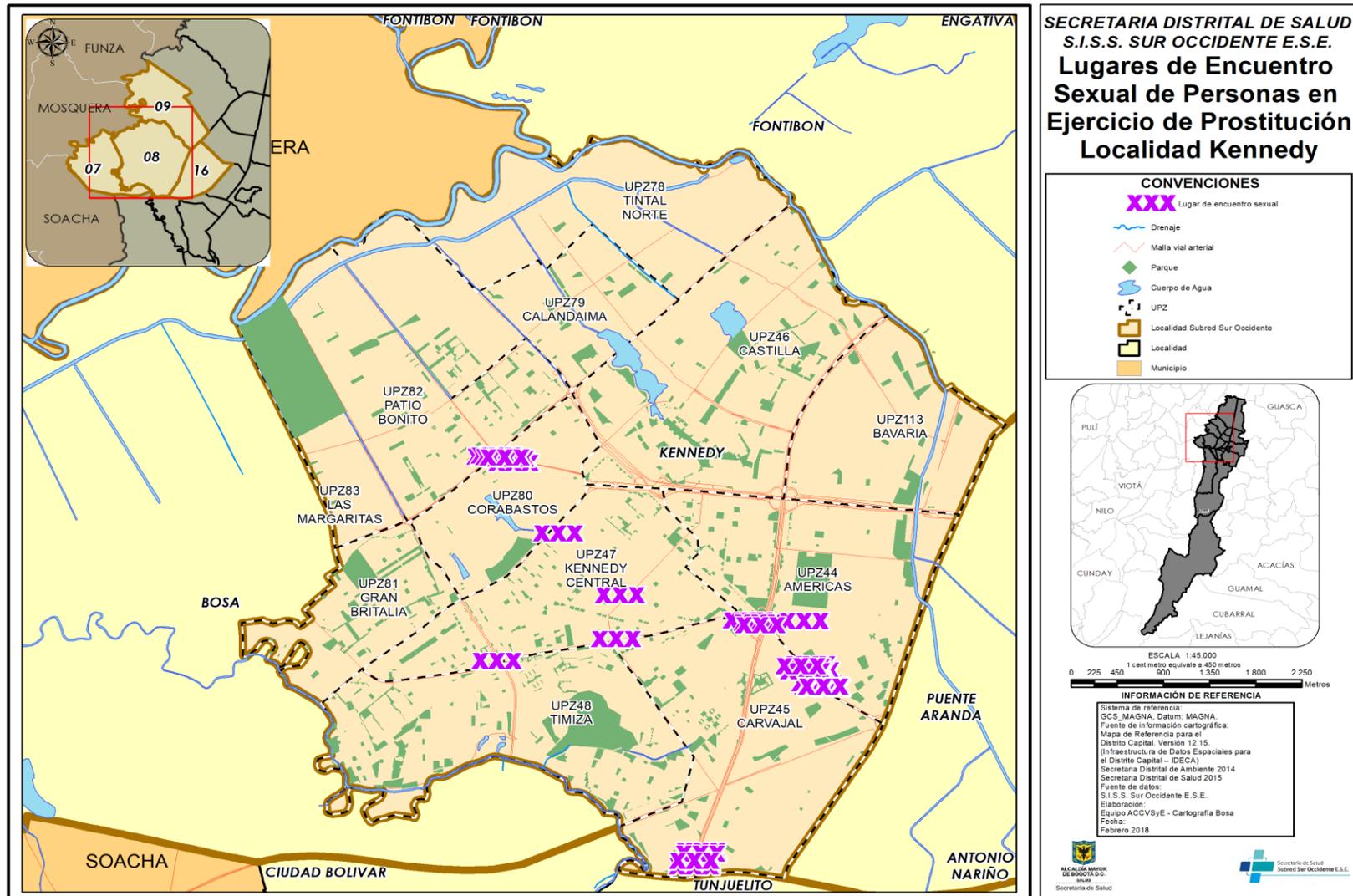
Mapa 12 Cartografía Social población LGBTI, localidad de Kennedy, año 2017



Para la población PEP, los lugares de encuentro Sexual de la localidad, a los cuales Sisvea les realiza Inspección Vigilancia y Control, se ubican en las UPZ Corabastos, Kennedy Central, Américas y Carvajal concentrándose principalmente en el corredor vial de la Avenida Primero de Mayo entre la Avenida Carrera 68 hasta la Avenida de Villavicencio dada la importancia de esta vía como eje vial de conexión de la localidad y la ciudad de oriente a occidente, así como de un eje comercial muy importante de la localidad y la ciudad; sin embargo en esta vía es de mayor importancia la Zona de rumba de la primera de primera de mayo cercana al centro comercial Plaza de las Américas comprendida en el tramo de la Avenida Calle 26 Sur o Primera de mayo entre la Carrera 68I barrio Carvajal y la Carrera 72C barrio el Triángulo por ser un tramo donde se concentra comercio y servicios muy importantes así como la cercanía a las micro empresas y talleres del Barrio Carvajal, además esta zona se destaca por presentar actividad de prostitución callejera específicamente de la Población Lgbti en las cercanos a los establecimientos de rumba que frecuenta esta misma población.

Otra zona de igual importancia por las concentraciones de establecimientos es la ubicada en la UPZ Corabastos en un tramo corto de la Calle 38 Sur entre Carrera 82 y la Avenida Carrera 86 o Ciudad de Cali en la cual se destaca la cercanía a la central de abastos y todo el comercio que gira en torno a esta central incluyendo a la zona de tolerancia en la cual también se evidencia prostitución callejera de mujeres y mujeres transgénero en este tramo de vía y recientemente en la UPZ Patio Bonito en la Avenida Ciudad de Cali justo al frente de donde culmina la zona de establecimientos de la UPZ Corabastos.

Mapa 13 Cartografía Social población PEP, localidad de Kennedy, año 2016



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. Para la identificación de las condiciones de vida y determinantes diferenciales se abordaron 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. Las dimensiones: ambiental que vincula lo natural y lo construido en el territorio, la dimensión socio – cultural, la dimensión económica y Político administrativa son el referente a lo poblacional desde su estudio demográfico.

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: en la localidad las comunidades étnicas habitan en los barrios Igualdad, Floresta y Centro América dada la cercanía a los canales donde se presentan vectores, plagas y olores molestos. Las personas con discapacidad que se concentran en la UPZ Patio Bonito se encuentran expuestas a enfermedades respiratorias por la contaminación en los alrededores del canal y vías sin pavimentar. En cuanto al fenómeno de habitabilidad en calle, las UPZ de mayor impacto de población ciudadana habitante de calle son, la UPZ 82 patio bonito en los barrios bellavista, campo hermoso, dindalito, saucedal, palmitas, patio bonito, y Tintalito, UPZ 80 Corabastos en los barrios de El Amparo, Llano Grande, María Paz, San Carlós, Villa Nelly, UPZ 44 Américas situados en la glorieta de las Américas, el barrio La Igualdad, Villa Claudia y Villa Adriana, UPZ 48 Timiza en la alameda de Timiza, Casa Loma, Palenque, La Unidad, Las Luces, Roma, Catalina, Villa Rica, El Rubí y por último la UPZ 81 Gran Britalia en los barrios de Britalia, Villa Andrea y Villa Anita.

Es por esto que al tener en cuenta el análisis de la distribución y caracterización de la población de ciudadana habitante de calle localizada en parches y cambuches de Bogotá que para Kennedy se identificaron 141 parches y 412 cambuches, convirtiéndose en la segunda localidad a nivel distrital con mayor pernoctación de ciudadanos habitantes de calle.

En el barrio María Paz se identifican personas en ejercicio de la prostitución con inadecuada disposición de escombros y desechos. Las personas que ejercen en las calles y el espacio público soportan la presión de la policía. La presencia de los sectores LGBTI se reconoce en los barrios Bellavista, Patio Bonito, Britalia, parque

Timiza, Villa Alsacia, Kennedy Central y Casa Blanca. Los recicladores se identifican en mayor medida en el Amparo, María Paz, Patio Bonito y Tintal.

Ambiente construido: las viviendas de las Etnias se encuentran en adecuadas condiciones, contando con todos los servicios públicos. Para las personas con discapacidad se evidencian vías sin pavimentar, viviendas con espacio vital inadecuado y riesgos locativos para los desplazamientos dentro y fuera del hogar. Además, la alta presencia de bici taxis dificulta la movilidad. Los ciudadanos habitantes de calle cuentan en la localidad con gran variedad de fuentes hídricas, las cuales son usadas para pernoctar en ellas, ya que allí se les facilita su permanencia y la construcción de cambuches con los residuos de reciclaje o por el inadecuado manejo de las basuras de algunos ciudadanos de la comunidad. De igual manera, se aglomeran alrededor de la central de Abastos, en los barrios María Paz y el Amparo, dada la facilidad y acceso al consumo de sustancias psicoactivas. Las personas en ejercicio de la prostitución presentan inconvenientes por exceso de ruido, escasa iluminación y olores fuertes. Los sectores LGBTI muestran alta concentración en centros comerciales, establecimientos por la Avenida Primero de Mayo, Avenida Cali y Bellavista en la UPZ Carvajal. Los recicladores se encuentran en las inmediaciones de las bodegas y fábricas.

Social: Las comunidades étnicas no acceden a educación debido a que, según su cosmovisión, los adolescentes después de los 12 años deben empezar su preparación para el matrimonio. Para las personas con discapacidad no cuentan con espacios incluyentes, falta de conocimiento en la sociedad en general sobre la diversidad funcional en la discapacidad generan exclusión de prácticas sociales y culturales. Aunado, se identifica la presencia de microtráfico de sustancias psicoactivas.

Los habitantes de calle se caracterizan por el microtráfico y consumo de las sustancias psicoactivas, la tenencia inadecuada de las mascotas. Las personas en

ejercicio de la prostitución están expuestas a riñas y violencias derivadas del ambiente propio de los establecimientos donde se ejerce la prostitución. Dificultad para el acceso a servicios de salud en personas que han migrado desde Venezuela. Algunas de las personas pertenecientes a los sectores LGBTI han sido excluidas de sus familias durante el curso de la juventud. Se suelen reunir y frecuentar lugares para la rumba y la diversión nocturna, influenciados por la prostitución. Algunos se reconocen dentro de programas para las prácticas deportivas. Los recicladores presentan consumo de sustancias psicoactivas y prácticas inadecuadas de reciclaje lo cual los exponen a riesgos derivados de su ocupación que sin embargo no cuentan con seguridad ocupacional.

Económico: los Gitanos por naturaleza se dedican a actividades comerciales, también en el oficio de la lectura de la mano. La falta de oportunidades laborales en la población con discapacidad genera que se ocupen en trabajos informales o dependan de la ayuda económica de sus familiares. Los ingresos de los ciudadanos habitantes de calle, en su mayoría son adquiridos en la central de abastecimiento más grande de país – Corabastos-, donde los proveen su alimentación y las actividades como el rebusque o la mendicidad, dándoles la posibilidad de adquirir dinero para comprar sustancias psicoactivas, las cuales pueden ser adquiridas en los alrededores de la central como lo son el sector del amparo, maría paz y el cartuchito. . Las personas en ejercicio de la prostitución presentan alimentación desbalanceada, extensas jornadas laborales que transcurren durante la noche, situaciones que afectan la salud, con debilidad en las redes de apoyo. La mayoría de las personas LGBTI se encuentran desempleadas, o se ocupan en peluquerías o ejerciendo la prostitución. Los recicladores se sostienen con los ingresos económicos generados por su oficio.

Político administrativo: los ROM –Gitanos se encuentran organizados en la unión Romaní con su representante legal que lidera los procesos en las instituciones. En la población en condición de discapacidad se presenta la falta de acceso a la educación para personas mayores, no hay apropiación de la normatividad que promueve la exigibilidad de derechos de las personas con

discapacidad. Para el habitante de calle se han organizado mesas locales y jornadas de integración social. Los sectores LGBTI participan en mesas y proyectos locales, organizados en grupos artísticos y fundaciones sociales.

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 aumenta 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 la localidad 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 pudo presentar en el apartado anterior, las condiciones de vida de las poblaciones diferenciales, determinan las posibilidades que estas 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 histórica 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 Siviigila, para el año 2015 El 0,5% de la población presentó eventos transmitidos por vectores (Chikungunya, dengue y malaria), el 67% de los casos los aporta los afrodescendientes y el restante los indígenas. Las intoxicaciones representaron en la población el 0,3%, aportando los Palenqueros el 66% de los casos. De acuerdo a la lectura de necesidades en el año 2015 se identifican pocas posibilidades en conseguir vivienda digna, específicamente en la población afrodescendiente se presentan condiciones de hacinamiento en un 60 %.

Convivencia social y salud mental: De acuerdo a la notificación Sivim el 9,5% de la población presenta algún tipo de violencia, siendo la emocional la más representativa con el 5% y por negligencia el 3% las poblaciones que las reportan son los indígenas y afrodescendientes estos últimos aportan el 70,5% de la violencia emocional y el 51,6% de las negligencias. El consumo de sustancias psicoactivas se presenta en el 6,3%, los afrodescendientes aportan el 77,5%. Las lesiones de causa externa aportan el 2,3% y el 79% de los eventos pertenecen al grupo de los afrodescendientes. La conducta suicida se presenta en el 1% de la población, teniendo el mayor aporte el intento suicida con el 0,5% aportando el 84% de los casos los afrodescendientes. El 6% de víctimas del conflicto armado se identifican con algún grupo étnico (60% afrodescendientes y 39% indígenas).

Seguridad alimentaria y nutricional: El 0,5% del bajo peso al nacer es representado por los afrodescendientes.

Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos: De acuerdo a la notificación Siviigila año 2015 para este grupo el evento más representativo es VIH en el 0,4% de la población, donde el grupo que más aporta con el 60% de los casos son los afrodescendientes y con un 20% para cada uno de los grupos ROM e Indígenas. En este grupo los eventos relacionados con la salud materno perinatal (mortalidad perinatal y morbilidad materna extrema) representan el 0,5%.

De acuerdo a lectura de necesidades se detectan otras ITS en la población afrodescendiente como sífilis y hepatitis B.

Vida saludable y enfermedades transmisibles: En este grupo de acuerdo al Sivigila la varicela es la que tiene el mayor aporte en el 3% de las etnias, seguido de vigilancia integrada de la rabia con el 1%. El grupo étnico que mayor presenta estos eventos son los afrodescendientes, aportando el 40% para varicela y el 60% para vigilancia integrada de la rabia humana; seguido del grupo de los ROM quienes aportan el 28,6% para varicela y el 30% para vigilancia de la rabia. Otros eventos, aunque en menor proporción se presentan en esta población y reflejan las condiciones precarias de habitabilidad son Tos Ferina, ESI (Enfermedad Similar a la influenza) e IRAG (Infección Respiratoria Aguda, Grave).

Vida saludable y condiciones no transmisibles: El 0.8% de las personas caracterizadas con discapacidad en la localidad refieren pertenecer a algún grupo étnico, siendo el mayor aporte de los indígenas, seguido de los afrodescendientes y luego los ROM. El evento de Sisveso más representativo es la caries cavitacional con una proporción del 0,3%, aportando el 67% de los casos los afrodescendientes. La prevalencia de enfermedades crónicas en el ciclo vital adultez y vejez son una problemática para la comunidad Gitana, las nuevas condiciones sociales de organización y el desconocimiento en algunos casos de hábitos saludables dificultan el control de muchas de esas enfermedades. De acuerdo al análisis de situación de salud de las poblaciones diferenciales en Colombia del año 2013 el comportamiento de la mortalidad en la población étnica no varía de la población general siendo el principal grupo las enfermedades del sistema circulatorio, seguido de todas las demás enfermedades y en tercer lugar las neoplasias.

Salud y ámbito laboral: Según la lectura de necesidades del año 2015, se refiere una alta discriminación en el medio laboral y/o bajo nivel educativo lo que afecta las opciones laborales en esta población.

4.6.2 Discapacidad (incluye todos los tipos de discapacidad)

Tabla 69. Dificultad permanente de las Personas con Discapacidad por curso vital, localidad de Kennedy, 2016

Dificultad Permanente	Primera Infancia		Infancia		Adolescencia		Juventud		Adulthood		Vejez		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Pensar, memorizar	427	4,2	763	7,5	723	7,1	730	7,2	1543	15,2	1171	11,5	5357	52,8
Distinción de objetos o personas	132	1,3	176	1,7	198	1,9	211	2,1	926	9,1	867	8,5	2510	24,7
Oír a pesar de usar aparato	78	0,8	106	1,0	123	1,2	180	1,8	469	4,6	591	5,8	1547	15,2
Distinguir sabores u olores	30	0,3	20	0,2	24	0,2	23	0,2	74	0,7	83	0,8	254	2,5
Hablar y comunicarse	370	3,6	627	6,2	529	5,2	553	5,4	790	7,8	490	4,8	3359	33,1
Desplazamiento por problemas de corazón o respiratorios	118	1,2	93	0,9	110	1,1	83	0,8	511	5,0	826	8,1	1741	17,1
Masticar, tragar, transformar alimentos	87	0,9	75	0,7	66	0,6	87	0,9	292	2,9	319	3,1	926	9,1
Retener orina, tener relaciones sexuales, hijos	138	1,4	127	1,3	111	1,1	123	1,2	422	4,2	580	5,7	1501	14,8
Caminar, correr, saltar	332	3,3	354	3,5	335	3,3	468	4,6	2456	24,2	1972	19,4	5917	58,3
Piel, uñas y cabellos sanos	27	0,3	36	0,4	30	0,3	42	0,4	142	1,4	123	1,2	400	3,9
Relación con personas y entorno	154	1,5	289	2,8	278	2,7	274	2,7	529	5,2	408	4,0	1932	19,0
Llevar, mover objetos con las manos	174	1,7	147	1,4	157	1,5	182	1,8	1024	10,1	1037	10,2	2721	26,8
Cambiar y mantener posición del cuerpo	182	1,8	162	1,6	148	1,5	182	1,8	932	9,2	1048	10,3	2654	26,1
Alimentarse, asearse y vestirse solo	262	2,6	263	2,6	173	1,7	175	1,7	467	4,6	694	6,8	2034	20,0

Fuente: Subred Sur Occidente, Accvsye, VSP Registro Discapacidad – SDS. 2016. Preliminares.

Salud ambiental (ambiente sano): En la localidad el 45% de vías están en mal estado y 31% en estado regular, generando barreras de acceso para las personas en condición de discapacidad.

Convivencia social y salud mental: Por curso de vida la afectación en Pensar y memorizar se presenta en el 52,8% de la población caracterizada, para la adultez es el 15,2%, vejez 11,5%, en la infancia, juventud y adolescencia sobre el 7%, en la primera infancia 4,2%. En el 33% hay dificultad para hablar y Comunicarse, la adultez aporta el 7,8%, vejez 4,8%, adolescencia y juventud sobre el 5%, infancia 6,2%, primera infancia 3,6%; en las relaciones con otros y su entorno se presentan en el 19% distribuidos así: el 5,2% en la adultez, 4% vejez, sobre el 2,7% para cada una de las etapas infancia, adolescencia y juventud y el 1,5% en la primera infancia. Las violencias afectan al 1,7% de la población caracterizada donde la emocional representa el 49% y por negligencia el 31%. La conducta suicida en este grupo afecta al 0,2%, siendo la ideación la más representativa con un aporte del 75%.

Seguridad alimentaria y nutricional: Por curso de vida la afectación en la masticación y transformación de los alimentos se distribuye así: en la vejez 3,1%, adultez 2,9%, primera infancia y juventud 0,9%, infancia y adolescencia 0,7%. Se detecta una necesidad por Inseguridad alimentaria y pobreza debido a ingresos reducidos por limitada o nula oferta laboral incluyente y altos costos en educación especializada.

Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos: Por curso de vida la afectación en tener relaciones sexuales y/o hijos es la siguiente. Vejez 5,7%, adultez 4,2%, juventud 1,2% y adolescencia 1,1%.

Vida saludable y enfermedades transmisibles: En cuanto a esta dimensión se encuentra en una mayor proporción la tuberculosis, sólo se puede tener este alcance captada como una necesidad de la población dado que las bases de datos de Sivigila no aportan este dato.

Vida saludable y condiciones no transmisibles: El 38% de la población caracterizada son adultos teniendo la mayor afectación con un 53% el movimiento, brazos, piernas siendo más afectados los hombres por encima de las mujeres en un 5%, en segundo lugar, está el sistema nervioso con un 24% con distribución similar entre hombres y mujeres y en tercer lugar los ojos con el 8% con iguales porcentajes entre hombres y mujeres. En segundo lugar, está el curso de vida vejez aportando el 26%, donde el 52% de mayor afectación es el movimiento de brazos, piernas manos, siendo más afectadas las mujeres con un 11% más que los hombres, sigue el sistema nervioso con un 15%, donde las mujeres tienen un 3% más que los hombres y en tercer lugar con el 13% sistema cardiorrespiratorio y defensas estando las mujeres en un 2% por encima de los hombres. La juventud tiene un aporte del 11% siendo su mayor afectación el sistema nervioso en un 53%, estando los hombres por encima de las mujeres en un 11%, seguido del movimiento de manos, brazos y piernas en un 26%, en esta afectación los hombres tienen un 6% más que las mujeres.

Los demás momentos de curso de vida aportan menos del 10%, donde la mayor afectación es el sistema nervioso con un aporte que oscila entre el 53% y 64%, seguido del movimiento, brazos, manos y piernas aportando la infancia y adolescencia un 17%, mientras que en la primera infancia representa el 26%; en estas edades la mayor afectación es para los hombres donde en la primera infancia la diferencia respecto a las mujeres es del 11% y en la infancia y adolescencia es del 4%. El 58,3% manifiesta dificultad para caminar, saltar correr aportando el 24,2% la adultez, el 19,4% en la vejez, 4,6% juventud, 3,5% en la infancia y el 3,3% para cada una de las etapas primera infancia y adolescencia. El 26% manifiesta dificultad para cambiar o mantener posición del cuerpo y con este mismo porcentaje manifiestan problemas para agarrar objetos siendo las etapas de adultez y vejez las que más aporte realizan con el 10%, el resto de momentos del curso de vida tienen proporciones inferiores al 2%. El 62,6% manifiestan barreras para el ejercicio de su autonomía en el espacio público, 25,8% en la vivienda, 9,2% en centros educativos y el 36,9% en centros de salud.

Salud y ámbito laboral: El 8,4% de las personas caracterizadas manifiestan barreras para desarrollar su autonomía en los lugares de trabajo, de igual forma hay una reducida oferta laboral. En los niños hay barreras educativas, las instituciones no están preparadas para niños con discapacidad cognitiva, visual y auditiva.

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

Salud ambiental (ambiente sano): Se ha reportado hacinamiento en las viviendas de familias víctimas del conflicto armado alcanzando un 15%. Otras problemáticas que afectan a esta población debido a las condiciones precarias de vivienda son: tenencia inadecuada de animales, proliferación de vectores, la contaminación y riesgos ambientales por el inadecuado manejo de residuos sólidos y riesgo de inundación por la cercanía de las viviendas a la ribera del Río Bogotá.

Convivencia social y salud mental: Gran parte de la población víctima de esta localidad vive en la unidad residencial las margaritas I y II. Sin embargo, por las características de la población que allí habita se han presentado inconvenientes en la convivencia, pues las viviendas de esta unidad residencial están habitadas por víctimas, victimarios y personas de alta vulnerabilidad. El 1% de la población captada por el Sivic es afectada por algún tipo de violencia donde el 50% es de tipo emocional y el 28,5% por negligencia y el 12% física. Los eventos de conducta suicida se encuentran en una proporción mucho menor representando la ideación el 78% de los casos.

Seguridad alimentaria y nutricional: En el año 2015, El Sisvan registró 9 gestantes bajo peso, 56 menores bajo peso y 115 escolares con malnutrición, representando el 0,2% de la notificación para el año en mención.

Vida saludable y enfermedades transmisibles: De estos eventos la mayor afectación es por varicela, seguido de morbilidad materna extrema, representando

el 53% y 20% respectivamente de los casos de esta población notificados al Sivigila.

Vida saludable y condiciones no transmisibles: El 2,5% de la población víctima del conflicto armado tiene alguna condición de discapacidad.

Salud y ámbito laboral: De acuerdo a la lectura de necesidades del año 2015 los bajos niveles educativos no les permiten acceder a ofertas laborales dignas, pues su experiencia se centra primordialmente, en labores agrícolas, que los limita a desempeñarse en labores a destajo, trabajo informal, trabajos domésticos, que ofrecen bajos ingresos; de otra parte, también se identifica estigmatización, exclusión y matoneo en lugares de trabajo y estudio por su cultura.

4.6.4 Ciudadanos Habitantes de Calle

Salud ambiental (ambiente sano): Dado que su lugar de habitabilidad es el espacio público, principalmente canales de ríos contaminados por la mala disposición de basuras, proliferación de vectores, están expuestos a múltiples riesgos, principalmente los respiratorios y dermatológicos.

Convivencia social y salud mental: El 2% son afectados por violencias, representando la emocional el 50% de los casos; el 4% tuvieron algún tipo de lesión de causa externa donde el 70% fue por violencia común. De acuerdo a lo registrado por Vespa el 25% de esta población manifiesta haber consumido algún tipo de sustancia psicoactiva. Una problemática importante es el desinterés para acceder a los programas de recuperación social por consumo de sustancias psicoactivas, pues tan solo el 9 % del total de las atenciones realizadas por la estrategia Camad acepta asistir a programas sociales de la Secretaría de Integración Social.

Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos: El 2% de esta población es afectada por eventos de este tipo, realizando el mayor aporte VIH SIDA con el

50%, otros eventos son sífilis, hepatitis B y morbilidad materna extrema; es importante recalcar que no se magnifica la presencia de estas enfermedades dado el desinterés que presenta la población ciudadana habitante de calle al tener alguno de los síntomas respectivos a estas enfermedades.

Vida saludable y enfermedades transmisibles: El 4% de esta población es afectada por este tipo de eventos donde el 64% corresponde a vigilancia integrada de la rabia. En esta población también se presenta en forma recurrente neumonía, tuberculosis lo cual no se refleja en las atenciones de las IPS debido a la falta de interés de esta población para acceder a los servicios de salud ante la presencia de síntomas. Cabe resaltar que es una población de difícil manejo y seguimiento ya que no reconoce la importancia del tratamiento o se ve interrumpido por su constante movilización dentro de la localidad o hacia otras localidades por falta de una vivienda estable.

4.6.5 Persona en Ejercicio de Prostitución

Convivencia social y salud mental: En la lectura de necesidades de 2015 se reportan violencias múltiples para las mujeres (transgeneristas), maltrato policial, consumo problemático de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, otros). También se reporta afectación de la salud mental, baja auto estima y depresión y disfunción familiar.

Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos: Esta población presenta baja asistencia a los servicios de salud, mitos frente a la salud sexual y reproductiva y poca adherencia a sus tratamientos y medidas preventivas. Dadas las condiciones inseguras para ejercer su trabajo son altamente expuestas a infecciones de trasmisión sexual.

Salud y ámbito laboral: Ambientes laborales poco higiénicos para el desarrollo de su labor y casos de explotación laboral debido a que no hay una normatividad que les permita tener un ambiente seguro.

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

Salud ambiental (ambiente sano): En la lectura de necesidades del año 2015 en mujeres transgénero se identifica la falta de una vivienda digna.

Convivencia social y salud mental: De acuerdo al Sivim el 86,5% de esta población presenta algún tipo de violencia, estando con el mayor porcentaje la emocional 43%, la sexual representa el 19%. En cuanto a la conducta suicida el 37,8% presenta ideación, seguido del 19% intento suicida. Según lectura de necesidades realizada en la localidad hay amenazas y violencias por parte de la autoridad hacia las mujeres transgénero.

Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos: En esta población una prioridad identificada son las ITS, dadas las prácticas inseguras y de igual forma demora en la entrega de medicamentos retrovirales, dificultades para el acceso a pruebas de diagnóstico y conteo de plaquetas lo que conlleva a riesgos y complicaciones principalmente en el VIH/SIDA.

Vida saludable y condiciones no transmisibles: Las transformaciones corporales y la hormonización sin asesoría médica conllevan riesgos de infecciones complicadas que incluso llevan a la muerte. "De acuerdo a la lectura de necesidades se identifica en mujeres transgénero ausencia de estudios".

Salud y ámbito laboral: Debido a la discriminación sus posibilidades laborales se reducen a los trabajos en salones de belleza y en otros casos a la prostitución, como es el caso de las mujeres transgeneristas.

4.6.7 Reciclador, Carretero, Pequeño Bodeguero

Las acciones integradas del espacio de trabajo se llevan a cabo en la UPZ 45 (Carvajal) y UPZ 82 (Patio Bonito), donde se resaltan las siguientes características:

La UPZ 45 (Carvajal): en esta UPZ se localiza el río Tunjuelo en el sector de Guadalupe con comercio predominante de cárnicos, venta realizada en comercios

y en espacio público así como venta ambulante de alimentos preparados; este tipo de comercio genera residuos en gran cantidad que no cuentan con el mejor proceso de disposición final, en el mismo sector se identifican vías del barrio en deterioro, mal estado y destapadas, debido a los cambios climáticos las calles se convierten en zonas de barro y de difícil acceso, predomina la presencia de malos olores y la mala disposición de residuos sólidos como partes de animales, así como residuos líquidos que se almacenan o disponen a las orillas del canal del río Tunjuelo incrementando el proceso de contaminación. Debido a la misma actividad económica que predomina en el sector hay presencia de perros abandonados, vectores y roedores; al ser animales sin dueño se evidencian excretas de animales sin recolectar. Por la calle 37 sur sector de talleres de mecánica se evidencian vías en deterioro por la misma afluencia de carros, este proceso genera material particulado, problemas de movilidad y contaminación auditiva.

En la UPZ 82, habitan un gran número de familias dedicadas al reciclaje en diferentes modalidades: recolección de material para reciclar (cartón, plástico, botellas, papel, entre otros); procesadoras de plástico; lavado de plástico, costales y botellas, se observa que el material reciclado es guardado y seleccionado dentro del mismo espacio de habitación con una tendencia por guardar objetos en exceso de manera desorganizada.

Salud ambiental (ambiente sano): Se identifica uso arbitrario y ocupación de zonas ilegalmente con tenencia de animales tales como vacas, cerdos, gallinas. Además, se evidencia como característica las familias multi nucleares que tienen un alto grado de vulnerabilidad, ya que las condiciones habitacionales son precarias, viviendas construidas en plásticos, latas o madera presentando condiciones de hacinamiento. En el sector el Cartuchito se destaca la venta de licor adulterado.

Convivencia social y salud mental: Sectores como el cartuchito, Patio Bonito y alrededores de la central de Abastos se destaca el consumo problemático

de SPA, microtráfico. En el año 2015, el 0,15% de casos víctimas de algún tipo de violencia son población recicladora, carretera y bodegueros.

Vida saludable y enfermedades transmisibles: Las condiciones precarias de las viviendas y en general de insalubridad del ambiente en que se desenvuelven favorece el desarrollo de enfermedades tales como ERAS, EDAS, dermatitis.

Salud y ámbito laboral: Presentan altos niveles de riesgo en la actividad laboral que desarrollan, relacionadas con riesgo biológico, químico, por carga física, físico - laborales y públicos; lo cual los hace altamente vulnerables a accidentes de trabajo y al desarrollo de enfermedades laborales, adicional a esto no tienen tiempo libre ya que el 100% de su tiempo lo invierten en el desarrollo de su trabajo. Perciben bajos ingresos en contraprestación por la actividad que desarrollan. Se identifica trabajo infantil y en adolescentes. Debido a su dinámica de trabajo no presentan hábitos de vida saludable y se encuentran inmersos en jornadas extensas de trabajo que no les da tiempo para asistir al médico.

4.7 ACCIONES EN SALUD PÚBLICA Y EXPERIENCIAS EXITOSAS

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

Desde Espacio Público las acciones van dirigidas a toda la población. Sin embargo, cabe anotar que existen algunas actividades específicas en el componente de Comunidades promotoras y protectoras de la salud mediante iniciativas comunitarias con énfasis para población con discapacidad, habitante de calle y LGBTI, en las cuales se han obtenido los siguientes resultados:

- Para población en condición de discapacidad se avanza en el fomento de iniciativas comunitarias con la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad RBC, donde se realizan actividades lúdico pedagógicas a partir de la corporalidad, y se fortalecen redes y organizaciones. Las

actividades giran en torno a diversas temáticas: participación ciudadana y movilización social, habilidades manuales y uso productivos del tiempo libre, bienestar y productividad, concepto de red, prácticas de autocuidado, humanización de los servicios de salud, eventos de interés en salud por vigilancia. También se trabaja en el desarrollo de capacidades y empleabilidad, hábitos de vida saludable, y en la apropiación de la política pública de discapacidad.

- La población LGBTI y ciudadanos habitantes de calle han sido atendidos mediante las acciones de iniciativa comunitaria, en las cuales se ha avanzado en el fortalecimiento de la exigibilidad de derechos en salud, derechos sexuales y reproductivos, prevención de ITS y aplicación de pruebas rápidas para VIH, canalización a servicios de salud y sociales.

Desde el Espacio Vivienda se ha podido abordar a población étnica mediante atenciones individuales, atención a familias y a grupos. También se ha brindado atención psicosocial comunitaria a organizaciones étnicas.

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 médico tradicional, partera, enfermera y gestor, con la implementación del programa de medicina tradicional se ha logrado llevar orientación e información sobre salud sexual y reproductiva a familia étnica teniendo como resultado la sensibilización frente a

estos temas. 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 los recorridos de identificación de problemáticas y sensibilización con la comunidad, la validación de las tensiones identificadas, así como el monitoreo y atención de eventos de salud pública.

4.7.2 Población con Discapacidad

Como acciones constantes en Salud Pública, la referencia de la Política Pública de Discapacidad realiza la divulgación del portafolio de servicios de salud a partir de la implementación de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad, la articulación intersectorial a través de la instancia de participación Consejo Local de Discapacidad para dar respuesta a las necesidades de la población con discapacidad, la activación de la ruta hacia los espacios y componente de Vigilancia en Salud Pública, que realiza el registro para la ubicación y caracterización de personas con discapacidad de la localidad, y la asistencia técnica a actores locales y al interior de la Subred relacionados con el tema de discapacidad.

Fuera de estas actividades rutinarias, durante la vigencia se realizó intervención en el soporte social de la estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad RBC, abordando a 60 familias con el fin de realizar el nodo familiar de PCD. Se logró conformar 6 grupos de la RBC: 2 formaciones de líderes de PCD, 2 formaciones de cuidadores de PCD y 2 grupos de desarrollo de capacidades. Así mismo se realizan 2 grupos de Semilleros padrinos de PCD con 10 horas de fortalecimiento mensual. Así mismo se realizó actividades en 2 grupos de iniciativas comunitarias, uno con énfasis en desarrollo de capacidades con curso de vida persona mayor y con población en condición de discapacidad y cuidadores; el otro grupo se orientó

a la formación de líderes con joven y adultos en condición de discapacidad y cuidadores.

En la localidad se cuenta como experiencia exitosa la jornada Ruta Diferencial para personas con discapacidad, liderada por la secretaria 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. Para esta jornada se realizó convocatoria a las personas con discapacidad a través del Consejo Local en cabeza de salud, IPES y Secretaría de la Mujer, junto con los representantes de las personas con discapacidad. Las personas interesadas atendieron la convocatoria, allí se realizó el registro, orientación y formación en competencias blandas y transversales como diligenciamiento de hoja de vida, entrevista, comunicación asertiva y otras. Participaron 62 personas con discapacidad.

Otra experiencia exitosa fue la Jornada de cuidado, discapacidad y salud, en donde se realizó sensibilización a personas sin discapacidad sobre comunicación incluyente, información sobre ayudas de baja complejidad, oferta institucional en salud, desarrollo del registro y caracterización a la población con discapacidad entre otros.

Hubo articulación entre los espacios Vivienda, espacio público y Gobernanza para la convocatoria a la comunidad. Se vincularon a la Jornada en Banco de ayudas técnicas (BAT) quienes socializaron la oferta de ayudas de baja complejidad que otorga en proyecto de inversión local BAT, su uso y beneficio para la comunidad y algunas recomendaciones para la elaboración en casa. Participaron de la jornada niños y niñas de institución educativa quienes tuvieron un primer acercamiento con el tema de discapacidad.

4.7.3 Víctimas del Conflicto Armado

Ante las problemáticas ambientales de adaptación a las condiciones urbanas que sufre la población víctima del conflicto armado, la Subred ha realizado acciones actividades de saneamiento básico, fumigación y cuidado del medio ambiente, construcción y cuidado de huertas urbanas por grupos comunitarios de mujeres, y procesos organizativos para reciclaje adecuado de basuras, desde los componentes de salud ambiental, espacio público, y seguridad nutricional.

De igual forma se hicieron jornadas de vacunación a niños, niñas, adultos mayores y madres gestantes y lactantes, se hizo la difusión de programas y jornadas en los diferentes barrios y se sensibilizó sobre el cuidado y manutención adecuada de mascotas. Desde el espacio vivienda se identifican familias con necesidades específicas para trabajo integral, así como para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, mejorando la calidad de vida.

Por su parte, desde el Espacio de Vivienda se adelanta el proyecto de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado, Papsivi, 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 no relacionadas directamente con estos hechos, como problemas en la relación de pareja, 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.

Las víctimas del conflicto armado también cuentan con 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.

Como experiencia exitosa se resalta la socialización de las políticas públicas de saneamiento básico, seguridad alimentaria y salud ambiental, así como la socialización del nuevo modelo en salud que sensibiliza al ciudadano sobre el cuidado del entorno y prácticas saludables en salud. Esta socialización se realiza con la población víctima del conflicto armado que habita en las unidades residenciales de población vulnerable y las que habitan en los alrededores de abastos. De igual forma en el segundo semestre del año 2017 se realizaron 2 jornadas de salud en el centro local de atención a víctimas del conflicto (patio bonito) con el objetivo de garantizar el derecho a la salud de la población usuaria de este centro, enfocando las jornadas en: programa de atención psicosocial PAPSIVI, salud sexual y reproductiva, vacunación a niñas niños y adolescentes, madres gestantes y lactantes y adulto mayor, estrategia cuídate y sé feliz, manejo adecuado de mascotas y medicina ancestral a través del quilombo

De acuerdo a las características de la localidad, se han generado espacios que permitan trabajar con la construcción y mantenimiento de huertas urbanas, generando no sólo alimentación propia, sino la posibilidad de construir proyectos urbanos productivos. Se realizan actividades comunitarias en algunas unidades residenciales de población vulnerable donde en su mayoría son las mujeres y adultos mayores quienes desde sus usos y costumbres, ven la siembra como estrategia de liberación emocional generando así cuidado en la salud mental, y la opción de construir proyectos sostenibles alimentarios.

Como actividad rutinaria se realiza oferta de servicios institucionales en el centro local de atención a víctimas del conflicto armado de la localidad, así como direccionamiento a diferentes centros de atención según patología

A nivel laboral, a la localidad continúa llegando población víctima del conflicto armado con condiciones de vida laboral desfavorable, sin embargo, desde el espacio trabajo y desde el espacio gobernanza se han promocionado diferentes estrategias de salud y ofertas laborales acordes con los perfiles de la población víctima del conflicto armado, enfocadas en salud laboral y riesgos laborales,

sensibilizando de esta manera sobre la importancia de pautas mínimas de cuidado y exigibilidad de derechos laborales. En articulación con el Ministerio de Trabajo se han realizado jornadas de empleabilidad enfocadas a esta población socializando manera de acceso a las convocatorias, construcción de la hoja de vida, desempeño en las entrevistas y cuidado en el riesgo laboral.

4.7.4 Ciudadano Habitante de Calle

Las acciones para población ciudadana Habitante de Calle, están orientadas desde la atención en acciones de protección específica y detención temprana en salud, las cuales se trabajan desde Espacio Público con las siguientes intervenciones:

El equipo de Servicios de Acogida a través de actividades de desarrollo comunitario e identificación del riesgo por medio de tamizajes en salud mental, trabajando procesos de mitigación de riesgos y reducción de daños y acciones de promoción y prevención frente a la problemática del consumo de Sustancia Psicoactivas que serán dirigidas a población en condición de vulnerabilidad, por medio de un equipo interdisciplinario (Psicólogo, Trabajador Social, Enfermera, Terapeuta Ocupacional, Educador Físico).

Los servicios de acogida brindan:

- Identificar el riesgo en salud asociado al consumo de sustancias psicoactivas, para la implementación de acciones preventivas frente a las consecuencias negativas para la salud.
- Ofrecer estrategias motivacionales orientadas 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 en Servicios de Acogida.
- Canalizar la población en riesgo por consumo de sustancias psicoactivas a la oferta institucional del sector salud y entidades intersectoriales, mediante la

orientación, seguimiento y acompañamiento de los servicios ofertados, en respuestas al riesgo identificado para la persona.

Dada la contextualización de la habitabilidad en calle, se ha logrado articular 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. Es por esto que se han consolidado acciones locales que impactan a la población habitante de calle y aunque éstas no están contempladas en el lineamiento, se viene realizando acompañamiento a las jornadas de desarrollo personal para población habitante de calle en diferentes sectores donde la concentración del fenómeno es álgida como barrio cartuchito María Paz, El Amparo, Floralia, El Class, Carvajal, Parque Cayetano Cañizales, ofreciendo por parte de la Subred las atenciones que desde espacio público se ofrecen para población habitante de calle como lo son el equipo poblacional de habitante de calle quien realiza atenciones en mitigación de daño y reducción de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas y los servicios de acogida con la identificación de riesgos de salud mental, salud sexual y reproductiva.

4.7.5 Personas en ejercicio de prostitución

Entre las acciones con personas en ejercicio de prostitución se cuenta 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.

4.7.6 Población LGBTI

Desde el Espacio Público, el Equipo poblacional que cuenta con los perfiles de enfermería, trabajo social, psicología y gestor, lleva a cabo acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde el enfoque diferencial. En la

localidad se realizaron dos jornadas de habitabilidad en calle - y desarrollo personal, con apoyo y participación de mujeres transgeneristas. 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.

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 como 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. Desde la mesa local LGBTI se realiza acompañamiento en la denuncia de violencia hacia las mujeres transgénero de la localidad y abuso policial, activando atención en salud, personería, secretaria de la mujer-enlace Sofía.

La referencia de Mujer/LGBTI resalta como experiencia exitosa la comunicación y enrutamiento a los casos identificados en lo local respecto a aseguramiento, barreras de acceso y atenciones en salud en general, en el marco de articulación constante con los gestores del proyecto Distrito diverso de SLIS y los referentes desde la Subred suroccidente para la política pública LGBTI. En la localidad se realizó 1 Jornada intersectorial Fonade, SLIS, Idpac, Juventud, en el marco de la no discriminación en el parque Cayetano Cañizares, en la cual participan 149 personas: 72 mujeres y 77 hombres.

Como experiencia exitosa se realizó un ejercicio de cartografía social liderada desde la referencia con el equipo de análisis, insumo para la identificación y caracterización de la población, posterior entrega de información y acceso a servicios de salud y sociales, trabajo intersectorial, así como los recorridos

mensuales de identificación de la población desde el mes de abril en articulación con SLIS - Distrito diverso, educación sobre oferta institucional.

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”*(30).

Es a través del PSPIC como la Subsecretaria 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(30).

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(31). 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 componentes 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 (32). 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, IPSs 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 (31). En Salud Pública, este espacio cuenta con 2 acciones integradoras:

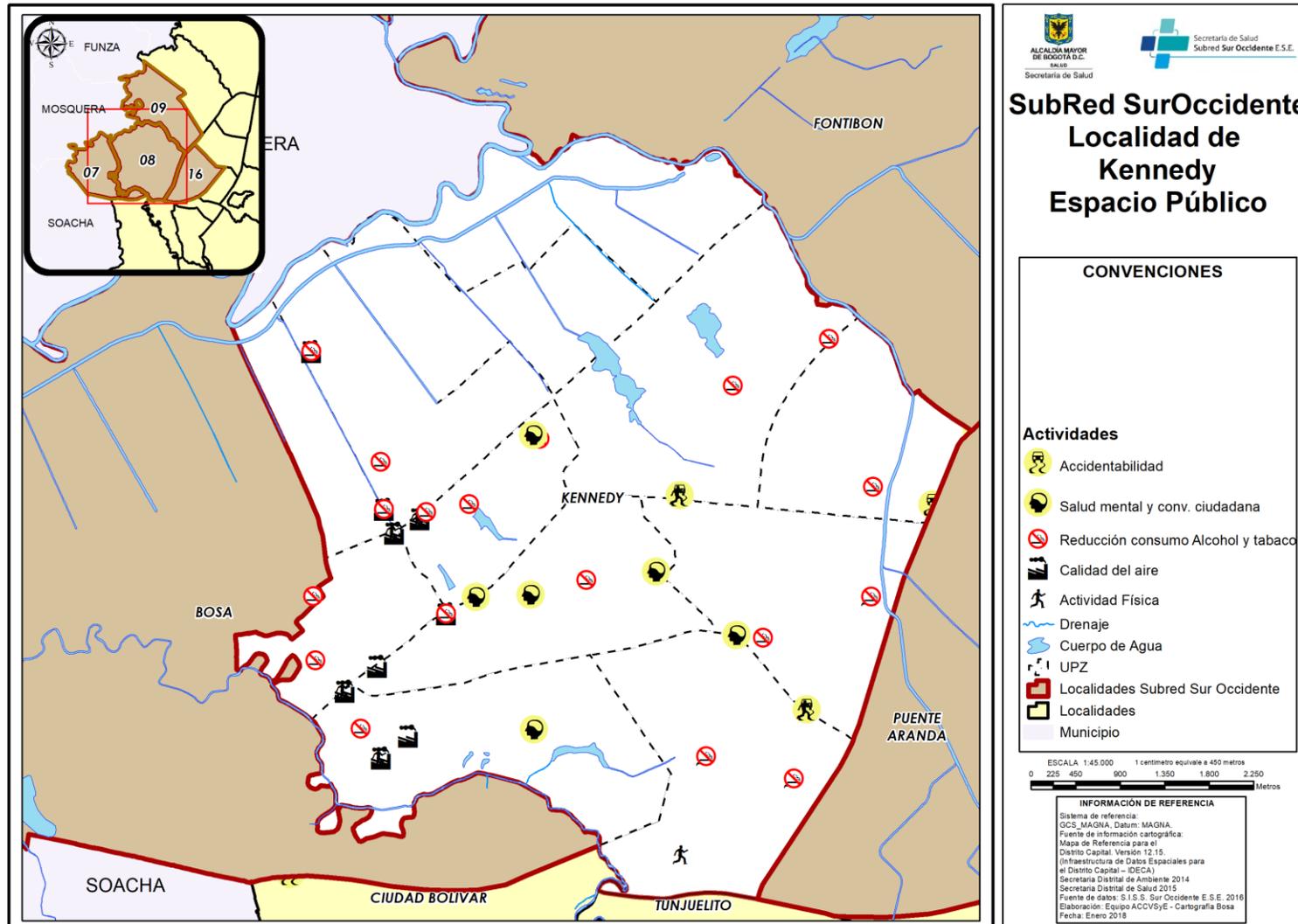
1) Gestión del Riesgo en Salud en el Espacio Público: Contribuye al uso efectivo y goce del espacio público para el mejoramiento de la calidad de vida de los bogotanos, desarrollando acciones promocionales en salud en escenarios colectivos priorizados. Esta acción cuenta con dos componentes: a) “Constructores 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,

Caracterización y monitoreo del riesgo en salud en el espacio público y puntos Cuidate Sé Feliz

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: Servicios de orientación para adolescentes y jóvenes entre los 10 y 26 años con consumos iniciales de sustancias psicoactivas (SOJU), Servicios de Acogida y Línea Psicoactiva.

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.

Mapa 14. Espacialización acciones integradoras, Espacio Público, Localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente E.S.E.



En cuanto a la distribución geográfica de las acciones, en el mapa no se evidencia concentración en alguna UPZ específica en el desarrollo de las acciones, sin embargo, se destaca las de reducir el consumo de SPA en Carvajal, Américas, Patio Bonito, Corabastos y Gran Britalia, lo cual es concordante con la problemática y análisis de determinantes de estas UPZ en cuanto a seguridad y evidenciado en las notificaciones de SIVIM, SISVECOS y VESPA. Las acciones de calidad del aire se encuentran en puntos estratégicos de contaminación donde convergen las UPZ Timiza, Kennedy Central y Gran Britalia y el otro punto es Patio Bonito-Corabastos. Las actividades de accidentalidad se encuentran en UPZ Américas donde están las vías principales Avenida Américas y Avenida Primera de Mayo.

5.1.1.1 Análisis de resultados de las acciones en Espacio Público

Acción Integrada 1 Gestión del Riesgo En Salud Pública

Componente 1. Constructores Del Espacio Público

Acciones Itinerantes: Se realizaron 44 acciones con una cobertura del 83% de las UPZ, distribuyéndose este porcentaje en cada una de la siguiente manera: Castilla 26,2%, Carvajal: 16,7%, Corabastos: 14,3%, Calandaima: 11,9%, Patio Bonito: 9,5%, Timiza: 9,5%, Gran Britalia: 4,8%, Las Margaritas: 4,8%, Américas: 2,4%, Kennedy Central: 2,4%.

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 Kennedy la mortalidad por ERA en el año 2014 para enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores fue de 30 por 100.000 habitantes y para infecciones respiratorias agudas de 15 por 100.000 habitantes. Para el tema de patrones de movilidad fue relevante Con más del 40% el medio de transporte masivo es el más accesible a la población de la localidad calificándolo en forma deficiente, esto habla de posibles dificultades en el acceso a servicios de educación, salud, sociales entre otros, aproximadamente el 30% de la población se desplaza caminando o bicicleta y tan solo el 11% usa carro particular, reflejando condiciones económicas no tan solventes; esto incrementa el riesgo de accidentalidad de tránsito dada la complejidad, estado y seguridad de las vías en la localidad; de igual forma es un factor predisponente para alterar la salud mental.

Otro de los indicadores en los cuales es necesario reforzar es lactancia materna la cual tuvo una mediana para el año 2016 de 3,0. 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 mantener las coberturas útiles de vacunación que se lograron en el año. 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 prevención de embarazo a temprana edad, mortalidad materna, sífilis congénita, IRA, enfermedades crónicas, dar continuidad a movilidad 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 79. Calandaima, con un total de 9 barrios caracterizados en los cuales el 22,2%(2) se clasificaron como alto riesgo, las variables que agravan la calidad de vida de estos barrios son la alta presencia de perros callejeros y comunitarios, y los riesgos por el inadecuado manejo de residuos sólidos. El 77,7% (7) en riesgo medio según la semaforización de percepción del riesgo, se determinan en su gran mayoría factores de violencia interpersonal y mal manejo de residuos sólidos. Esta UPZ se priorizo por direccionamiento de referente Distrital de Vigilancia Comunitaria en Salud Pública.

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 barrios 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 un punto dentro de la localidad rotado en las UPZ Las Margaritas, Kennedy Central, Patio Bonito y Timiza con una cobertura del 33,3% del total de UPZ de la localidad. En el periodo se tamizaron un total 7.908 personas mayores de 18 años identificando riesgo cardiovascular alto en el 2,8% (224) y riesgo cardiovascular medio en el 29,1% (2.306)

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: 10,3% hipertensión arterial, 1,8% obesidad y 1,7% diabetes mellitus. Dados los resultados se evidencia la importancia de poder ampliar la cobertura con otro punto en la localidad, de igual forma porque hay un reconocimiento y satisfacción de la comunidad con la actividad.

Como aspectos a mejorar se destaca: 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: 245 personas. La UPZ Américas aporta el 43,2% con el tema lucha contra el tráfico de drogas. La UPZ Patio Bonito aporta el 33,8% con el Día mundial de la alimentación y UPZ Carvajal el 22,8% Cuidado, Salud y Discapacidad.

Mediante el desarrollo de estas jornadas se logra:

- Sensibilización concientización pública sobre la migración y su relación con la alimentación, agricultura sostenible y autoconsumo. Socialización de alimentación complementaria en menores de 6 meses a un año. Relación que existe entre alimentación saludable y prevención de enfermedades crónica.
- Fortalecimiento en los participantes en el 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.
- Sensibilizar los participantes en cuanto a los riesgos del consumo de sustancias psicoactivas, fortaleciendo factores protectores y orientado en los servicios que presta la Subred.

Componente 2. Vincúlate

De acuerdo al subsistema de Vigilancia Epidemiológica del Consumo de Sustancias Psicoactivas para el año 2016 Kennedy aporta el 8,8% a la notificación del Distrito y el 55% de la notificación se concentra en las UPZ Patio Bonito, Carvajal, Kennedy Central, Gran Britalia y Corabastos, siendo las etapas de adolescencia y juventud las que más concentran esta problemática con el 38,7% y 27,8% respectivamente, 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 40% y mejoramiento en la calidad de vida en el 30% de los jóvenes que participaron en el proceso, se desarrolló la actividad en las UPZ Kennedy Central, Timiza, Gran Britalia y Patio Bonito.

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 5,3%. Se dio cobertura en el 58% de las UPZ donde el mayor número de población a la cual se aplicó pruebas para detección de riesgo fue Corabastos con el 66%.

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 2394 casos fueron abordados de los cuales se logra canalizar a 407 con un 17% 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 son muy bajos lo cual es 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 82% (353). 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.

Como experiencias significativas para esta localidad se resalta lograr articular con una organización externa capacitación sobre actividades productivas (estampado en tela), donde el grupo busca otros espacios y horarios para aprender esta actividad y generar inclusión y productividad así mismo el aprovechamiento del tiempo con la iniciativa de RBC.

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*: 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.

Componente Amarte: promueve la salud sexual y reproductiva y los derechos de la comunidad educativa en esta materia, de igual forma se realizan acciones de detección temprana y atención de los eventos relacionados con esta dimensión.

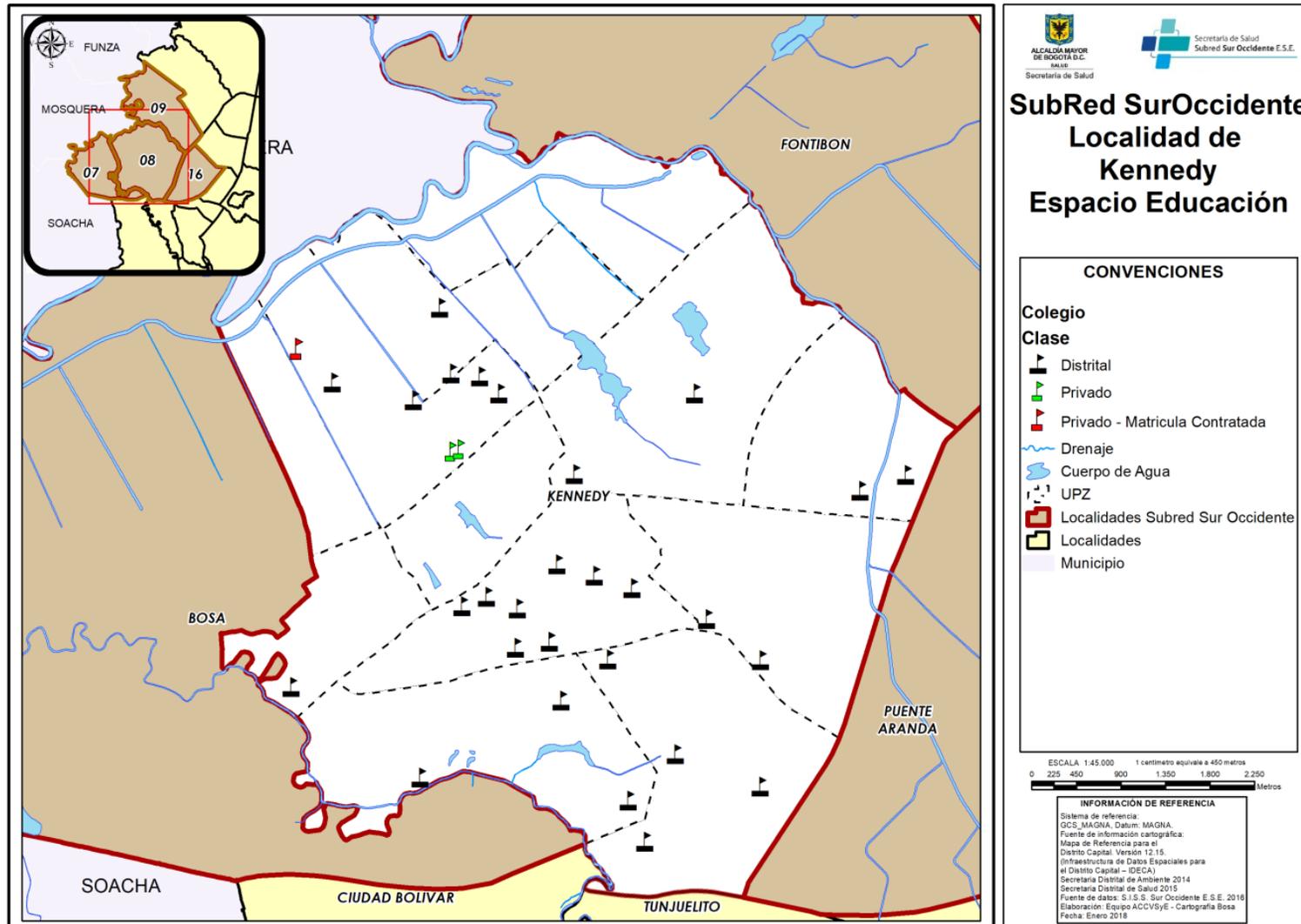
Componente Disfrutarte: Componente que promueve prácticas de alimentación saludable, actividad física, importancia del movimiento, uso adecuado del tiempo libre y cuidado del cuerpo.

Componente Cuidarte: 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 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 Espacio Educativo en la localidad de Kennedy realizó intervenciones en 36 instituciones, 32 colegios oficiales y 4 privados, abarcando 9 de las 12 UPZ de la localidad (75%): 47. Kennedy Central, 82. Patio Bonito, 81. Gran Britalia, 79 Calandaima, 46. Castilla, 44 Américas, 113 Bavaria, 48. Timiza, 45 Carvajal.

Mapa 15. Cobertura de acciones Espacio Educativo, Localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente E.S.E.



5.1.2.1 Análisis de los resultados de las acciones integradoras

La UPZ con mayor cobertura en las acciones de Espacio Educativo fue Patio Bonito con diez colegios, seguida de Kennedy Central con ocho, Timiza con seis, Carvajal con cinco, Américas con tres, y con una institución cada una están las UPZ Bavaria, Tintal Norte, Calandaima y Gran Britalia. 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.

A su vez se realizan 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: Para la localidad de Kennedy se evidencia en las instituciones educativas un alto índice de consumo, específicamente en las instituciones educativas ubicadas en la UPZ Patio Bonito, asociado al entorno a la plaza de mercado abastos y a las condiciones sociofamiliares de este sector.

Amarte: Se da prioridad a estas instituciones educativas al encontrarse casos reiterados de abuso y violencias, embarazo adolescente y desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

Cuidarte: Para la localidad de Kennedy se encuentra un gran número de niños y niñas con malos hábitos de higiene oral y un desconocimiento generalizado sobre la importancia de la realización de la técnica adecuada de lavado de manos como una forma de prevenir enfermedades.

Explorarte: enfermedades respiratorias ocasionadas por la contaminación generada por las quemas de basuras que realizan personas dedicadas al reciclaje

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. En la siguiente tabla se expone el número de colegios en los cuales se desarrolló cada componente, en cada UPZ de la localidad

Tabla 70 Cobertura Espacio Educativo por UPZ componentes de acción integradora Sintonizarte, localidad Kennedy, 2017

UPZ	Número de colegios con cobertura espacio educativo					
	Acompañarte	Amarte	Cuidarte	Disfrutarte	Explorarte	Total acción sintonizarte
113. Bavaria	1	1	1	1	1	1
44. Américas	3	3	3	3	3	3
45. Carvajal	5	5	5	5	5	5
47. Kennedy Central	8	8	8	8	8	8
48. Timiza	6	6	6	6	6	6
78. Tintal norte	1	1	1	1	1	1
79. Calandaima	1	1	1	1	1	1
81. Gran Britalia	1	1	1	1	1	1
82. Patio Bonito	10	10	10	10	10	10
Total colegios	36	36	36	36	36	36

Fuente: Registros Espacio Educativo, SISS Sur Occidente, 2018.

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 posttest digitados. Sin embargo, se han identificado algunos resultados en la localidad de manera cualitativa.

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 estudiantes matriculados en los colegios oficiales donde se implementó la acción integradora Sintonizarte (68124), el 12,0% (8200) participó directamente en actividades de la estrategia, lo que representa el 7,5% de los estudiantes matriculados en todos los colegios oficiales de la localidad.

Tabla 71 Cobertura Espacio Educativo en Colegios Oficiales, localidad Kennedy, 2017

Ítem	Kennedy	%
N.º Colegios Oficiales en la localidad	51	N.A.
N.º Colegios oficiales atendidos por Espacio Educativo	32	62,7%
N.º Estudiantes Matriculados en Colegios oficiales	109833	N.A.
N.º Estudiantes atendidos por Espacio Educativo en Colegios Oficiales	8200	7,5%

Fuente: SISS Sur Occidente, Registros Espacio Educativo, 2018.

Otros aspectos por mejorar de cada componente del Espacio fueron las siguientes:

- 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 del autocuidado 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 Secretaria Distrital de salud y Secretaria 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.

Finalmente se identificaron algunas situaciones externas que generaron limitaciones para la implementación de la estrategia:

- Paro distrital de maestros, que retrasó las actividades del Espacio
- 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.
- Falta de tiempo de los docentes para poder implementar actividades con ellos
- Reducción de horas para el desarrollo de acciones, al igual que de talento humano.

5.1.3 Espacio Vivienda

El espacio vivienda es el escenario de residencia y convivencia permanente o transitoria, donde la persona recibe refugio, acogida y afecto. En este escenario se establecen los vínculos y relaciones sociales de base para el desarrollo de la vida social cultural y política de las personas y las familias (31). 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 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. 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, ii) atención familiar individual y grupal, la cual brinda atención psicosocial a las víctimas, junto con los integrantes de sus familias 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 espacialización (mapa 16) de las acciones integradoras del espacio vivienda, correspondiente a las actividades realizadas desde cada uno de sus componentes:

Cuidado para la salud familiar

Las actividades que se desarrollan bajo esta acción integradora se llevan a cabo en todas las UPZ que hacen parte de la localidad de Kennedy, con algunas diferencias entre sus componentes. En gestión del riesgo, su actuar se concentra en las UPZ Carvajal, Castilla, Kennedy Central, Timiza, Calandaima, Corabastos, Gran Britalia, Patio Bonito y Bavaria. Para acciones en familia, dada la fundamentación de la priorización de las familias (socioeconómicas, ambientales y epidemiológicas) su accionar se desarrolla en las 12 UPZ de la localidad. Con respecto a los hogares comunitarios de bienestar, se intervinieron 39 HCB, distribuidos en 9 UPZ de la localidad así: Américas, tres (3) HCB ubicados en los barrios Igualdad y Floresta Sur. Carvajal, cuatro (4) HCB ubicados en los barrios Lucerna, Floralía y La fragua. Kennedy Central, dos (2) HCB ubicados en los barrios Cervantes y Súper Manzana 6. Timiza, ocho (8) HCB ubicados en los barrios Villa de los Sauces y La Unidad. Tintal Norte, cuatro (4) HCB ubicados en el barrio Ciudad Tintal. Calandaima, dos (2) HCB ubicados en los barrios Tierra Buena y Patio Bonito. Corabastos, seis (6) HCB ubicados en los barrios Corabastos, María Paz y Cañizares Cayetano. Gran Britalia, uno (1) HCB ubicado en el barrio Salem. Patio

Bonito, nueve (9) HCB ubicados en los barrios Las Almendras, La Rivera, Jazmín Occidental, El Triunfo, Dindalito, El Paraíso y Las Brisas.

Atención psicosocial diferencial para personas, familias, víctimas. (PAPSIVI)

Esta acción integradora 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 Fontibón se han abordado 472 personas, dada la confidencialidad con la que se deben tratar los datos no es posible espacializar su lugar de residencia.

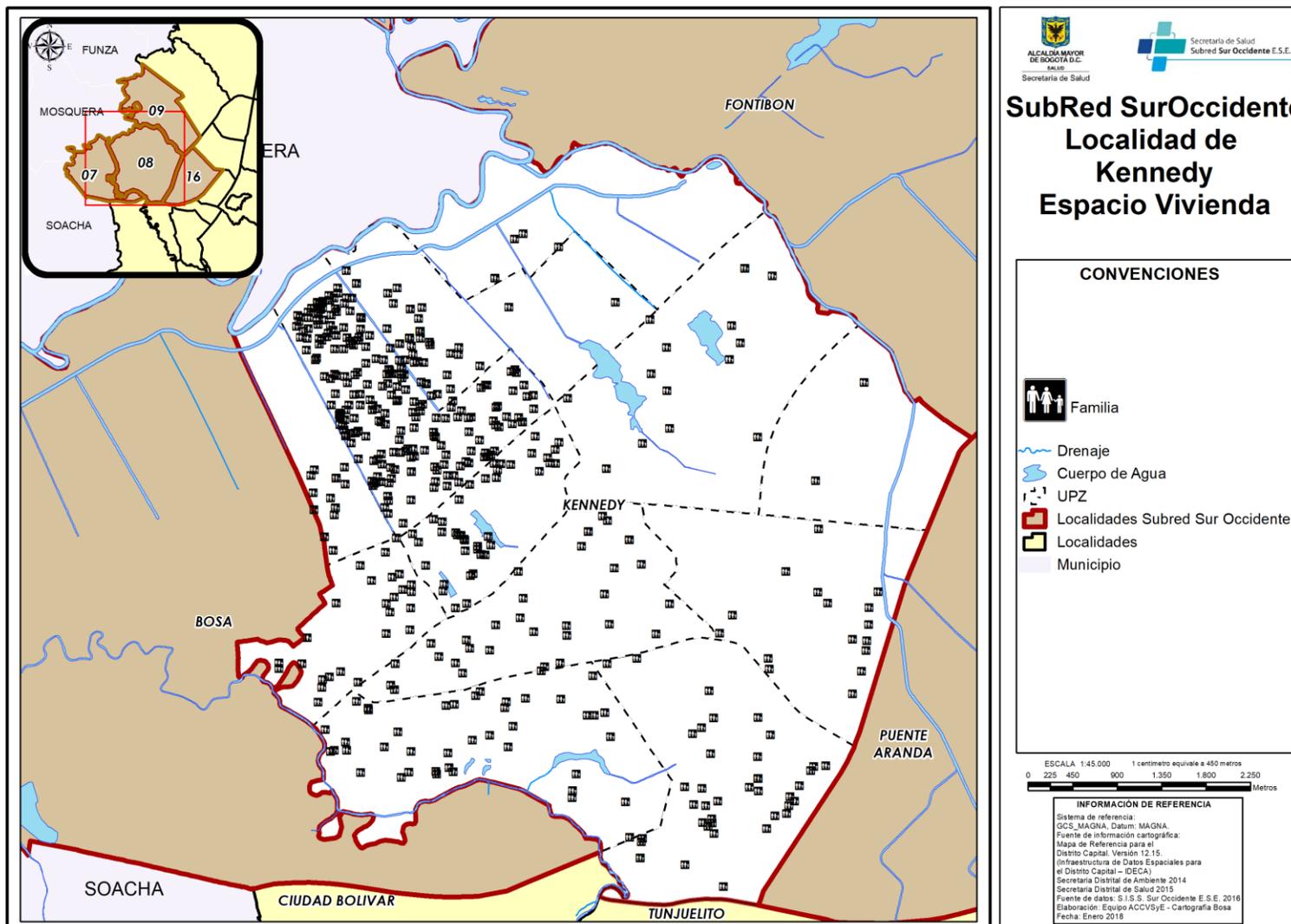
Instituciones persona mayor

En la localidad de Kennedy se realizan acciones en 11 instituciones de persona mayor distribuidas por UPZ de la siguiente manera: Américas, una (1) en el barrio Mandalay. Carvajal, cuatro (4) en los barrios Carvajal y Oneida. Castilla, dos (2) en el barrio Castilla. Kennedy Central, tres (3) en el barrio Kennedy Central. Patio Bonito, uno (1) en el barrio Patio Bonito.

Población institucionalizada

Esta acción integradora no se desarrolla en esta localidad.

Mapa 16. Cobertura acciones integradoras, Espacio vivienda, Localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente E.S.E., mayo a diciembre 2017



En el mapa se puede evidenciar que la UPZ de mayor cobertura en las acciones realizadas desde el espacio vivienda es Patio Bonito (82), seguida por Corabastos (80), Gran Britalia (1), Kennedy Central (47), Carvajal (45) y Timiza (48)

5.1.3.1. Análisis de los resultados de las acciones integradoras

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 27.889 usuarios (lo que equivale al 38,7% del total de beneficiarios identificados) con visita efectiva residentes en la localidad de Kennedy a quienes se les evalúa el riesgo para la de alertas. Del total de individuos abordados al 0,2% se clasificó con prioridad alta, al 70,2% con prioridad media y al 29,6% con prioridad baja.
- A las personas con prioridad alta se les efectuó 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.
- Al revisar la canalización efectiva en personas con activación de ruta de promoción y mantenimiento de la salud (asistieron a cita luego de la intervención realizada), se evidencia que solo el Programa Ampliado de Inmunizaciones alcanza una efectividad del 100%. El resto de programas se encuentran por debajo del 70%, los más bajos porcentajes son para salud oral, seguido de examen de seno que no superan el 35%.

Tabla 72 Canalización efectiva componente gestión del riesgo Espacio Vivienda, localidad de Kennedy, mayo a diciembre 2017

Programa P Y D	No. de usuarios efectivos	% canalización efectiva
PAI	510	100%
Salud oral	2742	33,3
Crecimiento y desarrollo	1480	61,2
Control prenatal	14	56
Planificación familiar	273	53,8
Alteraciones en el joven	889	59,5
Alteraciones en el adulto	855	43,1
Citología	2248	61,4
Examen de seno	222	35,4
Agudeza visual	74	65,4

Fuente: Matriz de recolección de información Espacio vivienda Subred Sur Occidente mayo a diciembre 2017

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 barreras 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 1.885 familias residentes en la Localidad de Kennedy 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 94% 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 41,6%, con respecto a las gestantes con seguimiento no se notificaron en ellas mortalidades perinatales y/o maternas.
- Sífilis gestacional: El seguimiento efectivo fue del 50%. De las gestantes con seguimiento el 75% realizaron tratamiento al igual que el 30,5% de las parejas. El 72% de las gestantes asistieron a control prenatal. Finalmente, el 5,5% de los casos de sífilis gestacional abordados terminaron en sífilis congénita. Se ha identificado que gestantes con sífilis gestacional no completan el tratamiento asociado al número de dosis y a la logística para su acceso (desplazamiento a la Unidad de Salud), así mismo se reconoce un alto porcentaje de reinfección, dado que la pareja no accede al tratamiento por la falta de consciencia frente a las consecuencias y secuelas que puede generar la enfermedad en la gestante y por ende en el recién nacido y la intimidación por la forma en que se realiza el procedimiento (inyectado). Por otro lado, la asistencia tardía o no asistencia a controles prenatales y por ende el acceso tardío o no acceso al tratamiento, la falta de corresponsabilidad de las gestantes son las principales razones por las cuales se presenta la sífilis congénita.
- Desnutrición aguda en menores de 5 años: Se intervinieron el 76,3% de los casos remitidos, de estos, el 23,8% de los niños y niñas tuvieron ganancia de peso durante el seguimiento, el 92,8% tuvieron asistencia a control de crecimiento y desarrollo y el 100% estaban vinculados a un programa de apoyo alimentario.
- Bajo peso al nacer: El abordaje fue del 58,9% de los niños y niñas remitidos por VSP, de estos, el 100% tuvo ganancia de peso y el 95,7% 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.

- Salas ERA: El 56,2% de los niños y niñas que asisten a salas ERA acuden a las 72 horas a control, la evolución favorable de los menores y la notable mejoría de los síntomas de la enfermedad hace que las madres y/o cuidadores le reste importancia a la consulta de control que se asigna luego del alta de la sala ERA, por otro lado, se han identificado cuidadores que proporcionan datos de identificación herrados por lo que no es posible realizar el contacto efectivo para recordar la asistencia a la cita de control.
- Conducta suicida: Del 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: Del total de casos remitidos se logró abordar el 52,4% de los eventos reportados por violencia sexual y el 38,3% 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 Kennedy se abordaron 42 HCB, con 546 niños y niñas menores de 5 años y 42 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 100% 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 472 personas víctimas en tres componentes; atención individual y grupal 144 beneficiarios, atención familiar 298 beneficiarios y atención comunitaria 30 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 11 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.

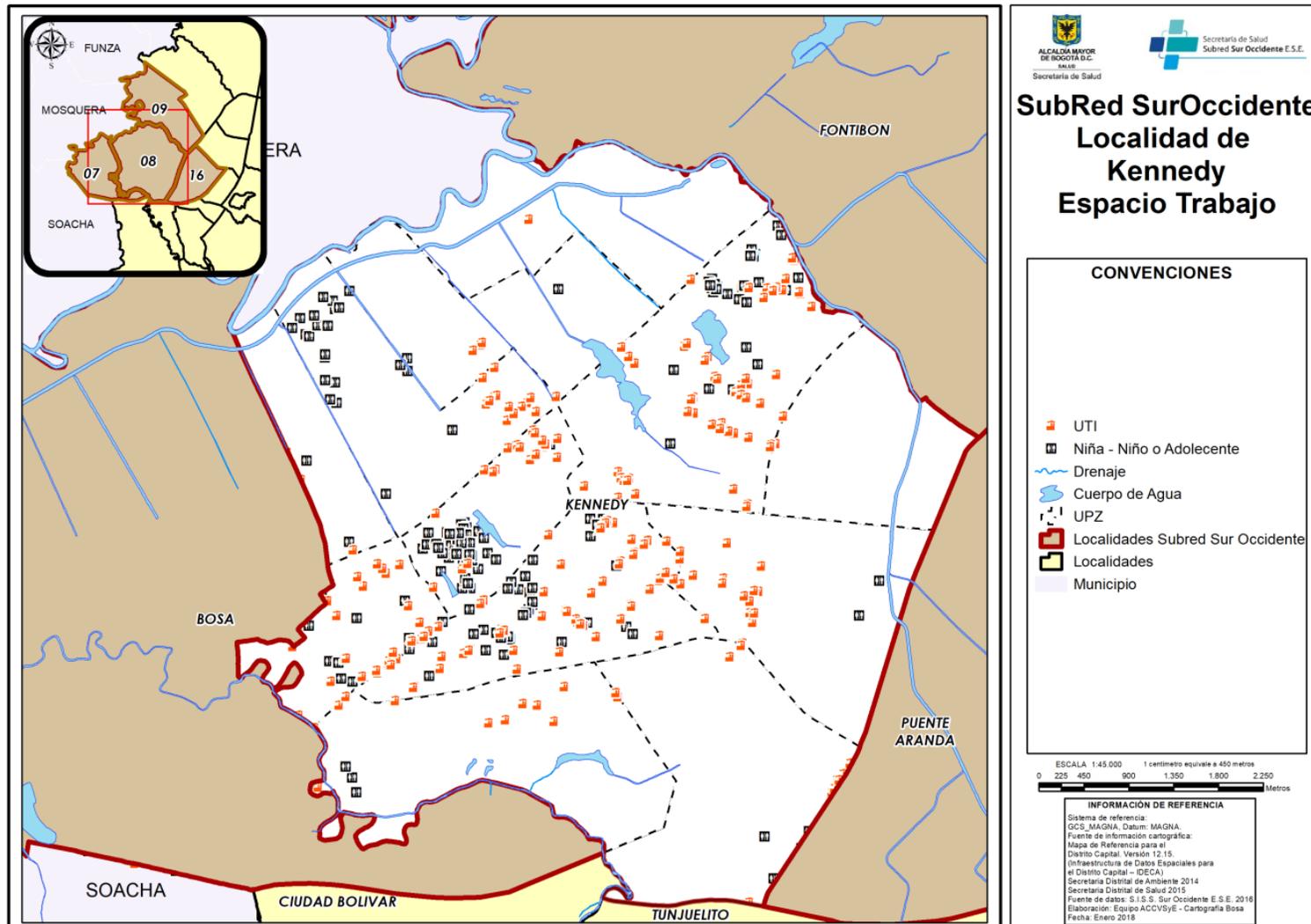
5.1.4 Espacio Trabajo

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 (31). Este espacio 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”.

En cuanto a la espacialización de las acciones en la localidad de Kennedy (mapa 17), las UTIS se encuentran localizadas principalmente en la UPZ Kennedy Central, las cuales se encuentran distribuidas por toda la UPZ, en la UPZ Castilla se encuentran ubicadas en la parte central y comercial, mientras que los niños y niñas trabajadores se localizan en el sector de Andalucía y El Vergel los cuales se caracterizan por ubicarse en este sector gran cantidad de talleres de mecánica, parqueaderos e industrias, además de puntos de atención al público como cafeterías y restaurantes, en la UPZ Patio Bonito las UTIS se localizan en el barrio Patio Bonito, mientras que los niños y niñas trabajadores se localizan en la parte occidental de la UPZ.

Mapa 17. Cobertura acciones integradoras, Espacio Trabajo, Localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente E.S.E., abril a diciembre 2017



En el caso de la UPZ Corabastos las UTIS se ubican en cercanías de la central de abastos, mientras que se puede apreciar que los niños y niñas trabajadores se encuentran localizados en el barrio El Amparo, también en cercanías de la Central de Abastos, el cual se caracteriza por concentrar alta población recicladora. En la UPZ Gran Britalia las UTIS se localizan sobre la Avenida Agoberto Mejía principalmente y la población menor trabajadora, aunque en menor proporción, se encuentra localizada en toda la UPZ. En la UPZ Timiza, las UTIS se encuentran ubicadas hacia el sector comercial en límites con Kennedy Central, mientras que se identificó población trabajadora de niños, niñas y adolescentes en cercanías al río Tunjuelito.

5.1.4.1. Análisis de los resultados de las acciones integradoras

En esta localidad el porcentaje de niños y niñas trabajadores con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil para población entre los 5 y 14 tuvo resultado del 75% (163). Se realizaron intervenciones en las UPZ Carvajal, Castilla, Kennedy Central, Britalia, Patio Bonito y Corabastos, esta última donde se concentra gran parte de actividades como el reciclaje, exponiéndose a riesgos como cortaduras, exposición a rayos ultravioleta y a otros oficios en las demás UPZ como oficios propios del hogar, atención al público con consecuencias como accidentes caseros, quemaduras, riesgo de inseguridad y generando enfermedades respiratorias, alteraciones osteomusculares y visual.

Para la población entre los 15 y 17 años el porcentaje de adolescentes trabajadores con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil fue del 9% (16) espacialmente se abordó esta población en las mismas UPZ de los menores de 5 a 14 años, con actividades que se relacionan con atención al público que genera riesgos de inseguridad y de desescolarización, actividades del hogar, cuidados de otros menores, lo que puede generar riesgos de accidentes caseros con consecuencias como golpes, cortaduras, quemaduras y labores propias de reciclaje lo que genera riesgos de cortaduras, exposición a peligros en la calle, etc.

Para el caso de UTIS de alto impacto el porcentaje de estas que implementan la estrategia de entornos laborales saludables fue del 92% (428), dentro de las cuales se caracterizan principalmente bodegas de reciclaje en la UPZ Corabastos, cuya actividad propia ocasiona riesgos de cortaduras debido al no uso de elementos de protección adecuados originando enfermedades y accidentes de trabajo. También se identificaron UTIS en las UPZ Castilla y Britalia relacionadas con el uso de maquinaria pesada, de labores con uso de químicos, corte y confección, donde se identificaron problemas con el uso inadecuado o inexistente de los elementos de protección, además de jornadas excesivas de trabajo lo que genera problemas psicosociales y de stress.

Para las UTIS de mediano impacto el porcentaje que implementan la estrategia de entornos laborales saludables fue del 92% (428). Las actividades están relacionadas a la actividad del reciclaje y todo su proceso, especialmente en la UPZ Corabastos, donde se concentran un gran número de bodegas de reciclaje. En las UPZ de Britalia y Castilla, se encuentran UTIS como restaurantes, panaderías, fábricas textiles, donde al igual que en las UTIS de alto impacto se detectó el uso inadecuado de los elementos de protección personal, además de factores como jornadas excesivas de trabajo, ocasionando problemas psicosociales y de stress, además de lesiones osteomusculares por actividades repetitivas.

5.2 PROCESOS TRANSVERSALES

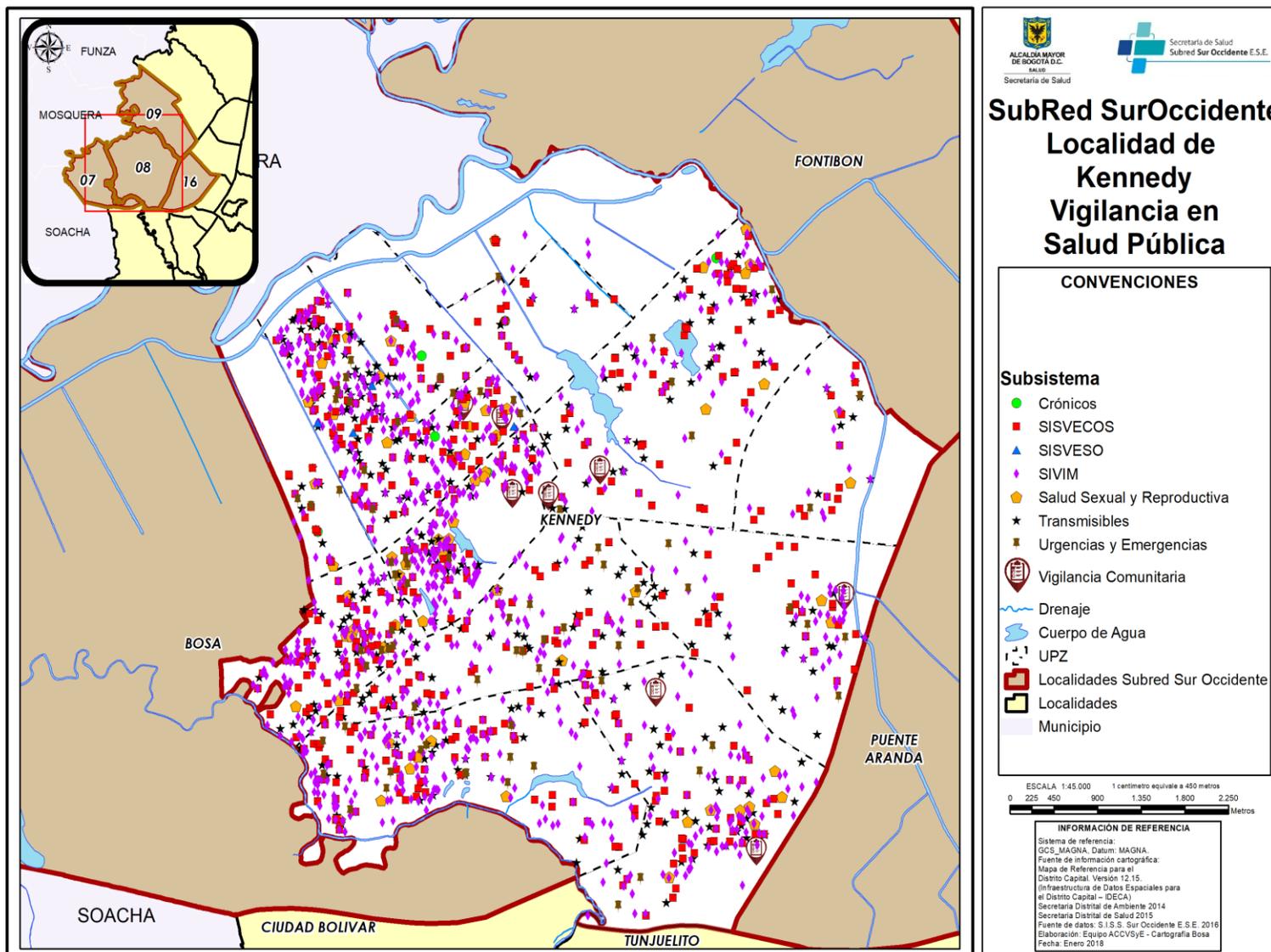
5.2.1 Vigilancia en Salud Pública (VSP)

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, implica que su abordaje contemple la vigilancia demográfica, vigilancia epidemiológica, servicios de salud y la relación de las condiciones ambientales y la salud. 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 (33), y está conformada por los siguientes subsistemas (33):

- Sivigila (Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública)
- Estadísticas 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

El mapa 18 presenta la espacialización de las acciones integradoras de VSP donde se evidencia que existe una alta concentración de intervenciones en las UPZ Patio Bonito y Gran Britalia que se caracterizan por presentar una alta densidad poblacional y mayores condiciones de vulnerabilidad socioeconómica en la localidad, mientras que las UPZ Bavaria y Tintal Norte tiene la menor proporción, esto coincide con la distribución de la población en la localidad y siendo la primera a nivel de la Subred con mayor número de intervenciones en salud pública.

Mapa 18. Cobertura de intervenciones epidemiológicas de campo, Vigilancia en Salud Pública, Localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente E.S.E., 2017



En general, se puede evidenciar que la mayor proporción de intervenciones corresponden al componente de Salud Mental con los subsistemas SIVIM y SISVECOS que corresponden al 27% y 28%, explicando la alta concentración de violencias en la localidad, que es la segunda más alta a nivel de la Subred para el año 2016, después de Bosa y dada principalmente por la violencia sexual y0 la violencia intrafamiliar.

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:** Durante el período abril a octubre de 2017, se realizaron 110 asistencias técnicas con un incremento del 16% frente a la vigencia anterior, a pesar de que no se cuenta con una meta específica para esta actividad. Por otro lado, se realizan 52 caracterizaciones para ampliación de la red con el fin de fortalecer el sistema de notificación obligatoria. Desde salud sexual y reproductiva se priorizan tres UPGD y se realizan cinco capacitaciones en eventos relacionados, para el subsistema de transmisibles se realizan 34 asistencias técnicas a UPGD. En cuanto las intervenciones, desde el componente de salud sexual y reproductiva se realizan 80 intervenciones efectivas y 40 fallidas y se priorizan 480 casos de sífilis gestacional y congénita, en el subsistema de eventos transmisibles se realizan 390 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 seis unidades de análisis de eventos de morbimortalidad en SSR y 43 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:** Durante la vigencia se desarrollaron 54 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:** 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 intervinieron 1628 casos de violencia, lo que equivale al 39% del total de la Subred, 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 vistas fallidas por falencias en la calidad del dato.
- **Sivelce:** Para el período se notificaron 62 casos en la Subred y se realizaron 18 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:** 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 en la Subred, de los cuales 912 intervenciones se realizan en Kennedy, aunque existe un importante número de visitas fallidas debido a problemas en la calidad del dato.
- **Sisvan:** durante el período en este subsistema se realizan 33 visitas de asesoría, asistencia técnica y mantenimiento a las UPGD y se realizó el censo de equipos antropométricos y talleres de antropometría, 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 350 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 siete 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:** durante el período en el subsistema se notifican a través de la vigilancia centinela 1.114 individuos con eventos priorizados (Caries cavitacional, lesión mancha blanca, lesión mancha café, gingivitis, periodontitis y fluorosis) para esta vigencia la meta establecida se asignó 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 92 individuos en la vigilancia de la población de control. Por otro lado, se realizan 20 asistencia técnicas, frente a dos en 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 y se realiza una unidad de análisis de alto impacto en salud oral, a menores de 5 años o gestantes con criterios de alerta.
- **Sivistra:** 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 21 asistencias. Asimismo, se realizan 128 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 31 intervenciones de control, a través de la condición psicosocial 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 seis 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 12 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. Además, se realizan 17 unidades de análisis de eventos bajo vigilancia.
- **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 1.160 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 16 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 y se han notificado en la base de identificación 55 problemáticas. Además, se realizan 2 COVECOM en las UPZ Kennedy Central y Gran Britalia sobre análisis frente al reconocimiento de la discapacidad y tenencia inadecuada de mascotas. Por otro lado, se realizaron seis Intervenciones Social Epidemiológicas de Campo, 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.
- **Atención 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 (77 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 10 PMU convocados 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 Ambiental

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ambiental SISVEA tiene como fin ejecutar 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:

- 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

Inspección, vigilancia y control sanitario. Proyecto de Cobertura Distrital: Vigilancia intensificada a refrigerios y catering

Línea de Calidad del Agua y Saneamiento Básico

Inspección, vigilancia y control sanitario. Proyectos de Cobertura Distrital:

- 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
- Observatorio de Salud Ambiental

Línea de Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico

Desarrolla las siguientes acciones:

- Vacunación antirrábica canina y felina
- Esterilización canina y felina
- Observación y seguimiento al animal agresor
- Inspección, vigilancia y control sanitario
- Proyecto de Cobertura Distrital: Operación del centro de zoonosis

Línea de Medicamentos Seguros

Inspección, vigilancia y control sanitario y el Proyecto de Cobertura Distrital Acciones Vigilancia Intensificada a Equipos Biomédicos

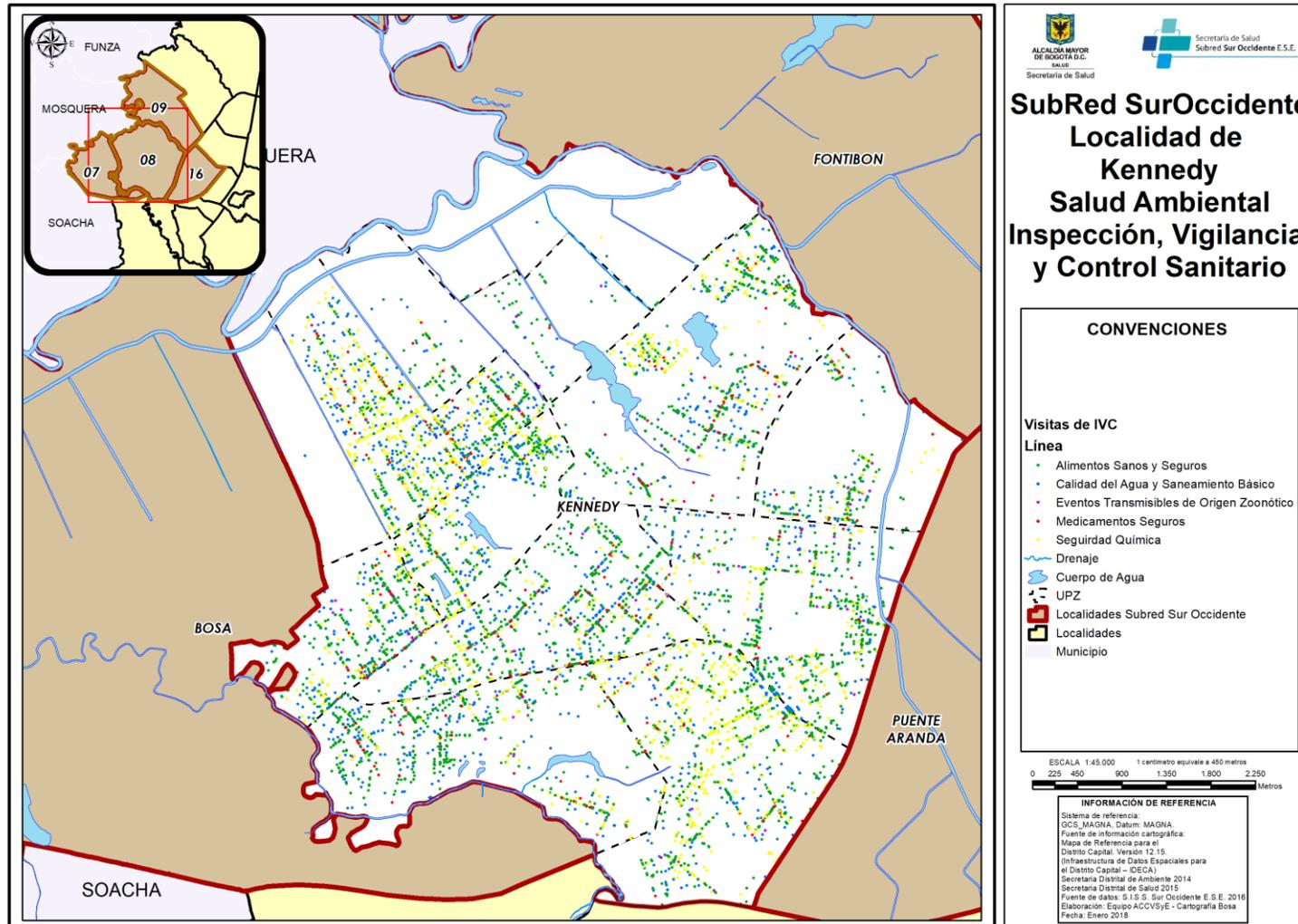
Línea de Seguridad Química

Inspección, vigilancia y control sanitario. Proyectos de Cobertura Distrital

- Acciones Vigilancia Intensificada a Empresas Aplicadores de Plaguicidas y/o Lavado de Tanques de agua potable a nivel del Distrito Capital
- Vigilancia Intensificada – Prevención Integral En Salud Ambiental – PISA

A continuación, se presenta la espacialización de las acciones integradoras del Subsistema SISVEA.

Mapa 19. Cobertura de visitas de Inspección, vigilancia y Control Sanitario, Subsistema SISVEA de Vigilancia en Salud Pública, Localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente E.S.E., 2017



En el mapa anterior 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 con avenidas principales como la Avenida Primera de Mayo, Avenida Agoberto Meja, Avenida 68 Avenida Boyacá y Avenida Ciudad de Cali que concentran la mayor cantidad de predios con usos comerciales de la localidad en estas vías principales y en las cercanas e estas mismas; en menor proporción de predios con usos comerciales están las UPZ Tintal Norte, Calandaima y Margaritas que tienen la menor concentración de intervenciones.

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.

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 52% de las visitas de SISVEA durante el 2017.

Análisis de los resultados de las acciones integradoras

Línea de Aire, Ruido y Radiaciones Electromagnéticas

Se Aplicaron 982 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 6 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 39 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 19 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.

Línea de Alimentos sanos y seguros

Se realizó la acción de Inspección, vigilancia y control sanitario realizando 7549 intervenciones de las cuales 817 Favorables, 6657 Pendientes y/o favorable con requerimientos, 55 Desfavorables y 20 negocios terminados; fueron inspeccionados 247 vehículos de transporte de alimentos todos con cumplimiento al 100%. Se realizaron Actividades de información y comunicación con 33 capacitaciones a 685 personas; Se desarrollaron 48 Operativos de los cuales 32 fueron de alimentos y 80 de carnes; Se hicieron 17 Muestreos de alimentos y bebidas; Se efectuaron 884 Visitas, a Plazas de mercado, de inspección sanitaria a establecimientos emitiéndose 150 conceptos sanitarios favorables, 712 favorables con requerimiento pendiente, 16 desfavorables y 6 terminados; Se realizaron 146 Visita de diagnóstico establecimientos de expendio de carne y productos cárnicos comestibles dando cumplimiento del decreto 1500 de 2007 y sus reglamentos técnicos complementarios para almacenamiento y/o distribución de carne y productos cárnicos comestibles las cuales no se conceptúan; Se efectuó una Atención de Eventos de Interés en salud pública asociados con el manejo de alimentos. 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 164 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 18766 Caninos, 10692 Felinos para un Total de 29458 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 3596 animales 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 290 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 216 establecimientos veterinarios de los cuales fueron terminados 2, con concepto desfavorable 1, con concepto favorable 21, con concepto favorable con requerimiento 133, con concepto pendiente 6 y 53 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 684 visitas a establecimientos, de los cuales, 123 tuvieron concepto favorable, 371 favorable con requerimientos, 140 se aplaza la emisión del concepto y 50 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 3549 intervenciones efectuadas en visitas a establecimientos industriales, de las cuales se dieron con conceptos sanitarios favorables 818, aplazados 549, favorables con requerimientos 2052, desfavorables 117 y establecimientos terminados 13; 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 (32). 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.

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 Kennedy 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 12240 y 12770 respectivamente, logando una cobertura de 95,9% para pentavalente y 102,2% 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 (67600 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 14108 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 Kennedy 39 IPS (17 públicas y 22 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 Kennedy en el año 2017 se captaron 227 pacientes diagnosticados y se suministraron 65707 medicamentos que ayudaron a impactar la salud de los usuarios diagnosticados con dichas enfermedades transmisibles.

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 detección temprana, buscando disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud de la población. Para la localidad de Kennedy en el año 2017 se realizaron 1034 activaciones de rutas: donde se evidencia una atención efectiva de 94, atención programada de 44, usuarios aceptado 41, usuario rechazado 75 y casos que se encuentran en trámite 150. Según la aceptación étnica de los usuarios el 0,3% (3) pertenecen a comunidad indígena, 0,5% (5) pertenecen a comunidad afrocolombiana y el restante no se identifica en ninguna etnia en particular.

5.2.3 Gobernanza

La Gobernanza en salud, entendida 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

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 son 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 (32).

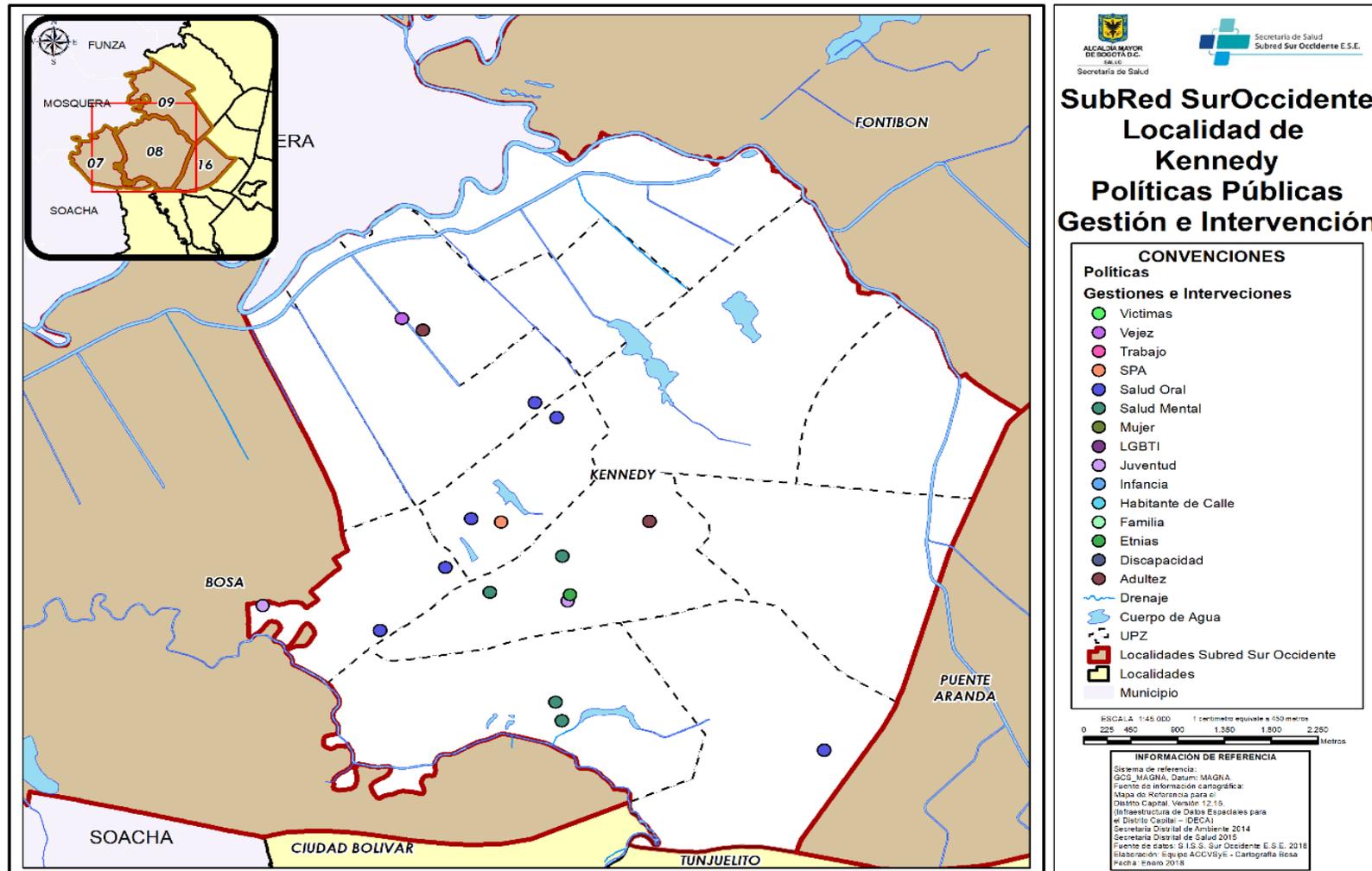
Gobernanza cuenta con una acción integradora la cual se integra con tres componentes a saber: “Posicionamiento de las políticas públicas para incidir en los

riesgos colectivos y favorecer la salud y la calidad de vida”, “Generación de conocimiento sobre las relaciones entre condiciones calidad de vida, salud y enfermedad” y 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 (34).

Para esto la Subred cuenta con 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 referentes para discapacidad, etnias, LGBTI y mujer, habitante de calle y personas en ejercicio de la prostitución, profesional para personas víctimas del conflicto armado y profesionales para las políticas de Seguridad alimentaria y nutricional, profesionales para Gestión y salud ambiental, 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.

Mapa 20. Gestión e intervención de las políticas públicas en la localidad de Kennedy, vigencia abril 2017 -febrero 2018, Gobernanza.



5.2.4.1. Análisis de los resultados

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, ésta 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 secretaria 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.

Mobilización 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, ésta 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, convocados 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.

6 ANÁLISIS Y SÍNTESIS

El análisis de situación de salud de la población es fundamental en los procesos. 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).

Para el diligenciamiento de la matriz 1 Insumos para la construcción de agendas locales (anexo) se tuvieron en cuenta para la identificación de situaciones y eventos según momentos de curso de vida las siguientes definiciones:

Tensión: Una tensión en salud no es equivalente a un problema de salud. Éste, por lo general, se entiende como una dificultad, un estado indeseable, una carencia, una limitación, una situación que impide el disfrute de la salud. Una tensión en salud se define como “el conjunto de presiones provenientes de una o varias dimensiones del desarrollo o de las dimensiones prioritarias para la vida, que actúan en diferentes direcciones y generan niveles de estrés que deterioran el estado de salud de una población” Las tensiones en salud surgen cuando la relación entre cualquier par de dimensiones del desarrollo no fluye de manera armónica, es decir, cuando el intercambio de bienes, servicios, información, poder, tecnología, etc., resulta desigual y genera presiones indeseables o dañinas en alguno de los aspectos de la salud del colectivo poblacional (3).

Precursor: Responde a quién o qué ocasiona de manera directa la situación o evento indeseable.

Generadores: Responde a cuáles aspectos generan la situación o cuáles actúan cómo determinantes, que se relacionan con el precursor y generan de forma directa la situación o evento.

Localización: Dónde se presentan, identifique cual localidad o localidades son las más afectadas.

Para la priorización de las situaciones en salud se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

Afectación en los territorios: describa la situación y califique de 1 a 3 siendo 1 poca afectación de territorios y 3 varios territorios afectados.

Cronicidad: describa, desde hace cuánto tiempo viene ocurriendo la situación o evento y califique entre 1 a 3.

Magnitud: grado en que afecta a la población (valore de 1 a 3 la magnitud, siendo 3 mayor magnitud)

Severidad: impacto que tiene en la población (valorar de 1 a 3, siendo 3 mayor impacto)

Efectividad: capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera; lo relacionan con los recursos empleados.

Sectorial: respuesta que ha brindado el sector. (Valore de 1 a 3 siendo 3, deficiente respuesta del sector (cobertura, oportunidad, estrategias, etc.)

Intersectorial: intervención de otros sectores, valore de 1 a 3 siendo 3, insuficiente respuesta o débil articulación por parte de otros sectores.

Para diligenciar la matriz 2 se tuvieron además los siguientes conceptos:

Reforzadores: aquellos factores presentes en el entorno que agudizan las situaciones de inequidad o agravan su impacto sobre la salud.

Liberadores: aquellos factores que coadyuvan a superar las inequidades o a minimizar su impacto sobre la salud (2).

Para la valoración final de las tensiones se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

Implicaciones (describir las consecuencias de la tensión)

Afectación en los territorios: mencione UPZ, barrios, territorios, etc. afectados por esta situación en la localidad y califique de 1 a 3 siendo 1 poca afectación de territorios y 3 varios territorios afectados.

Cronicidad: ¿describa, desde hace cuánto tiempo viene ocurriendo la situación o evento? Y califique entre 1 a 3, siendo 1: aparición reciente (últimos dos años); 2: aparición mediana (últimos 5 años) y 3: tiempo superior a 5 años.

Intensidad gravedad: qué tan grave es la tensión, siendo 1 la menor y 3 la mayor

Reforzador: qué tanto agrava la situación o condición presente el reforzador (valorar de 1 a 3, siendo 3 mayor impacto)

Efectividad: capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera; lo relacionan con los recursos empleados.

Luego de espacializar las tensiones, se dio paso a la identificación de nodos y las relaciones en estos de tal forma que se pudiera construir la matriz 3 que contiene los 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 diligenciamiento de la matriz 1 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.

Para el diligenciamiento de la matriz 2 y 3 se estableció un taller desde nivel central de dos días en el que se hicieron mesas de trabajo donde cada Subred debía valorar nuevamente las tensiones, espacializarlas y así poder identificar los nodos para realizar las propuestas de acción. Luego se hicieron una serie de

reuniones en nivel central y con el componente 1 de Gobernanza con el fin de afinar el ejercicio de las tensiones y sus propuestas.

Al tener establecidos los nodos para la localidad 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 LAS TENSIONES Y CONSTRUCCIÓN DE NODOS

6.2.1 Identificación y priorización de las 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 73. Eventos valorados en verde de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones, Kennedy, Subred Sur Occidente, 2017

1) Evento o situación indeseable	Valoración 1
Morbi-mortalidad por eventos transmisibles en la primera infancia (Meningitis)	5
Desprotección en niños y niñas menores de 5 años con diferentes tipos de discapacidad	5
Lesiones de causa externa "quemaduras y accidentes caseros" en primera infancia	5
Pobreza oculta adultez y vejez	5
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 74. Eventos valorados en amarillo de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones, Kennedy, Subred Sur Occidente, 2017.

1) 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	8
Poca adherencia a los tratamientos médicos vejez	8
Aumento de la prevalencia de Morbilidad por tuberculosis en población	7,4
Prevalencia de Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) en la población	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.

Los eventos semaforizados en rojo fueron:

Tabla 75. Eventos valorados en rojo de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones, Kennedy, Subred Sur Occidente, 2017

1) Evento o situación indeseable	Valoración 1
Desnutrición en menor 5 años	12
Enfermedades crónicas adultez y vejez	12
Enfermedad laboral y accidente de trabajo adultez y vejez	11,5
Violencia intrafamiliar toda la población	10,6
Maltrato Infantil	10,4
Alta prevalencia de enfermedades respiratorias en población < 5 años y >60 años	10,3
Prevalencia de problemas en salud oral primera infancia	10,2
Malnutrición por exceso en primera infancia e infancia	10
Maternidad y Paternidad temprana en la adolescencia y juventud	10
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 ya sea por

déficit (desnutrición y enfermedades carenciales por micronutrientes) o por exceso (sobrepeso y obesidad) y agrupar el maltrato infantil con la violencia intrafamiliar por ser similares en los componentes de la tensión. Finalmente se desarrollaron 8 eventos semaforizados en rojo y 1 evento semaforizado en amarillo:

Tabla 76. Eventos valorados en rojo y amarillo de acuerdo a metodología para la construcción de tensiones para su espacialización, Kennedy, Subred Sur Occidente, 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	9,4
3	Alta prevalencia de enfermedades	9,3
4	Violencia intrafamiliar y maltrato infantil	9,3
5	Maternidad y Paternidad temprana	9,3
6	Consumo problemático de SPA en	9,3
7	Enfermedades crónicas	9,2
8	Enfermedad laboral y accidente de trabajo en	9,2
9	Conducta suicida	7,5

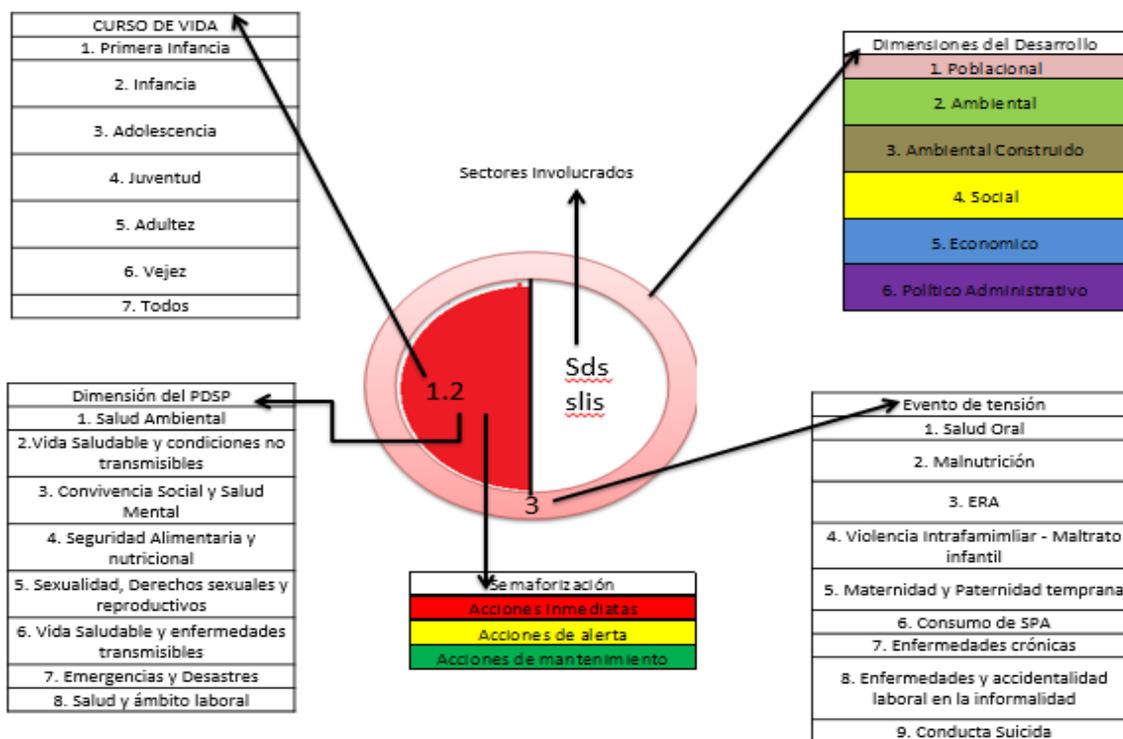
Fuente: Subred Sur Occidente, Tabla 1 Insumos para la metodología de la construcción de tensiones para las agendas locales, 2017

Luego se realizó un ejercicio de localización con las tensiones seleccionadas en la localidad priorizándolas de tal forma que se pudieran presentar propuestas de respuesta y así poder encontrar los nodos de relaciones entre estas tensiones.

6.2.2 Espacialización de las Tensiones

Para poder ubicar en el territorio las tensiones priorizadas para la localidad se estableció una convención, de tal forma que se pudieran identificar los elementos que convergen en cada una de estas.

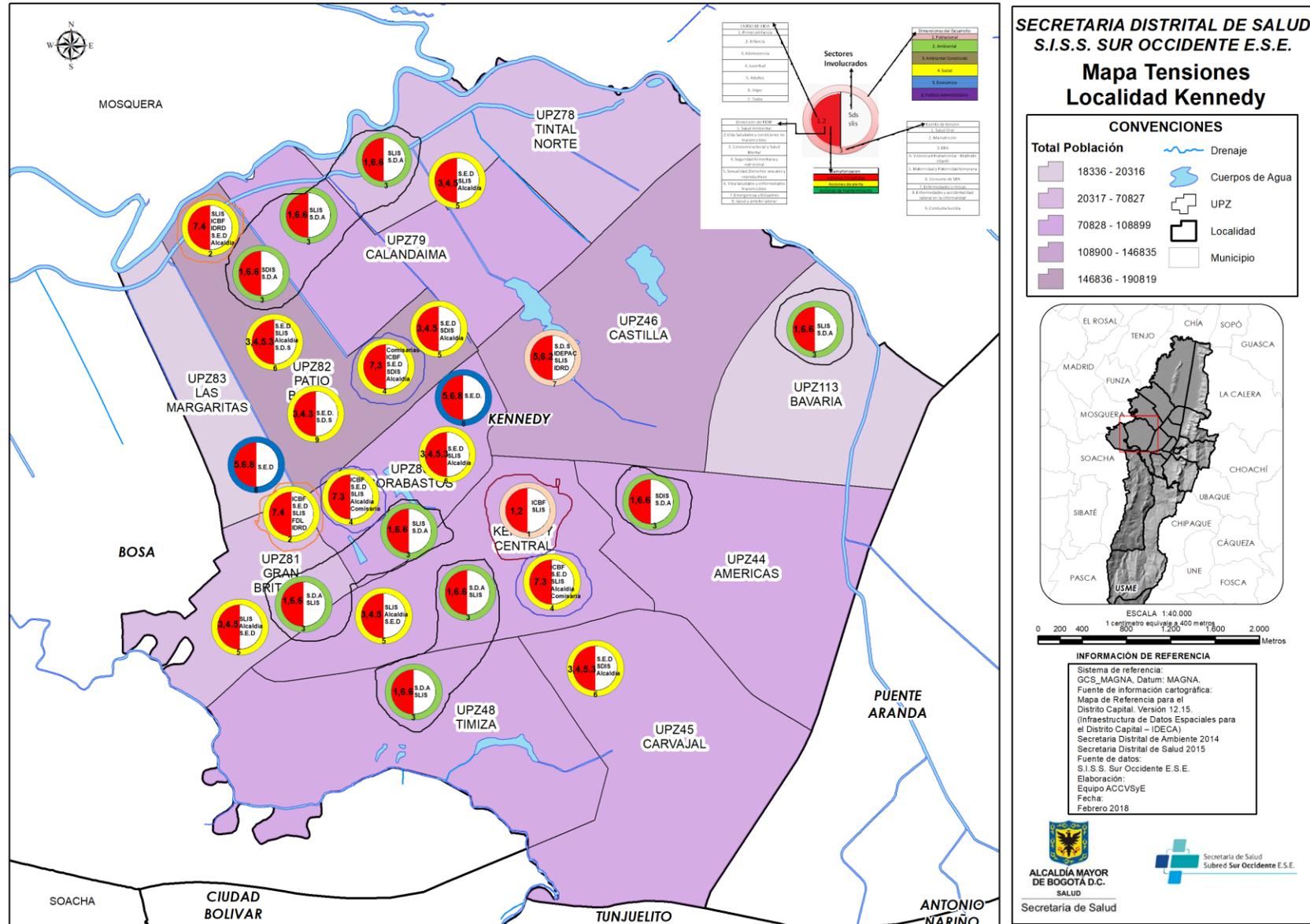
Figura 6.1 Convenciones para identificar los elementos de las tensiones en el mapa



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 intervenir e impactar no sólo una tensión sino varias al tiempo.

Mapa 21. Nodos identificados para la localidad de Kennedy, 2017

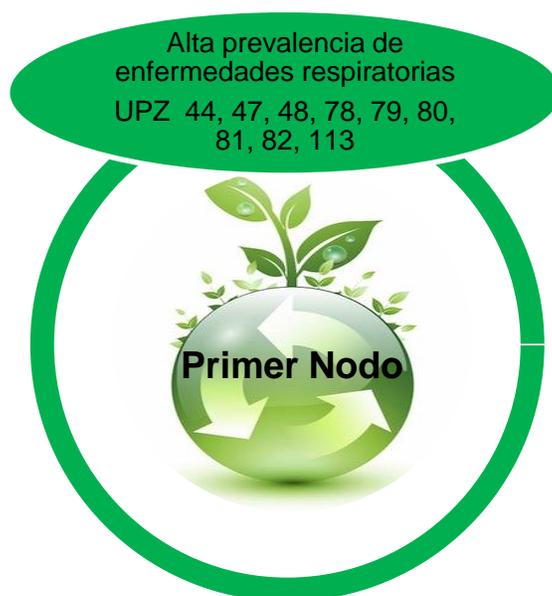


6.2.3 Análisis de las tensiones que confluyen en los nodos y su respuesta

Primer Nodo: condiciones socioambientales que desencadenan en enfermedades respiratorias en los extremos del curso de vida

Este nodo es totalmente de dimensión ambiental y se ubica en el 75% de las UPZ de la localidad: parte noroccidental contemplando las UPZ 78, UPZ 79, UPZ 82, de igual forma se encuentra en la zona central en las UPZ 80, UPZ 47 y UPZ 44, en la parte suroccidental UPZ 81, UPZ 48 y en zona nororiental UPZ 113. En este nodo se encuentra la tensión de alta prevalencia de enfermedades respiratorias en menores de cinco años y mayores de 60, afectando la dimensión del PDSP Vida Saludable y enfermedades transmisibles.

Figura 6.2 Primer nodo y tensión relacionada, Kennedy, 2017



Fuente: SDS, Metodología para ubicación de tensiones identificadas en el territorio, 2017

Como determinantes estructurales se encuentran la contaminación ambiental, al igual que el alto tráfico vehicular, la exposición prolongada a gases como el silicio, carbón, humo de leña, situación que es agravada por quema de llantas y/o otros objetos contaminantes.

Como determinantes intermedios están los bajos recursos económicos que impiden tener la vivienda en condiciones favorables representadas por presencia de humedad, paredes no pañetadas, pisos en cemento, inadecuado alcantarillado y hacinamiento.

Como determinantes proximales para la prevalencia de enfermedades respiratorias se encuentran el desconocimiento de los signos de alarma, la no implementación de buenas prácticas protectoras tales como lactancia materna en el menor de dos años, uso de tapabocas, lavado de manos, inadecuada disposición de residuos y negligencia por parte de los cuidadores al no llevar oportunamente a cumplir el esquema vacunación y/o al servicio médico.

La localidad de Kennedy se considera como fuente de contaminación alta clase 1³, por material particulado PM10, esto se debe a su amplio parque automotor. De acuerdo a los datos obtenidos por la Red de Monitoreo de Calidad de Aire de Bogotá (RMCAB) año 2013 se identifican fuentes móviles generadores de contaminación los cuales se intensifican en vías, tales como Avenida Ciudad de Cali, Agoberto Mejía, Primera de Mayo y 68 en la Carrera 76 y Calle 33 sur. En relación al sector industrial, en esta localidad se pueden hallar tintorerías, fundiciones, industria galvánica, y en general la industria metalmecánica, la cual aporta un gran peso para consecución de índices de contaminación tan elevados. Otra actividad resulta de la quema ilegal de madera, llantas, y plástico en la UPZ Patio Bonito. De acuerdo a la información cartográfica de la Secretaria Distrital de Ambiente el promedio de PM10 monitoreado para estas UPZ se encuentra cercano a las zonas de mayor PM10 del Distrito.

Según el boletín epidemiológico de la línea de aire, ruido y radiación electromagnética del Hospital del Sur se identificaron puntos críticos de mayor relevancia en cuanto a la problemática de contaminación atmosférica, estos

³ De acuerdo al Decreto 003 de 2016, Art 108 clasificación de “Áreas-fuente” de contaminación, alta clase 1 se define como aquellas áreas en las que la concentración de contaminantes excede con una frecuencia igual o superior al 75% de los casos de la norma de calidad anual.

puntos se ubican en la UPZ 80 (Corabastos), la UPZ 82 (Patio Bonito) y la UPZ 45 (Carvajal) debido a que en estas zonas circula gran flujo vehicular sobre unos de los principales corredores viales de la ciudad que allí se encuentran, como la Avenida Ciudad de Cali, la Avenida Villavicencio, la vía Abastos, la Autopista Sur y la Avenida las Américas, además la Estación de Carvajal se encuentra ubicada en una zona industrial de fuentes puntuales de contaminantes primarios. Al evaluar el promedio anual (Enero 2014 – Diciembre 2014), se observa que las estaciones de Kennedy y Carvajal, exceden el valor de la norma establecida en la guía de la OMS para promedios anuales ($20 \mu\text{g}/\text{m}^3$), el estándar de calidad del aire de la EPA y la norma establecida por el MADS ($50\mu\text{g}/\text{m}^3$), ya que los promedios anuales para las Estaciones en el mes de diciembre 2014 corresponden a $72.52\mu\text{g}/\text{m}^3$ y $87.39\mu\text{g}/\text{m}^3$ respectivamente, valores que se encuentran dentro del nivel moderado de contaminación respectivamente (35).

La gran cantidad de vías principales y el alto flujo vehicular que atraviesan la localidad la convierten en paso obligado de transporte de carga que se dirigen a las zonas de industrias, localizadas en la localidad de Puente Aranda y Fontibón. A su vez, dentro de la localidad se encuentran muchas vías sin pavimentar que son generadoras de partículas suspendidas (PST) que conllevan a enfermedades respiratorias(35).

Adicionalmente en las tres UPZ 78, 79 y 82 se concentra principalmente la amenaza de inundación ya que se encuentra dentro de la cuenca Tintal, la cual se caracteriza por tener gran cantidad de cuerpos de agua, canales y la convergencia del río Fucha con el río Bogotá, a esto se suma que las UPZ se encuentran en las zonas de menor altitud de la localidad, lo cual aumenta su riesgo (Subred Sur Occidente ESE, 2015). Así mismo, parte de la UPZ 79 se ubica la zona de menor precipitación anual acumulada del Distrito, sin embargo, al tener la desembocadura del río Fucha en el río Bogotá y mirando localidades aguas arriba del río Fucha, se encuentra que estas son de las de mayor precipitación anual acumulada en el Distrito Capital.

De las UPZ que contempla el nodo, la 82 Patio Bonito es la que concentra mayor población de la localidad (17,8%), al igual que aporta el mayor porcentaje en el estrato bajo con el 31,6%; la UPZ 78 Tintal Norte tiene el 98,9% de la población en estrato bajo, la UPZ 79 Calandaima tiene el 96,2% en estrato bajo y el 3,8% sin estratificar y la UPZ 82 Patio Bonito tiene el 86,8% en estrato bajo (2)

La UPZ 79 Calandaima aporta el 13,5% al total de la población y de las personas que están sin estratificar el 39,3% corresponde a esta UPZ. Esta UPZ es muy destacable en su estratificación predial, pues al ser mayoritariamente de estrato dos, igual que las otras UPZ del nodo, se diferencia en el tipo de construcción, la planificación urbana, la distribución de manzanas y malla vial, así mismo, se encuentran edificaciones de mayor vetustez, comparado con las UPZ 78 y 79, debido a que estas construcciones datan de años en los cuales esta zona fue creciendo como asentamientos construidos de manera informal sin ninguna norma constructiva ni planificación en la distribución de sus manzanas lo cual repercutió en la distribución actual de la malla vial y el espacio público presente en la UPZ los cuales no son los adecuados.

La UPZ Bavaria es de uso de suelo predominantemente industrial lo que hace que la población alrededor se vea afectada por las emisiones de gases de este sector, las UPZ Corabastos y Gran Britalia son de uso de suelo residencial de urbanización incompleta, es decir sectores periféricos no consolidados, en estratos 1 y 2, de uso residencial predominante con deficiencias en su infraestructura, accesibilidad, equipamientos y espacio público(3). A su vez se presentan construcciones informales que dan lugar a barrios de invasión en las UPZ de Corabastos, Britalia y Américas.

Aunque la localidad de Kennedy no es del todo industrial los factores ambientales de dirección del viento también son considerados como un riesgo potencial de contaminación, sumado a los resultados de la contaminación del aire, la contaminación que se presenta dentro de la localidad de Kennedy y/o a los cambios climáticos que cada día son más diversos y complejos.

La mayoría de estas viviendas en su interior se encuentran con modificaciones no idóneas para la habitabilidad de dos o más núcleos familiares, diferencia muy marcada con las otras UPZ donde las construcciones datan de una década o menos construidas bajo normas urbanísticas y constructivas para la habitabilidad de un solo núcleo familiar.

De acuerdo a la notificación de base de datos SIVIGILA 2016 de los eventos Infección Respiratoria Aguda Grave (Centinela) e inusitada Kennedy aporta el 57%(194) de los casos de la Subred Sur Occidente, la UPZ Patio Bonito aporta el 30,4%, UPZ Américas 18%, la UPZ Calandaima 7,2% y la UPZ Tintal Norte 1,5%. En el evento Inusitado se tiene el siguiente comportamiento: la localidad de Kennedy aporta el 44% a la Subred Sur Occidente, respecto a la localidad la UPZ Timiza aporta el 15%, Corabastos 13%, Patio Bonito el 12%, Gran Britalia 10%. Los casos probables de tosferina también reflejan una problemática respiratoria donde Kennedy aporta el 47% de los casos de la Subred Sur Occidente, frente a la localidad la UPZ Patio Bonito el 26,3% es la que más aporta (36).

Como dato preliminar para el año 2016 la mortalidad en menor de 5 años por neumonía se presentó en las UPZ Gran Britalia, Patio Bonito, Timiza, Bavaria, Tintal Norte, aportando esta localidad el 40% de muertes a la Subred y un caso de mortalidad por infección respiratoria aguda en menor de 5 años en la UPZ Kennedy Central. En la población mayor de 60 años para el año 2014 la tasa de mortalidad por Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores fue de 338,4 x 100.000 mayores de 60 años.

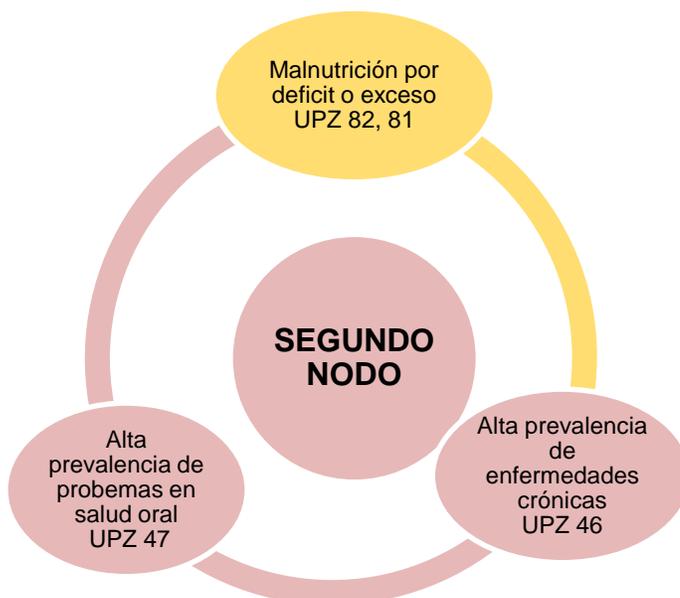
Análisis de la respuesta

Desde el abordaje sectorial se realizaron jornadas de vacunación en los CLAV de Kennedy, posicionamiento de las acciones ante alerta epidemiológica en COLIA y COLEV, al igual que capacitación en reconocimiento de signos de alarma para ERA, medidas preventivas generales y específicas para ésta, de igual forma en espacios locales se presenta indicadores trazadores asociados a ERA para el

reconocimiento de la situación actual y realizar acciones de contingencia. Desde el componente Explorarte del espacio educativo se realizan acciones preventivas en sectores de UPZ Patio Bonito y Corabastos principalmente ocasionadas por la contaminación generada debido a la quema de basuras que realizan personas dedicadas al reciclaje. Desde el espacio vivienda El 56,2% de los niños remitidos por presentar signos de alarma de la enfermedad respiratoria aguda asistieron antes de las 72 horas a salas ERA, en articulación con programas y PYD debe mejorarse el resultado de este indicador.

Segundo Nodo: Prácticas culturales y estilos de vida que aumentan las condiciones mórbidas en la población.

Este nodo de predominancia poblacional ubicado en la mitad de la localidad hacia el occidente, contempla tres tensiones de las cuales una tensión es de la dimensión social: malnutrición por déficit o exceso en toda la población ubicado en la UPZ 81 Gran Britalia y UPZ 82 Patio Bonito, afectando la dimensión del PDSP seguridad alimentaria y nutricional; las de dimensión poblacional son alta prevalencia de enfermedades crónicas en la adultez y vejez ubicada en la UPZ 46 Castilla y prevalencia de problemas de salud oral en la primera infancia, éstas dos últimas afectando la dimensión del PDSP vida saludable y condiciones no transmisibles.

Figura 6.3 Segundo nodo y tensiones relacionadas, Kennedy, 2017

Fuente: SDS, Metodología para ubicación de tensiones identificadas en el territorio, 2017

En la población existe una leve percepción del riesgo en la salud, escasos patrones de autocuidado, siendo un factor clave el bajo nivel educativo afectando el desarrollo de una cultura preventiva en aspectos tales como: la higiene oral al levantarse, acostarse y entre comidas, imaginarios respecto a la muda de dientes de los menores por lo que se resta importancia a los dientes “de leche, malos hábitos alimentarios y de salud oral, sedentarismo, ausencia de controles médicos y odontológicos periódicos lo que no permiten una detección temprana de alteraciones, este último también es afectado por la falta de tiempo del adulto debido a las extensas jornadas laborales.

A su vez los medios de comunicación que ofertan alimentos no saludables, consumo de alimentos procesados, así como la disminución del consumo de frutas y verduras desfavorecen el desarrollo de estilos de vida saludables

La dinámica social y familiar de la población con niveles de exigencia productiva económicamente dificulta la alimentación casera y saludable en los hogares

llevando a la compra de alimentos procesados con altos contenidos de grasa saturada, carbohidratos simples, grasas trans, sodio, entre otros, nutrientes perjudiciales para la salud y de igual manera, la no enseñanza desde pequeños la de hábitos de higiene oral, controles de salud periódicos, buenos hábitos alimentarios, actividad física.

En cuanto a los servicios de salud el desconocimiento de los programas preventivos que se manejan en las IPS, la deshumanización en los servicios de salud generando negativismo para usar los servicios, los altos índices de pobreza, que impiden a los cuidadores obtener los implementos de aseo necesarios para realizar una correcta higiene oral, así como dedicarles tiempo para realizar constantemente esta higiene y respecto a las malnutriciones por déficit de alimentos se encuentra el inadecuado consumo de macro y micronutrientes que no alcanzan a los requerimientos nutricionales de la población

Otro aspecto relevante, la deficiente cobertura para realizar tamizajes en la población desde salud pública para detectar estos problemas en las personas que no tienen acceso a la salud o que asisten a los centros de salud, sobre todo en los lugares más vulnerables de la localidad.

Para el año 2016, de acuerdo a los datos reportados por Sisveso para menores de cinco años, el aporte que realiza la localidad al Distrito oscila entre el 8% y 9% para todos los eventos, a excepción de la periodontitis que esta alrededor del 4%. El aporte a la notificación de la Subred Sur Occidente para estos eventos esta entre el 27% y 33%, en relación a la caries cavitacional la prevalencia de Kennedy es del 49% siendo las UPZ más representativas del evento Patio bonito con el 18%, Kennedy Central y Castilla con el 12%. En cuanto a la Gingivitis, Kennedy tiene una prevalencia del 52%, de igual forma las UPZ con mayor prevalencia son Patio Bonito con el 19%, seguido de Kennedy Central y Castilla sobre el 14%.

Según las bases de datos de Sisvan año 2016 la localidad de Kennedy para desnutrición global y crónica en la primera infancia aporta el 8,3% y 7,9% a

Bogotá. Por UPZ Patio bonito presenta las prevalencias más altas sobre el 28%, Gran Britalia sobre el 6%. El retraso en la talla en los escolares aporta el 9% al Distrito Capital y las localidades de Patio Bonito y Gran Britalia aportan el 38,5% y 6% respectivamente. El exceso de peso en los menores de 10 años y en los escolares aporta el 8,7% y 10,1% al Distrito: Por UPZ Patio Bonito presenta porcentajes de 24,7% y 29,3% y Gran Britalia el 5% y 8%.

De acuerdo al informe de Indicadores año 2016 la proporción presentada de Desnutrición Global en Kennedy es la más alta de la Subred con 4,8% presentando las UPZ Patio Bonito, Corabastos, Castilla y Gran Britalia porcentajes por encima de 4,9. Para Desnutrición Crónica respecto a las localidades de la Subred, Kennedy ocupa el primer lugar con 15,7% estando por encima del resultado de la Subred aproximadamente en 2%, las UPZ que presentan un resultado mayor al 17% son Corabastos, Patio Bonito, Gran Britalia y Las Margaritas.

En Kennedy específicamente para el año 2015, el 16% de las atenciones efectuadas en consulta externa fueron por alguna enfermedad crónica (diabetes, hipertensión, cáncer de mama y cuello uterino, EPOC), en hospitalización el 6,5% y urgencias el 4,5%. Así mismo por etapa de ciclo vital, la mayor proporción de atenciones se realizan en vejez con el 70,1% seguido por adultez 28,7%, juventud 0,5%, primera infancia 0,3%, adolescencia 0,2% e infancia 0,1%. Por sexo, la mayor proporción de atenciones es en mujeres con el 72%, este mismo comportamiento se observa por etapa de ciclo vital.

De acuerdo a los RIPS para el año 2016 en Kennedy el grupo de todas las demás enfermedades en el cual se encuentran una gran parte de enfermedades crónicas aporta el 51,1% del total de consultas, el 69,3% de las hospitalizaciones y el 50% de las urgencias. Los grupos más afectados son la adultez y vejez con un aporte del 56% y 47% respectivamente.

Por otra parte, dentro de las 20 primeras causas de morbilidad general en la población año 2016 la hipertensión arterial es la primera en la localidad con el 19,2% de atenciones. En cuanto al evento precursor de diabetes la tasa de morbilidad fue de 0,7 y aunque está por debajo del Distrito (1,2) se resalta que su comportamiento ha sido variable en el tiempo con aumento para este último año respecto al año anterior.

En el año 2014 de acuerdo al resultado de la tasa de mortalidad de la localidad, la enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores ocupa el tercer lugar, la enfermedad hipertensiva el quinto lugar, diabetes mellitus doceavo lugar.

Análisis de la respuesta

Como respuesta a estas problemáticas desde Gobernanza se ha participado en los COLIA dando a conocer los resultados de la agenda sectorial y posicionando en los ejercicios de cartografía social y panorama situacional la problemática, al igual que posicionar las políticas públicas. Desde el componente Cuidarte del espacio educativo se encuentra un gran número de niños y niñas con malos hábitos de higiene oral lo que indica una necesidad sentida de fortalecer acciones preventivas en esta población.

Desde el espacio Vivienda en el componente gestión del riesgo los usuarios de Capital Salud que logran acceder a servicios de salud oral efectivamente corresponden a un el 33,3% de las personas sin control de salud oral, los usuarios niños y niñas sin control de crecimiento y desarrollo que logran acceder a servicios son el 61,2% de los captados, de igual forma se intervinieron el 76,3% de los casos remitidos con desnutrición aguda por VSP y de estos el 23,8% de los niños y niñas tuvieron ganancia de peso durante el seguimiento, el 92,8% tuvo asistencia a control de crecimiento y desarrollo y el 100% estaban vinculados a un programa de apoyo alimentario. En cuanto a bajo peso al nacer el abordaje por parte del equipo de vivienda fue de los 58,9% de los niños y niñas remitidos por

VSP, de estos, el 58,8% tuvo ganancia de peso y el 95,7% asiste a controles de crecimiento y desarrollo. De los adultos captados el 43,1% no acceden efectivamente a control de alteraciones del adulto, el 61,4% de las mujeres no se han realizado citología y el 35,4% de las mujeres sin asistencia al programa de cáncer de mama.

Los bajos porcentajes de recuperación del peso, asistencia efectiva a los servicios de salud oral y de detección temprana en el adulto reflejan en esta localidad la necesidad de fortalecer la respuesta, al igual que reorientar las acciones establecidas.

Se han iniciado acciones de sensibilización en TB a grupos de persona mayor, de acuerdo a lo planteado por los consejeros de las diferentes UPZ de la localidad de Kennedy se ha realizado ejercicio de articulación desde el componente de programas y vigilancia epidemiológica para la posterior socialización principalmente abordando personas mayores. Se han iniciado acuerdos con Secretaría de Integración Social para poder identificar personas mayores con enfermedades crónicas y posteriormente verificar que tengan un acceso oportuno a los servicios de salud, se continúa en el fortalecimiento de ejecución de estrategias enfocadas a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud y hábitos de vida saludable en la población joven, adulta y persona mayor, como la estrategia "Tu vales". Desde los ejercicios propuestos por parte de los consejeros principalmente se han establecido propuestas para el desarrollo de actividades donde buscan la participación de los actores que tienen incidencia como salud e IDRD en donde se han desarrollado procesos de articulación.

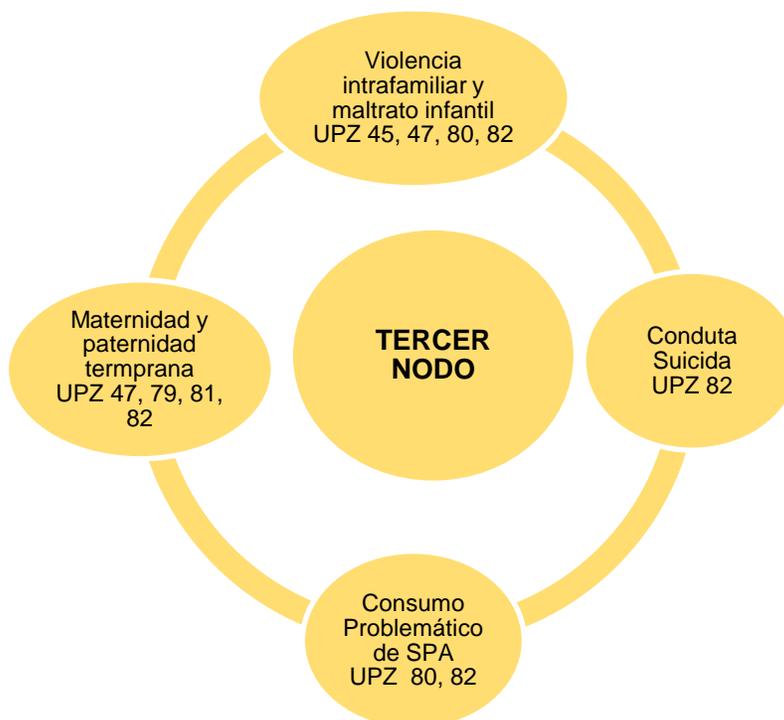
La estrategia de Puntos Cuídate Se Feliz desde el espacio público ha logrado sensibilizar a la comunidad en la importancia de controlar el riesgo cardiovascular logrando captar el riesgo moderado y alto en la localidad el cual es de aproximadamente de un 30% de los tamizados, sin embargo debe mejorarse la articulación para seguimiento a estos usuarios por Gestión de Programas y EAPB,

al igual que mejorar la ubicación por lugar de residencia de las personas tamizadas y concentrarse en los menores de 50 años.

Tercer Nodo: dinámicas sociales y familiares que afectan la salud mental de la población.

Este nodo se caracteriza por ser totalmente dimensión social: violencia intrafamiliar y maltrato infantil ubicado en las UPZ 45, 47, 80 y 82, consumo problemático de SPA ubicado en la UPZ 80 y UPZ 82 y conducta suicida UPZ 82 afectando las dimensión del PDSP convivencia social y salud mental y la tensión maternidad y paternidad temprana en las UPZ 47, UPZ 79, UPZ 82 y UPZ 81 afectando la dimensión del PDSP sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.

Figura 6.4 Tercer nodo y tensiones relacionadas, Kennedy, 2017



Fuente: SDS, Metodología para ubicación de tensiones identificadas en el territorio, 2017

Como determinantes intermedios se encuentran las dinámicas demográficas propias del territorio como lo es el caso de las UPZ de Gran Britalia, Corabastos, Calandaima, Patio Bonito que tienen mayor concentración de población joven entre las edades de 0 a 29 años, lo que da cuenta de una alta natalidad generando un crecimiento rápido en estas zonas, pero, las condiciones sociales y económicas de estos territorios carecen de oportunidades para los y las adolescentes y jóvenes, presentándose de manera recurrente situaciones como el embarazo adolescente. Otro aspecto fundamental es el proyecto de vida en adolescentes y jóvenes que ven en la maternidad una forma de darle sentido a su vida o de salir del maltrato o presión de su familia, influencias de pares para realizar prácticas como el cutting, consumo de spa a temprana edad, inicio temprano de relaciones sexuales.

El cuidado del menor se deja en manos de terceros por la necesidad de los cuidadores primarios de trabajar para solventar económicamente el hogar exponiéndolo a ser víctima de violencia, patrones culturales normalizados como el machismo que aceptan la violencia contra la mujer como forma de poder, la discriminación y exclusión social por condiciones de raza, credo, orientación sexual, así mismo los padres adolescentes y jóvenes se ven obligados a trabajar en la informalidad por la dificultad para acceder a oportunidades laborales formales, el estrés en que se vive fomenta conductas suicidas y violencia intrafamiliar lo cual debilita las redes de apoyo. Debilidad en las redes de apoyo, desconocimiento de deberes y derechos en salud, nivel educativo bajo de los padres, barreras de acceso a la educación y el trabajo, fallas en los programas de promoción y detección. Los factores familiares, culturales, económicos, educativos afectan la eficacia de las políticas diseñadas con el fin de mejorar la calidad de vida de la población.

El consumo problemático de SPA en adolescentes, jóvenes y adultos puede ser causado por el uso inadecuado del tiempo libre dado por situaciones como la deserción escolar o la poca oferta de servicios para el aprovechamiento del tiempo

libre, así mismo, el fácil acceso y disponibilidad de SPA, como la presencia de consumo de estas sustancias en círculos sociales o familiares fomenta el consumo. Estas situaciones se presentan principalmente por ausencia de vínculos familiares, débiles redes de apoyo, violencia intrafamiliar, dinámicas familiares disfuncionales influencia de pares y aceptación del consumo en los adolescentes. Las personas que presentan depresiones, trastornos mentales fracasos o frustraciones tienen un mayor riesgo de consumir abusivamente SPA. El consumo de SPA también se comporta como un detonante de conductas suicidas y conductas agresivas que conllevan a la violencia intrafamiliar y maltrato infantil siendo las mujeres las que sufren en mayor proporción esta violencia en cualquiera de sus formas.

Para el año 2016 la tasa de fecundidad fue de 20,8 por 1000 adolescentes de 10 a 19 años, siendo la segunda más alta en la Subred Sur Occidente, la localidad de Kennedy concentra el 44% de los nacimientos en adolescentes de la Subred. En cuanto a las UPZ se consideran críticas Corabastos, Patio Bonito y Gran Britalia con resultados en el grupo de 15 a 19 años por encima de 48 y en el grupo de 10 a 14 años Kennedy Central.

La UPZ Patio Bonito sigue caracterizándose por su alta densidad poblacional, problemáticas socio-económicas y mayor número de Nacidos Vivos con respecto a otras UPZ de la Localidad. Debido a estas características del territorio, se evidencia que el mayor número de estos nacidos vivos se da en condiciones y en población vulnerable.

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 seguida del tabaco (23%). 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 (70%) y el tabaco (30%) (37).

De acuerdo a la notificación SIVIGILA para el año 2016, Kennedy reporta 595 notificaciones de consumo abusivo de SPA aportando el 5,7% al Distrito. Por UPZ se destaca Patio Bonito quien aporta el 16,6% a la notificación del evento en la localidad y Corabastos sobre el 6%. Así mismo en la mesa de SPA se evidenció en la georreferenciación que algunos parques de las UPZ en este nodo territorial concentran el consumo y expendio de estupefacientes y se destaca con mayor importancia en toda la periferia de la Central de Abastos de la UPZ 80 Corabastos, lo cual conlleva a ahondar más la problemática social.

Como focos de afectación e intervención inmediata se tienen los expendios de drogas ilícitas (ollas), los lotes baldíos o sitios oscuros donde se facilita el consumo de spa, la inseguridad y el arrojo de escombros y residuos sólidos. Los actuales modelos de urbanización expansivos de la ciudad dan origen a los procesos de urbanización ilegal y auto construcción, con infraestructura inadecuada y falta de redes de servicios públicos domiciliarios. Frente a esto se encuentra que el 4,0% de las viviendas caracterizadas en el 2013 son ilegales, siendo este porcentaje más alto en las UPZ Patio Bonito (12,3%) y Corabastos (3,2%), que cuenta con zonas de invasión donde residen familias es su mayoría, dedicadas al reciclaje.

En este nodo territorial para la Estrategia de Abordaje Territorial se priorizo en la UPZ 80 Corabastos una zona comprendida en el cuadrante entre la Avenida Agoberto Mejía y la Avenida Ciudad de Cali y entre la Calle 38 Sur hasta los humedales de la vaca sur y norte, debido a estas mismas tensiones junto con las problemáticas identificadas por otras entidades como son: inseguridad, prostitución, habitabilidad en calle, mal estado de las vías, riñas callejeras, mala disposición de residuos sólidos, invasión del espacio público y movilidad vial;

problemáticas que también fueron percibidas en los recorridos de abordaje territorial del componente dos de gobernanza.

Kennedy durante el año 2016 reportó 47 casos de suicidio consumado y una tasa de 4,0, aumentando respecto al año 2015 este resultado en 1,4 puntos. En cuanto a la conducta suicida, de acuerdo al SISVECOS, para el año 2016, la localidad tuvo el siguiente comportamiento: Ideación 719 casos con aporte del 11,6% al Distrito, amenaza con 60 casos aportando a Bogotá el 8,7%, para intento hubo 397 casos con un aporte al Distrito del 12,5%. Las UPZ que presentan mayor proporción de casos son Patio Bonito en ideación aporta el 21,4%, amenaza 8,3% y para intento 19,9%; UPZ Corabastos ideación aporta el 7%, amenaza 10% y para intento 7%.

De acuerdo al documento de análisis de desigualdades para Kennedy el intento suicida en el año 2014 tuvo un incremento respecto al año 2012 en 1,6 puntos, comparado con el tercil mediano distrital se comporta en forma muy similar sin diferencias significativas. El suicidio consumado para los años 2011 y 2014 disminuyó para el último periodo en 0,6 puntos, comparado con el tercil mediano distrital, para el año 2011 la localidad tuvo un resultado por encima del tercil en 0,2 y en el año 2014 tuvo similar comportamiento solo con una diferencia por debajo de 0,1.

Según la notificación SIVIM, la violencia intrafamiliar para el año 2016 Kennedy aporta el 10,8% del Distrito Capital, al realizar el análisis de desigualdades la tasa aumentó entre 2011 y 2014 de forma importante en 31,1 puntos. Respecto al tercil mediano de las localidades del Distrito que se encuentran ahí ubicadas, para el año 2011 Kennedy estuvo muy por debajo (16,5 puntos menos) mientras que en el año 2014 la localidad excedió el resultado de este tercil en 10 casos de violencia intrafamiliar por 10.000 habitantes. Por UPZ en el año 2016 Patio Bonito tiene el mayor aporte con el 25,3% seguido de Corabastos con el 11,5%, Kennedy Central 11,2% y Gran Britalia 9,8%.

En cuanto a maltrato infantil en el año 2016 las notificaciones de esta localidad aportan el 10,7% al Distrito, según el análisis de desigualdades la tasa tuvo un incremento importante para el año 2014 en 6,4 puntos. Comparando sus resultados con el tercil mediano distrital para el año 2011 Kennedy tuvo un resultado mucho más bajo en 5 casos por 1.000 menores, mientras que para el 2014 su resultado tuvo un exceso en aproximadamente 2 casos por 1.000 menores. Para el año 2016 el comportamiento por UPZ evidencia que Patio Bonito tiene el mayor aporte con el 28,1% seguido de Corabastos con el 13,3%, Carvajal 11,7% y Gran Britalia 10%.

Las tensiones contenidas en el nodo se relacionan entre sí, debido a los determinantes estructurales que comparten, tales como la pobreza dada a políticas macroeconómicas evidenciadas en el estrato bajo y sin estratificar predominante en el territorio, sistemas de educación débiles, condiciones sociales como víctimas del conflicto población desplazada, flexibilización de la norma ante los victimarios, 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.

A pesar que el Distrito y el Estado se rigen por normas de estricto cumplimiento tanto en la violencia intrafamiliar como en la accidentalidad de tránsito las sanciones son mínimas y se hace flexible la norma, fomentando que los infractores reincidan generando mayores complicaciones que pueden llevar hasta la muerte, ya sea por violencia o por accidentalidad en las vías.

La violencia intrafamiliar, el consumo problemático de spa y la maternidad y paternidad temprana comparten determinantes estructurales de tipo económico como la pobreza ya que la población está en su mayoría en estrato bajo, modelos de educación que no están adaptados a la dinámica social de Bogotá. El sistema

de salud impide que se preste la atención necesaria a las víctimas de cualquier tipo de violencia, así como la atención integral a consumidores problemáticos de spa. Las cadenas de microtráfico, así como la expedición de licencias de conducción sin regulación.

En las tensiones de tipo social se presentan conductas reincidentes de violencia en la familia, relaciones sexuales a temprana edad sin protección que pueden conllevar a violencia intrafamiliar, el consumo abusivo de spa conlleva a la violencia intrafamiliar, a su vez genera accidentes de tránsito que pueden llegar a ser fatales.

Para las poblaciones étnicas el conflicto cultural al llegar a la ciudad representa cambios en la alimentación y en otros factores culturales, además de la situación socioeconómica en la que desenvuelve la familia que limita el acceso a determinados productos para lograr una alimentación balanceada como resultado de esta situación los principales afectados son los niños y niñas.

El consumo de sustancias psicoactivas es una realidad amenazante para los grupos étnicos (por aceptación y adopción de nuevos ídolos o ideales) ya que además de las implicaciones de salud y sociales de esta, conlleva a una separación de la cultura, desarraigo y la pérdida de las costumbres propias, en el curso de vida “juventud” encargado de recibir y transmitir el acervo cultural.

De las condiciones de vida de las mujeres indígenas víctimas de violencia al interior de sus comunidades en la ciudad pocas estadísticas se conocen. Sin embargo, la información existente revela que los más afectadas son las menores de 14 años, en esta problemática se presenta una variación de poder y de autoridad dentro de las comunidades, cabildos y del hogar resultados de los nuevos roles que han logrado las mujeres étnicas (mujeres profesionales, gobernadoras de cabildos y productivas).

Análisis de respuesta

Al analizar la respuesta en la prevención de embarazos en adolescentes una actividad importante ha sido el fortalecimiento de las acciones del Programa Bandera de Salud Plena para las mujeres en conjunto con todos los actores incluyendo acciones promocionales para las jóvenes, de igual forma el tema de IVE se ha fortalecido en todas las Unidades de Servicios de la Subred tanto a nivel de capacitación como del desarrollo del proceso. Continuamente se ha evaluado y fortalecido la activación de ruta para el acceso oportuno de jóvenes y adolescentes a servicios institucionales, con énfasis en planificación familiar. Desde el espacio educativo componente Amarte se fortalecen las acciones preventivas de embarazo adolescente y desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

En la prevención y disminución de violencias, se han realizado jornadas de capacitación a profesionales de los Centros Día en notificación de fichas SIVIM y activación de rutas por violencia a persona mayor, evaluación del accionar del equipo SIVIM respecto a la atención a mujeres, notificación de barreras con el equipo de salud mental, se realiza socialización de política de salud mental, SPA y posicionamiento de la agenda sectorial en los Comités de violencias, de igual forma se avanza en el posicionamiento de diagnóstico de violencias contra las mujeres en espacios mixtos de participación comunitaria e institucional, al igual que se ha capacitado en la activación de ruta violencias. A nivel de familias se ha iniciado acuerdos en el Comité para realizar capacitación a grupos de familias para la prevención de violencias.

En espacios sectoriales se sensibiliza en el desarrollo de práctica clave AIEPI 4 y 13 relacionadas con el Buen Trato para que sea replicada con los usuarios.

Frente a las personas con discapacidad se plantearon actividades encaminadas a la eliminación de barreras actitudinales, físicas y de comunicación con ejercicios de sensibilización con la comunidad mediante la presentación de experiencias propias. De igual forma algo positivo es que desde el espacio de Vivienda se logra

ampliar la cobertura lo cual favorece mayor captación de casos para su respectivo seguimiento.

Las acciones encaminadas a dar respuesta a la problemática de violencias han sido favorables y pertinentes, sin embargo, los determinantes sociales, económicos y estructurales implicados en su desarrollo son muy fuertes, principalmente en esta localidad que tiene población vulnerable concentrada en UPZ como Patio Bonito, Corabastos, Gran Britalia, Carvajal; Las Margaritas.

Se continúa avanzando una propuesta de construcción de ruta de prevención de consumo de SPA en articulación con población diferencial LGBTI. El componente Vincúlate desde el Espacio Público facilita acciones preventivas en todos los niveles de riesgo de consumo y SOJU enfatiza en una población importante en riesgo de la localidad como adolescentes y jóvenes, de igual forma la ubicación de las actividades han sido estratégicas en las UPZ donde se concentra esta problemática como es Patio Bonito y Corabastos. Los resultados en SOJU en superación de consumo y mejoramiento de calidad de vida fueron más favorables que en ACOGIDA sobre el 35% y 15% respectivamente, lo cual propone reorientar el abordaje con metodologías diferentes para esta última población que tiene un riesgo alto y dadas sus condiciones de vulnerabilidad (habitabilidad en calle o alta problemática socio económica) es difícil su abordaje. Desde el componente Acompañarte del espacio educativo se ha identificado en los colegios de estas UPZ un alto consumo de sustancias psicoactivas.

Se da Continuidad al proceso de activación de rutas en el caso que se presenten barreras de acceso para la atención o tratamiento a conductas suicidas con la participación tanto del sector salud como de otros sectores especialmente con el Comité de Atención a Víctimas, Casa de Igual y Oportunidad, Secretaria de la Mujer, Personería Local, Secretaria de Integración Social, se avanza en el proceso de construcción de una ruta de servicios específica para la población víctima del conflicto armado y grupos étnicos teniendo en cuenta que la atención debe tener

enfoque diferencial y enfoque de derechos, esto ha sido favorecido con la inclusión de acciones PAPSIVI desde el espacio Vivienda, de igual forma articulación con la referencia de salud mental para la viabilización y notificaciones de casos de conducta suicida en mujeres y población de los sectores LGBTI. Se destaca que los casos remitidos al espacio Vivienda por presentar conducta suicida (ideación, amenaza e intento) ninguno tuvo reincidencia del evento, esto va articulado con la intervención que realiza Vigilancia en Salud Pública desde SISVECOS.

Cuarto Nodo: economía informal como fenómeno que vulnera las condiciones dignas y seguras de trabajo

Respecto a la tensión de accidentalidad y enfermedad laboral, alrededor de la Central de Abastos ubicada en la UPZ Corabastos de la localidad, se concentra población dedicada al reciclaje y a la informalidad al igual que la UPZ 45 Carvajal, UPZ 82 Patio Bonito y UPZ 83 Margaritas.

Figura 6.5 Tercer nodo y tensiones relacionadas, Kennedy, 2017



Fuente: SDS, Metodología para ubicación de tensiones identificadas en el territorio, 2017

La accidentalidad y enfermedades laborales se presentan por los actos inseguros realizados por la persona y condiciones inseguras por el ambiente de trabajo, la falta de implementación de elementos de protección personal, trabajos que no cuentan con un estudio en salud ocupacional de acuerdo al riesgo. Estas situaciones se generan a su vez, por falta de capacitación en el trabajo, falta de planificación en las labores, presencia de factores de riesgo y errores humanos, desconocimiento de la protección laboral, formas de empleabilidad precarias, falta de acceso a un empleo formal.

En la localidad de Kennedy se encuentra una gran cantidad de talleres de mecánica, talleres de ornamentación, metalmecánica, maderas y confección los cuales en su mayoría son empresas informales debido al poco interés de los empleadores por formalizar sus empresas en materia de vincular a los trabajadores al Sistema General de Seguridad Social Integral. Los talleres de maderas no cuentan con un sistema productivo estandarizado puesto que sus productos, en su gran mayoría, son fabricados de acuerdo a las necesidades del cliente (3).

Para las UPZ de Patio Bonito y Corabastos se puede observar fallas en los equipamientos sanitarios básicos y en el mantenimiento de un ambiente sano, además que se cuenta con la central de abastecimiento más grande del país donde se pueden evidenciar todas las tensiones que confluyen en el nodo, en un solo lugar destinado para la distribución y almacenamiento de alimentos. Este equipamiento genera una dinámica importante en la generación de empleo no calificado en unidades de trabajo informal (UTI) y mal remunerado, de rebusque, así como de reciclaje, todo ello junto a grandes bodegas. El emplazamiento de familias en torno a la búsqueda de nuevas fuentes de empleo conforman barrios de invasión carentes de todos los equipamientos básicos, quienes poco a poco a través de la organización y el empoderamiento comunitario ante las instituciones del Estado van mejorando la infraestructura; sin embargo, pese a los logros de la comunidad, las situaciones de inequidad históricas persisten y se reflejan en las

condiciones actuales de calidad de vida y salud de la población de estos sectores (35).

De acuerdo a la notificación SIVISTRA Kennedy reporta 227 casos de trabajo informal aportando el 5,3% a la notificación del Distrito.

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.

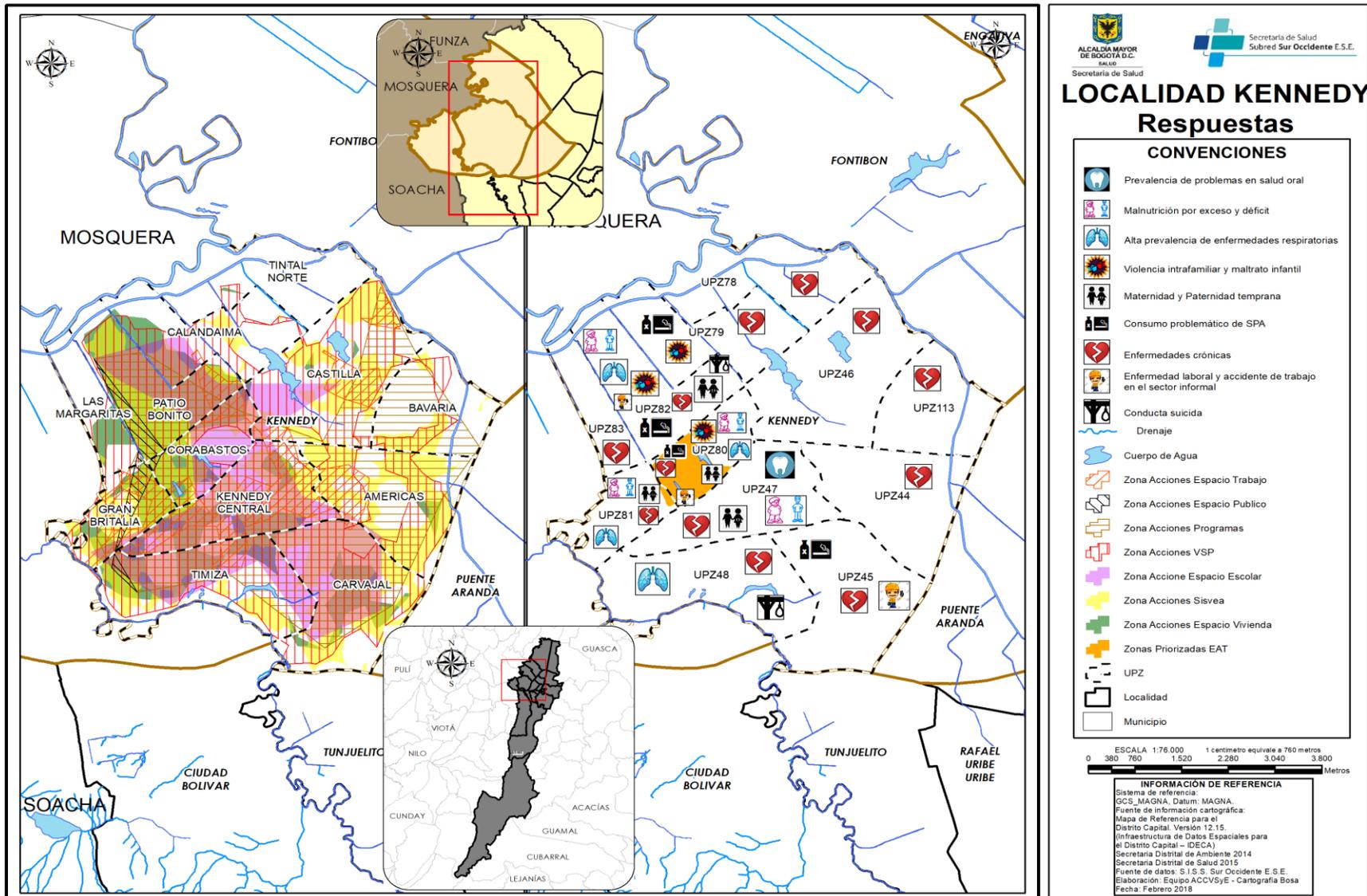
Análisis de respuesta

Se ha avanzado en la identificación de las unidades productivas de carácter informal, en dónde se realiza caracterización por parte del equipo de espacio de trabajo, se desarrollan jornadas dónde se oferta feria de servicios dirigidas a la población que se dedica a la actividad del reciclaje (vacunación, manejo de residuos, lavado de manos), se da continuidad al trabajo de activación de las rutas sectoriales que garanticen la oportuna atención del trabajador. El equipo SIVISTRA realiza las intervenciones en salud relacionadas con la exposición en el entorno de trabajo y que afectan la situación de salud, se tiene participación activa en el Comité de Productividad donde se reúnen los líderes de la economía informal de la localidad, de igual forma para el tema de trabajo infantil se articula a través del COLIA, se realiza fortalecimiento en seguridad en el trabajo a mujeres que laboran en diferentes actividades económicas, con los Grupos Organizados de Trabajadores se enfatiza las actividades en todo lo relacionado con seguridad en el trabajo, se avanza en realizar convenios con el SENA para que se promuevan ferias laborales donde se involucren a las personas que están en la informalidad en el sector formal.

Al cruzar las tensiones identificadas en cada uno de los espacios frente a la respuesta dada desde las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y la Estrategia de Abordaje Territorial (EAT) se evidencia que en general desde el PIC una adecuada cobertura de acuerdo a las necesidades priorizadas, sin embargo, desde espacio público en lo que se refiere a las acciones de Puntos Cúidate Se Feliz y del componente vincúlase solo se limita a las UPZ Patio Bonito y Gran Britalia, cuando la problemática de enfermedades crónicas y de consumo abusivo de SPA involucra otras UPZ tales como Calandaima, Corabastos, Carvajal. De otra parte el espacio Vivienda no tiene cobertura tan amplia en las UPZ Carvajal, Américas, Calandaima, Timiza, donde se concentran enfermedades respiratorias, enfermedades crónicas, consumo de SPA, que requieren un mayor despliegue de acciones.

La EAT solo concentra su accionar en Corabastos lo cual es insuficiente para una localidad tan vulnerable y/o con problemáticas particulares que en ciertos contextos tales como Patio Bonito, Gran Britalia, Carvajal, Calandaima, timiza, Kennedy Central es necesaria el trabajo conjunto de varios sectores.

Mapa 22. Respuesta frente a tensiones identificadas para la localidad de Kennedy, 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 y en espacios intersectoriales, en donde se socializa los hallazgos del proceso de configuración inicial del territorio buscando que los participantes de las sesiones validen o refuten la información encontrada.

En la localidad se dio la oportunidad de articularse a través de la Estrategia de abordaje territorial con otros sectores y se logró utilizar como espacio de discusión la Unidad de Asistencia Técnica de la localidad, donde se validaron los nodos y se dio como sugerencia tener en cuenta las problemáticas de seguridad en la localidad y de problemas ambientales debido a la contaminación y uno inadecuado de los residuos.

6.4 RECOMENDACIONES PARA LA AGENDA

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 contenidos 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.

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, por lo tanto es un ejercicio que debe mantenerse y potencializarse en su desarrollo para lograr impacto en la toma de decisiones a nivel sectorial e intersectorial.

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.

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.

Si bien es cierto, cada UPZ tiene su dinámica particular, el accionar de las Instituciones es similar, la intervención se hace a partir de territorios priorizados y lo que se busca es incidir positivamente en los indicadores que se analizan en cada institución, no se debe dejar a un lado actores estratégicos que dan vida a las propuestas hechas para cada tensión.

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 Kennedy se formulan las siguientes recomendaciones:

- En todas las IPS de la localidad generar una ruta de promoción y prevención donde los niños y niñas que asistan a servicios resolutivos o por Promoción y Detección se les garantice el acceso al 100% de las acciones contempladas en el plan de beneficios (salud oral, crecimiento y desarrollo, vacunación etc.).
- Focalizar la cobertura de acciones en salud oral que se realiza en el Plan de Intervenciones Colectivas a la población menor de cinco años, a través del tamizaje por perfil específico en el espacio vivienda en el componente de acciones familiares y en las actividades de IEC con énfasis en salud oral, nutrición y actividad física durante las jornadas realizadas por el espacio público, involucrando otros sectores.
- Para el ingreso a los programas y proyectos de atención a la primera infancia en Secretaria de Integración Social e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, entre otros, incluir como requisito los controles en salud oral.
- A través de estrategia cuidarte (espacio educativo) y el componente de acciones en Hogares Comunitarios de Bienestar (espacio vivienda) articular con directores locales, rectores, docentes y madres comunitarias de las Instituciones abordadas la inclusión de elementos de salud oral como requisito para la práctica de hábitos favorables durante la jornada escolar.
- Implementar un programa de hábitos y estilos de vida saludables en la población étnica desde un enfoque de cambio cultural con énfasis en los cambios en contexto de ciudad, esto principalmente en las UPZ Patio Bonito, Corabastos y Gran Britalia.

- Desarrollar la estrategia de Huertas urbanas con población de la UPZ Patio Bonito y Gran Britalia, 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, Secretaría de Ambiente, Jardín Botánico)
- Implementar la capacitación a personal de salud pública y asistencial que atiende niños y niñas en prácticas de AIEPI 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, en articulación con el DILE, iniciando en las Instituciones de la estrategia Sintonizarte, para luego abordar el 100% de Instituciones enfatizando UPZs Patio Bonito y Gran Britalia.
- Articular esfuerzos sectoriales e inter institucionales para el desarrollo de una propuesta de programa de actividad física en todos los momentos del curso de vida.
- Desarrollar sesiones de capacitación para familias líderes en prácticas de AIEPI comunitario, lavado de manos, para que posteriormente sean multiplicadores de esta capacitación en su comunidad, aprovechando la población captada a través de los espacios sociales.
- En puntos de gradiente de contaminación alta como lo son Kennedy Central, Gran Britalia, Corabastos, Timiza, Carvajal, Américas encontrados de acuerdo al monitoreo de calidad del aire fortalecer la educación en medidas protectoras para la prevención de enfermedades respiratorias.

- Fortalecer el programa de medicina ancestral con capacitación sobre prácticas preventivas y de orientación para la atención de enfermedades respiratorias.
- Aumentar los puntos de monitoreo de Calidad del Aire para fuentes fijas y móviles, destacando los puntos críticos en vías de alto flujo vehicular Avenida Primera de Mayo, Avenida de las Américas y en malas condiciones principalmente en la UPZ Patio Bonito.
- Mejorar la cobertura asfáltica en principalmente en las UPZ Corabastos y Patio Bonito, de igual forma en la mejora del control a las pequeñas industrias y proyectos de vivienda urbana UPZ Américas, Carvajal y Calandaima.
- Ampliar la cobertura del espacio vivienda en la intervención psicosocial para toda la población remitida por Sivim principalmente en las UPZ Patio Bonito, Calandaima y Corabastos.
- Capacitar a los profesionales asistenciales y de salud pública en atención de primeros auxilios para salud mental y posicionar la política pública de salud Mental y la política de consumo de SPA en espacios donde no se ha podido acceder.
- Fortalecer las temáticas de rutas de violencia en los diferentes espacios en los que asisten las personas mayores, así como fortalecer y aumentar iniciativas comunitarias en salud mental y buen trato.
- Diplomados para padres de familia relacionados con la prevención de la violencia intrafamiliar y maltrato infantil, consumo de SPA, conducta suicida, maternidad y paternidad temprana.

- Implementar estrategias en la detección temprana y oportuna de la discapacidad minimizando el riesgo de incrementar el nivel de dependencia y severidad, así mismo todo lo relacionado con las alteraciones asociadas con la discapacidad, la condición, el estado de la salud y funcionamiento que permita incentivar las rutas para eliminación de violencias hacia las personas con discapacidad y la disminución de barreras actitudinales (formas de expresión).
- Realizar un convenio con universidades que tengan en sus programas psicología para que profesionales en formación realicen seguimiento a casos puntuales.
- 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 los servicios de salud de las IPS caracterizadas por programas en las UPZ Corabastos, Patio Bonito y Gran Britalia.
- Implementar el servicio amigable "Rincón del joven" con acciones preventivas en embarazo en adolescentes, consumo de SPA y conducta suicida con demanda inducida, así como posicionar la oferta de servicios en las Unidades de Servicios de la Subred ubicados en la localidad.
- Ampliar la cobertura de Instituciones Educativas con la estrategia Sintonizarte, cambiando la priorización no por cursos, sino de acuerdo a la problemática que se ha identificado en cada institución.

- Crear alianzas estratégicas con la Secretaria de Educación y la Secretaría de Integración Social para la ejecución de proyectos que involucren acciones de salud sexual y reproductiva con jóvenes logrando un abordaje integral.
- 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.
- Ampliar la cobertura de consulta, tratamiento y control del Centro de Atención a Drogodependientes -CAD- no sólo para consumo inicial de SPA sino para consumo problemático, con ampliación de las Unidades de Salud Mental Floralia y Las Delicias en oferta.
- Ofertar la cápita de la Subred con Capital Salud para la remisión de casos al Centro de Atención a Drogodependientes -CAD-
- Implementar nuevamente los CAMAD Centros móviles de atención a Drogodependientes, 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 Secretaria Distrital de Integración Social, para que los ciudadanos habitantes de calle que deseen iniciar tratamientos y controles

para deshabitación 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 identificados de acuerdo al ejercicio de cartografía social que en la localidad se concentran en UPZ Carvajal, UPZ Américas, UPZ Corabastos.
- Aumentar en un 50% jornadas de identificación de condiciones crónicas garantizando el seguimiento por EAPB a los usuarios captados por la estrategia Cuídate se Feliz espacio público.
- Realizar jornadas de capacitación con población sobre alimentación saludable con un componente práctico, de acuerdo a las condiciones económicas de cada familia, similar a la estrategia "Tu vales".
- Control de eventos en salud (Hipoacusia Inducida por Ruido) exigiendo valoración periódica de la capacidad auditiva en aquellos entornos en donde la exposición al ruido es alta y/o continua como son los ubicados en la UPZ Kennedy Central y Carvajal.
- 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.

- Realizar convenios con el sector privado para que se promuevan ferias laborales donde se involucren a las personas que están en la informalidad en el sector formal.
- 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.
- Dentro de las temáticas trabajadas en los espacios de vida cotidiana se debería dar mayor énfasis a las temáticas de salud mental en toda la población, como inteligencia emocional, manejo de la ansiedad, manejo adecuado de las emociones.
- Establecer en la subred servicios de salud amigables con énfasis en salud mental, mínimo uno en cada localidad, en articulación con las instituciones que cuentan con incidencia en esta problemática.
- Ampliar cobertura en SISVECOS y espacio Vivienda de tal forma que se pueda realizar más IEC en las conductas suicidas notificadas y seguimientos posteriores a los casos notificados, no solo del paciente sino de su familia.
- Crear la ruta de atención diferencial para las mujeres, mujeres lesbianas, bisexuales y hombres y mujeres transgéneristas, hombres gay, bisexuales y

personas en ejercicio de la prostitución en materia de acciones de promoción y prevención para la salud mental de este grupo poblacional.

- Construir una ruta de servicios específica para la población víctima del conflicto armado y grupos étnicos teniendo en cuenta que la atención debe tener enfoque diferencial y enfoque de derechos.
- Articular acciones con el Centro Local de Atención a Víctimas donde se identifiquen casos para remisión a SISVECOS o atención PAPSIVI según alteración o característica de abordajes

BIBLIOGRAFIA

1. Secretaría Distrital de Planeación. Decreto 190. 2004.
2. El congreso de Colombia. Consulta de la Norma:Ley 388 de 1997 [Internet]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=339>
3. Secretaría Distrital de Planeación. Monografía Kennedy. 2011.
4. MSPS. Resolución 0518 de 2105.
5. Secretaría Distrital de Gobierno. Plan Ambiental Local 2013-2016. Alcaldía Local de Kennedy. 2013.
6. Ministerio de salud y protección social. Análisis de Situación de Salud para Poblaciones Diferenciales. Bogotá; 2013.
7. OMS. Determinantes sociales de la salud. WHO. 2013;
8. Colombia UE de. Estrategia Pase a la Equidad en Salud. Primera. Ministerio de la Protección Social, editor. Bogotá; 2013.
9. Alcalde Mayor de Bogotá DC. Política Pública en Salud para la Población Desplazada Víctima del Conflicto Armado asentada en Bogotá D.C. Bogotá; 2011.
10. Vigilancia Comunitaria SSO. Informe Desarrollo Estrategia Vigilancia Comunitaria Para El Abordaje De La Salud Pública. 2017.
11. Secretaría Distrital de Planeación. Boletín de resultados encuesta multipropósito, Bogotá. Bogotá D.C.; 2014.
12. Rice M. Primera Reunión del Foro Regional de Salud Urbana de la OPS/OMS. Ciudad de México; 2007.
13. 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.
14. Social D de la P. Descripción del Enfoque Diferencial. Bogotá; 2012.
15. Colombia C de la R de. Ley 1448 de 2011. Bogotá; 2011.
16. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Plan Estadístico Nacional 2017 -2022. 2017.
17. GRUPO DE ANALISIS DE CALIDAD, CONDICIONES DE VIDA SYE. Guía

- para Elaboración del documento ACCVSyE. Bogotá; 2017.
18. Colombia P de la R de. Decreto 2957 de 2010. Bogotá; 2010.
 19. Educación S de. Sistema Sexo Género. Colima; 2016.
 20. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Malta; 2011.
 21. Alcaldía mayor de Bogotá D.C. DECRETO 470 DE 2007 - Política Pública Distrital de Discapacidad. Bogotá; 2007.
 22. Mujer SD de la. Mujeres en Cifras: Acercamiento al fenómeno de la prostitución en Bogotá. Bogotá; 2015.
 23. Colombia C de la R de. Ley 1641 de 2013. Bogotá D.C.; 2013.
 24. Alcalde Mayor de Bogotá DC. Política Pública para el fenómeno de habitabilidad en calle. Bogotá D.C.; 2015.
 25. D.C. CD de B. PROYECTO DE ACUERDO No. 265 DE 2010. Bogotá; 2010.
 26. Javeriana PU. Lineamientos Generales de la Política Distrital de Reciclaje. Bogotá; 2010.
 27. Educación M de. Ambientes Escolares Libres de Discriminación. Bogotá; 2016.
 28. NU, CEPAL C. Estudio sobre la distribución espacial de la población en Colombia. 2013.
 29. Figueroa Quique J. Distribución espacial de la población [Internet]. Educación. 2016. p. 9. Available from: <https://es.slideshare.net/jackelinlin/distribucion-espacial-de-la-poblacion>
 30. Secretaria Distrital de Salud. Guía Técnica del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. 2017.
 31. Secretaría Distrital de Salud. Ficha Técnica de Espacios de Vida Cotidiana. 2017.
 32. Secretaría Distrital de Salud. Ficha Técnica de Procesos Transversales. 2017.
 33. Secretaría Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Anexo operativo 1 Gestión de la información para la vigilancia en salud pública. 2017.

34. Secretaría Distrital de Salud. Anexo Operativo del Componente 1: Posicionamiento de las políticas públicas que favorezcan la salud y la vida. 2017.
35. Hospital del Sur ESE. Diagnóstico local Kennedy. 2015.
36. Equipo Accvsye SSO. Documento ACCVSYE Subred Sur Occidente. Bogotá; 2016.
37. Hospital Pablo VI Bosa. Diagnóstico local Bosa. 2015.