

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

Localidad de Los Mártires

14



Alcalde Mayor de Bogotá
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaria de Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública
Elizabeth Coy Jiménez

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE

Gerente
Martha Yolanda Ruiz Valdes

Coordinadora PSPPIC
Lida Esperanza Montenegro Parra

Referente Gobernanza
Julieth Ávila Bohórquez

Equipo Local

Lady Viviana Rodríguez Galindo. Líder Componente
Diana Lucia Nieto Sánchez. Epidemióloga
Bayron Quintero Mallungo. Geógrafo
Laura María Medina Pájaro. Antropóloga

Fotografía de la portada
Recorrido Territorial Los Mártires ACCVSEy E

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

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	13
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos	14
1. CAPÍTULO I: CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO	15
1.1 Contexto territorial	16
1.2 Estructura demográfica.	18
1.3 Dinámica demográfica.....	23
1.4 Conclusiones capítulo i.....	34
3. CAPÍTULO III: MORTALIDAD Y MORBILIDAD	43
3.1 Mortalidad	44
3.1.1 Mortalidad por grandes causas 6/67	44
3.1.2 Mortalidad subgrupos, grandes causas 6/67	48
3.1.3 Mortalidad infantil y en la niñez	57
3.1.4 Mortalidad materno – infantil y en la niñez	60
3.2 Morbilidad	62
3.2.1 Morbilidad general y análisis de la prestación de servicios	62
3.3.2 Eventos de Vigilancia en Salud Pública.....	77
3.5 Análisis general de la morbilidad e identificación de prioridades	80
4. CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DIFERENCIAL DE POBLACIONES	82
4.2 Apropiación conceptual y balance de información disponible	85
4.2.1 Personas en ejercicio de prostitución	85
4.2.2 Ciudadano habitante de calle	85
4.2.3. Personas de los sectores sociales LGBTI	85
4.2.4 Población con discapacidad	86
4.2.5 Víctimas del conflicto	86
4.2.6 Población étnica.....	86

4.2.7	Personas de ocupación recicladora, carreteros y pequeños bodegueros.....	87
4.3	Contexto demográfico.....	87
4.3.1	Población en ejercicio de prostitución.....	87
4.3.2	Población habitante de calle	89
4.3.3	Personas de los sectores sociales LGBTI	90
4.3.4	Población con discapacidad	91
4.3.5	Población víctima del conflicto armado.....	94
4.3.6	Población étnica.....	96
4.3.7	Población de ocupación bodeguera.....	103
4.3.8	Población de ocupación recicladora	104
4.3.9	Relación de las poblaciones diferenciales y de inclusión con su territorio	106
4.3.10	Población LGBTI.....	107
4.3.11	Población con discapacidad	110
4.3.12	Poblaciones étnicas	112
4.3.13	Poblaciones de inclusión	114
4.4	Interseccionalidades	117
4.5	Condiciones de vida y determinantes de las poblaciones diferenciales.....	117
4.6	Población priorizada: personas en ejercicio de prostitución	119
4.6.1	Ciudadanos habitantes de calle	122
4.6.2	Personas de los sectores sociales LGBTI	124
4.6.3	Población con discapacidad	128
4.6.4	Víctimas del conflicto	129
4.6.5	Población étnica.....	130
4.6.6	Análisis de situación en salud para las poblaciones diferenciales	133
4.7	Población priorizada: personas en ejercicio de la prostitución.....	133
4.7.1	Población habitante de calle	136
4.7.2	Personas de los sectores sociales LGBTI	138
4.7.3	Población con discapacidad	139
4.7.4	Población víctima del conflicto	140
4.7.5	Población étnica.....	142

4.7.6 Acciones y respuestas en salud para situaciones identificadas en las poblaciones diferenciales	144
4.8 Población priorizada: personas en ejercicio de la prostitución.....	144
4.8.1 Ciudadanos habitantes de calle	147
4.8.2 Personas de los sectores sociales LGBTI	148
4.8.3 Población con discapacidad	149
4.8.4 Población víctimas del conflicto	149
4.8.5 Étnias.....	150
5. CAPÍTULO V: ACCIONES EN SALUD PÚBLICA.....	151
5.1 Acciones en Salud Pública	152
5.1.1 Espacio vivienda	152
5.1.1.1 Estructura.....	152
5.1.2 Resultados	154
5.1.2.1 Acción integradora 1 cuidado para la salud familiar. Gestión del riesgo	154
5.1.2.2 Acción integradora 1 cuidado para la salud familiar. Acciones familiares.....	156
5.1.1.2 Acción integradora 1 cuidado para la salud familiar. Acciones en hogares comunitarios y de bienestar	158
5.1.2.2 Acción integradora 2 cuidado para la salud familiar institucional - Cuidado para la salud de personas, familias y cuidadores, instituciones de protección y atención integral a personas mayores.	160
5.1.2.3 Acción integradora 2 cuidado para la salud familiar institucional - Cuidado para la salud de personas y cuidadores en instituciones de protección y atención para habitantes de calle y personas privadas de la libertad	160
5.1.3 Conclusiones.....	161
5.2 Espacio educación	161
5.2.1 Propósito.....	161
5.2.2 Descripción de los componentes	162
5.2.3 Acciones integradas.....	163
5.2.4 Respuesta.....	166
5.3 Espacio trabajo.....	167
5.3.1 Proceso de acciones integradas	169

5.3.1.1	Desvinculación progresiva de los niños, niñas y adolescentes de las peores formas del trabajo Infantil	169
5.3.2	Resultados	172
5.4	Espacio público	173
5.4.1	Acciones Itinerantes.....	177
5.4.2	Caracterización y monitoreo del riesgo en salud.....	178
5.4.3	Cuídate, Sé Feliz.....	178
5.4.4	SOJU	179
5.4.5	Comunidades promotoras y protectoras de la salud	181
5.5	Programas.....	181
5.6	Vigilancia epidemiológica	182
5.7	Conclusiones.....	184
6.	CAPÍTULO VI: ANÁLISIS Y SÍNTESIS	185
6.1	. Descripción metodológica	186
6.2	Nodos.....	189
6.2.1	Nodo 1: Reproducción de las dinámicas socioculturales, que da lugar a disfuncionalidad familiar	189
6.2.1.1	Análisis de respuesta Nodo 1.....	191
6.2.2	Nodo 2: Problemáticas psicosociales del entorno social y familiar y la debilidad en el cuidado integral por parte de los familiares.....	193
6.2.2.1	Análisis de respuesta Nodo 2.....	196
6.2.3	Nodo 3: Naturalización de patrones violentos: emocional, física, sexual, económica, por negligencia y por abandono.....	198
6.2.3.1	Análisis de respuesta Nodo 3.....	200
6.2.4	Nodo 4: Predominancia de la cultura no preventiva frente a las enfermedades y la falta de educación en estilos y hábitos de vida saludable	202
6.2.4.1	Análisis de respuesta Nodo 4.....	203
6.3	Recomendaciones	207

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1. Conteo y categorización de microterritorios y territorios en salud, vigencia 2012 - 2016, localidad de Los Mártires	84
Cuadro 2. Técnicas metodológicas del desarrollo de la unidad de análisis.	117
Cuadro 3. Parámetros de justificación de priorización, localidad de Los Mártires	119
Cuadro 4. Respuesta identificada para las necesidades en salud de los pueblos indígenas de la localidad de Los Mártires	150
Cuadro 5. Conformación equipo espacio vivienda, Subred Centro Oriente, 2016	153
Cuadro 6. Colegios abordados localidad de Los Mártires vigencia abril 2017- febrero 2018.....	166
Cuadro 7. Estructura espacio público. Subred Centro Oriente	174

LISTADO DE MAPAS

Mapa 1. Contexto territorial localidad de localidad de Los Mártires, 2016	17
Mapa 2. Condiciones de vida identificadas en la localidad de Los Mártires por UPZ	42
Mapa 3. Ubicación de las IPS públicas y privadas, localidad de Los Mártires, 2017	76
Mapa 4. Población LGBTI por microterritorio, localidad Los de Mártires	108
Mapa 5. Dinámica espacial de las personas de los sectores sociales LGBTI que ejerce prostitución en la localidad Los de Mártires	109
Mapa 6. Población con discapacidad por microterritorio, localidad de Los Mártires	111
Mapa 7. Población étnica por microterritorio, localidad de Los Mártires	113
Mapa 8. Mapa de poblaciones de inclusión por microterritorio, localidad de Los Mártires	115
Mapa 9. Zonas de prostitución y lugar de residencia reportado por quienes la ejercen, localidad de Los Mártires	116
Mapa 10. Respuesta institucional desde salud pública de la Subred Centro Oriente, en torno a las poblaciones diferenciales y de inclusión	146
Mapa 11. Síntesis de la Respuesta Institucional en Salud Pública, Subred Centro Oriente, Año 2017	183
Mapa 12. Agregación espacial de los nodos identificados en la localidad de Los Mártires	206

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la población por edad y sexo, localidad de Los Mártires, 2016	18
Tabla 2. Densidad poblacional por UPZ, localidad de Los Mártires, 2015.....	19
Tabla 3. Distribución de la población por UPZ y sexo, localidad de Los Mártires, 2015.....	21

Tabla 4. Distribución de la población según curso de vida y por sexo, localidad de Los Mártires, 2015	21
Tabla 5. Población diferencial, localidad de Los Mártires	22
Tabla 6. Población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, localidad de Los Mártires, 2016	23
Tabla 7. Indicadores demográficos, localidad de Los Mártires, 2006, 2011 y 2016	23
Tabla 8. Indicadores demográficos, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016	25
Tabla 9. Nacimientos en menores de 10 a 14 años según sexo, régimen de aseguramiento, etnia, peso al nacer, estado conyugal y nivel educativo de la madre, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016.	29
Tabla 10. Nacimientos en menores de 15 a 19 años según sexo, régimen de aseguramiento, etnia, peso al nacer, estado conyugal y nivel educativo de la madre, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016.	31
Tabla 11. Mortalidad por quinquenios según grandes causas, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014	45
Tabla 12. Tasas crudas grandes causas 6/67 según sexo y total, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014	46
Tabla 13. Tasas crudas subgrupos grandes causas 6/67 según sexo, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014	49
Tabla 14. Tasas ajustadas subgrupo neoplasias por sexo y total, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014	52
Tabla 15. Tasas ajustadas subgrupo causas externas por sexo y total, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014	55
Tabla 16. Tasas específicas de mortalidad infantil por sexo y total, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014	58
Tabla 17. Tasas específicas de mortalidad en menores de uno a cuatro años por sexo y total, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014	59
Tabla 18. Tasas específicas de mortalidad en menores de cinco años por sexo y total, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014	60
Tabla 19. Mortalidad materno – infantil y en la niñez, localidad de localidad de Los Mártires, 2016	61
Tabla 20. Reporte usuarios únicos atendidos por grandes causas, sexo, tipo de atención y red, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016	63
Tabla 21. Reporte usuarios únicos atendidos según curso de vida infancia y grandes causas, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016	65
Tabla 22. Reporte usuarios únicos atendidos según curso de vida adolescencia y juventud y grandes causas, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016	67
Tabla 23. Reporte usuarios únicos atendidos según curso de vida adultez y grandes causas, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016	68

Tabla 24. Reporte usuarios únicos atendidos según curso de vida vejez y grandes causas, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016	68
Tabla 25. 10 primeras causas de atención de morbilidad por ocurrencia según sexo, localidad de Los Mártires, 2015 – 2016	69
Tabla 26. 10 primeras causas de atención de morbilidad por ocurrencia según tipo de atención, localidad de Los Mártires, 2015-2016.	72
Tabla 27. Prestadores de servicios de salud según naturaleza jurídica, localidad de Los Mártires, 2017	73
Tabla 28 Distribución de servicios ofertados en los puntos de atención según instituciones públicas, localidad de Los Mártires, 2017	74
Tabla 29 Distribución de la notificación por dimensiones del PDSP, localidad de Los Mártires, 2016	78
Tabla 30. Distribución de la notificación colectiva por dimensiones del PDSP, localidad de Los Mártires, 2016	79
Tabla 31. Distribución de la notificación por dimensiones del PDSP, localidad de Los Mártires, 2016	79
Tabla 32. Eventos precursores, Los Mártires, 2016	80
Tabla 33. Población en ejercicio de prostitución caracterizada en APS según sexo, curso de vida, aseguramiento y nivel educativo, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016	88
Tabla 34. Población habitante de calle caracterizada en APS según sexo, curso de vida, aseguramiento y nivel educativo, Los Mártires, 2012 – 2016	89
Tabla 35. Personas de los sectores sociales LGBTI caracterizadas en APS según sexo, curso de vida, aseguramiento y nivel educativo, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016	90
Tabla 36. Población con discapacidad caracterizada por VSP según sexo, curso de vida y aseguramiento, localidad de Los Mártires, 2004 – 2015.....	92
Tabla 37. Población víctima del conflicto armado caracterizada en APS según sexo, curso de vida, aseguramiento y nivel educativo, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016	94
Tabla 38. Población étnica caracterizada en APS según sexo, curso de vida, aseguramiento y nivel educativo, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016	97
Tabla 39. Población étnica identificada por SIVIGILA según curso de vida, localidad de Los Mártires, 2016	100
Tabla 40. Población étnica identificada por SIVIGILA según aseguramiento, localidad de Los Mártires, 2016	101
Tabla 41. Población de ocupación bodeguera caracterizada en APS según sexo, curso de vida, aseguramiento y nivel educativo, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016	104

Tabla 42 Población de ocupación recicladora caracterizada en APS según sexo, curso de vida, aseguramiento y nivel educativo, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016	105
Tabla 43. Distribución eventos de notificación en población étnica según UPZ, localidad de Los Mártires, 2016	142
Tabla 44. Distribución de Usuarios con agendamiento, componente gestión de riesgo, Localidad de Los Mártires, abril a diciembre 2017	154
Tabla 45. Acceso a programas componente de gestión de Riesgo, Localidad de Los Mártires, abril a diciembre 2017	155
Tabla 46. Familias abordadas por localidad, componente acciones familiares, Subred Centro Oriente, abril a diciembre 2017	156
Tabla 47. Indicadores de operación en acciones familiares por UPZ y Localidad de Los Mártires, abril a diciembre 2017	157
Tabla 48. Hogares Comunitarios abordados por localidad, componente hogares comunitarios, Subred Centro Oriente, abril a diciembre 2017	158
Tabla 49. Indicadores de operación en hogares comunitarios y de bienestar, localidad de Los Mártires, abril a diciembre 2017	159
Tabla 50. Indicadores de cuidado para las personas en instituciones de atención para habitantes de calle, localidad de Los Mártires, abril a diciembre 2017	161
Tabla 51. Distribución del talento humano del espacio trabajo para la Subred Centro Oriente, 2017	169
Tabla 52. Porcentaje de trabajadores afectados por las condiciones de trabajo en las UTIS por localidad, Subred Centro Oriente, abril - diciembre 2017	171
Tabla 53. Porcentaje de UTIS que implementan la estrategia de entornos laborales saludables por localidad, Subred Centro Oriente, abril - diciembre 2017	172
Tabla 54. Distribución Jóvenes con Consumo Inicial de SPA. SOJU. Subred Centro Oriente, abril a diciembre 2017 Año 2017	180
Tabla 55. Identificación de situaciones tensionales en la localidad de Los Mártires	188

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide poblacional según quinquenios de edad, Localidad de Los Mártires, años 2006, 2011, 2016	20
Figura 2. Tasa específica de fecundidad por edad, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016	26
Figura 3. Serie total nacidos vivos, localidad de Los Mártires, 2011 – 2016	27
Figura 4. Nacimientos por edad de la madre, localidad de Los Mártires, 2011 – 2016	28
Figura 5. Tasas específicas de fecundidad de 10 a 14 años, localidad de Los Mártires, 2011 – 2016	33

Figura 6. Tasas específicas de fecundidad de 15 a 19 años, localidad de Los Mártires, 2011 – 2016	33
Figura 7. Tasas ajustadas grandes causas 6/67 según sexo, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014	47
Figura 8. Tasas ajustadas grandes causas 6/67, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014	48
Figura 9. Tasas crudas subgrupos grandes causas 6/67 local, localidad de Los Mártires, 2014	50
Figura 10. Tasas ajustadas subgrupo enfermedades transmisibles por sexo, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014	51
Figura 11. Tasas ajustadas subgrupo enfermedades del sistema circulatorio por sexo, localidad de Los Mártires, 2014	53
Figura 12. Tasas ajustadas subgrupo afecciones del periodo perinatal por sexo, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014	54
Figura 13. Tasas ajustadas subgrupo demás causas por sexo, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014	56
Figura 14. Tasas ajustadas subgrupo signos y síntomas mal definidos por sexo, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014	57
Figura. 15 Diez primeras causas de atención de morbilidad por ocurrencia según curso de vida, localidad de Los Mártires, 2015 – 2016	71
Figura 16. Población con discapacidad identificadas por SIVIGILA según sexo y curso de vida, localidad de Los Mártires, 2016	93
Figura 17. Población con discapacidad identificadas por SIVIGILA según aseguramiento, localidad de Los Mártires, 2016.....	93
Figura 18. Población víctima del conflicto armado identificadas por SIVIGILA según sexo y curso de vida, localidad de Los Mártires, 2016	95
Figura 19. Población víctima del conflicto armado identificadas por SIVIGILA según aseguramiento, localidad de Los Mártires, 2016	96
Figura 20. Población étnica identificada por SIVIGILA, localidad de Los Mártires, 2016.....	98
Figura 21. Población étnica identificada por SIVIGILA según sexo, localidad de Los Mártires, 2016	99
Figura 22. Población étnica identificada por nacimientos distrital, localidad de Los Mártires, 2016	102
Figura 23 Población étnica identificada por nacimientos en adolescentes distrital, localidad de Los Mártires, 2016	103
Figura 24. Pirámide de priorización de población diferencial, localidad de Los Mártires	119
Figura 25. Posibles causas del ejercicio de prostitución.....	134
Figura 26. Problemáticas sociales y de salud de la población en ejercicio de prostitución	135

Figura 27. Distribución eventos de notificación en habitante de calle según UPZ, localidad de Los Mártires, 2016	136
Figura 28. Riesgos en salud identificados en la población habitante de calle de la localidad de Los Mártires	138
Figura 29. Problemáticas de salud identificadas en la población LGBT de la localidad de Los Mártires	139
Figura 30. Problemáticas de salud identificadas en la población con discapacidad de la localidad de Los Mártires	140
Figura 31. Riesgos en salud identificados en la población víctima del conflicto de la localidad de Los Mártires	141
Figura 32. Problemáticas sociales y de salud identificadas en la población indígena de la localidad de Los Mártires	143
Figura 33. Problemáticas sociales y de salud identificadas en la población negra o afro descendiente de la localidad de Los Mártires	144
Figura 34. Respuesta identificada para las necesidades en salud de la población en ejercicio de prostitución de la localidad de Los Mártires	145
Figura 35. Respuesta identificada para las necesidades en salud de los ciudadanos habitantes de calle de la localidad de Los Mártires.....	147
Figura 36 Respuesta identificada para las necesidades en salud de la población LGBTI de la localidad de Los Mártires	148
Figura 37. Respuesta identificada para las necesidades en salud de la población con discapacidad de la localidad de Los Mártires.....	149
Figura 38. Porcentaje de niños y niñas trabajadores con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil según localidad, Subred Centro Oriente, abril - diciembre de 2017.....	170
Figura 39. Porcentaje de adolescentes trabajadores con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo, según localidad, Subred Centro Oriente, abril - diciembre de 2017.....	171
Figura 40. Distribución población con riesgo alto. Cuídate, Sé Feliz. Subred Centro Oriente, abril a diciembre 2017.....	179

INTRODUCCIÓN

El presente documento permite identificar, evidenciar y analizar las condiciones, calidad de vida y la situación de salud y enfermedad de la población residente en la localidad de Los Mártires, profundizando en primera instancia en sus características diferenciales; visualizando luego los determinantes en salud a nivel proximal, intermedio y estructural teniendo en cuenta las dimensiones (prioritarias y transversales) del Plan Decenal de Salud Pública y por momentos del curso de vida. Finalmente, se describe la gestión en salud pública desde los diferentes procesos transversales institucionales.

Teniendo en cuenta lo anterior, el documento está constituido por seis capítulos los cuales abarcan la caracterización de los contextos territorial y demográfico, el análisis de la calidad de vida y salud en relación a los determinantes, el análisis de la mortalidad y morbilidad de la población residente en la localidad por momentos de curso de vida, el análisis de la población diferencial y de inclusión, descripción de las acciones en salud pública y el análisis y síntesis según la identificación de tensiones sociales y de salud que impactan el proceso salud enfermedad de la población mediante el monitoreo de las desigualdades a partir de los indicadores de salud y la estratificación de equidad.

OBJETIVO GENERAL

Generar análisis y síntesis de las condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad que afectan a la población residente en la localidad de Los Mártires, a través de la articulación con los diferentes actores y sectores pertinentes de tal forma que este insumo aporte en las tomas de decisiones de la misma.

Objetivos específicos

- Captar y describir niveles y patrones de distribución espacio-temporal de indicadores que afectan el estado de salud de la población.
- Identificar algunas condiciones de vida de la población en el territorio, aquellas que tienen vínculo con las situaciones de salud-enfermedad.
- Reconocer y analizar el comportamiento de indicadores de enfermedad y muerte para la población de la localidad.
- Aportar insumos para las actividades de gobernanza, planificación y toma de decisiones en salud a nivel institucional y local.
- Identificar la situación de salud de las poblaciones diferenciales presentes en la localidad.

1. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

1.1 Contexto territorial

La localidad de Los Mártires está ubicada en el sector centro oriental de la ciudad, limitando al norte con la localidad Teusaquillo, al sur con Antonio Nariño, al oriente con Santa Fe y al occidente con Puente Aranda. En términos políticos y administrativos, la localidad de Los Mártires se encuentra conformada por dos Unidades de Planeamiento Zonal – UPZ (ver Mapa 1 A) UPZ 102 La Sabana y UPZ 37 Santa Isabel y cuenta con una extensión total de 651,4 hectáreas (ha), clasificadas en su totalidad como suelo urbano (1).

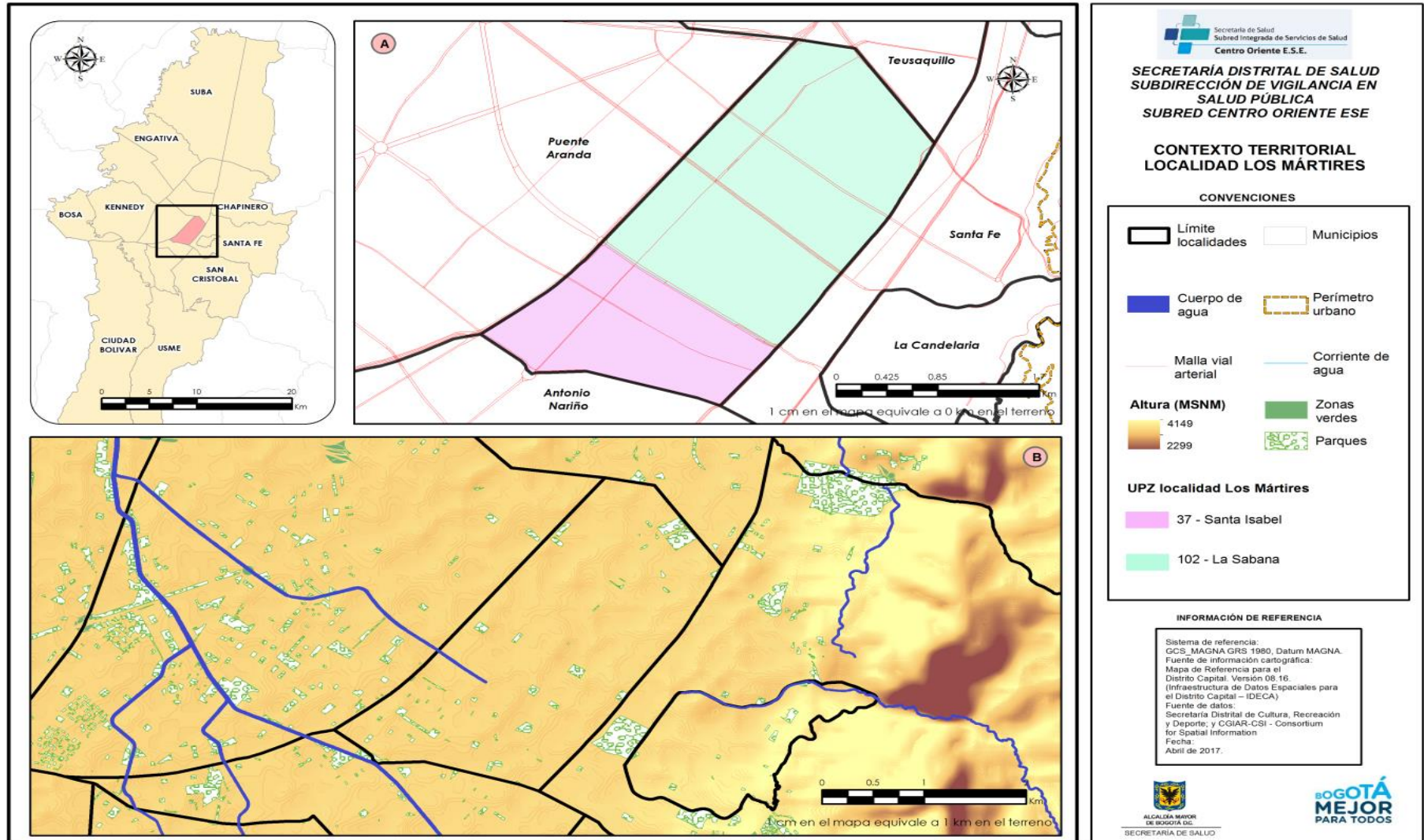
Este territorio comprende un área del llano fluvio lacustre de la sabana de Bogotá, con alturas constantes que varían levemente de occidente a oriente entre 2.560 y 2.592 Metros Sobre el Nivel del Mar – MSNM, con una temperatura media anual oscilante entre 13,2 y 14°C y precipitaciones promedio de 1000 a 1050 mm ⁽²⁾; su sistema hídrico está reducido al canal Comuneros que, como lo indica su nombre, hace referencia a un colector de aguas residuales y/o lluvia (mapa 1).

Frente al espacio público efectivo, entendido como las áreas “[...] de disfrute y en el que el ciudadano puede permanecer y ejercer libremente sus derechos, como lo son plazas, plazoletas, parques y zonas verdes” (3), la localidad reporta 2,12 m² por habitante al año 2013 (4), cifra que incumple lo establecido en el Decreto Nacional 1504 de 1998, el cual plantea que la meta es de 15 m² por habitante (5).

Por su parte, el desarrollo de actividades antrópicas en estas condiciones territoriales puede llegar a afectar a la población en la medida que esta tenga o no los mecanismos necesarios para sortearlas o afrontarlas. En este sentido, se han identificado para esta localidad amenazas tecnológicas relacionadas con incendios estructurales, fuga de sustancias químicas peligrosas, derrames y explosiones, en coherencia con los usos del suelo predominantes.

En lo que a movilidad se refiere, el 71,3% de la malla vial arterial se encuentra en buen estado, situación que contrasta con la de las vías locales, que son las predominantes (6), en donde el 35,1% de sus carriles se encuentran en mal estado (7).

Mapa 1. Contexto territorial, localidad de Los Mártires, 2016



Fuente: Equipo ACCVSyE con datos de datos IDECA, Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte; ConsortiumforSpatialInformation e IDIGE

1.2 ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA.

La población estimada para la localidad de Los Mártires es de 94.130 habitantes al año 2016, lo que corresponde al 8,77 % del total de la población en la Subred Centro Oriente y al 1,18 % a nivel distrital. La desagregación por sexo indica que para el año 2016 el 50,6 % de la población son hombres (n=47.587 habitantes) y el 49,4 % son mujeres (n=46.543 habitantes). La mayor cantidad de población para ambos sexos se concentra en el grupo de edad de los 30 a los 34 años de edad (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la población por edad y sexo, localidad de Los Mártires, 2016

LOS MÁRTIRES						
Total	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
0-4	3.037	6,4	2.845	6,1	5.882	6,2
5-9	3.186	6,7	2.924	6,3	6.110	6,5
10-14	3.445	7,2	2.980	6,4	6.425	6,8
15-19	3.532	7,4	3.073	6,6	6.605	7,0
20-24	3.803	8,0	3.331	7,2	7.134	7,6
25-29	3.844	8,1	3.374	7,2	7.218	7,7
30-34	3.974	8,4	3.841	8,3	7.815	8,3
35-39	3.839	8,1	3.760	8,1	7.599	8,1
40-44	3.171	6,7	3.106	6,7	6.277	6,7
45-49	2.982	6,3	2.991	6,4	5.973	6,3
50-54	3.020	6,3	3.116	6,7	6.136	6,5
55-59	2.986	6,3	3.188	6,8	6.174	6,6
60-64	2.337	4,9	2.560	5,5	4.897	5,2
65-69	1.748	3,7	1.963	4,2	3.711	3,9
70-74	1.278	2,7	1.491	3,2	2.769	2,9
75-79	701	1,5	928	2,0	1.629	1,7
80 y más	704	1,5	1.072	2,3	1.776	1,9
Total	47.587		46.543		94.130	

Fuente: Anexo 9 Herramienta pirámide poblacional localidad de Los Mártires, 2016

La densidad poblacional en la localidad de Los Mártires es equivalente a 151,61 habitantes/Ha, clasificada como media. La población estimada a 2015 para la localidad, representa el 8,85 % de la población de la Subred y de su totalidad del área, el 12,93 % corresponde a lo local. Teniendo en cuenta la desagregación por unidad de planeamiento zonal, se reporta mayor densidad en la UPZ 37 Santa Isabel con 227,39 habitantes/Ha, estos datos correspondiente al año 2015 (tabla 2).

Tabla 2. Densidad poblacional por UPZ, localidad de Los Mártires, 2015

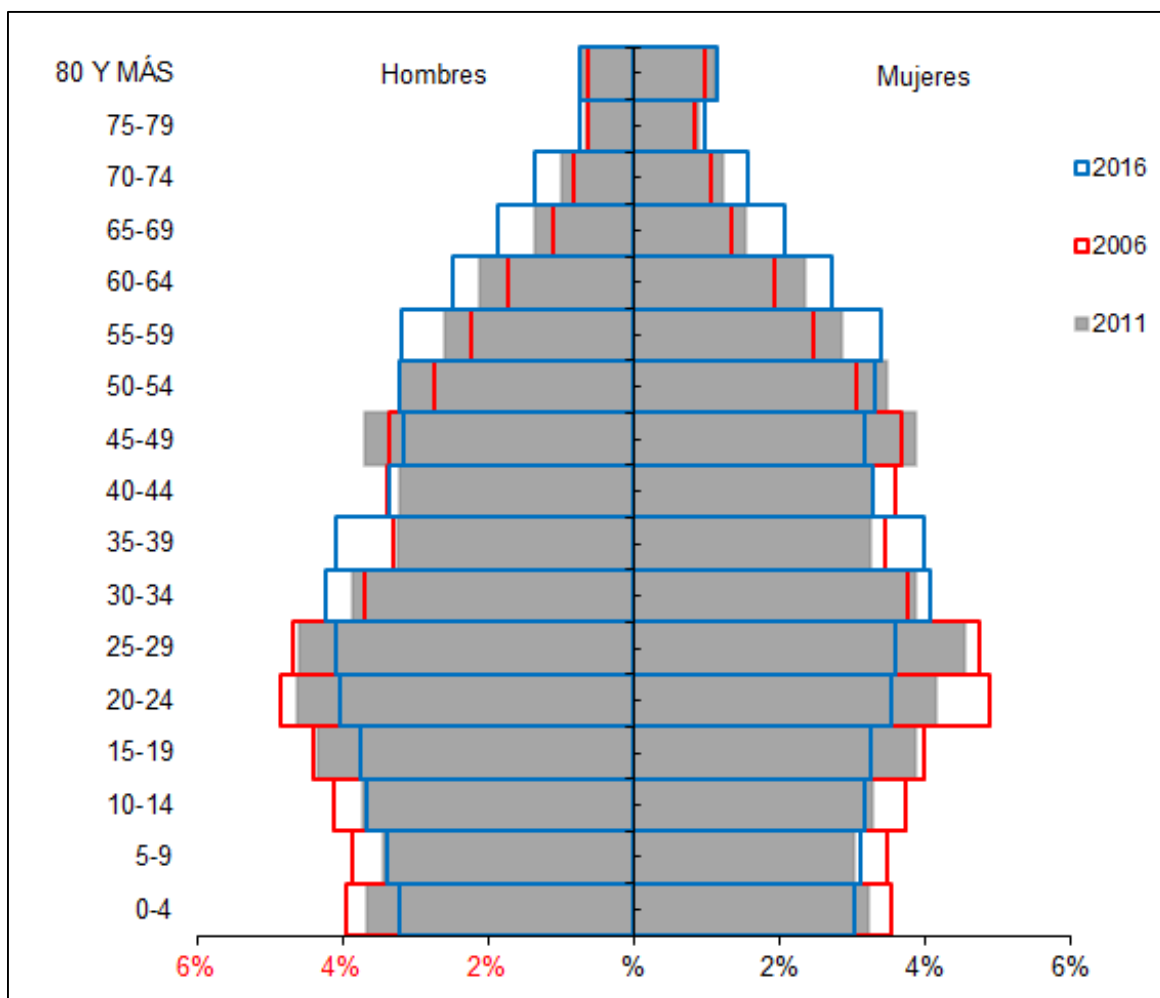
UPZ	102 - La Sabana		37 - Santa Isabel		Los Mártires		Subred
	Dato	%	Dato	%	Dato	%	
Población 2015	53.175	4,76	45.583	4,08	98.758	8,85	1.116.273
Área (Ha)	450,94	8,95	200,46	3,98	651,40	12,93	5037,22
Densidad población (Hab/Ha)	117,92		227,39		151,61		221,61
Clasificación	Baja		Alta		Media		Alta

Fuente: Construcción propia, equipo ACCVSYE

De acuerdo a la pirámide poblacional, la localidad muestra un proceso de transición demográfica con tendencia al envejecimiento y disminución de la fecundidad y natalidad, es decir, es de tipo regresiva para el año 2016; la proporción de la población adulta y adulta mayor crece rápidamente y al tiempo está disminuyendo la población menor de 29 años.

Teniendo en cuenta el sexo, se evidencia que para el año 2011 aumentó la población en las mujeres mayores de 45 años mientras que en los hombres ocurrió a partir de los 30 años; para el 2016, la población en ambos sexos crece desde los 30 años, excepto en el grupo de 45 a 54 años donde disminuye (figura 1).

Figura 1. Pirámide poblacional según quinquenios de edad, Localidad de Los Mártires, años 2006, 2011, 2016



Fuente: DANE-Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 Nacional y Departamental desagregado por área, sexo y grupos quinquenales de edad a abril/2017.

Respecto a la población local, al año 2015, el 50,5 % (n=49.840) son de sexo hombres y el 49,5 % (n=48.918) mujeres. De acuerdo a la desagregación por UPZ, el 53,8 % (n=53.175) de los habitantes residen en la UPZ 102 La Sabana, de los cuales el 52,6 % (n=27.981) son hombres y el 47,4 % (n=25.194) mujeres. El restante 46,2 % (n=45.583) de los habitantes residen en la UPZ 37 Santa Isabel, donde el 48,0 % (n=21.859) son hombres y el 52,0 % (n=23.724) mujeres (tabla 3).

Tabla 3. Distribución de la población por UPZ y sexo, localidad de Los Mártires, 2015

UPZ/Sexo	Total		Hombres		Mujeres	
	Frecuencia	%*	Frecuencia	%**	Frecuencia	%**
Los Mártires	98.758		49.840	50,5	48.918	49,5
Santa Isabel	45.583	46,2	21.859	48,0	23.724	52,0
La Sabana	53.175	53,8	27.981	52,6	25.194	47,4

Fuente: Proyecciones de población 2005-2015, según grupos de edad y por sexo. DANE-Secretaría Distrital de Planeación SDP: Convenio específico de cooperación técnica No 096-2007. * Respecto a la localidad. ** Respecto a la UPZ.

La distribución de la población por momentos del curso de vida evidencia que predomina, para ambos sexos, la población adulta con un 42,47 %, mientras que el grupo de primera infancia e infancia abarca el 15,49 %; la distribución por sexo evidencia que en la población menor de 29 años predominan los hombres mientras que en los mayores de 30 años son las mujeres (tabla 4).

Tabla 4. Distribución de la población según curso de vida y por sexo, Localidad de Los Mártires, 2015

Curso de vida / Sexo	Mujeres		Hombres		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Primera infancia 0 a 5 años	3.421	7,35	3.659	7,69	7.080	7,52
Infancia 5 a 11 años	3.558	7,65	3.941	8,28	7.499	7,97
Adolescencia 12 a 17 años	3.595	7,73	4.174	8,77	7.769	8,25
Juventud 18 a 29 años	7.953	17,09	9.073	19,07	17.026	18,09
Adultez 30 a 59 años	20.002	42,98	19.972	41,97	39.974	42,47
Vejez 60 años y más	8.014	17,23	6.768	14,22	14.782	15,70
Total	46.543	100	47.587	100	94.130	100

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos. Dirección de Estudios Macro. Boletín No. 69, diciembre 2014. Proyecciones de población por localidades para Bogotá 2016 - 2020.

Se identifican grupos poblacionales que por su situación o condición pueden presentar desenlaces específicos en lo que atañe a su proceso de salud – enfermedad; para la localidad de Los Mártires, se reporta mayor número de personas con discapacidad (datos a 2016) y víctimas del conflicto armado (datos a 2015) (tabla 5).

De acuerdo con el censo poblacional de 2005, el 3,2% de la población residente en Los Mártires se autorreconoce como Raizal, palanquero, negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente, en tanto el 0,6% se reconocen como indígenas (8). Sin embargo, se ampliará la información de la población diferencial en el capítulo de ASIS diferencial.

Tabla 5. Población diferencial, localidad de Los Mártires

Población Diferencial	
Población General Total 2016	94.130
Recicladores (UAESP, 2014)	884
Habitantes de calle (Censo, SDIS 2007-2011)	2.273
LGTBI (APS, 2014)	80
Personas en ejercicio de prostitución APS, 2014	272
Víctimas del conflicto armado (APS, BDUA, RUV, 2015)	3.556
Población con discapacidad (RLCPCD 2004-noviembre/2016, SDS)	5.638
Indígenas (SISPI, 2014)	338
Afrodescendientes (DANE 2005)	2.774

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE; con base en los datos de documentos de ASIS Diferencial, localidad de Los Mártires.

Para el año 2016 se tiene una proyección de 94.130 personas de las cuales se estima que el 70,2 % (n=66.089) se encuentran afiliadas al régimen contributivo y el 2,8 % (n=2.636) al régimen excepción, el 17,3 % (n=16.293) se encuentran afiliadas al régimen subsidiado; el restante de la población no tiene encuesta SISBEN ni afiliación al sistema de salud (8,8 %) o aunque la tienen no se encuentran afiliados a ningún régimen de salud (0,9 %). Cabe resaltar que para el total de la población afiliada al régimen subsidiado, el 82,7 % se encuentran afiliados a la EAPB Capital Salud (tabla 6).

Tabla 6. Población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, localidad de Los Mártires, 2016

Régimen	Cantidad	%
R. Contributivo (e)	66.089	70,2
R. Excepción (e)	2.636	2,8
R. Subsidiado	16.293	17,3
Total SISBEN no afiliados	844	0,9
No afiliados, no encuestados	8.268	8,8
Proyección DANE 2016	94.130	100

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE, base Estadísticas aseguramiento 2016, compartido por la SDS el 15 de mayo de 2017.

1.3 Dinámica demográfica

La población estimada para la localidad de Los Mártires es de 94.130 habitantes al año 2016, cifra que ha disminuido en un 3,9 % con respecto al año 2011 (n= 97.926 habitantes) y un 2,2 % frente al año 2006 (n= 96.210 habitantes); para el mismo periodo, los índices de infancia y juventud han disminuido en un 13,8 % y 19,2 %, respectivamente, mientras que los índices de vejez y de envejecimiento han aumentado en un 42,3 % y 65,0 %, respectivamente (tabla 7).

Tabla 7. Indicadores demográficos, localidad de Los Mártires, 2006, 2011 y 2016

Índice demográfico	Año		
	2006	2011	2016
Población total	96.210	97.926	94.130
Población Masculina	47.523	48.994	47.587
Población femenina	48.687	48.932	46.543
Relación hombres: mujer	97,61	100,13	102
Razón niños: mujer	27	26	25
Índice de infancia	23	20	20
Índice de juventud	28	26	22
Índice de vejez	11	13	16
Índice de envejecimiento	49	64	80
Índice demográfico de dependencia	43,02	40,65	42,99
Índice de dependencia infantil	32,46	28,65	27,98
Índice de dependencia mayores	10,56	12,00	15,02
Índice de Friz	110,13	100,88	90,45

Fuente: DANE-Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 Nacional y Departamental desagregado por área, sexo y grupos quinquenales de edad a abril/2017.

La relación entre hombres y mujeres, para el año 2016, indica que por cada 102 hombres hay 100 mujeres, en el 2011 hubo relación 1:1 y en 2006 por cada 98 hombres había 100 mujeres; esta relación evidencia la disminución de la población masculina en un 4,08 %.

La relación entre niños y mujeres en edad fértil (15 a 49 años), muestra que había 25, 26 y 27 menores de cinco años por cada 100 mujeres en edad fértil respectivamente durante los años 2016, 2011 y 2006; evidenciando disminución en un 7,41 % de los menores entre cero y cuatro años.

El índice de infancia relaciona los menores de 15 años con la población total, durante los años 2011 y 2016, en el primer año referenciado de 100 personas, 23 correspondían a menores de 15 años, mientras que para el año 2016 de cada 100 personas, 20 fueron menores de 15 años, lo que relaciona una disminución de la población de cero a 14 años en un 13,04 %.

De la misma manera, se evidencia una disminución del 21,43 % en la población entre los 15 y 29 años, lo que se ve reflejado en el índice de juventud que para el año 2016 de cada 100 personas 22 se ubicaron en el grupo de 15 a 29 años y para los años 2011 y 2006, por cada 100 personas, hubieron 26 y 28 individuos en este mismo grupo de edad respectivamente.

Diferente es la situación según el índice de vejez, para el año 2016 donde de cada 100 personas, 16 fueron mayores de 65 años, durante el 2011 fueron 13 y en 2006 11 adultos mayores de 65 años, lo que representa un aumento de la población adulta mayor en un 45,45 %. Igualmente, el índice de envejecimiento aumentó en un 63,27 % el cual relaciona la población adulta mayor con los niños y jóvenes; en el año 2016, por cada 100 menores de 15 años, 80 fueron mayores de 65 años, para los años 2011 y 2006 fueron 64 y 49 adultos mayores, respectivamente.

El índice demográfico de dependencia relaciona la población menor de 15 y mayor de 65 años con la población entre 15 y 64 años; en la localidad de Los Mártires; de 100 personas entre los 15 y 64 años se registraron 43 menores de 15 y mayores 65 años para los años 2016 y 2006, mientras que para el año 2011 fueron 41 personas entre los 15 y 64 años, lo cual muestra un comportamiento homogéneo.

La relación entre la población menor de 15 años y la población entre 15 y 64 años es denominada como el índice de dependencia infantil, en la localidad de Los Mártires se presenta una disminución del 12,5 % de la población entre cero y 14 años, para los años 2016 y 2011 se registraron 28 menores de 15 años dependiendo de 100 personas entre los 15 y 64 años, mientras que para el 2006 fueron 32 en esta misma condición.

De forma contraria sucede con el índice de dependencia mayor el cual relaciona la población mayor de 65 años con la población entre 15 y 64 años, y que muestra un aumento de 36,3% teniendo en cuenta que para el año 2016, 15 personas mayores de 65 años dependían de 100 entre los 15 y 64 años, mientras que para los años 2011 y 2006 fue de 12 y 11 adultos mayores respectivamente.

Finalmente, el índice de Friz representa la relación por cada 100 personas, entre la población menor de 20 años con respecto a la población entre los 30 y los 49 años. Para los años 2016, 2011 y 2006 el índice de Friz fue de 90,45, 100,88 y 110,13 respectivamente, lo que indica que la población se encuentra envejeciendo.

La localidad reporta una tasa de crecimiento natural baja explicable por la disminución progresiva de la tasa de natalidad, tasa de fecundidad global y general para el año 2016; la primera de ellas (tasa de natalidad) en los últimos cinco años disminuyó en un 13,9% pasando de 13,3 a 11,5; la segunda de ellas (tasa de fecundidad) disminuyó un 5,8 % y se estima en 1,6 nacidos vivos por mujer en edad fértil y la tasa general de fecundidad con la disminución del 8,3 % se estima en 36,5 nacidos vivos por mil mujeres en edad fértil; sin embargo, esta situación es similar en la Subred Centro Oriente y a nivel distrital donde estas tasas se encuentran disminuyendo para el año 2016 (Tabla 8).

Tabla 8. Indicadores demográficos, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016

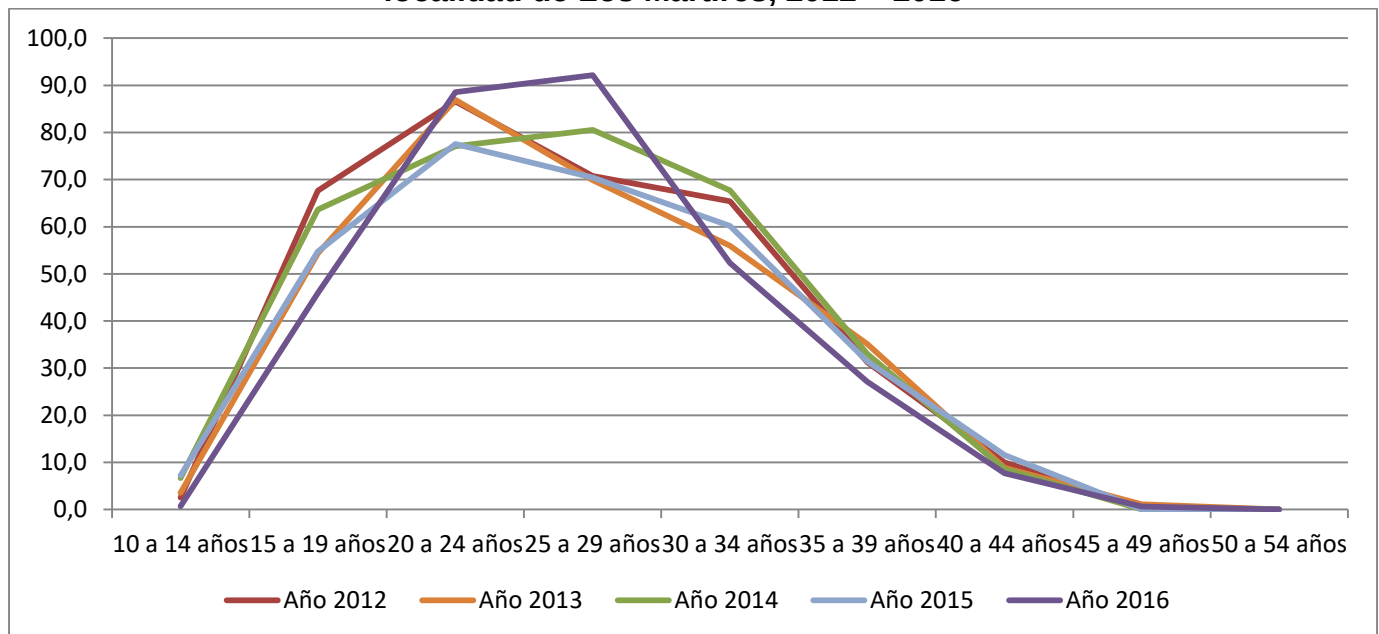
Año	Tasa de crecimiento anual			Tasa bruta de natalidad			Tasa global de fecundidad			Tasa general de fecundidad		
	Los Mártires	Subred	Distrito	Los Mártires	Subred	Distrito	Los Mártires	Subred	Distrito	Los Mártires	Subred	Distrito
2012	0,7	1,0	1,0	13,3	14,9	13,9	1,7	1,8	1,6	39,7	43,1	39,1
2013	0,7	1,0	1,0	12,3	14,7	13,3	1,6	1,8	1,6	37,4	42,9	37,7

2014	0,8	1,0	1,0	13,0	14,6	13,4	1,7	1,8	1,6	39,8	43,0	38,0
2015	0,6	0,9	0,9	11,9	13,9	13,0	1,6	1,7	1,6	36,8	41,2	37,2
2016	No disponible			11,5	13,8	12,3	1,6	1,7	1,5	36,5	41,1	35,6

Fuente: Indicadores demográficos subred y localidad 2010-2016, SDS bases diciembre 2016

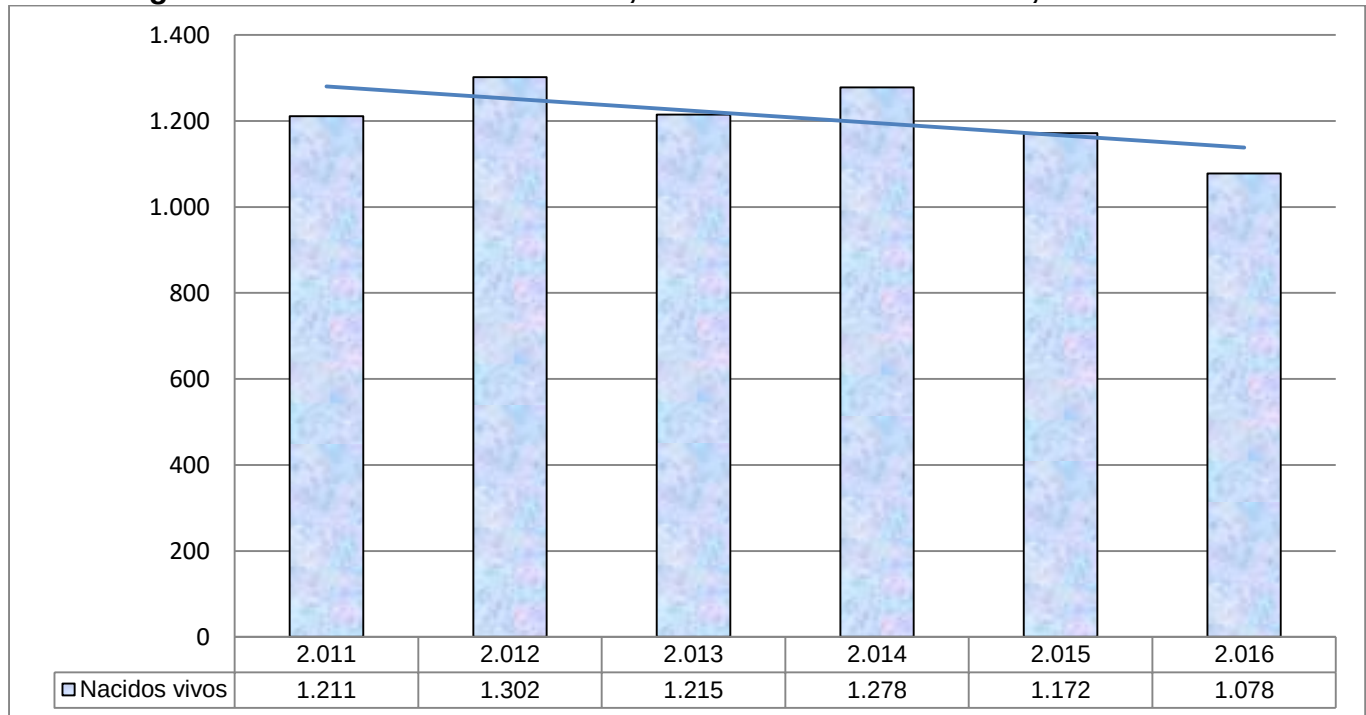
Las tasas específicas de fecundidad más altas para el periodo 2012 a 2016 se presentaron en las mujeres entre los 20 y 24 años de edad seguido por las mujeres de 25 a 29 años; estos dos grupos de edad, para el año 2016 reporta cifras muy altas respecto a los demás años evaluados y han presentado un crecimiento en las tasas de 2,3 % y 30,3 %, sin embargo, las cifras de los demás grupos de edad han reportado disminución en el mismo periodo (figura 2).

Figura 2. Tasa específica de fecundidad por edad, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016



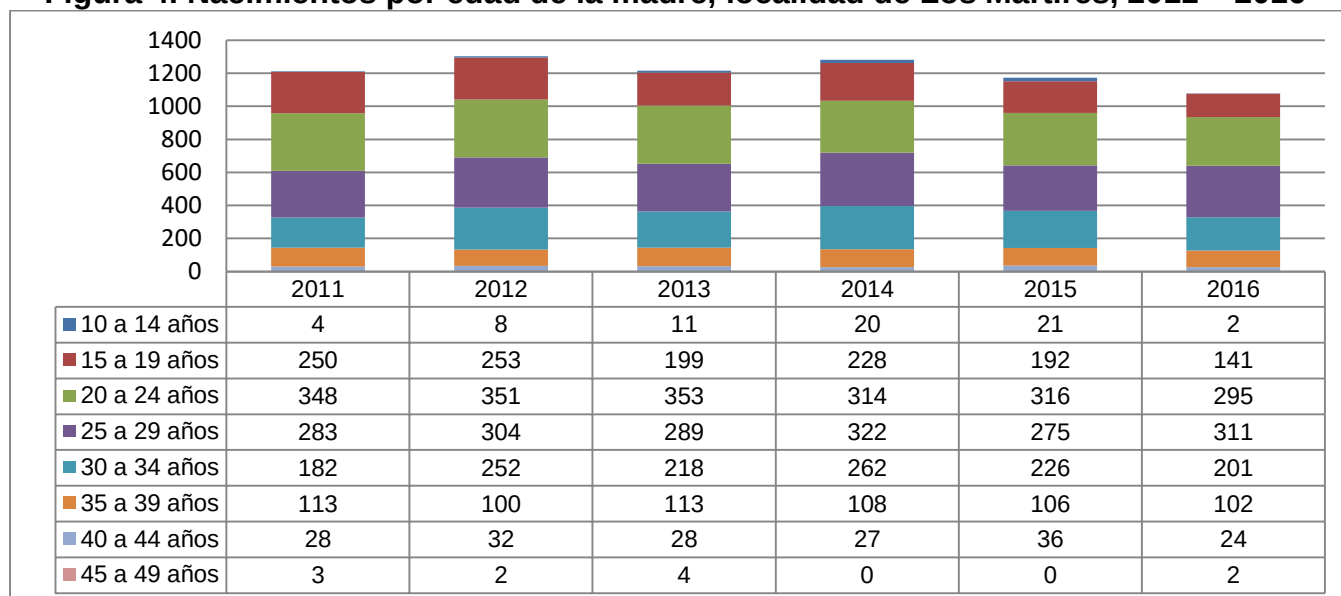
Fuente: Indicadores demográficos subred y localidad 2010-2016, SDS bases diciembre 2016

A nivel local, los nacimientos han tenido un comportamiento homogéneo con tendencia a la disminución, durante el periodo de 2011 a 2016 los nacimientos han disminuido un 11,0 %, con 1.211 nacidos vivos para el 2011 y 1.078 en 2016; sin embargo, el mayor número de nacimientos se registra en el año 2012 con 1.302 (figura 3).

Figura 3. Serie total nacidos vivos, localidad de Los Mártires, 2011 – 2016

Fuente: Bases de datos DANE-RUAF-ND, actualizado 2014 el 14 de junio del 2015. Preliminar 2015-2016

Para el periodo 2011 a 2016 se presentaron en promedio 1.209 nacimientos por año, se registra mayor número de casos en el año 2012; la mayor cantidad de nacidos vivos se concentra en las mujeres entre los 20 y 24 años de edad con un total de 1.977 nacimientos, seguido por las mujeres entre los 25 y 29 años con 1.784 nacidos vivos. Para las edades extremas se reporta 1.329 nacimientos en menores de 19 años y 186 nacidos vivos en mayores de 40 años, no se registran casos en mujeres mayores de 50 años (figura 4).

Figura 4. Nacimientos por edad de la madre, localidad de Los Mártires, 2011 – 2016

Fuente: Base población localidades y Bogotá 2016, entregada por SDS el 27/04/2017.

Durante el periodo de 2012 a 2016 se presentaron en promedio 12 nacimientos por año en menores de 10 a 14 años de edad, la mayor cantidad de casos reportados fueron en los años 2014 y 2015 con 20 y 21 nacimientos respectivamente, mientras que en el 2016 se registraron únicamente dos casos. El 56,5 % del total de nacidos vivos son de sexo mujer (n=35) y el 43,5 % son hombres (n=27); para los años 2012, 2013 y 2014 se presentó mayor número de nacidos de sexo femenino. En cuanto al aseguramiento, el 91,9 % de los nacimientos se encontraban afiliados al régimen subsidiado (72,6 %) y contributivo (19,4 %), mientras que el 6,5 % no se encontraban asegurados. Para el mismo periodo y según pertenencia étnica, cinco nacidos vivos se reconocen como indígenas (n=2) y negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente (n=3), el restante de la población se considera del grupo étnico otros (n=57). Teniendo en cuenta el peso al nacer, el 71,0 % de los casos presentaron bajo peso al nacer. Frente al estado conyugal de la madre, el 67,7 % de las madres están separadas, divorciadas o solteras, sin embargo, el 29,0 % aunque no están casadas conviven con su pareja. En relación al nivel educativo de la madre, el 87,1 % de las adolescentes se encuentran en básica secundaria (51,6 %) y básica primaria (35,5 %) (tabla 9).

Tabla 9. Nacimientos en menores de 10 a 14 años según sexo, régimen de aseguramiento, etnia, peso al nacer, estado conyugal y nivel educativo de la madre, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016

Variables	Nacimientos en madres de 10 a 14 años	Año 2012		Año 2013		Año 2014		Año 2015		Año 2016	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
		8	100	11	100	20	100	21	100	2	100
Sexo	Hombres	3	37,5	5	45,5	6	30,0	12	57,1	1	50,0
	Mujeres	5	62,5	6	54,5	14	70,0	9	42,9	1	50,0
Régimen	Contributivo	0	0,0	3	27,3	3	15,0	5	23,8	1	50,0
	Subsidiado	5	62,5	8	72,7	17	85,0	14	66,7	1	50,0
	Excepción	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	No asegurado	2	25,0	0	0,0	0	0,0	2	9,5	0	0,0
Etnia	Indígena	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0
	Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente	0	0,0	0	0,0	1	5,0	1	4,8	1	50,0
	Ninguno de los anteriores	7	87,5	11	100,0	19	95,0	20	95,2	0	0,0
Peso al nacer	Extrabajo (0 - 999)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Muy bajo (1000 - 1499)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Bajo (1500 - 2499)	1	12,5	0	0,0	4	20,0	5	23,8	1	50,0
	Déficit (2500 - 2999)	5	62,5	8	72,7	10	50,0	9	42,9	1	50,0
	Normal (3000 - 4199)	2	25,0	3	27,3	6	30,0	7	33,3	0	0,0
Estado conyugal de la madre	No está casada y lleva dos o más años viviendo con su pareja	2	25,0	1	9,1	2	10,0	0	0,0	0	0,0
	No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja	1	12,5	4	36,4	6	30,0	2	9,5	0	0,0
	Está separada, divorciada	0	0,0	0	0,0	0		0	0,0	1	50,0

	Está soltera	4	50,0	6	54,5	11	55,0	19	90,5	1	50,0
	Está casada	1	12,5	0	0,0	0		0	0,0	0	0,0
	Sin información	0	0,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0
Nivel educativo de la madre	Preescolar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Básica primaria	4	50,0	3	27,3	9	45,0	4	19,0	2	100,0
	Básica secundaria	3	37,5	7	63,6	8	40,0	14	66,7	0	0,0
	Media académica o clásica	0	0,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0
	Media técnica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Ninguno	1	12,5	1	9,1	1	5,0	1	4,8	0	0,0
	Sin información	0	0,0	0	0,0	1	5,0	2	9,5	0	0,0

Fuente: Construcción propia equipo ACCVSyE a partir de las bases de la carpeta Anexos capítulo demográfico entregadas por SDS el 27/04/2017

Durante el periodo de 2012 a 2016 se presentaron en promedio 202 nacimientos por año en mujeres de 15 a 19 años de edad, la mayor cantidad de casos reportados fueron en los años 2012 y 2014 con 253 y 228 nacimientos respectivamente; para el periodo evaluado se evidencia disminución del 44,3 % de embarazos en este grupo de edad. Según la desagregación por sexo indica que el 51,3 % del total de nacidos vivos son de sexo hombre (n=520) y el 48,7 % son mujeres (n=493); para los años 2012 a 2015 se presentó mayor número de nacidos de sexo masculino.

En cuanto al aseguramiento, el 84,6 % de los nacimientos se encontraban afiliados al régimen subsidiado (43,0 %) y contributivo (41,6 %), el 13,8 % no se encontraban asegurados. Para el mismo periodo y según pertenencia étnica, 13 menores se reconocen como indígenas y siete como negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente, el restante de la población se considera del grupo étnico otros (n=993).

Teniendo en cuenta el peso al nacer, el 13,6 % de los casos presentaron bajo peso al nacer, el 38,1 % un déficit de peso y el 0,4 % exceso de peso. Frente al estado conyugal de la madre, el 40,3 % de las madres están separadas, divorciadas, viudas o solteras, sin embargo, el 56,5 % que aunque no están casadas conviven con su pareja. Con relación al nivel educativo de la madre, el 55,2 % de las mujeres alcanzaron primaria (0,1 %), básica

primaria (12,6 %) y básica secundaria (42,4 %) mientras que solo el 1,5 % son profesionales (tabla 10).

Tabla 10. Nacimientos en menores de 15 a 19 años según sexo, régimen de aseguramiento, etnia, peso al nacer, estado conyugal y nivel educativo de la madre, Localidad de Los Mártires, 2012 – 2016

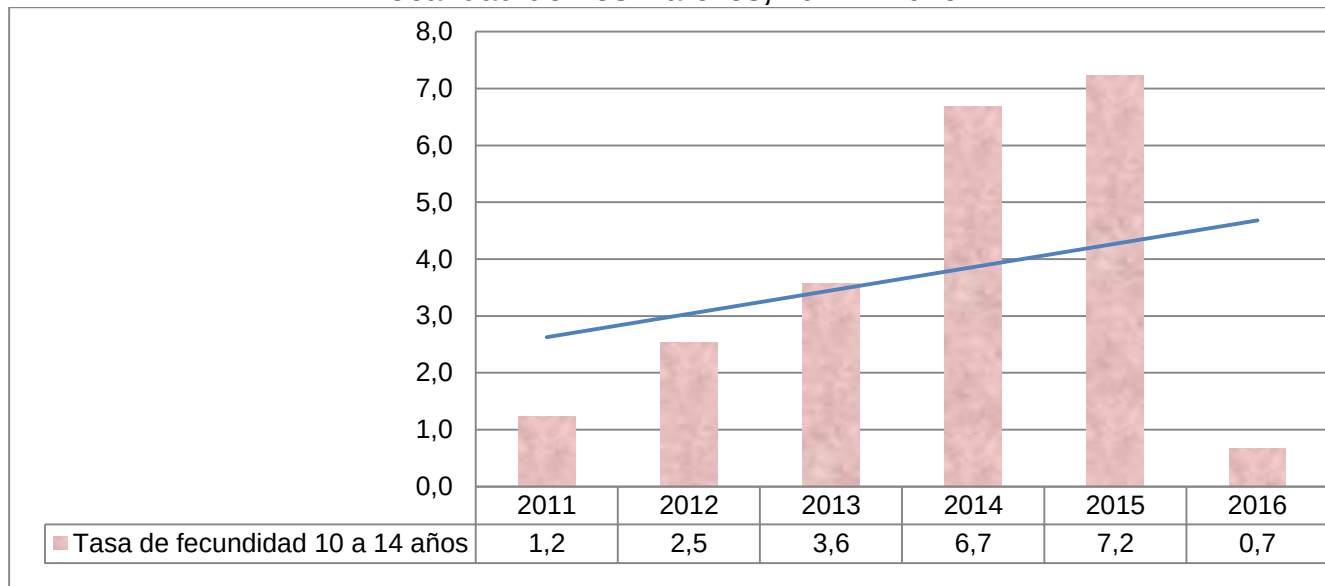
Variables	Nacimientos en madres de 15 a 19 años	Año 2012		Año 2013		Año 2014		Año 2015		Año 2016	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
		253	100	199	100	228	100	192	100	141	100
Sexo	Hombres	129	51,00	106	53,30	117	51,30	98	51,00	70	49,60
	Mujeres	124	49,00	93	46,70	111	48,70	94	49,00	71	50,40
Régimen	Contributivo	107	42,30	73	36,70	93	40,80	75	39,10	73	51,80
	Subsidiado	93	36,80	88	44,20	103	45,20	92	47,90	60	42,60
	Excepción	5	2,00	3	1,50	5	2,20	0	0,00	2	1,40
	Especial	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,50	0	0,00
	No asegurado	48	19,00	35	17,60	27	11,80	24	12,50	6	4,30
Etnia	Indígena	2	0,80	3	1,50	3	1,30	3	1,60	2	1,40
	Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente	1	0,40	0	0,00	1	0,40	4	2,10	1	0,70
	Ninguno de los anteriores	250	98,80	196	98,50	224	98,20	185	96,40	138	97,90
Peso al nacer	Extrabajo (0 - 999)	0	0,00	0	0,00	1	0,40	1	0,50	0	0,00
	Muy bajo (1000 - 1499)	5	2,00	0	0,00	2	0,90	1	0,50	2	1,40
	Bajo (1500 - 2499)	29	11,50	29	14,60	29	12,70	26	13,50	13	9,20
	Déficit (2500 - 2999)	116	45,80	68	34,20	73	32,00	74	38,50	55	39,00
	Normal (3000 - 4199)	103	40,70	101	50,80	122	53,50	89	46,40	69	48,90
	Exceso (4200 - 9998)	0	0,00	1	0,50	1	0,40	0	0,00	2	1,40
	Sin dato	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,50	0	0,00
Estado conyugal de la madre	No está casada y lleva dos o más años viviendo con su pareja	64	25,30	48	24,10	51	22,40	45	23,40	44	31,20

	No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja	83	32,80	59	29,60	83	36,40	60	31,30	35	24,80
	Está separada, divorciada	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Viuda	1	0,40	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Está soltera	96	37,90	85	42,70	88	38,60	81	42,20	57	40,40
	Está casada	7	2,80	6	3,00	5	2,20	5	2,60	55	39,00
	Sin información	2	0,80	1	0,50	1	0,40	1	0,50	0	0,00
Nivel educativo de la madre	Preescolar	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,70
	Básica primaria	35	13,80	19	9,50	23	10,10	27	14,10	24	17,00
	Básica secundaria	109	43,10	89	44,70	93	40,80	89	46,40	50	35,50
	Media académica o clásica	94	37,20	75	37,70	88	38,60	67	34,90	55	39,00
	Media técnica	4	1,60	3	1,50	0	0,00	2	1,00	1	0,70
	Técnica profesional	3	1,20	2	1,00	8	3,50	1	0,50	5	3,50
	Tecnológica	0	0,00	2	1,00	1	0,40	1	0,50	2	1,40
	Profesional	3	1,20	4	2,00	5	2,20	2	1,00	1	0,70
	Ninguno	2	0,80	3	1,50	3	1,30	1	0,50	1	0,70
	Sin información	3	1,20	2	1,00	6	2,60	2	1,00	1	0,70

Fuente: Construcción propia equipo ACCVSyE a partir de las bases de la carpeta Anexos capítulo demográfico entregadas por SDS el 27/04/2017

Las tasas específicas de fecundidad más alta se presentan en el año 2015 con 7,2 nacimientos en menores de 10 a 14 años por mil nacidos vivos; sin embargo, estas cifras reportan disminución durante el periodo 2011 a 2016 del 45,8 % al pasar de 1,2 a 0,7 nacimiento por mil nacidos vivos de madres menores de 14 años. Cabe resaltar la disminución significativa de la tasa de fecundidad para el año 2016 respecto al 2014 y 2015 (figura 5).

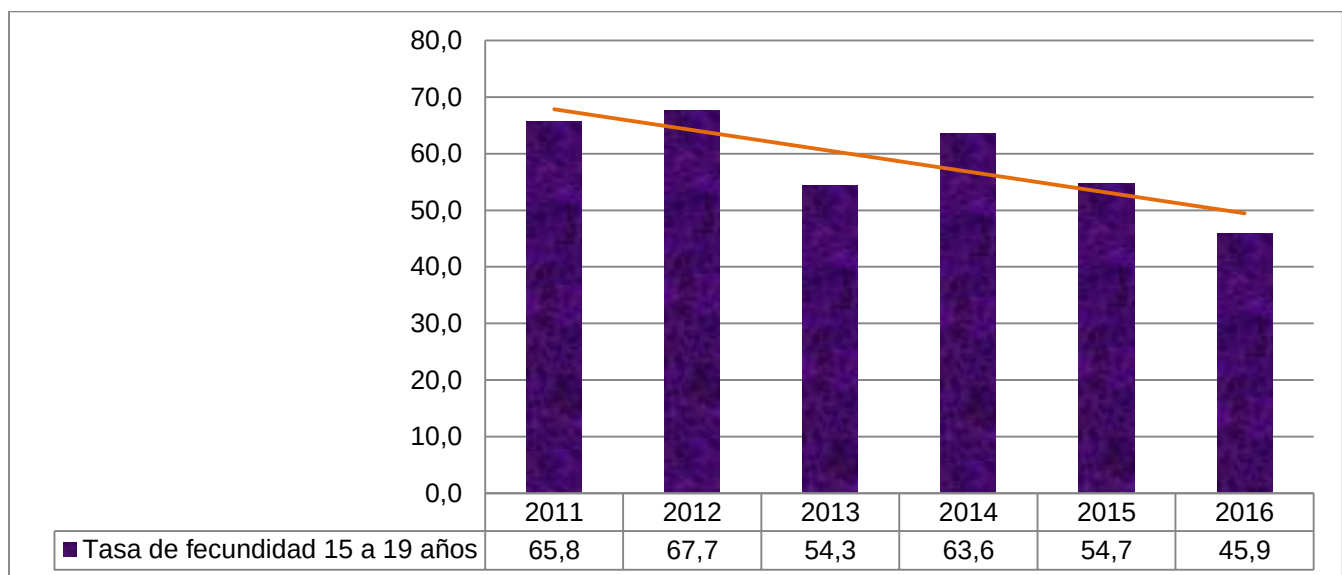
Figura 5. Tasas específicas de fecundidad de 10 a 14 años, localidad de Los Mártires, 2011 – 2016



Fuente: Indicadores demográficos subred y localidad 2010-2016, SDS bases diciembre 2016

La tasa específica de fecundidad más alta se presenta en el año 2012 con 67,7 nacimientos en menores de 15 a 19 años por mil nacidos vivos; sin embargo, estas cifras reportan disminución durante el periodo 2011 a 2016 del 30,3 % al pasar de 65,8 a 45,9 nacimiento por mil nacidos vivos de madres del mismo grupo de edad (figura 6).

Figura 6. Tasas específicas de fecundidad de 15 a 19 años, localidad de Los Mártires, 2011 – 2016



Fuente: Indicadores demográficos subred y localidad 2010-2016, SDS bases diciembre 2016

1.4 Conclusiones capítulo I

La población local ha disminuido progresivamente mostrando una transición demográfica con tendencia creciente al envejecimiento, lo cual está relacionado con la disminución en los índices de infancia y juventud mientras que aumentan los índices de vejez y de envejecimiento; teniendo en cuenta la tasa de fecundidad en menores de 14 años, esta se ha mantenido estable en los años 2015 y 2016 y ha disminuido drásticamente en el año 2016 lo anterior teniendo en cuenta que los nacimientos en este segmento de la población son un fenómeno particular no deseable y que cruza por características sociodemográficas, culturales y económicas desfavorables, que para el último año referenciado parecen haberse reducido. La tasa de fecundidad de las mujeres entre 15 y 19 años mostro una orientación a la disminución; cambio relacionado con la migración de la población joven y adulta en busca de mejores condiciones y calidad de vida.

Retomando las características de la población residente en la localidad, la mayoría de estas mujeres presentan un bajo nivel educativo, tienden a ser madres solteras, estar vinculadas a un régimen subsidiado, tienen poca posibilidad de acceder a un trabajo formal; lo que coloca a este sector de la población en mayor exposición frente estados de enfermedad relacionados con infecciones de transmisión sexual, bajo peso al nacer, mortalidad y morbilidad materna así como mayor vulnerabilidad frente a fenómenos como la violencia de género, explotación y violencia sexual entre los de mayor afectación para este sector de la población.

La localidad se ubica aproximadamente el décimo lugar a nivel distrital en las tasas de fecundidad, caracterizado principalmente por una tendencia a la disminución de la población en edad fértil y un aumento en la población mayor.

2. CAPÍTULO II. ANÁLISIS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (DETERMINANTES)

La interacción entre la población y el territorio está mediada por “[...] las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen [...]” (9), en el supuesto según el cual el comportamiento del sistema hombre-naturaleza es “[...] resultado del juego de interacciones entre los individuos y entre estos y la base ambiental, para la producción y reproducción de bienes y servicios necesarios para el mantenimiento tanto de la población como de su organización social y de su base económica y ambiental” (10). Desde esta perspectiva, se hace necesaria la lectura de las condiciones que caracterizan el contexto local e inciden en la calidad de vida de sus habitantes, tomando como eje orientador las cuatro dimensiones establecidas en la estrategia PASE a la Equidad en Salud, a saber: Poblacional, Ambiental, Social y Económica.

La situación geográfica de la localidad, caracterizada por su emplazamiento céntrico en un entorno plano, con una precaria oferta ambiental expresada en cuerpos de agua canalizados y escasas zonas verdes, baja influencia de amenazas de origen natural y con una malla vial y sistema de transporte que le garantiza conexión con toda la ciudad pero que, a la vez, representa alta exposición a polución y situaciones críticas de movilidad (mapa 1); es el resultado de una construcción socio-espacial a lo largo del tiempo que debe ser considerada en la identificación, contextualización y análisis de las condiciones de vida de la población.

De esta manera, el tránsito de periferia rural hacia centralidad netamente urbana de primer orden (11) que transmutó a un espacio urbano en franco deterioro físico y social, se explica en razón del éxodo de sus habitantes originarios, la falta de mantenimiento de algunas edificaciones, el desplazamiento de la actividad constructora hacia la periferia, la disminución de la influencia del ferrocarril como medio de transporte, la permanencia de actividades informales asociadas a las trasladadas plazas de mercado y a terminales de transporte no oficiales, la subsecuente desvalorización de la zona y el arribo de grupos poblacionales de inferiores condiciones económicas (12). En suma, esta convergencia ha redundado en la pérdida de la relación entre los habitantes, cada vez más itinerantes, y los transeúntes de la localidad con el espacio, en términos de apropiación y pertenencia.

Desde otra perspectiva, la localidad dispone de infraestructura social que se concentra hacia el oriente y norte de la UPZ 102 y, en menor medida, en los extremos de la UPZ 37; mientras

que los equipamientos de salud y educación cuentan con menor número de establecimientos, emplazados al sur y centro de la localidad (mapa1).

Justamente, tales factores se constituyen en el marco de referencia para comprender las situaciones que afectan el escenario local en la actualidad (Mapa 1B), en donde se observan inquilinatos y pagadarios entremezclados con viviendas precarias (que amenazan ruina), sobre todo en las inmediaciones de la zona de alto impacto ubicada al nororiente. Por otra parte, se evidencian problemas relativos a la inadecuada disposición de residuos, que en la UPZ 37 está asociada con el uso residencial del suelo y en la UPZ 102 con la predominancia de comercio, bodegas y talleres; en tanto la percepción de inseguridad, el consumo de SPA y el tránsito de habitantes de calle se reporta indistintamente a lo largo de todo el territorio (13).

En ese contexto el panorama económico muestra que los ingresos de los residentes de Los Mártires incrementaron en el año 2011, aunque a pesar de ello, el número de hogares perteneciente a los estratos más bajos se incrementó lo que sugiere un aumento en la concentración de la riqueza o desde otra perspectiva, una distribución de la misma de forma menos equitativa (14).

En cuanto a la ocupación laboral, en la localidad se registra un índice importante de trabajadores informales dedicados al comercio fijo y ambulante debido a las dinámicas socioeconómicas que funcionan al interior de Los Mártires pues aquí se encuentran puntos centrales de multi-comercio que concentran la venta de alimentos, artículos de aseo, motores y bicicletas; igualmente se encuentran establecimientos dedicados al trabajo sexual, a medicina popular y artículos de papelería; también se encuentran industrias textiles y fábricas de papeles. Si bien la población correspondiente al ciclo vital adultez es la que presenta la tasa más alta de ocupación, al mismo tiempo es la que más empleo informal concentra. La población joven, entre tanto, posee los niveles más bajos de ocupación, pero esta tiende a ser más formal, por esto en estos lugares se ven involucrados menores de edad debido a las dinámicas familiares y económicas que les rodean.

Dentro de las ocupaciones laborales reconocidas está el comercio informal, los negocios independientes, las industrias textiles, las industrias dedicadas a la fabricación de plásticos, a

las litografías, al comercio de mecánica, a la prostitución, las ventas ambulantes y a la mendicidad.

La población de la UPZ 102, salvo con algunas excepciones, cuenta con bajas condiciones socioeconómicas, ello debido fundamentalmente a diversas situaciones de vulnerabilidad social asociadas a los bajos ingresos y las dinámicas socioeconómicas de la población que repercuten en la calidad de vida (14) y (15). Parte de lo anterior tiene relevancia en la habitabilidad en calle y la prostitución, situaciones que se derivan desde el ámbito económico y que tienen impacto en lo social.

Todos estos factores estructurales generan un ambiente complejo que dan cabida a la desigualdad socioeconómica perjudicando a adultos mayores, madres gestantes, lactantes y a niños y niñas menores de 5 años. Si bien son circunstancias que se le adjudican a la UPZ La Sabana, no debe desconocerse que una situación similar ocurre en la UPZ 37 donde se infiere una pobreza oculta que da pie a las debilidades en términos de autocuidado de la salud (14).

Esta situación en relación con la seguridad alimentaria y nutricional da cuenta de una desigualdad en el acceso a los alimentos adecuados ocasionados por el nivel de ingresos y el costo de vida reflejándose en una debilidad del estado nutricional de la población vulnerable (15). En consecuencia de lo anterior la población de la localidad recurre a bonos de mercados que ofrece la Secretaría Distrital de Integración Social –SDIS–, sin embargo los cupos para estos beneficios no son suficientes para atender la demanda de personas residentes que lo requieren; otra parte de la población acude a comedores comunitarios aunque ellos están mal distribuidos, pues se encuentran concentrados en la UPZ 102, esto se traduce en manifestaciones de exclusión y limitación a las personas que residen en el centro y en el sur de la localidad. Como factor protector se resalta la presencia de las plazas de mercado (Paloquemao y Samper Mendoza) las cuales como se puede apreciar en el Mapa 1A, están ubicadas al noroccidente de la localidad, lo que beneficia a la población cercana a esta zona; contrario a esto, en la zona sur de la localidad se evidencia una debilidad en el acceso a alimentos saludables a bajo costo; por tanto es probable que a nivel social se genere una falta del fortalecimiento de la demanda en las plazas de mercado y en

la oferta de alimentos saludables. Asimismo debe considerarse, desde el aspecto cultural, la falta de conocimiento o la diversidad de imaginarios frente a los hábitos alimenticios adecuados y la alimentación balanceada, del mismo modo se encuentra ligado el desinterés de la nutrición como un elemento fundamental para la calidad de salud de la población (15).

Antes de hacer el análisis cualitativo del ámbito social, es importante tener en cuenta el impacto de la dimensión económica local dentro de las dinámicas sociales y culturales.

La pobreza como condición refleja la limitación en el acceso a las condiciones fundamentales de la población incidiendo en su calidad de vida, bienestar y desarrollo humano. En Colombia se reconoce la pobreza mediante el ingreso monetario que identifica las líneas de indigencia; el indicador de NBI que da cuenta de la disponibilidad y el acceso a los servicios básicos; y por último, el Índice de Condiciones de Vida –ICV– que permite medir las capacidades de la persona y la familia en términos adquisitivos (16).

Tras lo anterior la localidad de Los Mártires para el año 2014 mostró una disminución en los niveles de pobreza por NBI, pero muestra un aumento en el índice de miseria por el mismo indicador, lo que permite inferir una situación de pobreza oculta y condiciones de vida extremas para población vulnerable ante la miseria. En ese sentido es importante resaltar que algunos barrios de la localidad de Los Mártires cuentan con bajas condiciones socioeconómicas, ello debido fundamentalmente a diversas situaciones de vulnerabilidad social asociadas a los bajos ingresos, al carácter flotante de ciertos grupos poblacionales, el desplazamiento forzado, la habitabilidad en calle y la prostitución.

Gran parte de las problemáticas sociales y de salud en la localidad que se relacionan principalmente con la pobreza, tienen que ver con un déficit en la demanda de alimentos necesarios en el hogar, al acceso a una vivienda digna, existe debilidad en el acceso a servicios de salud, altos índices de mendicidad y habitabilidad en calle relacionados con las dinámicas propias de la localidad y los rezagos que dejó la intervención del antiguo territorio Bronx que operaba en la localidad (11). Adicionalmente se presentan limitantes al acceso a la educación superior lo que debilita el desarrollo formativo y laboral de la comunidad. De acuerdo con los indicadores expuestos en la matriz anexa al presente documento, en la

localidad, las dinámicas socioeconómicas presentan pobreza oculta y dejan entrever unas condiciones económicas que afectan la calidad de vida de una parte de la población que podrían generar situaciones críticas en el ámbito de la salud tales como la seguridad alimentaria y nutricional, el acceso a servicios de salud y acceso a vivienda saludable sobre todo en la UPZ 37.

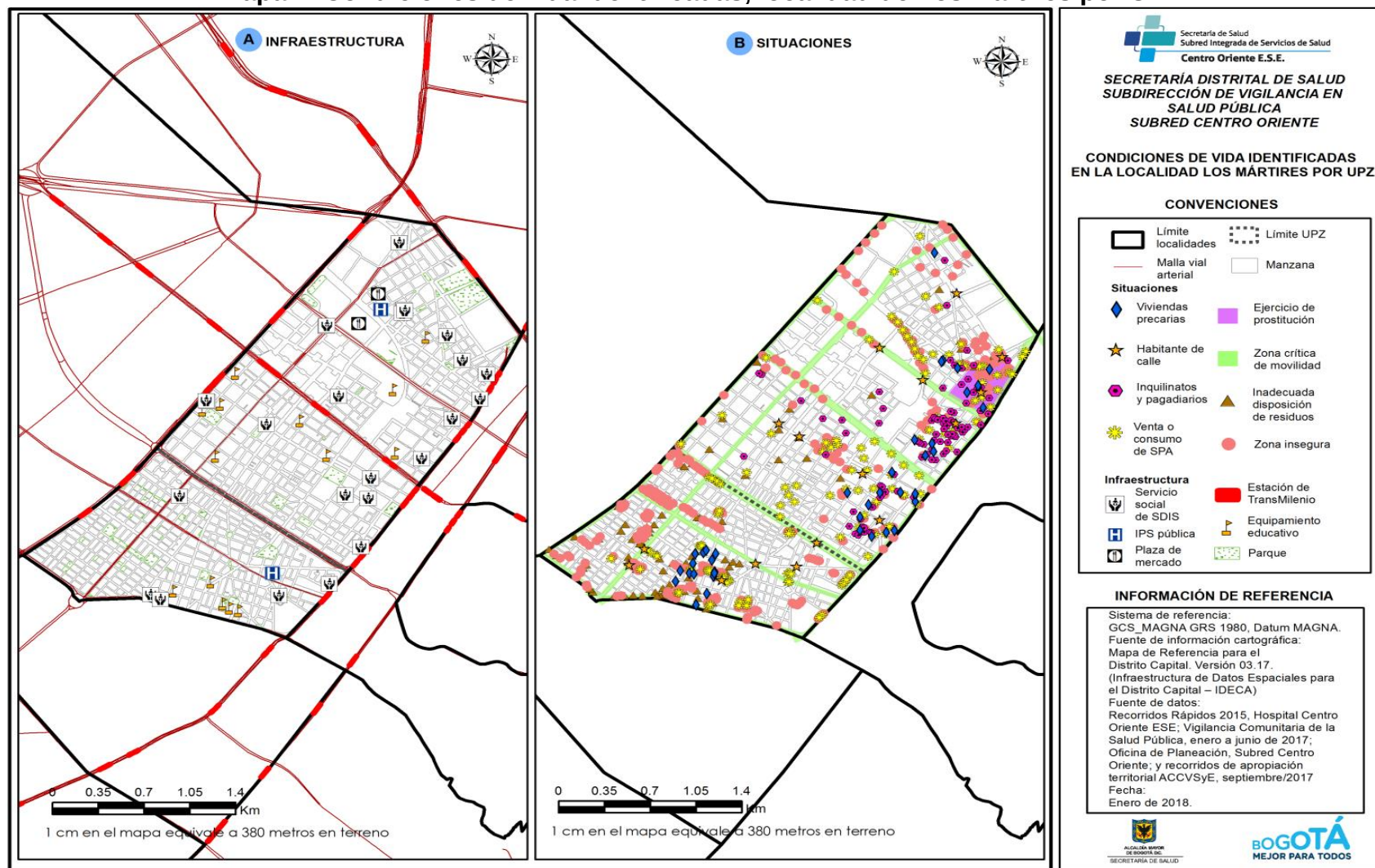
Haciendo énfasis en la población diferencial, el factor socioeconómico de la pobreza en la población víctima del conflicto armado, la población flotante y los ciudadanos habitantes de calle que viven en la localidad, no cuentan con un ejercicio de ciudadanía efectivo incidiendo en la ausencia de la garantía de sus derechos ciudadanos, en esa medida se observa que esta población entra en una situación de vulnerabilidad social, inequidad y exclusión de participación en los ámbitos sociales, políticos, económicos y de salud, determinando cada aspecto de su vida. Así mismo se encuentran procesos de reproducción cultural de la pobreza y los imaginarios que se tejen a su alrededor lo que incide en la baja calidad de vida (14).

Dentro del contexto social y económico en el que habitan los adolescentes y jóvenes de la localidad de Los Mártires se señalan varios factores que dan lugar a las situaciones relacionadas con los indicadores anteriormente descritos, tienen que ver con inequidades sociales y económicas, asociados a la falta de oportunidades académicas y laborales que permitan que los y las adolescentes ocupen su tiempo de manera adecuada. No obstante, la localidad cuenta con una oferta de parques, como se aprecia en el Mapa 1A, la distribución espacial de las zonas de recreación y deporte se concentra en la UPZ 37 dejando de lado a la población residente en la UPZ102 generando barreras de acceso a las actividades recreo deportivas que se generan en el polideportivo Eduardo Santos; asimismo en la UPZ La Sabana no se evidencian espacios libres y zonas verdes para el adecuado manejo del tiempo libre lo que constituye un determinante para el consumo de SPA (Mapa 1B) y la falta de actividad física que desencadena hábitos y estilos de vida poco saludables (14).

En cuanto a la oferta institucional de apoyo a población vulnerables es amplia, ya que se cuenta con centros de acopio, centros de ayuda, espacios de recreación y de desarrollo de actividades de autocuidado; sin embargo estos se encuentran mal distribuidos espacialmente

en la localidad pues muchos de ellos se concentran en el nororiente de la UPZ 102 y otros cuantos se ubican al suroriente de la UPZ 37, este hecho se constituye como una barrera de acceso a los servicios sociales pues el total de la población, por cuestiones sociales, económicas, o geográficas, no acceden a los centros de ayuda (matriz de determinantes en el archivo anexo al presente documento).

Mapa 2. Condiciones de vida identificadas, localidad de Los Mártires por UPZ



Fuente: Elaboración propia, equipo ACCVSyE con datos de los Diagnósticos Rápidos 2015, Vigilancia en Salud Pública Comunitaria, primer semestre 2017, Oficina de la Planeación de la Subred Centro Oriente y resultados del recorrido de apropiación territorial realizado en septiembre de 2017.

3. CAPÍTULO III: MORTALIDAD Y MORBILIDAD

3.1 Mortalidad

Entre 2012 y 2014, en la localidad de Los Mártires se presentaron en promedio 573 muertes anuales; durante este periodo la tasa de mortalidad ajustada por edad disminuyó en un 14,59 %, pasando de 544,72 a 465,27 muertes por cada 100.000 habitantes. Así mismo, la tasa ajustada en hombres es superior a la de las mujeres en un 40,65 %, con valores de 551,71 y 392,27, respectivamente. A la fecha, no se realiza el análisis de la mortalidad a 2015 ya que la entrega de la información por parte de la Secretaría Distrital de Salud está siendo gestionada.

3.1.1 Mortalidad por grandes causas 6/67

La población mayor de 80 años representa el 37,43 % (n=643) del total de las muertes en la localidad debido principalmente por las enfermedades del sistema circulatorio mientras que las muertes en los menores de cinco años representa un 3,03 % (n=52) de la totalidad relacionado con las afecciones del periodo perinatal (tabla 11).

En los siete grupos de mortalidad por grandes causas se aprecia disminución en las tasas crudas estimadas durante el periodo 2012 a 2014 a escala local.

Para el año 2014 se ubican en primer lugar las enfermedades del sistema circulatorio reportando una tasa cruda de 211,89 por cada 100.000 habitantes, seguidas por las demás causas con una tasa cruda de 145,99 por cada 100.000 habitantes y en tercer lugar se ubican las neoplasias con reporte de tasa cruda de 107,46 por cada 100.000 habitantes; la Subred Centro Oriente muestra el mismo comportamiento del nivel local en cuanto a las principales causas.

Tabla 11. Mortalidad por quinquenios según grandes causas, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014

EDAD	De 0 a 4 años	De 5 a 9 años	De 10 a 14 años	De 15 a 19 años	De 20 a 24 años	De 25 a 29 años	De 30 a 34 años	De 35 a 39 años	De 40 a 44 años	De 45 a 49 años	De 50 a 54 años	De 55 a 59 años	De 60 a 64 años	De 65 a 69 años	De 70 a 74 años	De 75 a 79 años	De 80 años y más años
Enfermedades Transmisibles																	
2012	3	0	0	0	0	2	2	1	1	2	3	4	1	3	3	2	6
2013	2	0	0	0	1	2	2	4	3	1	2	0	3	5	1	2	13
2014	1	0	0	0	0	1	0	2	0	1	1	3	2	0	2	1	12
Neoplasias																	
2012	2	1	1	1	2	1	0	1	2	9	7	7	17	17	6	18	20
2013	0	1	1	3	0	3	1	1	6	7	10	8	15	12	9	9	21
2014	0	0	0	2	0	0	0	1	4	4	7	6	8	13	11	17	33
Enfermedades sistemas circulatorio																	
2012	0	2	0	1	0	1	1	2	0	5	6	7	11	14	19	45	120
2013	1	0	0	0	0	0	0	1	3	2	10	10	17	14	23	21	96
2014	0	0	0	0	1	0	0	2	3	3	10	11	13	14	17	32	103
Afecciones periodo perinatal																	
2012	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2013	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2014	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Causas Externas																	
2012	0	2	1	4	5	7	5	5	3	4	2	3	1	3	0	1	4
2013	0	0	2	2	5	4	8	4	3	6	2	5	3	1	1	2	3
2014	1	0	1	4	2	7	3	6	6	1	4	3	1	1	1	1	5
Las demás causas																	
2012	8	1	0	0	1	1	2	1	2	5	0	15	5	9	12	22	66
2013	5	0	0	1	2	0	0	3	3	3	4	8	4	12	16	23	64
2014	4	0	0	1	1	1	1	2	3	4	3	5	9	8	13	18	71

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

Por sexo, durante el mismo año y a nivel local, se ubican en primer lugar las enfermedades del sistema circulatorio las cuales disminuyen frente al año 2012 con estimación de tasas crudas de 196,22 y 227,31 por cada 100.000 habitantes para mujeres y hombres, respectivamente; sin embargo, en la subred, las tasas crudas están en aumento con 152,39 y 149,17 por 100.000 habitantes, respectivamente. En las mujeres y a nivel local, las tasas

crudas de los grupos de causas externas y las demás causas están en aumento mientras que en los hombres se presenta en los signos y síntomas mal definidos (tabla 12).

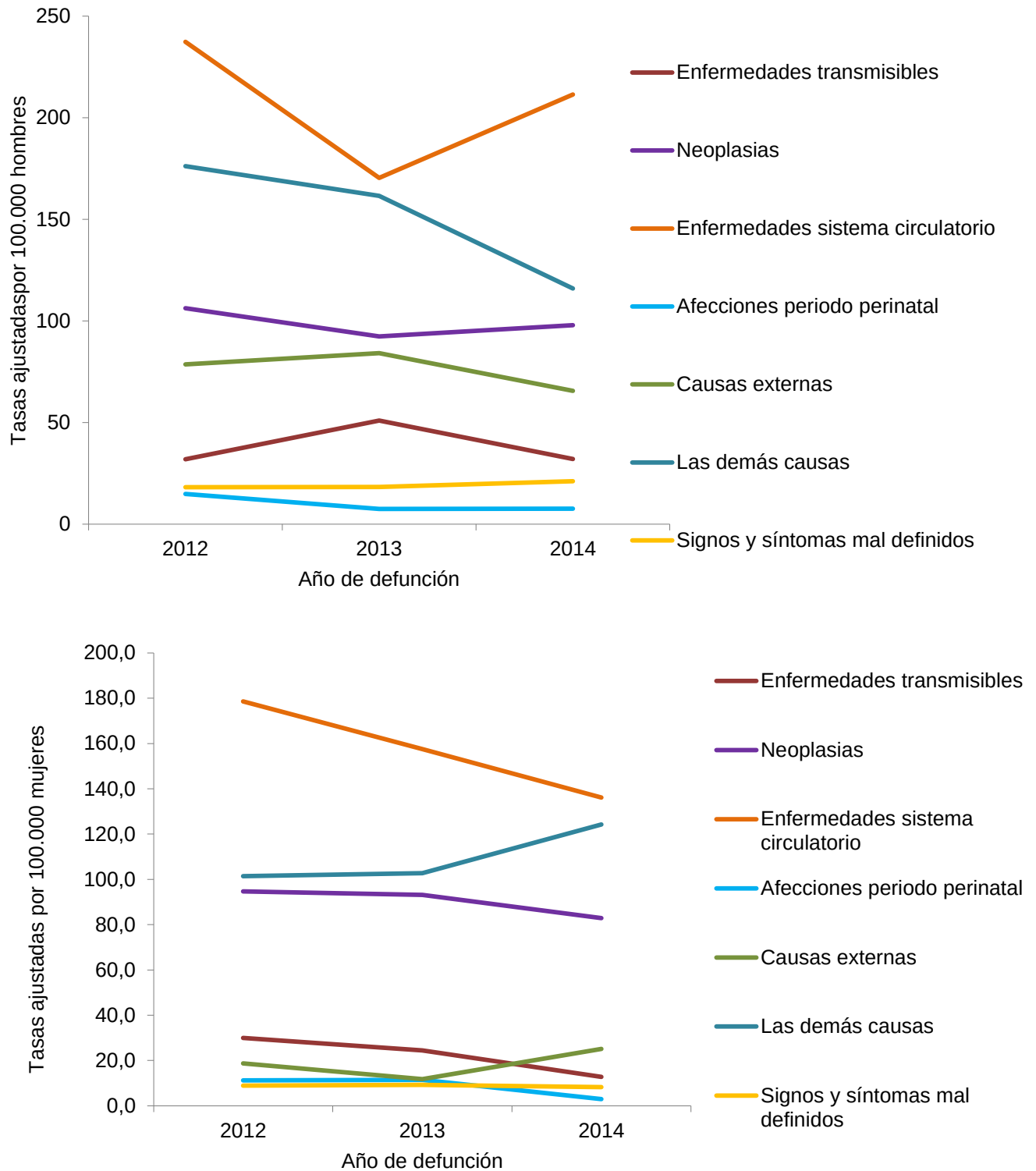
Tabla 12. Tasas crudas grandes causas 6/67 según sexo y total, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014

Grandes causas 6/67	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Enfermedades transmisibles	34,50	50,48	34,20	32,70	32,70	18,40	33,60	41,65	26,36
Neoplasias	107,56	96,93	102,59	118,53	118,54	112,42	113,02	107,67	107,46
Enfermedades sistema circulatorio	233,37	179,73	227,31	243,19	222,77	196,22	238,27	201,12	211,89
Afecciones periodo perinatal	12,18	6,06	6,03	8,17	8,17	2,04	10,18	7,11	4,06
Causas externas	81,17	88,85	68,39	20,44	14,31	26,57	50,91	51,80	47,65
Las demás causas	172,49	163,57	120,70	132,84	136,93	171,69	152,74	150,33	145,99
signos y síntomas mal definidos	20,29	18,17	22,13	10,22	8,17	8,18	15,27	13,20	15,21

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

A nivel local, la desagregación y contrastación de causas de mortalidad por sexo muestra que para todos los grupos es mayor en hombres que en mujeres excepto por el grupo de las demás causas, mientras que en la subred las tasas más altas se presentan para todos los grupos en hombres; sin embargo, en ambas escalas del territorio las principales causas de mortalidad continúan siendo por las enfermedades del sistema circulatorio, las demás causas y las neoplasias. La mortalidad a causa de las enfermedades del sistema circulatorio en hombres supera en un 55,24 % la mortalidad por esta causa en mujeres a nivel local, mientras que en la subred la diferencia equivale al 36,93 % (figura 7).

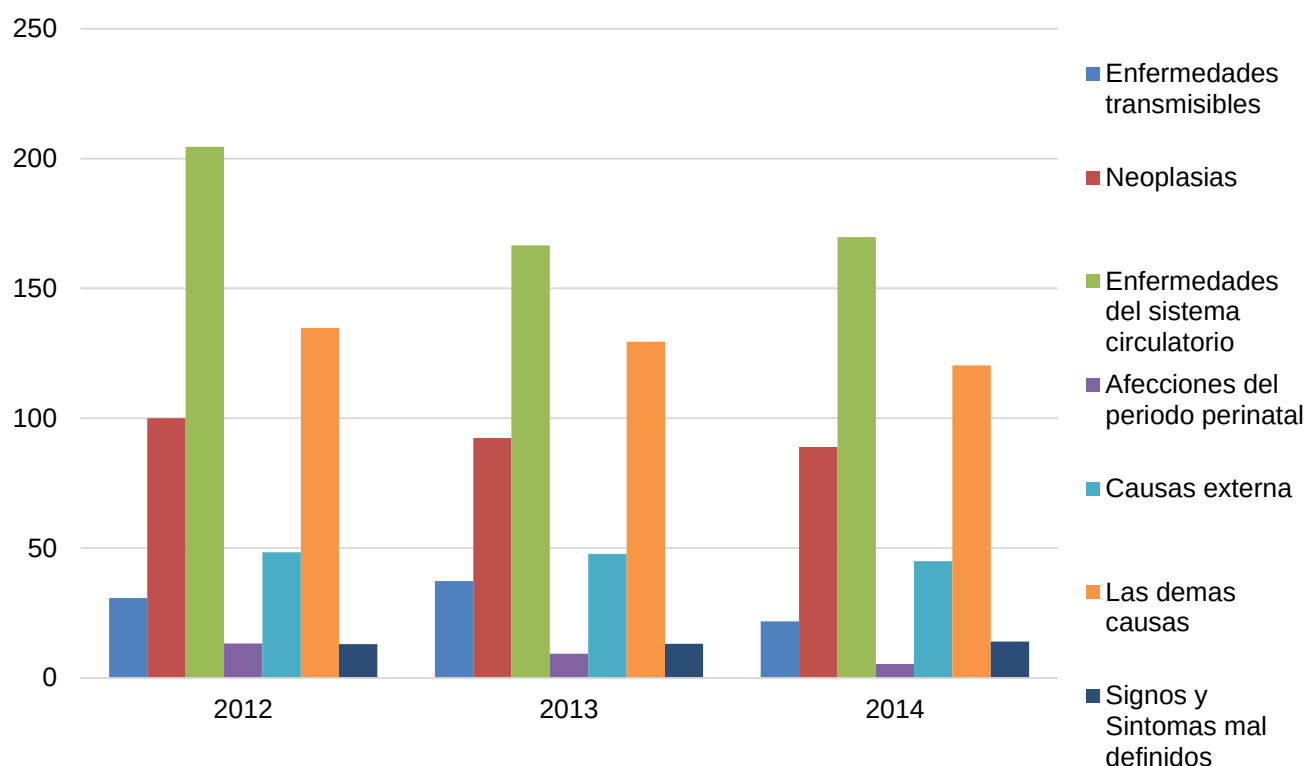
Figura 7. Tasas ajustadas grandes causas 6/67 según sexo, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

Las enfermedades del sistema circulatorio comprenden las tasas ajustadas más altas a nivel local y de subred durante el año 2014 con reportes de 169,8 y 157,2 por 100.000 habitantes, respectivamente; las más bajas se presentan en las afecciones del periodo perinatal con valores de 5,4 y 8,3 por 100.000 habitantes para la localidad de Los Mártires y la subred Centro Oriente respectivamente (figura 8)

Figura 8. Tasas ajustadas grandes causas 6/67, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

3.1.2 Mortalidad subgrupos, grandes causas 6/67

El análisis de mortalidad por subgrupos de causas 6/67 durante el periodo de 2012 a 2014, mostró que las tasas crudas más altas se atribuyen a las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y enfermedades cerebrovasculares para ambos sexos a nivel local y subred. En los hombres de la localidad, las tasas crudas están disminuyendo excepto en las mortalidades por tumores malignos de la

próstata, las agresiones y las enfermedades hipertensivas; a nivel de subred, estas dos últimas causas y las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares se encuentran en aumento. Tanto a nivel local como de subred, las tasas crudas de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, las agresiones (homicidios), enfermedades hipertensivas y el resto de enfermedades del sistema digestivos en mujeres se encuentran en aumento (tabla 13).

Tabla 13. Tasas crudas subgrupos grandes causas 6/67 según sexo, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014

Subgrupos	Hombres			Mujeres		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Enfermedades isquémicas del corazón	127,85	100,97	114,66	96,05	100,14	96,07
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	48,70	42,41	36,21	28,61	40,87	59,27
Enfermedades cerebrovasculares	48,70	40,39	48,28	79,70	65,40	57,23
Tumor maligno de la próstata	10,15	26,25	34,20	0,00	0,00	0,00
Agresiones (homicidios)	24,35	36,35	32,19	8,17	6,13	8,18
Enfermedades hipertensivas	16,23	6,06	22,13	16,35	30,66	30,66
Diabetes mellitus	26,38	38,37	14,08	22,48	22,48	26,57
Resto de enfermedades del sistema digestivo	22,32	20,19	14,08	18,39	20,44	22,48
Tumor maligno de la mama de la mujer (C50 en mujeres)	0,00	0,00	0,00	22,48	18,39	20,44
Accidentes de transporte terrestre	30,44	18,17	20,12	6,13	0,00	6,13

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

El análisis de mortalidad por subgrupos de causas 6/67 en la localidad de Los Mártires, durante el periodo de 2012 a 2014, mostró que las tasas crudas más altas se atribuyen en primer lugar a las enfermedades isquémicas del corazón con reporte de 112,01, 100,56 y 105,44 mortalidades por 100.000 habitantes, respectivamente; en segundo lugar se encuentran las enfermedades cerebrovasculares con tasas crudas de 64,15, 52,82 y 52,72

por 100.000 habitantes, seguido de la mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con estimación de tasas crudas de 38,69, 41,65 y 47,65 mortalidades por 100.000 habitantes.

Este comportamiento se presenta de la misma manera a nivel de la Subred que, para el año 2014, las tasas crudas más altas corresponden a las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con 67,56, 35,91 y 34,49 por 100.000 habitantes, respectivamente (figura 9)

Figura 9. Tasas crudas subgrupos grandes causas 6/67 local, localidad de Los Mártires, 2014

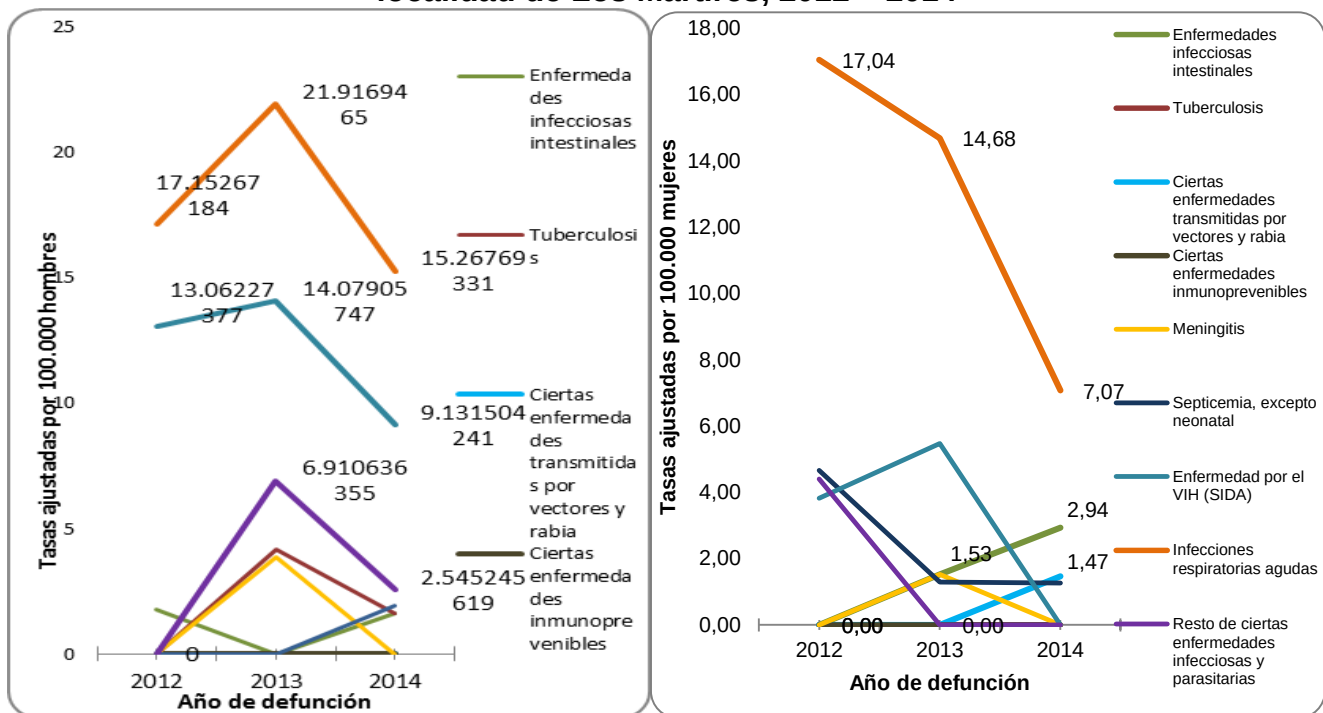


Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

Durante el año 2014, las causas de mortalidad por enfermedades transmisibles a nivel local y en hombres, ubican en primer lugar las infecciones respiratorias agudas, enfermedad por VIH/SIDA y el resto de enfermedades infecciosas y parasitarias con tasas ajustadas de 15,27, 9,13 y 2,55 por 100.000 hombres, respectivamente; mientras que en las mujeres se le atribuyen a las infecciones respiratorias agudas, enfermedades infecciosas intestinales y por enfermedades transmitidas por vectores y rabia con estimación de tasas ajustadas de 7,07,

2,94 y 1,47 por 100.000 mujeres, respectivamente; en la subred las primeras causas de mortalidad se deben a infecciones respiratorias agudas, enfermedad por VIH (SIDA) y el resto de enfermedades infecciosas y parasitarias para ambos sexos. A nivel local, las infecciones respiratorias agudas en hombres muestran una diferencia del 53,7 % entre hombres y mujeres (figura 10).

Figura 10. Tasas ajustadas subgrupo enfermedades transmisibles por sexo, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

Para el grupo de las neoplasias, el tumor maligno de próstata, de estómago y los de otras localizaciones y las no específicas reportan las tasas ajustadas más altas en los hombres con cifras de 33,09, 15,87 y 12,08 por 100.000 hombres, respectivamente; sin embargo, en las mujeres ocurre por tumores malignos de mama y estómago, así como por leucemias con tasas ajustadas de 14,43, 11,8 y 9,48 por 100.000 mujeres, respectivamente. A nivel de la subred, aunque para los hombres las tasas ajustadas más altas continúan siendo las tres causas nombradas anteriormente, en las mujeres se presenta por tumores de la mama, los de otras localizaciones y las no específicas y en los órganos digestivos y del peritoneo (tabla 14).

Tabla 14. Tasas ajustadas subgrupo neoplasias por sexo y total, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014

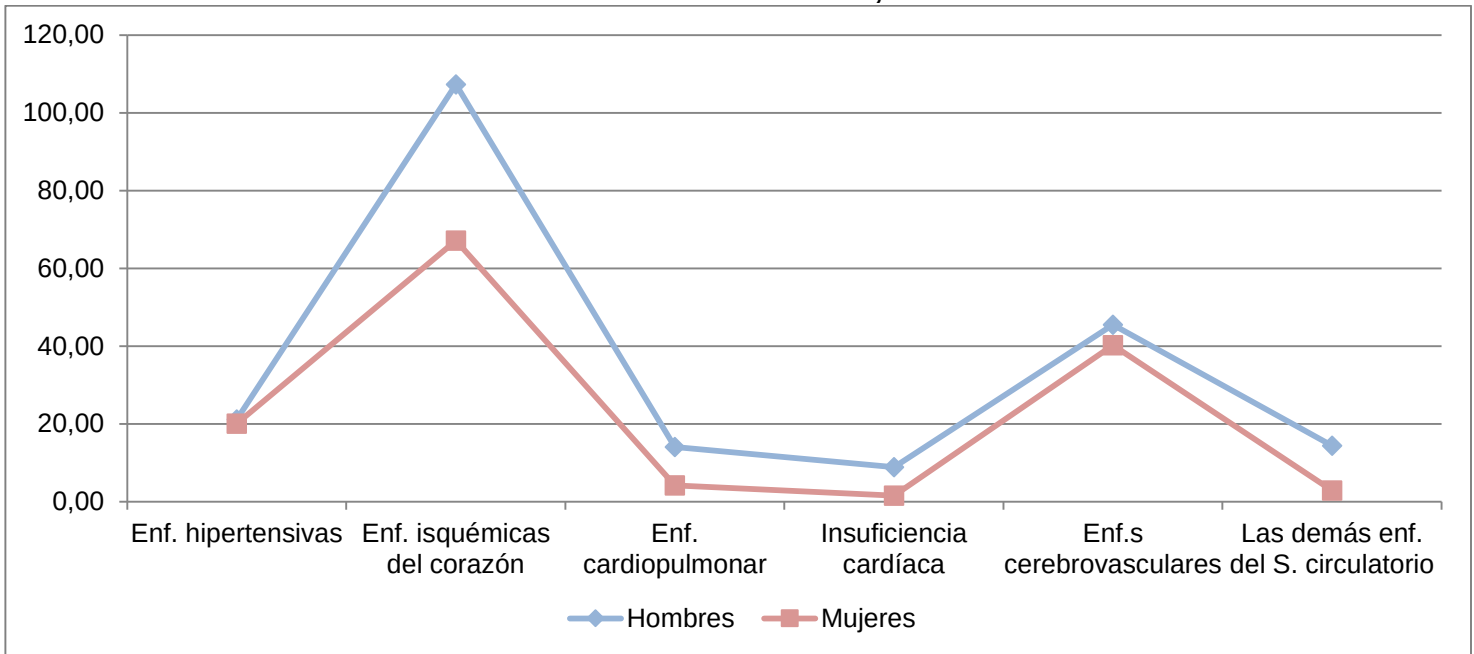
Subgrupo neoplasias	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Tumor maligno del estómago	23,14	3,76	15,87	9,42	9,60	11,88	15,62	6,99	13,40
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	2,30	5,48	3,96	6,89	8,72	2,72	4,64	7,25	3,21
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	18,56	10,90	10,54	11,05	12,52	9,41	14,47	11,87	10,67
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	8,58	12,07	11,16	13,07	9,99	4,69	10,66	10,77	7,67
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	3,56	0,00	2,10	0,00	0,00	0,00	1,78	0,00	1,05
Tumor maligno de la mama de la mujer (C50 en mujeres)	0,00	0,00	0,00	17,58	14,79	14,43	9,75	7,74	8,04
Tumor maligno del cuello del útero (C53)	0,00	0,00	0,00	3,13	1,29	6,80	1,61	0,78	3,56
Tumor maligno del cuerpo del útero (C54)	0,00	0,00	0,00	0,00	3,01	0,00	0,00	1,56	0,00
Tumor maligno del útero, parte no especificada (C55)	0,00	0,00	0,00	4,60	0,00	0,00	2,60	0,00	0,00
Tumor maligno de la próstata	10,37	25,01	33,09	0,00	0,00	0,00	4,38	10,86	14,07
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	7,53	1,57	1,88	6,08	4,77	7,13	7,06	3,28	4,83
Leucemia	2,60	10,67	1,64	1,69	1,47	9,48	2,36	6,06	5,60
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	5,15	3,90	3,73	3,16	5,68	1,66	4,29	5,22	2,54
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	22,03	15,37	12,08	11,37	13,12	8,70	16,00	13,81	10,26
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	2,48	3,67	1,90	6,61	8,11	5,93	4,81	6,25	4,04

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

A nivel local y de subred, las principales causas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio se atribuyen a las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades hipertensivas, para ambos sexos. En la localidad, las enfermedades isquémicas son más altas en hombres que en mujeres en un 59,9 % con tasas ajustadas de 107,32 y 67,13 por 100.000 hombres y mujeres, respectivamente,

mientras que a nivel de la subred es del 61,3 % con estimación de tasas ajustadas de 97,58 y 60,49 por 100.000 hombres y mujeres, respectivamente (figura 11).

Figura 11. Tasas ajustadas subgrupo enfermedades del sistema circulatorio por sexo, localidad de Los Mártires, 2014

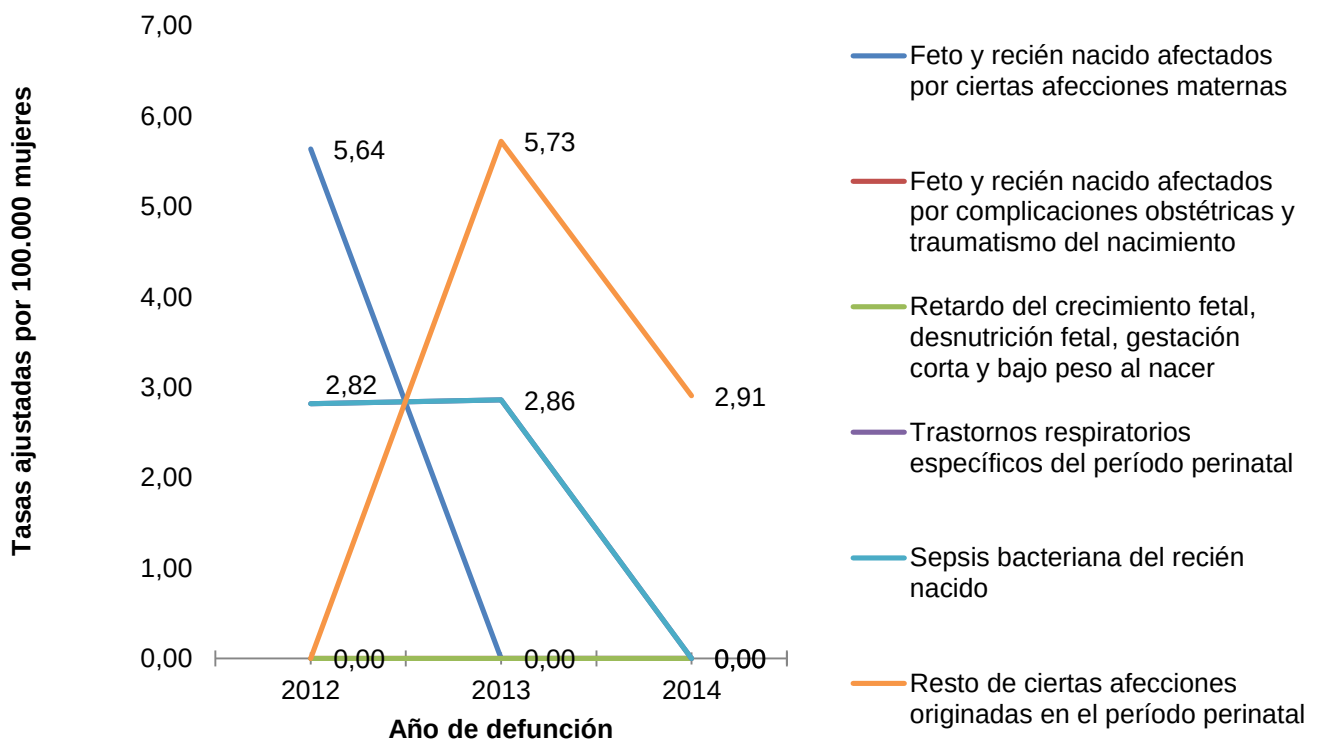
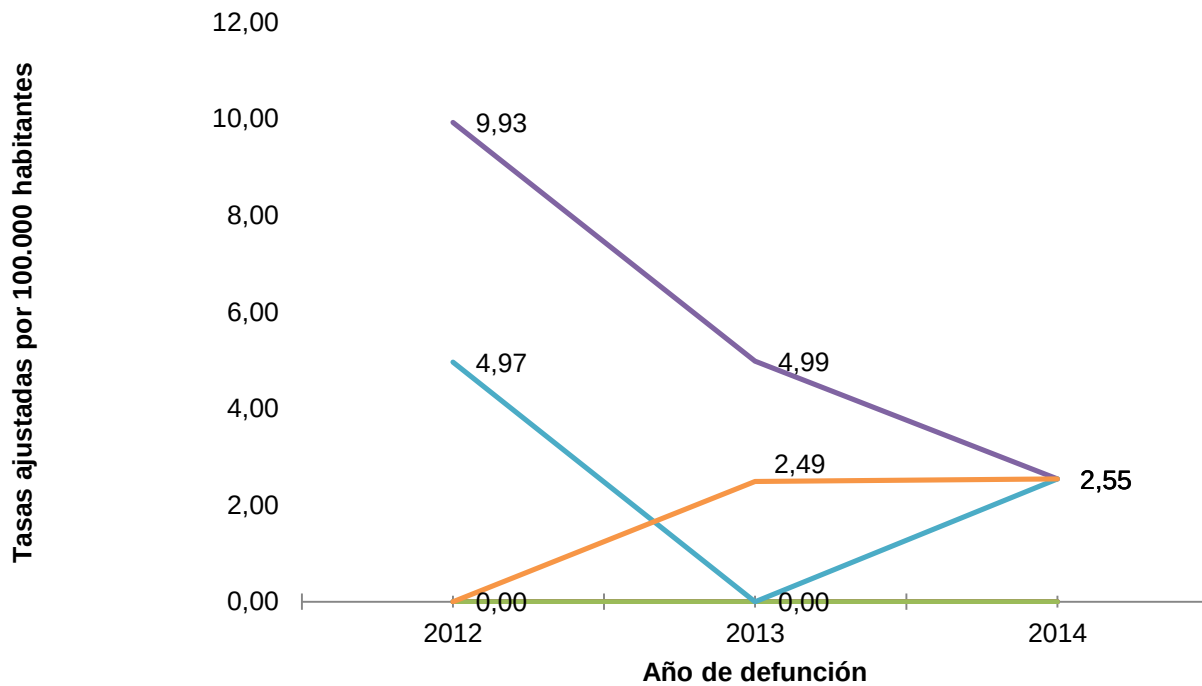


Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

El comportamiento de la mortalidad por afecciones del periodo perinatal a nivel local muestra disminución en los casos de los trastornos respiratorios específicos de dicha etapa, la sepsis bacteriana en recién nacidos y del resto de afecciones originadas en el periodo perinatal fueron registradas con tasas ajustadas de 2,55 por 100.000 mil hombres; estas mismas causas en las mujeres cuentan con tasas ajustadas a 2014 de 0,00 por 100.000 mujeres y con 2,91 para el resto de afecciones originadas en el periodo perinatal.

Aunque en la subred se evidencia disminución de las tasas ajustadas para ambos sexos, en el año 2014 se reportaron casos de mortalidad por todas las causas (figura 12).

Figura 12. Tasas ajustadas subgrupo afecciones del periodo perinatal por sexo, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

En el subgrupo de mortalidad por causas externas las tasas ajustadas más altas se deben a las agresiones (homicidios) y a los accidentes de transporte terrestre con reportes de 19,89 y 12,04 por 100.000 habitantes, respectivamente; a nivel local, la diferencia de la primer causa está representada por el 61,0 % entre hombres y mujeres lo que equivale a unas tasas ajustadas de 19,89 y 7,76 por 100.000 hombres y mujeres, respectivamente; sin embargo, en la Subred la diferencia es del 90,6 % con tasas estimadas de 36,92 y 3,48 por 100.000 hombres y mujeres, respectivamente (tabla 15).

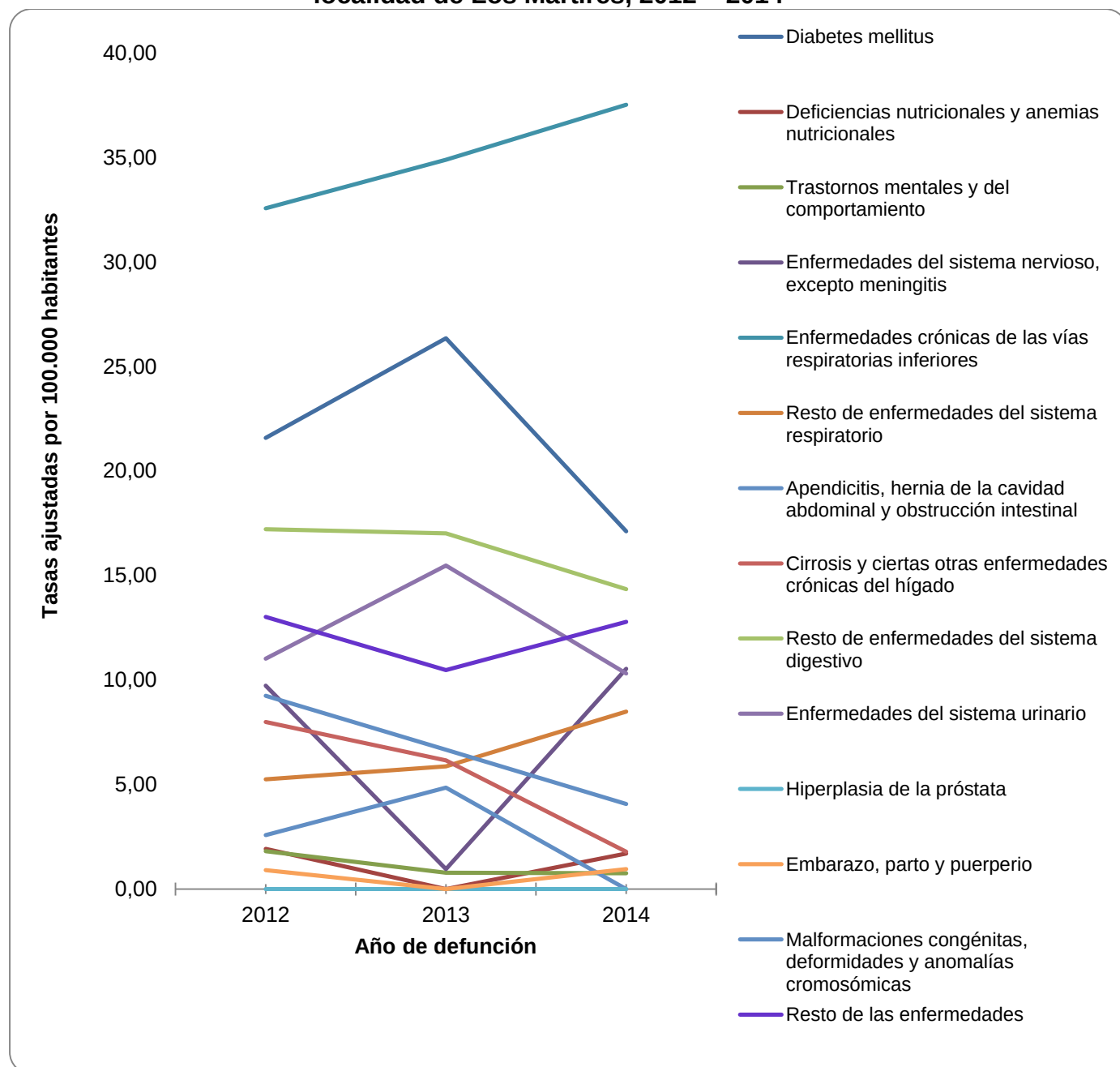
Tabla 15. Tasas ajustadas subgrupo causas externas por sexo y total, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014

Subgrupo Causas externa	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Accidentes de transporte terrestre	29,57	17,57	19,63	5,83	0,00	5,59	17,50	8,71	12,04
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Caídas	1,63	4,97	4,73	1,33	1,29	5,21	1,63	4,97	4,73
Accidentes por disparo de arma de fuego	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ahogamiento y sumersión accidentales	0,91	0,98	1,82	0,00	0,00	0,00	0,91	0,98	1,82
Accidentes que obstruyen la respiración	0,97	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,97	0,00	0,00
Exposición a la corriente eléctrica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Exposición al humo, fuego y llamas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	0,83	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,83	0,00	0,00
Los demás accidentes	0,00	3,75	1,36	0,00	1,62	2,91	0,00	3,75	1,36
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	4,99	1,04	1,84	4,24	2,08	2,19	4,99	1,04	1,84
Agresiones (homicidios)	15,61	20,60	19,89	7,37	5,14	7,76	15,61	20,60	19,89
Eventos de intención no determinada	5,12	7,73	1,70	0,00	1,66	0,00	5,12	7,73	1,70
Las demás causas externas	0,83	0,00	1,53	0,00	0,00	1,47	0,83	0,00	1,53

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS

Para el grupo de las demás causas, las tasas ajustadas más altas se presentan en las mortalidades por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores; diabetes mellitus y el resto de enfermedades del sistema digestivo, ocurridos a nivel local y de Subred y para ambos sexos (figura 13).

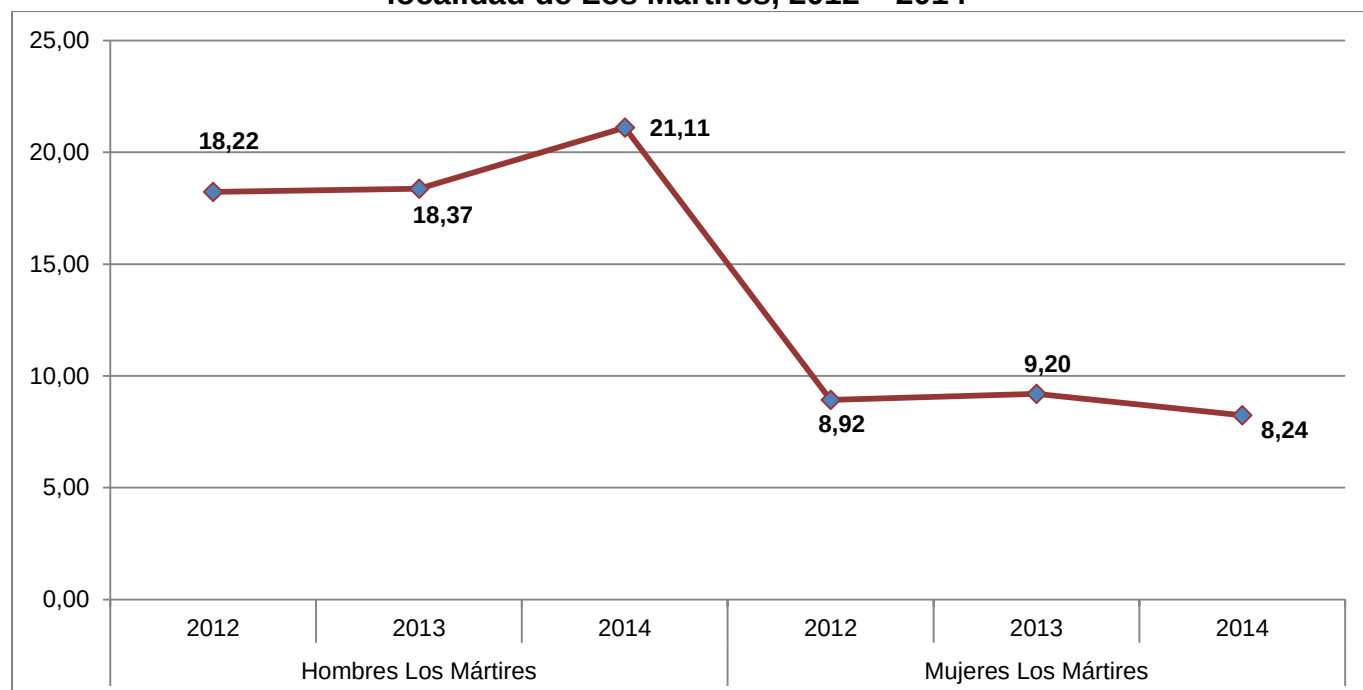
Figura 13. Tasas ajustadas subgrupo demás causas por sexo, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

Para el periodo 2012 a 2014, los signos, síntomas y afecciones mal definidas han disminuido en las mujeres de la localidad y de la Subred en un 7,6 % y 7,7 % respectivamente; esta situación muestra una diferencia en los hombres de la localidad, pues la situación aumentó en un 15,8 % y en la Subred disminuyó un 22,7 % (figura 14).

Figura 14. Tasas ajustadas subgrupo signos y síntomas mal definidos por sexo, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

3.1.3 Mortalidad infantil y en la niñez

Durante el periodo 2012 al 2014, para ambos sexos las principales causas de mortalidad en menores de un año se le atribuyen a las afecciones del periodo perinatal y las malformaciones congénitas así como a las deformidades y anomalías cromosómicas, ellas representan el 81,4 % del total de causas a nivel local y el 75,5 % en la Subred; en términos absolutos, la menor cantidad de fallecimientos reportados en este grupo de edad fue para el año 2014 con 159 muertes en la Subred, lo que corresponde al 5,7 % (n=9) de casos ocurridos en la localidad de Los Mártires (tabla 16).

Tabla 16. Tasas específicas de mortalidad infantil por sexo y total, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0.00	1.32	1.39	0.00	1.50	0.00	0.00	0.00	0.71	0.71	0.73	0.00
tumores (neoplasias)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema nervioso	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema circulatorio	0.00	1.32	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.71	0.00	0.00
Enfermedades del sistema respiratorio	0.00	1.32	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.71	0.00	0.00
Enfermedades del sistema digestivo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema genitourinario	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	8.11	3.96	4.18	0.00	6.02	6.13	1.54	0.00	7.12	4.96	2.93	0.00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	6.76	2.64	1.39	0.00	3.01	3.06	3.08	0.00	4.98	2.83	2.19	0.00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0.00	1.32	1.39	0.00	0.00	1.53	0.00	0.00	0.00	1.42	0.73	0.00
Todas las demás enfermedades	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

Para el mismo lapso, las principales causas de mortalidad en los menores de uno a cuatro años, a nivel local, son debidas a las enfermedades del sistema respiratorio, signos, síntomas y hallazgos anormales y causas externas de morbilidad y mortalidad con reporte de tasas específicas de 19,37 por 1.000 habitantes, respectivamente; mientras que en la subred se debe principalmente a las causas externas de morbilidad y mortalidad, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y a las enfermedades del sistema respiratorio con estimación de tasas específicas de 9,74, 8,35 y 5,57 por 1.000 habitantes, respectivamente.

En cuanto al sexo, la causa principal en los hombres de la localidad corresponde a las enfermedades del sistema respiratorio mientras que en la Subred es por causas externas de morbilidad y mortalidad. Para las mujeres de la localidad, las principales causas de mortalidad son debidas a los signos, síntomas y hallazgos anormales y a las causas externas

de morbilidad y mortalidad a diferencia que en la Subred donde el reporte corresponde a enfermedades del sistema circulatorio, malformaciones congénitas y causas externas de morbilidad y mortalidad (tabla 17).

Tabla 17. Tasas específicas de mortalidad en menores de uno a cuatro años por sexo y total, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0.00	0.00	0.00	0.00	40.36	0.00	0.00	18.85	0.00	0.00	0.00	0.00
tumores (neoplasias)	35.36	0.00	0.00	0.00	40.36	0.00	0.00	37.69	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades de la sangre y de los órganos	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
enfermedades endocrinas, nutricionales y	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema nervioso	35.36	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	18.85	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del oído y de la apófisis	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema circulatorio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema respiratorio	0.00	0.00	36.19	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	19.37	0.00
Enfermedades del sistema digestivo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema genitourinario	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Malformaciones congénitas, deformidades y	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	40.95	0.00	0.00	0.00	19.09	0.00	0.00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	41.68	0.00	0.00	0.00	19.37	0.00
Todas las demás enfermedades	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	41.68	0.00	0.00	0.00	19.37	0.00

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

Las principales causas de mortalidad en los menores de cinco años de la localidad y Subred se les atribuyen a las afecciones originadas en el periodo perinatal y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. En cuanto a la desagregación por sexo, a nivel local la principal causa de mortalidad en hombres menores de cinco años corresponde a las afecciones del periodo perinatal mientras que en las mujeres es debido a las malformaciones congénitas; sin embargo, en la Subred la principal causa, en ambos sexos, es dada por las afecciones en el periodo perinatal con tasas específicas de 110,91 por 1.000 hombres y 71,60 por 1.000 mujeres (tabla 18).

Tabla 18. Tasas específicas de mortalidad en menores de cinco años por sexo y total, localidad de Los Mártires, 2012 – 2014

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	28,14	28,73	0,00	63,63	0,00	0,00	0,00	29,80	15,40	15,32	0,00
tumores (neoplasias)	28,03	0,00	0,00	0,00	31,82	0,00	0,00	0,00	29,80	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	28,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14,90	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	168,16	84,41	86,18	0,00	0,00	127,27	129,24	32,81	0,00	149,01	105,28	61,27
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	140,13	56,27	28,73	0,00	63,63	96,93	65,62	0,00	104,31	75,20	45,95	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	28,14	28,73	0,00	0,00	32,31	32,81	0,00	0,00	30,08	30,63	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,81	0,00	0,00	0,00	15,32	0,00

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017 y anexos del MSPS.

3.1.4 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

Todas las causas de mortalidad materna – infantil y de la niñez a nivel local muestran un comportamiento creciente para el 2016, excepto la mortalidad por IRA y EDA en menores de cinco años y la desnutrición infantil que se encuentran en cero casos. Comparado con la Subred y el Distrito, las cifras de mortalidad materna, perinatal, de la niñez y por IRA en menores de cinco años son inferiores en la localidad (Tabla 19)

Tabla 19. Mortalidad materno – infantil y en la niñez, localidad de Los Mártires, 2016

Causa de muerte	Distrito, 2016	Los Mártires, 2016	2013	2014	2015	2016
Razón de mortalidad materna	24,46	92,76	↘	-	-	↗
Tasa de mortalidad perinatal	13,20	13,79	↘	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad infantil	9,10	8,35	↘	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad en la niñez	17,54	23,80	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	3,96	17,00	-	-	-	↗
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0,50	0,00	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0,66	0,00	-	-	-	-
Proporción de muertes infantiles asociadas a la desnutrición	0,00	0,00	-	-	-	-

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 04/2017 y anexos del MSPS.

No se reportaron casos de mortalidad materna para el 2014 y 2015, no obstante, en el año 2016 se registró un caso que representa una razón de mortalidad materna de 92,76 por 100.000 nacidos vivos, ubicándose muy por encima de la Subred y Distrito que reportan razón de mortalidad materna de 39,96 y 24,46, respectivamente.

La mortalidad perinatal muestra un comportamiento creciente para los años 2015 y 2016 con reporte de tasas de mortalidad de 11,85 y 13,79 por 1.000 nacidos vivos más fetales; tasas que se encuentran por encima de las reportadas para la Subred y el Distrito las cuales se estiman en 12,61 y 13,20, respectivamente.

Comportamiento similar presenta la mortalidad infantil que para los dos últimos años ha aumentado su tasa con cifras de 7,68 y 8,35 por 1.000 nacidos vivos; estos datos se encuentran por encima de las reportadas por la Subred y el Distrito los cuales se encuentran en 8,52 y 9,10, respectivamente.

En cuanto a la mortalidad en menores de cinco años, aunque se evidencia un comportamiento decreciente hasta el 2015, para el 2016 muestra un aumento en la tasa de mortalidad pasando de 17,09 a 23,80 por 10.000 menores de cinco años, la cual se

encuentra por encima de la Subred y el Distrito que reportan tasas de mortalidad de 18,91 y 17,54, respectivamente.

Durante el año 2016 se registró un caso de mortalidad por IRA en menor de cinco años en la localidad lo cual representa un aumento en la tasa de mortalidad por este evento pasando de 0,00 a 17,00 por 100.000 menores de cinco años; reporte que se encuentra muy por encima de las tasas de mortalidad en la Subred y Distrito las cuales reportan 3,55 y 3,96, respectivamente.

Por otra parte, para el periodo analizado, no se han reportado casos de mortalidad por EDA y DNT en menores de cinco años en la localidad por lo cual las tasas por cada evento se encuentran en 0,00 mientras que en la Subred son de 1,18 por 100.000 menores de cinco años para cada evento, a nivel distrital la tasa de mortalidad por DNT se encuentra por encima de la de EDA con tasas de 0,66 y 0,50, respectivamente. En ninguna escala del territorio se han presentado mortalidades infantiles por desnutrición.

3.2 Morbilidad

La presente valoración de morbilidad se genera con base en información suministrada por parte de la Secretaría Distrital de Salud en la cual se cuenta con las variables sexo, edad, tipo de atención y red; cabe resaltar que no se cuenta con el dato anonimizado por lo que se dificulta realizar análisis de variables cruzadas. De esta manera, se debe considerar como información oficial, pero con alcance limitado.

3.2.1 Morbilidad general y análisis de la prestación de servicios Registro Individual de Prestación de Servicios –RIPS–

Para el periodo 2012 – 2016, en la localidad de Los Mártires se realizaron 1'358.892 atenciones a 573.420 personas lo que representa el 11,76 % ($n=11'551.024$) de las atenciones realizadas por la Subred y el 10,48 % ($n= 5'471.665$) de usuarios; en cuanto al sexo, el 61,06 % ($n=350.107$) de las personas atendidas en la localidad fueron mujeres mientras que en la Subred fue el 59,85 % ($n=3'274.540$).

Por otra parte, el 49,43 % (n=283.455) de la población atendida en la localidad cuenta con diagnósticos del grupo demás enfermedades, mientras que en el restante de la población los diagnósticos más frecuentes son los síntomas, signos y afecciones mal definidas, enfermedades transmisibles, enfermedades cardiovasculares y cáncer con cifras de 154.798, 60.022, 48.764 y 21.536, respectivamente. En cuanto al tipo de atención, en la localidad se atendieron un total de 743.366 personas en los diferentes servicios, el 48,85 % (n=363.107) en consulta externa, el 36,08 % (n=268.180) en urgencias y el 15,08 % (n=112.079) en hospitalización. Finalmente, el 0,07 % (n=429) de los pacientes se encuentran en la red adscrita (tabla 20).

Tabla 20. Reporte usuarios únicos atendidos por grandes causas, sexo, tipo de atención y red, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016

Evento	Año	SEXO			TIPO DE ATENCIÓN				RED		
		Hombre	Mujer	Total	Consultas	Hospitaliza- ciones	Urgencias	Total	Red Adscrita	Red no Adscrita	Total
Afecciones originadas en periodo perinatal	2012	286	270	556	329	323	185	837	0	555	555
	2013	283	265	548	339	271	232	842	1	547	548
	2014	352	428	780	489	430	352	1.271	0	780	780
	2015	238	250	488	277	258	256	791	0	488	488
	2016	185	214	399	243	141	192	576	0	399	399
	Total	1.344	1.427	2.771	1.677	1.423	1.217	4.317	1	2.769	2.770
Cáncer	2012	1.325	3.064	4.389	3.448	1.409	321	5.178	0	4.383	4.383
	2013	968	1.838	2.806	2.180	933	542	3.655	0	2.806	2.806
	2014	1.899	5.043	6.942	5.603	2.297	1.158	9.058	0	6.935	6.935
	2015	1.210	2.950	4.160	3.444	1.353	577	5.374	0	4.158	4.158
	2016	1.065	2.174	3.239	2.771	607	688	4.066	1	3.215	3.216
	Total	6.467	15.069	21.536	17.446	6.599	3.286	27.331	1	21.497	21.498
Causa externas	2012	117	115	232	126	60	124	310	0	232	232
	2013	205	283	488	295	99	250	644	0	488	488
	2014	282	366	648	277	211	449	937	0	648	648

	2015	170	207	377	138	122	302	562	0	376	376
	2016	145	184	329	83	67	295	445	1	328	329
	Total	919	1.155	2.074	919	559	1.420	2.898	1	2.072	2.073
Enfermedades Cardiovasculares	2012	4.460	7.869	12.329	11.292	1.221	912	13.425	0	12.320	12.320
	2013	4.833	7.700	12.533	11.072	1.378	1.990	14.440	0	12.533	12.533
	2014	6.569	8.839	15.408	12.101	3.443	5.700	21.244	0	15.348	15.348
	2015	2.202	2.889	5.091	3.770	1.565	2.302	7.637	0	5.090	5.090
	2016	1.291	2.112	3.403	1.979	1.074	2.272	5.325	15	3.380	3.395
	Total	19.355	29.409	48.764	40.214	8.681	13.176	62.071	15	48.671	48.686
Enfermedades transmisibles	2012	5.437	6.066	11.503	6.313	2.473	6.660	15.446	0	11.489	11.489
	2013	6.520	7.111	13.631	5.794	2.923	9.436	18.153	1	13.615	13.616
	2014	7.847	8.435	16.282	5.197	4.805	14.327	24.329	3	16.257	16.260
	2015	3.821	4.217	8.038	2.442	2.440	7.232	12.114	0	8.034	8.034
	2016	4.505	6.063	10.568	2.476	1.857	9.771	14.104	40	10.504	10.544
	Total	28.130	31.892	60.022	22.222	14.498	47.426	84.146	44	59.899	59.943
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	2012	8.921	17.869	26.790	19.198	3.243	9.126	31.567	2	26.773	26.775
	2013	11.954	21.920	33.874	23.819	2.991	12.807	39.617	0	33.847	33.847
	2014	18.366	31.643	50.009	31.724	6.813	24.682	63.219	3	49.926	49.929
	2015	8.357	15.904	24.261	14.521	3.015	12.398	29.934	0	24.248	24.248
	2016	6.835	13.029	19.864	9.185	2.196	12.487	23.868	94	19.733	19.827
	Total	54.433	100.365	154.798	98.447	18.258	71.500	188.205	99	154.527	154.626
Todas las demás enfermedades	2012	23.313	31.922	55.235	42.409	10.839	13.510	66.758	1	55.164	55.165
	2013	22.269	32.608	54.877	37.191	9.850	22.083	69.124	1	54.851	54.852
	2014	31.631	50.638	82.269	50.928	22.075	42.611	115.614	1	82.174	82.175
	2015	18.467	28.480	46.947	29.435	12.000	23.846	65.281	0	46.905	46.905
	2016	16.985	27.142	44.127	22.219	7.297	28.105	57.621	265	43.506	43.771
	Total	112.665	170.790	283.455	182.182	62.061	130.155	374.398	268	282.600	282.868

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017.

3.2.1.1 Infancia

Para el periodo 2012 – 2016, en la Subred Centro Oriente se atendieron 1´160.485 personas menores de 12 años lo que corresponde al 10,84 % (n=125.794) de la población atendida en la localidad de Los Mártires. De esta última población, el 54,11 % (n=68.063) de las personas se encuentran en el grupo de uno a cinco años, el 30,73 % (n=38.656) en los niños de 6 a 11 años y el 15,16 % (n=19.075) a los menores de un año. Según la agrupación 6/67, la principal causa de morbilidad para la población infantil de la localidad se debe al grupo de las demás enfermedades excepto en los menores de un año la cual es por las enfermedades transmisibles, comportamiento variante en la Subred ya que la principal causa es por síntomas, signos y afecciones mal definidas excepto en la población de seis a 11 años la cual es por las demás enfermedades (Tabla 21).

Específicamente en los menores de un año de la localidad, las principales causas de morbilidad atendida corresponden a las enfermedades transmisibles y síntomas, signos y afecciones mal definidas con 8.273 y 4.508 personas atendidas, respectivamente; estas mismas causas se presentan en la Subred de manera inversa; en primer lugar, se ubican los síntomas, signos y afecciones mal definidas seguido por las enfermedades transmisibles con 49.660 y 37.554 menores atendidos. En la población de uno a cinco años, las principales causas de morbilidad se atribuyen a las demás enfermedades y enfermedades transmisibles con 25.271 y 22.465 personas atendidas, respectivamente, mientras que en la Subred se deben a los síntomas, signos y afecciones mal definidas y las demás enfermedades con 209.360 y 202.917 niños de este grupo de edad atendidos, respectivamente. En el curso de vida infancia en ambas escalas de territorio, las principales causas de morbilidad se deben al grupo de las demás enfermedades y síntomas, signos y afecciones mal definidas (tabla 21).

Tabla 21. Reporte usuarios únicos atendidos según curso de vida infancia y grandes causas, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016

Curso de vida / Grandes causas		2012	2013	2014	2015	2016
Menores de 1 año	Afecciones originadas en periodo perinatal	422	383	576	256	0
	Cáncer	9	14	13	7	0
	Causas externas	8	8	13	5	0

	Enfermedades cardiovasculares	22	29	17	10	0
	Enfermedades transmisibles	1.856	2.392	2.681	1.344	0
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	1.096	1.349	1.572	490	1
	Todas las demás enfermedades	1.338	1.258	1.303	600	3
	Total	4.751	5.433	6.175	2.712	4
De 1 a 5 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	83	57	55	106	282
	Cáncer	105	119	129	74	93
	Causas externas	42	64	79	40	49
	Enfermedades cardiovasculares	54	54	46	38	33
	Enfermedades transmisibles	4.089	5.191	5.584	3.059	4.542
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	3.697	4.728	6.124	1.683	2.493
	Todas las demás enfermedades	5.765	5.768	5.578	3.261	4.899
	Total	13.835	15.981	17.595	8.261	12.391
De 6 a 11 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	5	8	9	45	64
	Cáncer	140	117	138	121	126
	Causas externas	30	48	51	32	25
	Enfermedades cardiovasculares	57	36	37	31	41
	Enfermedades transmisibles	1.133	1.221	1.460	838	1.745
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	2.246	3.187	4.672	1.079	1.419
	Todas las demás enfermedades	4.352	4.111	4.033	2.579	3.420
	Total	7.963	8.728	10.400	4.725	6.840

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017.

3.2.1.2 Adolescencia y juventud

Para el mismo periodo, en la Subred Centro Oriente se atendieron 1´484.990 adolescentes y jóvenes lo que corresponde al 7,45 % (n=110.678) de la población atendida en la localidad de Los Mártires. De esta última población, el 69,40 % (n=76.812) de las personas se encuentran en el grupo juventud y el 30,60 % (n=33.866) en adolescencia. Teniendo en cuenta la desagregación por agrupación 6/67, la principal causa de morbilidad para la población adolescente de la localidad y Subred corresponde al grupo de las demás enfermedades con 18.303 y 222.235 personas atendidas, respectivamente; en la población de 18 a 28 años se atribuye la misma causa de morbilidad de los adolescentes con 44.819 y 563.951 jóvenes atendidos (tabla 22).

Tabla 22. Reporte usuarios únicos atendidos según curso de vida adolescencia y juventud y grandes causas, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016

Curso de vida / Grandes causas		2012	2013	2014	2015	2016
Menores de 12 a 17 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	10	7	11	6	23
	Cáncer	216	156	189	148	166
	Causas externas	35	45	46	28	25
	Enfermedades cardiovasculares	93	90	98	48	49
	Enfermedades transmisibles	757	718	594	340	423
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	2.110	2.922	3.825	1.258	1.127
	Todas las demás enfermedades	4.226	4.183	4.478	2.642	2.774
	Total	7.447	8.121	9.241	4.470	4.587
Menores de 18 a 28 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	25	49	57	50	38
	Cáncer	266	184	442	231	150
	Causas externas	23	61	82	80	67
	Enfermedades cardiovasculares	172	211	319	182	103
	Enfermedades transmisibles	724	1.095	1.559	623	999
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	3.546	4.769	7.945	4.705	3.236
	Todas las demás enfermedades	6.071	8.487	13.654	8.932	7.675
	Total	10.827	14.856	24.058	14.803	12.268

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017.

3.2.1.3 Adultez

Durante los años 2012 a 2016, en la Subred Centro Oriente se atendieron 2´081.499 adultos lo que corresponde al 9,03 % (n=188.009) de la población atendida en la localidad de Los Mártires; esta población atendida en la localidad ha disminuido un 34,23 % en el periodo analizado. De acuerdo con la agrupación 6/67, a nivel local y de Subred, la principal causa de morbilidad corresponden al grupo de las demás enfermedades con 103.508 y 1´163.576 adultos atendidos, respectivamente; en segundo lugar se ubican los síntomas, signos y afecciones mal definidas con 50.187 y 499.923 personas atendidas (tabla 23).

Tabla 23. Reporte usuarios únicos atendidos según curso de vida adultez y grandes causas, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016

Curso de vida / Grandes causas	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	18	29	53	24	7
Cáncer	2,263	1,318	3,642	2,230	1,104
Causas externas	52	118	184	114	91
Enfermedades cardiovasculares	3,596	3,302	4,436	1,873	931
Enfermedades transmisibles	1,931	1,905	2,582	1,052	1,459
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	9,002	10,580	15,002	9,188	6,415
Todas las demás enfermedades	19,945	18,205	32,411	18,746	14,201
Total	36,807	35,457	58,310	33,227	24,208

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017.

3.2.1.4 Vejez

En los años 2012 a 2016, en la Subred Centro Oriente se atendieron 783.642 adultos mayores lo que corresponde al 19,50 % (n=152.794) de la población atendida en la localidad de Los Mártires; esta población atendida en la localidad ha disminuido un 30,18 % durante el periodo analizado. De acuerdo con la agrupación 6/67, a nivel local y de Subred, la principal causa de morbilidad corresponden al grupo de las demás enfermedades con 70.120 y 361.904 adultos mayores atendidos, respectivamente; en segundo lugar a nivel local se ubican los síntomas, signos y afecciones mal definidas con 34.446 personas atendidas mientras que en la subred es por enfermedades cardiovasculares con 195.073 adultos mayores atendidos (tabla 24).

Tabla 24. Reporte usuarios únicos atendidos según curso de vida vejez y grandes causas, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016

Curso de vida / Grandes causas	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	8	15	21	10	0
Cáncer	1,417	914	2,412	1,376	1,601
Causas externas	45	146	193	77	72
Enfermedades cardiovasculares	8,470	8,883	10,414	2,911	2,239

Enfermedades transmisibles	1,315	1,256	2,046	884	1,503
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	5,399	6,643	11,280	5,940	5,184
Todas las demás enfermedades	14,308	13,263	21,054	10,476	11,019
Total	30,962	31,120	47,420	21,674	21,618

Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017.

Para los años 2015 y 2016, en las IPS públicas y privadas ubicadas en la localidad, los primeros diagnósticos de atención se deben a las diarreas y gastroenteritis, infección de vías urinarias, enfermedad renal crónica, lumbago y rinofaringitis aguda; en cuanto a la desagregación por sexo, las principales causas de consulta en mujeres es debido a las infecciones de vías urinarias y diarreas y gastroenteritis, las cuales representan el 3,04 % y 2,78 % de total de atenciones en esta población, respectivamente. A diferencia que en los hombres, los principales diagnósticos de atención se atribuyen a las diarreas y gastroenteritis y a la enfermedad renal crónica con 3,30 % y 2,44 %, respectivamente. En cuanto a la comparación frente a la Subred y Distrito, en el mismo periodo analizado, las principales atenciones se deben a caries de la dentina, hipertensión arterial, gingivitis crónica, rinofaringitis y diarrea, estos dos últimos diagnósticos son los presentados en las tres escalas del territorio (tabla 25).

Tabla 25. 10 primeras causas de atención de morbilidad por ocurrencia según sexo, localidad de Los Mártires, 2015 – 2016

Diagnóstico	2015				2016			
	Hombre	%	Mujer	%	Hombre	%	Mujer	%
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	2.370	2,79	2.802	2,14	2.747	3,93	3.762	3,59
Infección de vías urinarias; sitio no especificado	1.598	1,88	3.333	2,54	1.588	2,27	3.830	3,65
Enfermedad renal crónica; no especificada	1.558	1,83	2.154	1,64	2.225	3,18	3.032	2,89
Otras complicaciones especificadas relacionadas con el embarazo	0	0,00	3.219	2,46	0	0,00	3.063	2,92

Lumbago no especificado	682	0,80	1.015	0,77	705	1,01	1.213	1,16
Rinofaringitis aguda [resfriado común]	813	0,96	871	0,66	843	1,21	961	0,92
Bronquiolitis aguda; no especificada	1.523	1,79	1.277	0,97	879	1,26	763	0,73
Hipertensión esencial (primaria)	1.141	1,34	1.708	1,30	465	0,67	1.017	0,97
Bronquitis aguda; no especificada	0	0,00	0	0,00	438	0,63	914	0,87
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda; no especificada	500	0,59	569	0,43	585	0,84	754	0,72

Fuente: Elaboración propia a partir de base compartida por SDS el 26/09/2017.

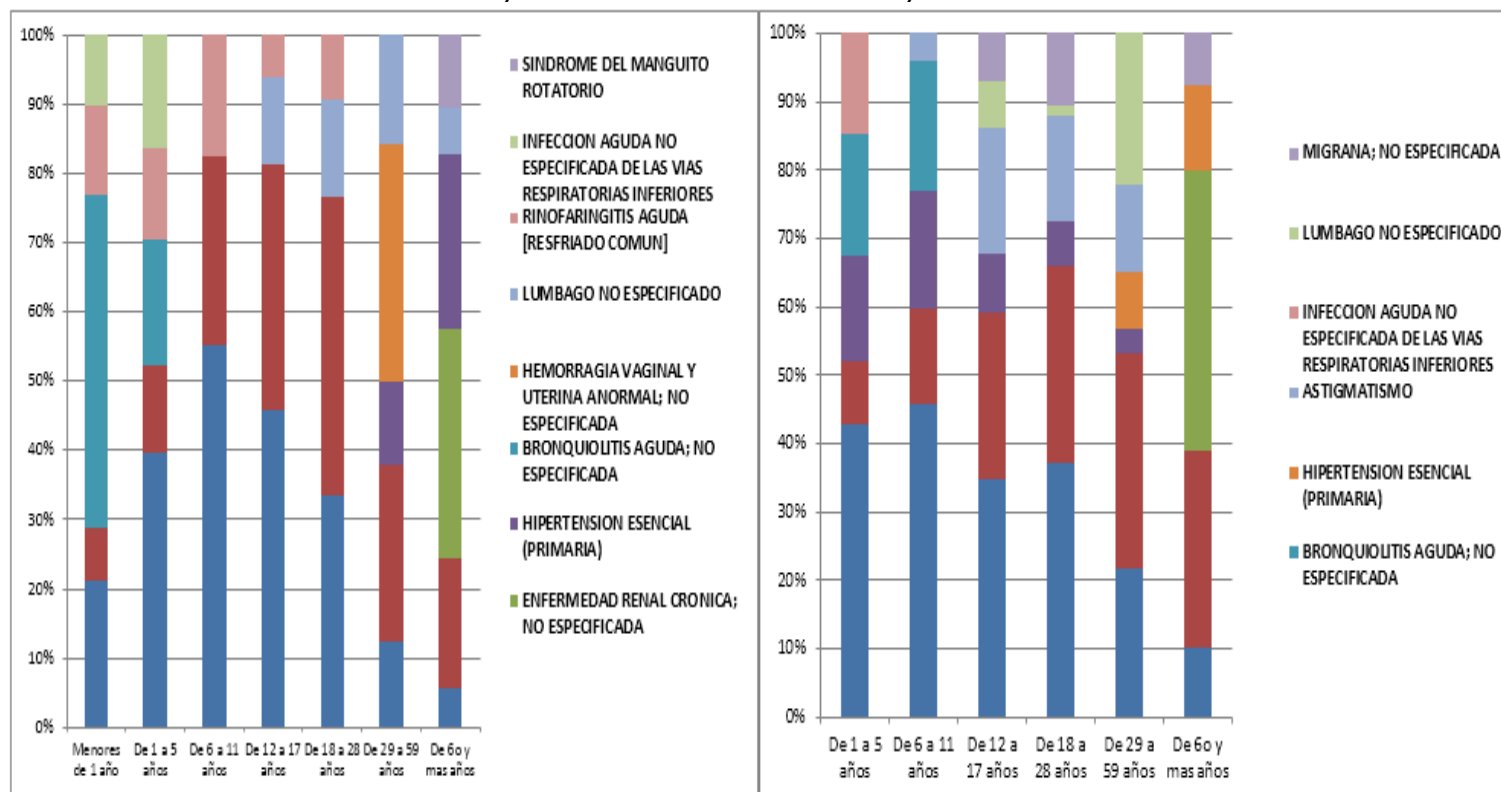
De acuerdo al comportamiento de las atenciones por curso de vida, en los menores de un año la principal causa de asistencia a las instituciones de salud es debido a la bronquiolitis aguda no especificada; en la población de primera infancia, infancia y adolescencia el mayor registro de atenciones es por diarrea y gastroenteritis.

En los jóvenes, para el año 2015 se reportaba mayor atención por infección de vías urinarias mientras que en el 2016 es por diarrea y gastroenteritis. Para los adultos el principal diagnóstico de consulta es por hemorragia vaginal y uterina e infección de vías urinarias para el año 2015 y 2016, respectivamente.

La enfermedad renal crónica es la mayor causa de atención en los adultos mayor, cabe resaltar que esta enfermedad en la mayoría presenta comorbilidad con la hipertensión arterial y diabetes mellitus.

En general, en la Subred y a nivel distrital, para los menores de cinco años, la mayor consulta es por enfermedades respiratorias (rinofaringitis y bronquiolitis), a diferencia que en la población de seis a 59 años es por afecciones en salud oral (caries) y la población mayor es HTA (figura 15).

Figura. 15 Diez primeras causas de atención de morbilidad por ocurrencia según curso de vida, localidad de Los Mártires, 2015 – 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de base compartida por SDS el 26/09/2017

En cuanto al tipo de atención, los principales Diagnósticos se deben a las diarreas y gastroenteritis e infección de vías urinarias; adicionalmente, por consultas externa está el astigmatismo, en hospitalización la bronquiolitis y por urgencias las rinofaringitis. Estas dos primeras causas representan el 42,48 % (n=11.927) del total de las atenciones; es importante recalcar, que la localidad cuenta con IPS privadas de tercer y cuarto nivel. Este comportamiento es diferente a nivel de subred y distrito, teniendo en cuenta que la mayor atención en salud es por caries, parto, diarrea, HTA e IVU (tabla 26).

Tabla 26. 10 primeras causas de atención de morbilidad por ocurrencia según tipo de atención, localidad de Los Mártires, 2015-2016

Diagnostico	2015			2016		
	Consulta	Hospitalización	Urgencias	Consulta	Hospitalización	Urgencias
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	0,76	2,62	4,34	1,15	4,00	5,86
Infección de vías urinarias; sitio no especificado	1,63	3,65	2,69	2,40	4,71	3,43
Lumbago no especificado	0,68	0,00	1,04	0,60	0,00	1,62
Rinofaringitis aguda [resfriado común]	0,04	0,00	1,87	0,06	0,00	1,97
Hipertensión esencial (primaria)	1,08	1,21	1,64	0,62	0,79	1,05
Bronquiolitis aguda; no especificada	0,00	2,49	1,83	0,00	1,68	1,19
Bronquitis aguda; no especificada	0,00	0,00	0,88	0,00	0,53	1,31
Astigmatismo	0,88	0,00	0,00	1,52	0,00	0,00
Amigdalitis aguda; no especificada	0,00	0,00	0,87	0,00	0,00	1,09
Contusión de la rodilla	0,00	0,00	0,61	0,00	0,00	0,83

Fuente: Elaboración propia a partir de base compartida por SDS el 26/09/2017.

3.3 Descripción de la oferta

De acuerdo al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS del Ministerio de la Protección Social, en la localidad de Los Mártires se encuentran inscritos 61 prestadores de servicios de salud al presente año, de los cuales el 67,21 % (n=41) corresponden a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, el 31,15 % (n=19) a instituciones con objeto social diferente y el 1,64 % (n=1) como transporte especial. Del total de prestadores de servicios de salud, el 8,20 % (n=5) son públicas y el 91,80 % (n=56) con privadas (tabla 27).

Tabla 27. Prestadores de servicios de salud según naturaleza jurídica, localidad de Los Mártires, 2017

Clase de prestador	Naturaleza	Total	%
Instituciones Prestadores de Servicios de Salud – IPS	Pública	3	4,92
	Privada	38	62,30
Total IPS		41	67,21
Objeto Social diferente a la Prestación de Servicios de Salud	Pública	2	3,28
	Privada	17	27,87
Total Objeto Social diferente a la Prestación de Servicios de Salud		19	31,15
Transporte especial de pacientes	Privada	1	1,64
Total Transporte especial de pacientes		1	1,64
Total general		61	100

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos REPS, 2017.

En cuanto a los servicios de salud ofertados, en la localidad de Los Mártires se encuentran habilitados 31 servicios de salud lo que representa el 4,73 % (n=655) de la Subred Centro Oriente. A nivel local, el 64,52 % (n=20) de los servicios corresponden a protección específica y detección temprana como detección temprana en alteración de crecimiento y desarrollo (menores 10 años), en el joven (10 a 29 años), del embarazo, en el adulto, de agudeza visual, atención preventiva de salud bucal, planificación familiar, vacunación, detección de CA cuello uterino y seno; seguido del 16,13 % (n=5) las cuales son de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica como la toma de muestras de laboratorio clínico, servicio farmacéutico y tamización de CA de cuello uterino; el 12,90 % (n=4) es consulta externa en medicina general y odontología general. No cuenta con servicios quirúrgicos, móviles para transporte especial ni otros servicios como atención domiciliaria a paciente crónico con o sin ventilador, ni atención al consumidor de SPA institucionalizado o no (tabla 28).

3.3.1 Descripción de la oferta

De acuerdo al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS del Ministerio de la Protección Social, en la localidad de Los Mártires se encuentran inscritos 61 prestadores de servicios de salud al presente año, de los cuales el 67,21 % (n=41) corresponden a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, el 31,15 % (n=19) a instituciones con objeto social diferente y el 1,64 % (n=1) como transporte especial. Del total de prestadores de servicios de salud, el 8,20 % (n=5) son públicas y el 91,80 % (n=56) con privadas (tabla 28).

En cuanto a los servicios de salud ofertados, en la localidad de Los Mártires se encuentran habilitados 31 servicios de salud lo que representa el 4,73 % (n=655) de la Subred Centro Oriente. A nivel local, el 64,52 % (n=20) de los servicios corresponden a protección específica y detección temprana como detección temprana en alteración de crecimiento y desarrollo (menores 10 años), en el joven (10 a 29 años), del embarazo, en el adulto, de agudeza visual, atención preventiva de salud bucal, planificación familiar, vacunación, detección de CA cuello uterino y seno; seguido del 16,13 % (n=5) las cuales son de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica como la toma de muestras de laboratorio clínico, servicio farmacéutico y tamización de CA de cuello uterino; el 12,90 % (n=4) es consulta externa en medicina general y odontología general. No cuenta con servicios quirúrgicos, móviles para transporte especial ni otros servicios como atención domiciliaria a paciente crónico con o sin ventilador, ni atención al consumidor de SPA institucionalizado o no (tabla 28).

Tabla 28 Distribución de servicios ofertados en los puntos de atención según instituciones públicas, localidad de Los Mártires, 2017

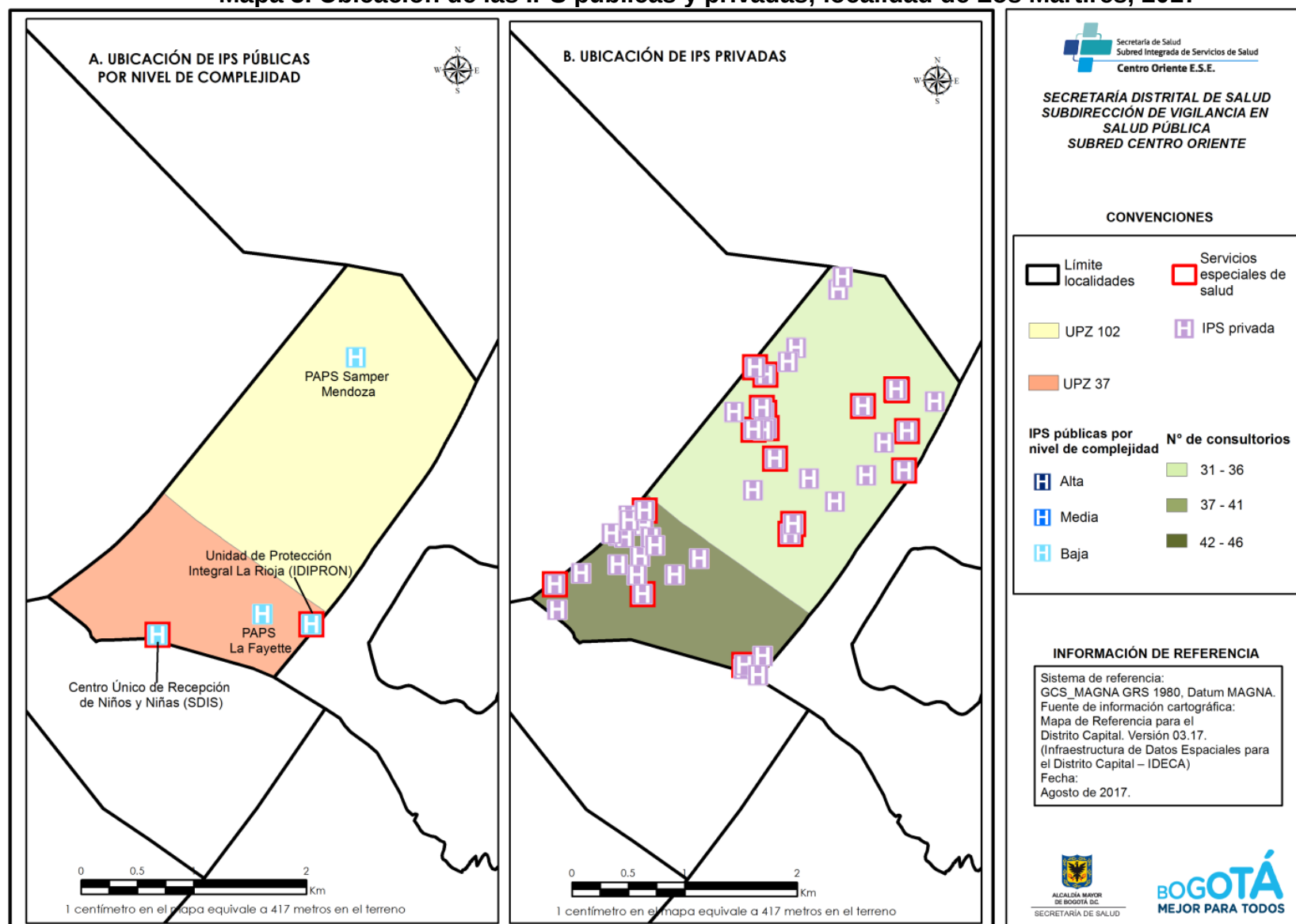
Servicio	Los Mártires		Subred	
	*FA	**FR	*FA	***FR
Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	5	16,13	140	3,57
Consulta externa	4	12,90	183	2,19
Internación	1	3,23	39	2,56

Otros servicios	0	0,00	3	0,00
Protección específica y detección temprana	20	64,52	210	9,52
Quirúrgicos	0	0,00	39	0,00
Móviles transporte asistencial	0	0,00	31	0,00
Urgencias	1	3,23	10	10,00
Total general	31		655	4,73

Fuente: Elaboración propia a partir de base de dato Portafolio de servicios de salud Subred Centro Oriente 23/02/2017, descarga 17/08/2017. *FA: frecuencia absoluta. **FR: frecuencia relativa se los servicios. ***FR: frecuencia relativa frente a lo local.

La ubicación espacial de las IPS públicas muestra que el 75,00 % (n=3) se concentran al oriente de la UPZ 37 Santa Isabel, mientras que el 25,00 (n=1) se ubica al noroccidente de la UPZ 102 La Sabana; dos de las cuales pertenecen a la red adscrita y las restantes están vinculadas al IDIPRON y la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS–, caracterizadas por ofrecer servicios de bajo nivel de complejidad. En cuanto al sector privado, se evidencia amplia distribución de las instituciones en la localidad, 56,36 % (n=31) de las cuales se localizan hacia el centro de la UPZ 102 La Sabana, mientras que el 43,64 % (n=24) se concentra en los extremos occidente y oriente de la UPZ 37 Santa Isabel; cuya tipología incluye aquellas con objeto social diferente y las encaminadas al transporte especial de pacientes (mapa 3).

Mapa 3. Ubicación de las IPS públicas y privadas, localidad de Los Mártires, 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos Oficina de Planeación Subred Centro Oriente, 08/2017 y Secretaría Distrital de Salud, 09/2016.

3.3.2 Eventos de Vigilancia en Salud Pública

El Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA– se ha creado para realizar la provisión en forma sistemática y oportuna de información sobre la dinámica de los eventos que afectan o puedan afectar la salud de la población; tiene como fin orientar las políticas y planificación en salud pública, tomar decisiones para prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud, optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones y, racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de los mismo propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva (17), por lo que a continuación se relacionan los hallazgos procedentes de los reportes de SIVIGILA a escala nacional y distrital.

3.4 SIVIGILA Nacional

Durante el año 2016, al SIVIGILA se notificaron 165.087 Eventos de Interés en Salud Pública – EISP con residencia en Bogotá, el 14,51 % (n=23.946) equivalen a la Subred Centro Oriente; de este último, el 10,29 % (n=2.464) se ubican en la localidad de Los Mártires. La mayor proporción de notificación en la localidad es de residencia en la UPZ 102 La Sabana con 1.641 registros mientras que en la 37 Santa Isabel cuenta con 823.

Teniendo en cuenta las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, los eventos de Vida saludable y enfermedades transmisibles, Salud ambiental y Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos presentan la mayor proporción de notificación de la localidad frente a la subred con 9,98, 4,94 y 4,34, respectivamente; en cuanto a la proporción de las UPZ frente a la localidad, La Sabana registra la mayor notificación para todas las dimensiones en especial Convivencia y salud mental, Condiciones no transmisibles y las enfermedades transmisibles con proporciones de 71,45, 68,79 y 63,21, respectivamente. En cuanto a la proporción de notificación de la localidad frente al distrito, la dimensión Salud sexual es la que presenta el registro más alto (tabla 29).

Tabla 29 Distribución de la notificación por dimensiones del PDSP, localidad de Los Mártires, 2016

GRUPO DE EVENTOS POR DIMENSIÓN DEL PDSP	PROPORCION DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS FRENTE AL DISTRITO	PROPORCION DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS FRENTE A LA SUBRED	PROPORCION DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS UPZ 37 FRENTE A LA LOCALIDAD	PROPORCION DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS UPZ 102 FRENTE A LA LOCALIDAD
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	1.41	9.98	36.79	63.21
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	2.37	4.34	38	62
Convivencia Social y Salud Mental	1.25	3.02	28.55	71.45
Salud Ambiental	1.66	4.94	42.15	57.85
Seguridad Alimentaria Y Nutricional	1.33	2.79	40	60
Vida Saludable y condiciones No Transmisibles	1.87	3.2	31.21	68.79

Fuente: Elaboración propia a partir de bases oficiales SDS por subsistemas SIVIGILA Distrital, reporte 07/2017.

La mayor frecuencia de notificación de EISP en la localidad se debe a las lesiones de causa externa, exposición a flúor, varicela, intoxicaciones, morbilidad materna extrema y VIH/SIDA y muerte por SIDA. En cuanto a la desagregación por UPZ, el mayor número de casos se presentan en los mismos eventos excepto por VIH/SIDA y muerte por SIDA en la 37 Santa Isabel a diferencia que en la 102 La Sabana es morbilidad materna extrema, para ambas localidades se anexa bajo peso al nacer.

En cuanto a la proporción de notificación colectiva, el 100 % (n=2) de los eventos de Salud ambiental (brote por Enfermedades Transmitidas por Alimentos –ETA–) se presentaron en la UPZ 102 La Sabana, lo cual representa el 40,00 % en la Subred y solo el 2,15 % a nivel distrital. En cuanto a los eventos de la dimensión Vida saludable y enfermedades transmisibles, el 82,76 % (n=120) se ubican en la UPZ 102 La Sabana lo cuales corresponden a morbilidad por EDA, los casos locales representan el 7,79 % en la Subred (tabla 30).

Tabla 30. Distribución de la notificación colectiva por dimensiones del PDSP, localidad de Los Mártires, 2016

GRUPO DE EVENTOS POR DIMENSIONES DEL PDSP	PROPORCION DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS FRENTE AL DISTRITO	PROPORCION DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS FRENTE A LA SUBRED	PROPORCION DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS UPZ 37 FRENTE A LA LOCALIDAD	PROPORCION DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS UPZ 102 FRENTE A LA LOCALIDAD
Vida Saludable y enfermedades Transmisibles	0.33	7.79	17.24	82.76
Salud Ambiental	2.15	40.00	0.00	10.00

Fuente: Elaboración propia a partir de bases oficiales SDS por subsistemas SIVIGILA Distrital, reporte 07/2017.

3.4.1 SIVIGILA Distrital

De acuerdo a los subsistemas de SIVIGILA, a nivel local, la mayor proporción de notificación se presenta en la dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional, seguido de Convivencia Social y Salud Mental mientras que en último lugar se encuentran las condiciones no transmisibles. A nivel de UPZ, los eventos con mayor frecuencia son el exceso de peso y las violencias cotidianas, seguido por la lesión de mancha café fluorosis para Santa Isabel y consumo abusivo de SPA en La Sabana. Estos eventos tienen relación con las características propias del territorio, es decir, los problemas de convivencia social, salud mental y violencia cotidiana se ven afectados por la zona legalizada de prostitución en La Sabana y la zona rosa de Santa Isabel, las cuales están directamente relacionada con el consumo de SPA legal e ilegal, lo que produce efectos adversos como agresividad, conflictos relacionados con dinero y hurto (tabla 31).

Tabla 31. Distribución de la notificación por dimensiones del PDSP, localidad de Los Mártires, 2016

Grupos de eventos	Subsistemas	Proporcion de eventos frente al distrito	Proporcion de eventos subred frente a la subred	Proporcion de notificación por grupo de eventos upz 37 frente a la localidad	Proporcion de notificación por grupo de eventos upz 102 frente a la localidad
Seguridad Alimentaria y Nutricional	SISVAN	1,00	8,99	17,71	82,29
Convivencia Social y Salud mental	VESPA LCE SISVECOS SIVIM	2,29	14,08	19,15	57,00
Vida Saludable y condiciones No transmisibles	DISCAPACIDAD SISVECO SIVISTRA	2,40	11,60	29,80	67,80

Fuente: Elaboración propia a partir de bases oficiales SDS por subsistemas SIVIGILA Distrital, reporte 07/2017.

Eventos precursores

La proporción de atenciones por diabetes mellitus en las IPS de la localidad, ha disminuido en un 55,20 % al pasar de 1,65 a 0,74 para el periodo 2016 – 2016; en comparación de las atenciones por hipertensión arterial las cuales han disminuido en un 35,68 %. Estas dos patologías son comorbilidades de la enfermedad renal crónica, como se mencionó anteriormente, es la principal causa de mortalidad en la población adulta mayor (Tabla 32).

Tabla 32. Eventos precursores, localidad de Los Mártires, 2016

Causa de muerte	Distrito	Los Mártires	2013	2014	2015	2016
Proporción de atenciones por diabetes mellitus	1.6	0.74	↘	↘	↘	↘
Proporción de atenciones por hipertensión arterial	4.78	0.85	-	-	↗	↘

Fuente: DM: elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08/2017. HTA: elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS el 26/09/2017.

3.5 Análisis general de la morbilidad e identificación de prioridades

Para el periodo analizado, las principales causas de morbilidad general por grandes causas en los menores de seis años se deben a las enfermedades transmisibles, síntomas y signos mal definidos y todas las demás enfermedades, mientras que para la población de seis a 59 años son únicamente las dos últimas causas nombradas, para los mayores de 60 años se le atribuyen a las enfermedades cardiovasculares y a todas las demás enfermedades.

En tanto, por subgrupos, los principales diagnósticos de consulta en los menores de un año es por bronquiolitis, en la población de uno a 28 años es por diarrea, en los adultos es por infección de vías urinarias y en los mayores de 60 por enfermedad renal crónica, estos eventos están relacionados con el nivel de complejidad de las IPS ubicadas en la localidad, como los son la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, Hospital Universitario Mayor Mederi y la Fundación Hospital de La Misericordia, las cuales son de tercer y cuarto nivel.

Cuando se realiza la comparación de los eventos precursores, aunque la proporción de atención de diabetes mellitus –DM– e hipertensión arterial –HTA– se encuentra disminuyendo durante el periodo analizado, es importante resaltar que la enfermedad renal crónica aun continúa siendo la principal causa de mortalidad en los adultos mayores y la DM e HTA son las comorbilidades esta condición. Se aclara que la información de eventos precursores es por ocurrencia.

Es importante indicar que la morbilidad reportada es por ocurrencia (ubicación de las IPS); por tal motivo, no es posible indicar la relación de los diagnósticos con factores condicionantes o de riesgo de la población residente en la localidad.

En cuanto a las principales afecciones de salud de la población con discapacidad, la mayor proporción según el origen de la discapacidad es por enfermedad general y accidentes, la alteración permanente que más afecta es la movilidad del cuerpo, miembros superiores e inferiores y el sistema nervioso; este apartado se amplía en el capítulo IV ASÍS diferencial.

La ubicación espacial de las IPS públicas se concentran al oriente de la UPZ 37 Santa Isabel, mientras que en la 102 La Sabana es al noroccidente; dos de las cuales pertenecen a la red adscrita y se caracterizan por ofrecer servicios de bajo nivel de complejidad. A diferencia que, en el sector privado, la mayor proporción de IPS se localizan hacia el centro de la UPZ 102 La Sabana, mientras que en la 37 Santa Isabel se concentra en los extremos occidente y oriente.

4. CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DIFERENCIAL DE POBLACIONES

4.1 Introducción

Las seis localidades que conforman la Subred Centro Oriente al igual que la ciudad de Bogotá responde a las dinámicas socioeconómicas del país, confiriéndole una diversidad poblacional y una complejidad cultural en un contexto urbano de segregación, donde las poblaciones con mayor vulnerabilidad se asientan en las áreas que históricamente resultan más accesibles*, situación por la que surge la necesidad de un abordaje del proceso de salud-enfermedad con enfoque poblacional diferencial.

El presente documento recolecta la información disponible con desagregación de variables poblacionales permitiendo construir un análisis aproximado frente a las características de salud y enfermedad de las poblaciones étnicas (indígenas, afrocolombiano, raizales, palenqueros, ROM o gitana); población con discapacidad; población en situación de vulnerabilidad (personas en ejercicio de la prostitución, reciclador de oficio, ciudadano habitante de calle); población víctima del conflicto y personas de los sectores sociales LGTBI. Esta labor aporta en la búsqueda del reconocimiento de las principales necesidades, fragilidades o vulneraciones de cada una de estas poblaciones.

El *enfoque diferencial* es una forma de análisis donde se describe, reflexiona y reconocen las diferencias entre las personas, grupos, pueblos y demás colectividades, visibilizando situaciones particulares y colectivas de exclusión, discriminación, vulnerabilidad o fragilidad, por las implicaciones en las relaciones de poder que se tejen en la sociedad ya sea por las distintas formas de ver el mundo o por la concepción que se hace del otro y que pueden generar subordinación o discriminación a personas específicas, por tanto es importante debelar dichas situaciones para su mitigación y fomentar acciones positivas que eviten la exclusión en el ejercicio de los derechos, fortalezcan la participación social y el acceso equitativo a los recursos y servicios del Estado (18).

En consecuencia, de lo anterior el ASIS diferencial pretende ofrecer información actualizada sobre estas poblaciones, siendo una herramienta de análisis de situación de salud que

* Accesibles en términos geográficos, políticos, y de lo que en urbanismos se conoce como centralidades o demás condiciones que se tengan en cuenta para habitar un territorio, ya que la distribución social del espacio está asociada en forma directa a la estructura social.

orienta la toma de decisiones en torno al mejoramiento del acceso a los servicios de salud mediante el reconocimiento de los procesos de salud-enfermedad y calidad de vida.

Por tanto, el documento se estructura de la siguiente manera: En el primer capítulo se presenta el balance de la información previa disponible para cada población; el segundo, hace una aproximación de las poblaciones con el territorio, aclarando que la información espacial disponible corresponde a los datos colectados por los equipos de salud pública durante la vigencia 2012 – 2016 cuya unidad geográfica de desagregación es el microterritorio, con las equivalencias por UPZ que se muestran en el Cuadro 1. De igual manera sucede en el apartado demográfico pues este da cuenta de la información disponible y actualizada hasta el 2016. Posteriormente se desarrolló la identificación de necesidades de las poblaciones diferenciales haciendo énfasis en la prioridad de una de ellas por localidad en términos de relevancia de sus problemáticas sociales y de salud. Finalmente se exponen las acciones de respuesta generadas desde el plan de intervenciones colectivas, a las necesidades identificadas previamente.

Cuadro 1. Conteo y categorización de microterritorios y territorios en salud, vigencia 2012 - 2016, localidad de Los Mártires

N° localidad	Nombre localidad	Territorio saludable	No. UPZ	UPZ	Microterritorio
14	Los Mártires	Bronx	102	La Sabana	Bronx
		Los Mártires			Colseguros
					Estanzuela
					Favorita
					La Sabana
					Pepita
					Ricaurte
					Samper Occidental
					Samper Oriental
					Santa Fe
					Santa Fe Caracas
					Santa Fe Central
		37	Santa Isabel	Eduardo Santos I	
				Eduardo Santos II	
				El vergel	
				Progreso	
				Santa Isabel	

Fuente: base de datos por territorios y microterritorios, vigencia 2012 – 2016.

4.2 apropiación conceptual y balance de información disponible

4.2.1 Personas en ejercicio de prostitución

En el documento ASIS diferencial 2015, se pudo establecer que su ubicación espacial corresponde a la zona de alto impacto en el microterritorio Santa Fe Caracas, el cual concentraba el 41.9 % de este tipo de población.

Adicionalmente se determinó que las zonas dedicadas al comercio sexual de mujeres se ubica una parte en el microterritorio La Favorita, donde se encuentran hombres y mujeres transgénero en ejercicio de prostitución. Al respecto, el sector cuenta con la presencia de bares y discotecas que se han ubican en las carreras 15, 16 y 16A, entre las calles 22 y 24, en tal zona, también puede observarse el comercio sexual entendido como la oferta de prostitución de personas mujeres, hombres y población LGBTI.

4.2.2 Ciudadano habitante de calle

Al ser una población flotante marcada por procesos de exclusión y marginalidad social, no se encuentra una información actualizada y veraz de esta población, precisamente porque el interés político y social que ha suscitado esta población es reciente, de ahí que el accionar institucional y académico sea corto en el tiempo. Sin embargo, debe considerarse que esta población es flotante por tanto el dato no tiene la suficiente veracidad.

Se reconoce que tras la habitabilidad en calle existen unas dinámicas en las que predomina la ilegalidad, el consumo de SPA, la prostitución, la marginalidad y la inseguridad. Para este círculo el ente de control son los "sayayines" quienes imponen un tipo de ley al interior del sector, mientras que los "campaneros" se encargan de la venta de SPA y a su vez dan aviso de alguna actividad inusual.

4.2.3. Personas de los sectores sociales LGBTI

De acuerdo a la ubicación espacial, la población transgénero se encuentra ubicada principalmente en la UPZ La Sabana, algunas en ejercicio de prostitución específicamente en la zona de alto impacto. Por otro lado, los hombres gay se ubican principalmente en la UPZ Santa Isabel y la gran mayoría trabaja en salas de belleza (19).

El documento ASIS diferencial da cuenta de las necesidades sentidas por las personas de los sectores sociales LGBTI de la localidad.

4.2.4 Población con discapacidad

En el documento de Análisis de situación de salud de poblaciones diferenciales y de inclusión - ASIS Diferencial - Fase exploratoria 2015 y con los datos de la base local de registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad 2004 – 2013, se caracterizaron 3.563 personas, de estos 1561 (43.8%) corresponden a hombres y 2002 (56.2 %) a mujeres distribuidas de la siguiente manera.

Del total de personas registradas con discapacidad vivas y con algún hecho victimizante (n=151), el 82,0 % se concentra en la UPZ 102 La Sabana, entre tanto el 18,0 % se ubican en la UPZ 37 Santa Isabel (20). Tras lo anterior, se identificaron las principales problemáticas en salud de las personas con discapacidad residentes en la localidad.

4.2.5 Víctimas del conflicto

Se revisaron seis documentos de información cuantitativa y cualitativa acerca de la población víctima del conflicto armado residente en la localidad.

En términos cualitativos, la población víctima del conflicto armado en Los Mártires enfrenta diferentes dinámicas que vulneran el plano sociocultural como la característica flotante; cambios en el ámbito laboral con el ingreso de esta población al empleo informal como mecanismo de subsistencia; y bajos ingresos económicos, asociados a la habitabilidad en “paga diarios” e inquilinatos cuyas estructuras y espacios físicos se encuentran en condiciones de insalubridad y hacinamiento lo que representa un factor de riesgo a la salud.

4.2.6 Población étnica

Se identificó un total de 215 ciudadanos del Pueblo Kichwa, 120 ciudadanos del Pueblo Pastos y 6 ciudadanos del Pueblo Inga; llama la atención que la información de esta fuente no contempla registros de personas del pueblo Embera Chami, teniendo en cuenta que la

población perteneciente a este pueblo indígena, hace presencia en la localidad de Los Mártires, desde hace más de 10 años y donde se presentó en el año 2011 una migración importante a raíz del conflicto armado que ocurría en ese momento en sus territorios y que los hizo desplazarse hacia el interior del país.

4.2.7 Personas de ocupación recicladora, carreteros y pequeños bodegueros

En cuanto a la población de ocupación recicladora, carreteros y pequeños bodegueros, se identificaron riesgos ocupacionales a causa o por ocasión de este oficio, relacionados con el contacto de material contaminado incurriendo en riesgo químico; falta de insumos como elementos de protección personal adecuados para la manipulación; asimismo se encontraron problemas de salud asociados a la manipulación inadecuada de residuos, largas jornadas con exposición solar o lluvias, levantamientos inadecuados de cargas y posturas inadecuadas durante la jornada. Del mismo modo se evidencia una falta de oportunidad para la aplicación de esquemas de vacunación Hepatitis B y Tetano a la población recicladora.

4.3 Contexto demográfico

Frente al contexto demográfico de los diferentes grupos poblacionales y de inclusión, se identificaron varias fuentes de información como los es APS, Vigilancia epidemiológica y SIVIGILA, nacidos vivos y nacimientos en adolescentes.

4.3.1 Población en ejercicio de prostitución

Según el aplicativo de APS, durante el periodo de julio 2012 a junio 2016, se caracterizaron 215 personas en ejercicio de prostitución residentes en la localidad de Los Mártires, 439 en la Subred Centro Oriente y 985 en Bogotá; los habitantes locales representan el 48,97 % de esta población de la Subred y el 21,83 % de Bogotá.

A nivel local, el 72,56 % de las personas en ejercicio de prostitución son mujeres y el 27,44% son hombres; esta población se concentra en un 60,00% en el curso de vida adultez seguido de los jóvenes con un 35,81 %. En cuanto a la afiliación al régimen de seguridad social en salud, el 45,12 % de la población no cuentan con aseguramiento, mientras que el 39,07 % se

encuentran afiliados al régimen subsidiado. Teniendo en cuenta el nivel educativo, el 51,63 % de esta población se encuentran en secundaria (tabla33).

Tabla 33. Población en ejercicio de prostitución caracterizada en APS según sexo, curso de vida, aseguramiento y nivel educativo, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016

Variables		Los Mártires		Subred		Bogotá	
		FA	FR*	FA	FR**	FA	FR**
Total		215		439	48,97	985	21,83
Sexo	Hombre	59	27,44	80	73,75	130	45,38
	Mujer	156	72,56	359	43,45	853	18,29
	Sin dato	0	0,00	0	0,00	2	0,00
Curso de vida	Infancia	0	0,00	0	0,00	4	0,00
	Adolescencia	3	1,40	7	42,86	22	13,64
	Juventud	77	35,81	152	50,66	371	20,75
	Adultez	129	60,00	261	49,43	539	23,93
	Vejez	6	2,79	10	60,00	18	33,33
	Sin dato	0	0,00	9	0,00	31	0,00
Aseguramiento	Contributivo	27	12,56	53	50,94	218	12,39
	Subsidiado	84	39,07	174	48,28	377	22,28
	No asegurado	97	45,12	195	49,74	325	29,85
	Otros	0	0,00	2	0,00	10	0,00
	Sin dato	7	3,26	15	46,67	55	12,73
Nivel educativo	Primaria	70	32,56	117	59,83	185	37,84
	Secundaria	111	51,63	242	45,87	630	17,62
	Técnico	0	0,00	7	0,00	43	0,00
	Otros	2	0,93	4	50,00	17	11,76
	Sin dato	32	14,88	69	46,38	110	29,09

FA: Frecuencia absoluta. FR: Frecuencia relativa. * ponderado local. ** en relación a la localidad.

Fuente: Salidas bases de datos poblacionales APS entregadas por SDS el 05/06/2017, descarga 05/07/2017.

4.3.2 Población habitante de calle

Según el aplicativo de APS, durante el periodo de julio 2012 a junio 2016, se caracterizaron 6.893 ciudadanos habitantes de calle residentes en la localidad de Los Mártires, 10.155 habitantes en la Subred Centro Oriente y 13.764 en Bogotá; los habitantes locales representan el 67,88 % de esta población de la Subred y el 50,08 % de Bogotá.

A nivel local, el 76,79 % de los habitantes de calle son hombres y el 23,21 % son mujeres; esta población se concentra en un 69,16 % en el curso de vida adultez seguido del 18,96 % en los jóvenes.

En cuanto a la afiliación al régimen de seguridad social en salud, el 67,05 % de la población no cuentan con aseguramiento, sin embargo, el 18,95 % se encuentran afiliados al régimen subsidiado. Teniendo en cuenta el nivel educativo, el 57,32 % de la población se encuentran en primaria y secundaria (tabla 34).

Tabla 34. Población habitante de calle caracterizada en APS según sexo, curso de vida, aseguramiento y nivel educativo, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016

Variables		Los Mártires		Subred		Bogotá	
		FA	FR*	FA	FR**	FA	FR**
Total		6.893		10.155	67,88	13.764	50,08
Sexo	Hombre	5.293	76,79	7.704	68,70	10.257	51,60
	Mujer	1.600	23,21	2.451	65,28	3.494	45,79
	Sin dato	0	0,00	0	0,00	13	0,00
Curso de vida	Primera infancia	58	0,84	115	50,43	263	22,05
	Infancia	45	0,65	94	47,87	273	16,48
	Adolescencia	201	2,92	301	66,78	424	47,41
	Juventud	1.307	18,96	1.961	66,65	2.804	46,61
	Adultez	4.767	69,16	6.940	68,69	8.937	53,34
	Vejez	439	6,37	655	67,02	913	48,08
Aseguramiento	Sin dato	76	1,10	89	85,39	150	50,67
	Contributivo	187	2,71	336	55,65	548	34,12
	Subsidiado	1.306	18,95	2.170	60,18	3.054	42,76
	No asegurado	4.622	67,05	6.404	72,17	7.355	62,84
	Otros	93	1,35	141	65,96	163	57,06
Nivel educativo	Sin dato	685	9,94	1.104	62,05	2.644	25,91

Variables		Los Mártires		Subred		Bogotá	
		FA	FR*	FA	FR**	FA	FR**
	Primaria	1.550	22,49	2.384	65,02	3.317	46,73
	Secundaria	2.401	34,83	3.822	62,82	5.471	43,89
	Otros	297	4,31	442	67,19	697	42,61
	Sin dato	2.645	38,37	3.507	75,42	4.279	61,81

FA: Frecuencia absoluta. FR: Frecuencia relativa. * ponderado local. ** en relación a la localidad.

Fuente: Salidas bases de datos poblacionales APS entregadas por SDS el 05/06/2017, descarga 05/07/2017

4.3.3 Personas de los sectores sociales LGBTI

Según el aplicativo de APS, durante el periodo de julio 2012 a junio 2016, se caracterizaron 167 personas pertenecientes a los sectores sociales LGBTI residentes en la localidad de Los Mártires, 396 habitantes en la Subred Centro Oriente y 1.081 en Bogotá; los habitantes locales representan el 42,17 % de la población de la Subred y el 15,45 % de Bogotá.

A nivel local, el 71,26 % de las personas de los sectores sociales LGBTI son de sexo hombres y el 28,74% son mujeres; esta población se concentra en los cursos de vida juventud y adultez con el 37,13 % y 52,69 %, respectivamente. En cuanto a la afiliación al régimen de seguridad social en salud, el 44,91 % de las personas de estos sectores sociales, no cuentan con aseguramiento, sin embargo, el 32,34 % se encuentran afiliados al régimen subsidiado. Teniendo en cuenta el nivel educativo, el 58,68 % de la población se encuentran en secundaria y el 28,14 % en primaria (tabla 35).

Tabla 35. Personas de los sectores sociales LGBTI caracterizadas en APS según sexo, curso de vida, aseguramiento y nivel educativo, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016

Variables		Los Mártires		Subred		Bogotá	
		FA	FR*	FA	FR**	FA	FR**
Total		167		396	42,17	1.081	15,45
Sexo	Hombre	119	71,26	232	51,29	568	20,95
	Mujer	48	28,74	163	29,45	508	9,45
	Sin dato	0	0,00	1	0,00	5	0,00
Curso de vida	Primera infancia		0,00	10	0,00	55	0,00
	Infancia	4	2,40	17	23,53	84	4,76

Variables		Los Mártires		Subred		Bogotá	
		FA	FR*	FA	FR**	FA	FR**
	Adolescencia	62	37,13	125	49,60	391	15,86
	Juventud	88	52,69	187	47,06	408	21,57
	Adulthood	9	5,39	31	29,03	85	10,59
	Vejez	4	2,40	26	15,38	58	6,90
Aseguramiento	Sin dato	14	8,38	83	16,87	334	4,19
	Contributivo	54	32,34	129	41,86	317	17,03
	Subsidiado	75	44,91	124	60,48	232	32,33
	No asegurado	1	0,60	5	20,00	18	5,56
	Otros	23	13,77	55	41,82	180	12,78
Nivel educativo	Sin dato	47	28,14	91	51,65	208	22,60
	Primaria	98	58,68	224	43,75	601	16,31
	Secundaria	7	4,19	35	20,00	151	4,64
	Otros	15	8,98	46	32,61	121	12,40
	Sin dato	119	71,26	232	51,29	568	20,95

FA: Frecuencia absoluta. FR: Frecuencia relativa. * ponderado local. ** en relación a la localidad.

Fuente: Salidas bases de datos poblacionales APS entregadas por SDS el 05/06/2017, descarga 05/07/2017.

4.3.4 Población con discapacidad

Teniendo en cuenta la base de datos del Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad del subsistema discapacidad de Vigilancia epidemiológica, durante el periodo 2004 a 2015, se caracterizaron 3.577 personas con discapacidad residentes en la localidad de Los Mártires y 46.697 en la Subred Centro Oriente, lo que representa el 7,66 % de la población de la Subred.

A nivel local, el 52,31 % de la población caracterizada son mujeres y el 47,69 % son hombres y se concentran en un 86,89 % en la población adulta y adulta mayor. El 44,67 % de la población cuenta con un régimen de afiliación subsidiada, el 33,86% al régimen contributivo y el 18,17 % se encuentran vinculados o no afiliados (tabla 36).

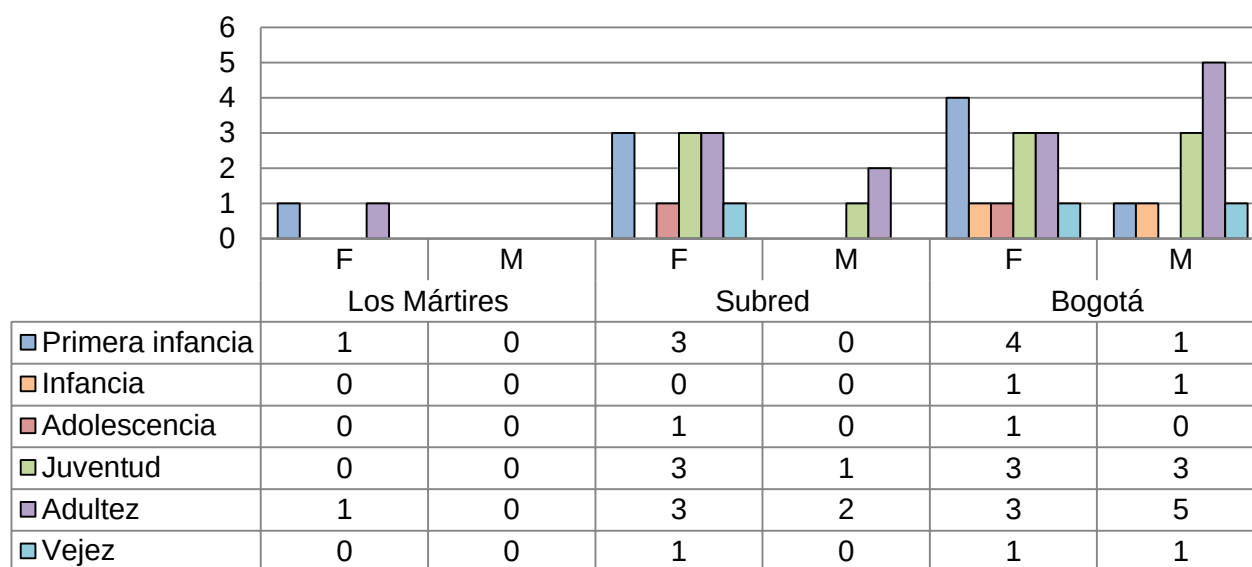
Tabla 36. Población con discapacidad caracterizada por VSP según sexo, curso de vida y aseguramiento, localidad de Los Mártires, 2004 – 2015

Variables		Los Mártires		Subred	
		FA	FR*	FA	FR**
Total		3.577		46.697	7,66
Sexo	Hombre	1.706	47,69	19.632	8,69
	Mujer	1.871	52,31	27.065	6,91
Curso de vida	Primera infancia	186	5,20	1.649	11,28
	Infancia	103	2,88	1.001	10,29
	Adolescencia	180	5,03	3.304	5,45
	Juventud	1.107	30,95	15.941	6,94
	Adulthood	2.001	55,94	24.802	8,07
	Vejez	1.211	33,86	15.991	7,57
Aseguramiento	Contributivo	1.598	44,67	21.869	7,31
	Subsidiado	63	1,76	2.979	2,11
	Especial	523	14,62	3.102	16,86
	Vinculado	127	3,55	2.534	5,01
	No asegurado	55	1,54	149	36,91
	No sabe	0	0,00	73	0,00
	Sin dato	1.706	47,69	19.632	8,69

Fuente: Base de datos Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad 2004 – 2015 del subsistema discapacidad de Vigilancia epidemiológica, entregada por VSP Subred Centro Oriente, descarga del 23/06/2017.

Por otro lado, según el aplicativo SIVIGILA 2016, se registraron dos personas con discapacidad residentes en la localidad de Los Mártires UPZ 102 La Sabana, de sexo femenino y en cuanto al momento vital, un caso es menor de cinco años y el segundo caso corresponde a un adulto; esto representa el 14,29 % de la población de la Subred y el 8,33 % a nivel distrital (figura 16).

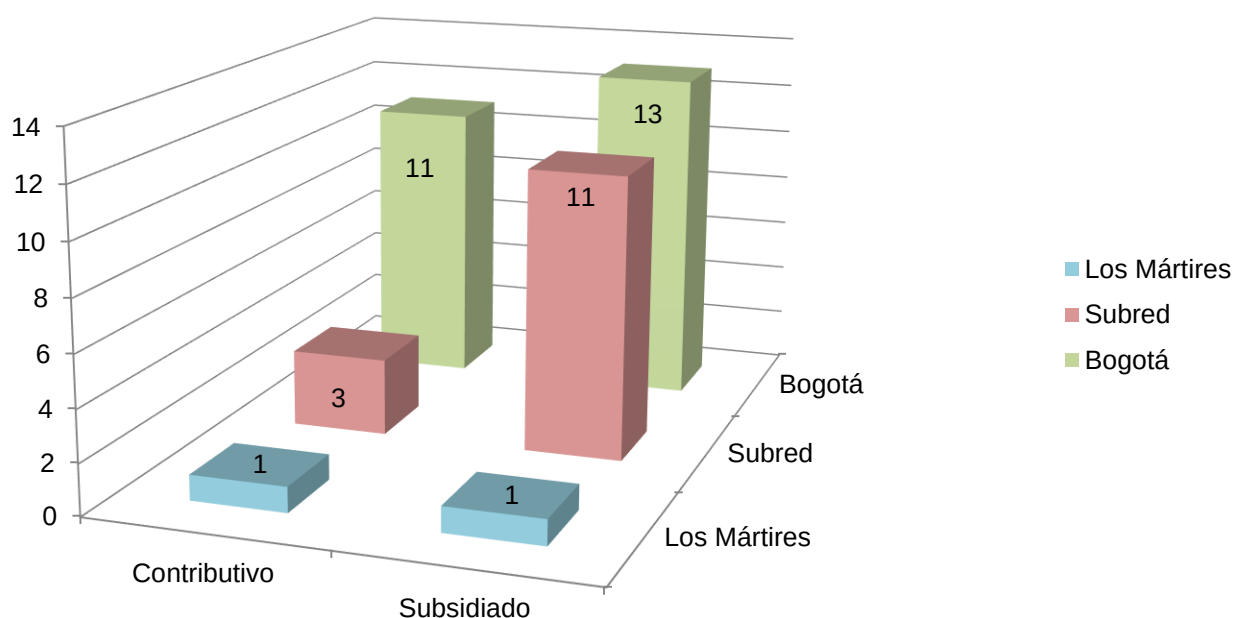
Figura 16. Población con discapacidad identificadas por SIVIGILA según sexo y curso de vida, localidad de Los Mártires, 2016



Fuente: Base SIVIGILA local 2016, entregada por VSP Subred Centro Oriente, descarga del 05/07/2017.

De los casos residentes en la localidad, el 50,00 % (n=1) se encuentra afiliado al régimen contributivo y el 50,00 % (n=1) al régimen subsidiado (figura 17).

Figura 17. Población con discapacidad identificadas por SIVIGILA según aseguramiento, localidad de Los Mártires, 2016



Fuente: Base SIVIGILA local 2016, entregada por VSP Subred Centro Oriente, descarga del 05/07/2017.

4.3.5 Población víctima del conflicto armado

A nivel local, la población víctima del conflicto en su mayoría son mujeres con un 54,79 % mientras que los hombres representan el 45,15 %; de esta población el 42,70 % se concentra en los menores de 11 años seguido de los cursos de vida adultez y vejez con el 36,45 %. En cuanto a la desagregación por aseguramiento, el 20,56 % se encuentra afiliada al régimen subsidiado mientras que el 21,09 % no cuentan con aseguramiento, cabe resaltar que se encuentra sin dato el 38,43 % de la población caracterizada. Teniendo en cuenta el nivel educativo de la población, el 59,70 % se encuentran en primaria y secundaria, sin embargo, el 37,27 % no registran información (tabla 37).

Tabla 37. Población víctima del conflicto armado caracterizada en APS según sexo, curso de vida, aseguramiento y nivel educativo, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016

Variables		Los Mártires		Subred		Bogotá	
		FA	FR*	FA	FR**	FA	FR**
Total		1.712		10.976	15,60	48.837	3,51%
Sexo	Hombre	773	45,15	4.917	15,72	20.359	3,80
	Mujer	938	54,79	6.038	15,53	28.363	3,31
	Sin dato	1	0,06	21	4,76	115	0,87
Curso de vida	Primera infancia	421	24,59	2.061	20,44	6.876	6,12
	Infancia	310	18,11	2.168	14,30	8.629	3,59
	Adolescencia	112	6,54	1.176	9,52	5.058	2,21
	Juventud	241	14,08	1.647	14,63	8.839	2,73
	Adultez	526	30,72	3.247	16,20	16.242	3,24
	Vejez	98	5,72	618	15,86	2.962	3,31
Aseguramiento	Contributivo	4	0,23	59	6,78	231	1,73
	Subsidiado	323	18,87	2.252	14,34	8.923	3,62
	No asegurado	352	20,56	2.728	12,90	10.898	3,23
	Otros	361	21,09	1.182	30,54	4.756	7,59
	Sin dato	18	1,05	115	15,65	381	4,72

Variables		Los Mártires		Subred		Bogotá	
		FA	FR*	FA	FR**	FA	FR**
Nivel educativo	Primaria	658	38,43	4.699	14,00	23.879	2,76
	Secundaria	648	37,85	3.683	17,59	18.203	3,56
	Otros	374	21,85	3.418	10,94	16.433	2,28
	Sin dato	52	3,04	433	12,01	1.693	3,07

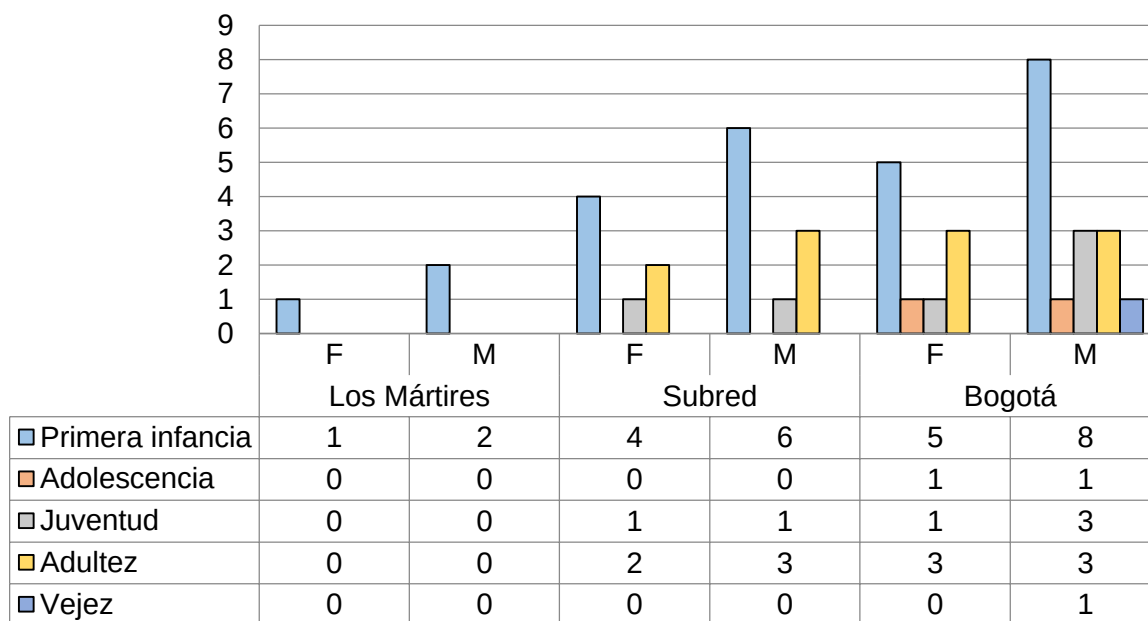
FA: Frecuencia absoluta. FR: Frecuencia relativa. * ponderado local. ** en relación a la localidad.

Fuente: Salidas bases de datos poblacionales APS entregadas por SDS el 05/06/2017, descarga 05/07/2017.

Por otro lado, según el aplicativo SIVIGILA 2016, se registraron tres menores de cinco años que son víctimas del conflicto armado residentes en la localidad de Los Mártires en la UPZ 102 La Sabana, uno es de sexo mujer y dos hombres; estos casos representan el 17,65 % de la población de la Subred el cual reporta 17 casos, de los cuales siete son mujeres y 10 hombres y, para Bogotá se identificaron 26 casos, 10 mujeres y 16 hombres.

De esta población víctima del conflicto identificada por SIVIGILA, la mayor cantidad de casos se concentran en los menores de cinco años seguido por los adultos (figura 18).

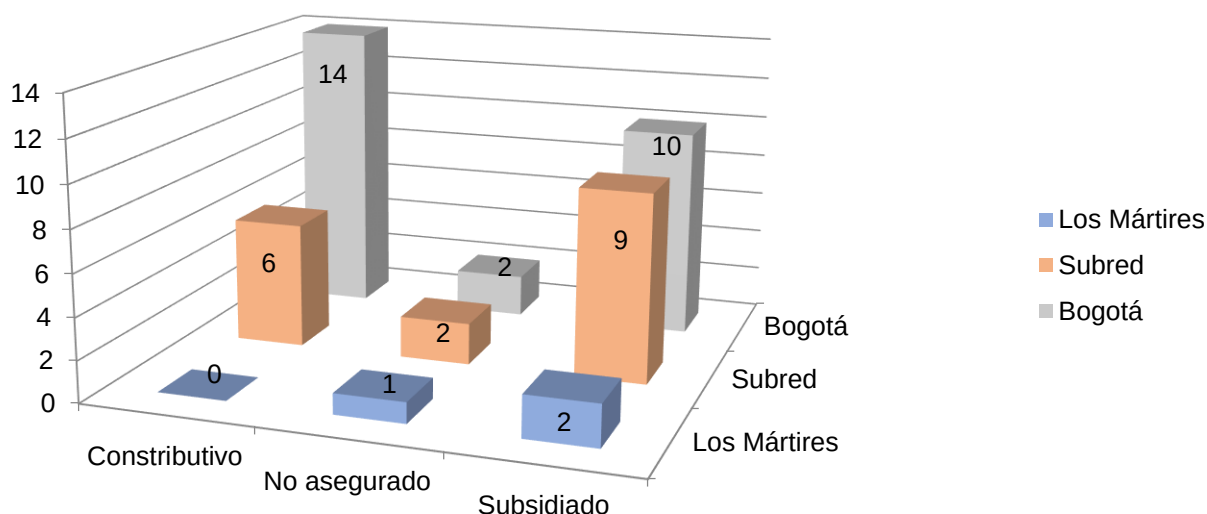
Figura 18. Población víctima del conflicto armado identificadas por SIVIGILA según sexo y curso de vida, localidad de Los Mártires, 2016



Fuente: Base SIVIGILA local 2016, entregada por VSP Subred Centro Oriente, descarga del 05/07/2017.

Finalmente, de los casos residentes en la localidad, el 33,33 % (n=1) no tienen aseguramiento en salud y el 66,67 % (n=2) se encuentran afiliados al régimen subsidiado. En cuanto a la población no asegurada, esta representa el 50,00 % en la Subred y en Bogotá, mientras que los afiliados al régimen subsidiado representan el 22,22 % y 20,00 % de la población de la Subred y Bogotá, respectivamente (figura 19)

Figura 19. Población víctima del conflicto armado identificadas por SIVIGILA según aseguramiento, localidad de Los Mártires, 2016



Fuente: Base SIVIGILA local 2016, entregada por VSP Subred Centro Oriente, descarga del 05/07/2017.

4.3.6 Población étnica

Según el aplicativo de APS, durante el periodo de julio 2012 a junio 2016, se caracterizaron 1.479 personas con alguna pertenencia étnica residentes en la localidad de Los Mártires, 6.776 habitantes en la Subred Centro Oriente y 22.938 en Bogotá; los habitantes locales representan el 21,83 % de la Subred y el 6,45 % a nivel distrital.

Frente a la distribución por sexo, el 46,65 % son hombres y el 53,28 % son mujeres. Por curso vital se encuentra que el 59,36 % se concentra en la juventud y adultez mientras que el 25,35 % son menores de 11 años.

En cuanto a la desagregación por aseguramiento, el 20,96 % de la población se encuentra afiliada al régimen subsidiado y un 26,17 % no cuentan con aseguramiento, cabe resaltar

que se encuentra sin dato el 40,16 % de la población caracterizada. Teniendo en cuenta el nivel educativo de la población, el 51,25 % se encuentran en primaria y secundaria, sin embargo el 44,62 % no registran información (tabla 38).

Tabla 38. Población étnica caracterizada en APS según sexo, curso de vida, aseguramiento y nivel educativo, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016

Variables		Los Mártires		Subred		Bogotá	
		FA	FR*	FA	FR**	FA	FR**
Total		1.479		6.776	21,83	22.938	6,45
Sexo	Hombre	690	46,65	3.027	22,79	10.245	6,73
	Mujer	788	53,28	3.745	21,04	12.645	6,23
	Sin dato	1	0,07	4	25,00	48	2,08
Curso de vida	Primera infancia	234	13,46	919	25,46	2.784	8,41
	Infancia	176	11,90	901	19,53	2.857	6,16
	Adolescencia	117	7,91	531	22,03	1.740	6,72
	Juventud	289	19,54	1.363	21,20	4.494	6,43
	Adultez	589	39,82	2.564	22,97	8.824	6,67
	Vejez	71	4,80	407	17,44	1.697	4,18
Aseguramiento	Contributivo	3	0,20	91	3,30	542	0,55
	Subsidiado	166	11,22	953	17,42	3.355	4,95
	No asegurado	310	20,96	1.214	25,54	3.302	9,39
	Especial	387	26,17	945	40,95	2.060	18,79
	Sin dato	22	1,49	57	38,60	159	13,84
Nivel educativo	Preescolar	594	40,16	3.607	16,47	14.062	4,22
	Primaria	21	1,42	39	53,85	94	22,34
	Secundaria	446	30,16	1.913	23,31	6.736	6,62
	Técnico	312	21,10	1.957	15,94	7.389	4,22
	Tecnológico	0	0,00	5	0,00	17	0,00
	Universitario	10	0,68	123	8,13	624	1,60
	Sin dato	660	44,62	2.619	25,20	7.432	8,88

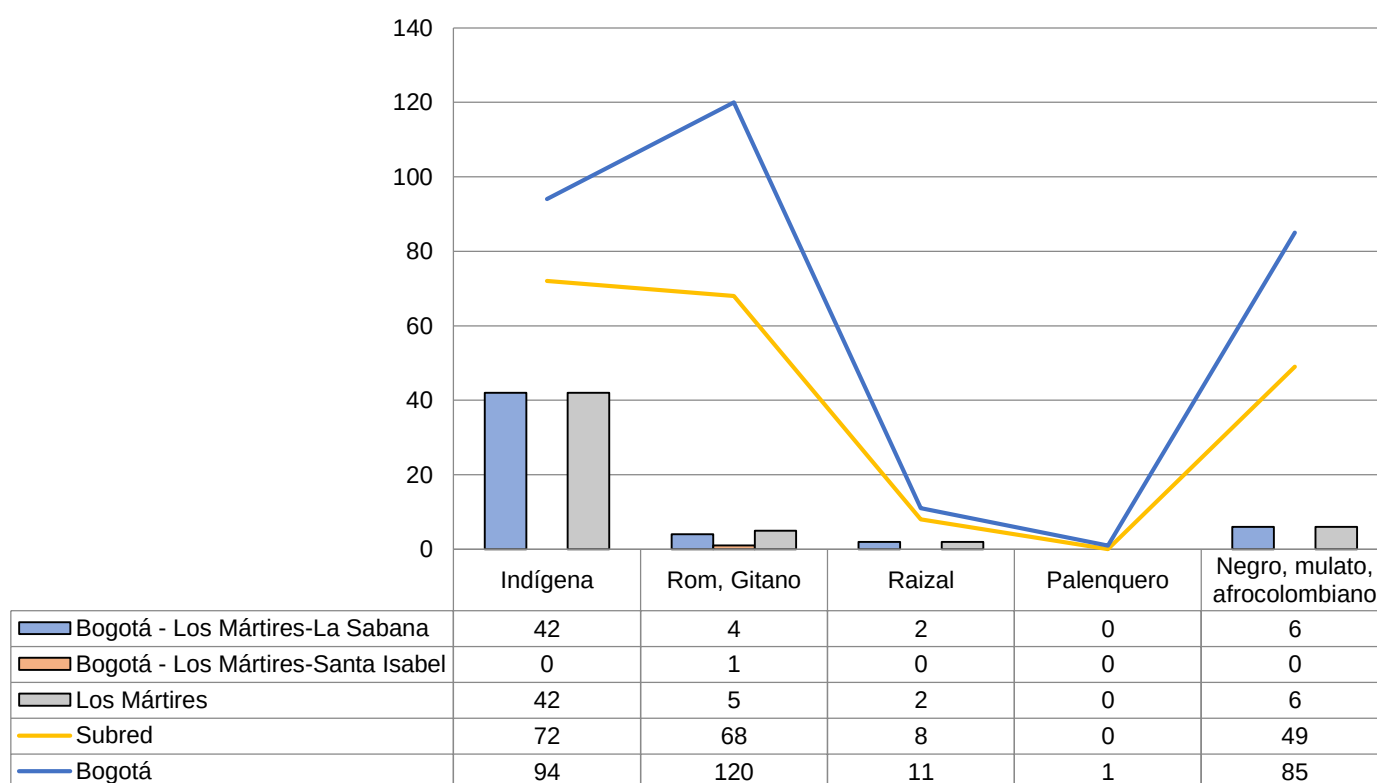
FA: Frecuencia absoluta. FR: Frecuencia relativa. * ponderado local. ** en relación a la localidad.

Fuente: Salidas bases de datos poblacionales APS entregadas por SDS el 05/06/2017, descarga 05/07/2017

En cuanto a los datos reportados en el aplicativo SIVIGILA 2016, se registraron 94 indígenas en Bogotá de los cuales el 44,68 % (n=42) residían en la UPZ 102 La Sabana; de los 120 ROM –gitanos en Bogotá 5 pertenecen a la localidad, el 3,33 % (n=4) y el 0,83 % (n=1) corresponden a la UPZ 102 y 37, respectivamente.

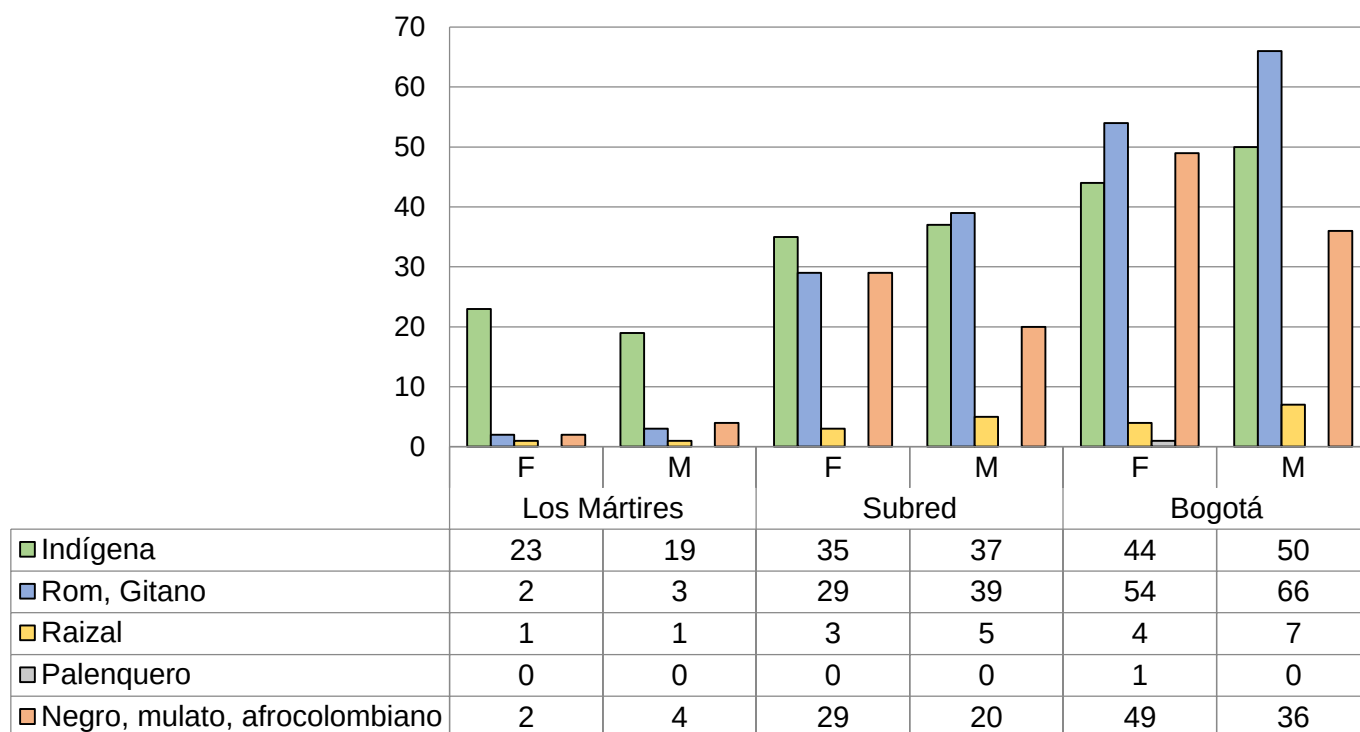
En cuanto a los raizales, se notificaron 11 habitantes en Bogotá, el 18,18 % (n=2) con residencia en UPZ La Sabana; finalmente, se reportaron 85 afrocolombianos de los cuales el 7,06 % (n=6) pertenecen a la UPZ 102 (figura 20).

Figura 20. Población étnica identificada por SIVIGILA, localidad de Los Mártires, 2016



Fuente: Base SIVIGILA local 2016, entregada por VSP Subred Centro Oriente, descarga del 05/07/2017.

Frente a la distribución de la población indígena por sexo a nivel local, el 22,55 % son hombres y el 17,92 % son mujeres, el 12,50 % son hombres raizales frente al 7,69 % que son mujeres, el 2,50 % corresponden a hombres afrocolombianos y el 6,67% a mujeres; en baja proporción se encuentran los ROM – gitanos con un 2,35 % y 2,78 % para hombres y mujeres, respectivamente, esta población local representa un 27,92 % de la población étnica de la Subred y un 12,85 % a nivel distrital (figura 21).

Figura 21. Población étnica identificada por SIVIGILA según sexo, localidad de Los Mártires, 2016

Fuente: Base SIVIGILA local 2016, entregada por VSP Subred Centro Oriente, descarga del 05/07/2017.

En cuanto a la distribución de la población étnica por momentos curso de vida, la población indígena se concentra en los menores de cinco años a nivel local con el 66,67 % y a nivel distrital y Subred con el 50,00 % en ambos casos.

El grupo ROM – gitano se concentra en los adultos con el 40,00 % y 29,41 % a nivel local y Subred, respectivamente, mientras que a nivel distrital se concentra en la población joven con un 28,33 %.

Los raizales se concentran en la población adulta a nivel de Subred y distrital con el 50,00 % y 45,45 %, respectivamente; mientras que a nivel local se presentaron dos casos los cuales se ubican en el grupo de infancia y adultez.

Finalmente, la población negra o afrocolombiana muestra un comportamiento variado en cada nivel territorial, evidenciado concentran en los menores de cinco años, jóvenes y adultos (tabla 39).

Tabla 39. Población étnica identificada por SIVIGILA según curso de vida, localidad de Los Mártires, 2016

Curso de vida		Indígena		ROM, Gitano		Raizal		Palenquero		Negro	
		FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Los Mártires	Primera infancia	28	66,67 %	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	33,33
	Infancia	5	11,90 %	1	20,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00
	Adolescencia	4	9,52 %	1	20,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Juventud	4	9,52 %	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	33,33
	Adultez	1	2,38 %	2	40,00	1	50,00	0	0,00	2	33,33
	Vejez	0	0,00 %	1	20,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Total general	42		5		2		0		6	
Subred	Primera infancia	36	50,00 %	7	10,29	0	0,00	0	0,00	19	38,78
	Infancia	15	20,83 %	10	14,71	1	12,50	0	0,00	3	6,12
	Adolescencia	9	12,50 %	9	13,24	0	0,00	0	0,00	5	10,20
	Juventud	6	8,33 %	15	22,06	2	25,00	0	0,00	8	16,33
	Adultez	5	6,94 %	20	29,41	4	50,00	0	0,00	14	28,57
	Vejez	1	1,39 %	7	10,29	1	12,50	0	0,00	0	0,00
	Total general	72		68		8		0		49	
Bogotá	Primera infancia	47	50,00 %	14	11,67	0	0,00	0	0,00	24	28,24
	Infancia	17	18,09 %	16	13,33	1	9,09	0	0,00	7	8,24
	Adolescencia	9	9,57 %	11	9,17	0	0,00	0	0,00	8	9,41
	Juventud	12	12,77 %	34	28,33	4	36,36	1	100,00	18	21,18
	Adultez	7	7,45 %	33	27,50	5	45,45	0	0,00	27	31,76
	Vejez	2	2,13 %	12	10,00	1	9,09	0	0,00	1	1,18
	Total general	94		120		11		1		85	

FA: Frecuencia absoluta. FR: Frecuencia relativa.

Fuente: Base SIVIGILA local 2016, entregada por VSP Subred Centro Oriente, descarga del 05/07/2017.

En cuanto al aseguramiento de la población étnica, los habitantes en su mayoría se encuentran afiliados al régimen subsidiado y contributivo a nivel distrital y Subred; sin embargo, en la localidad de Los Mártires la mayor cantidad de residentes cuentan con afiliación subsidiada o no se encuentran afiliados, en menor proporción se encuentran con régimen contributivo (tabla 40).

Tabla 40. Población étnica identificada por SIVIGILA según aseguramiento, localidad de Los Mártires, 2016

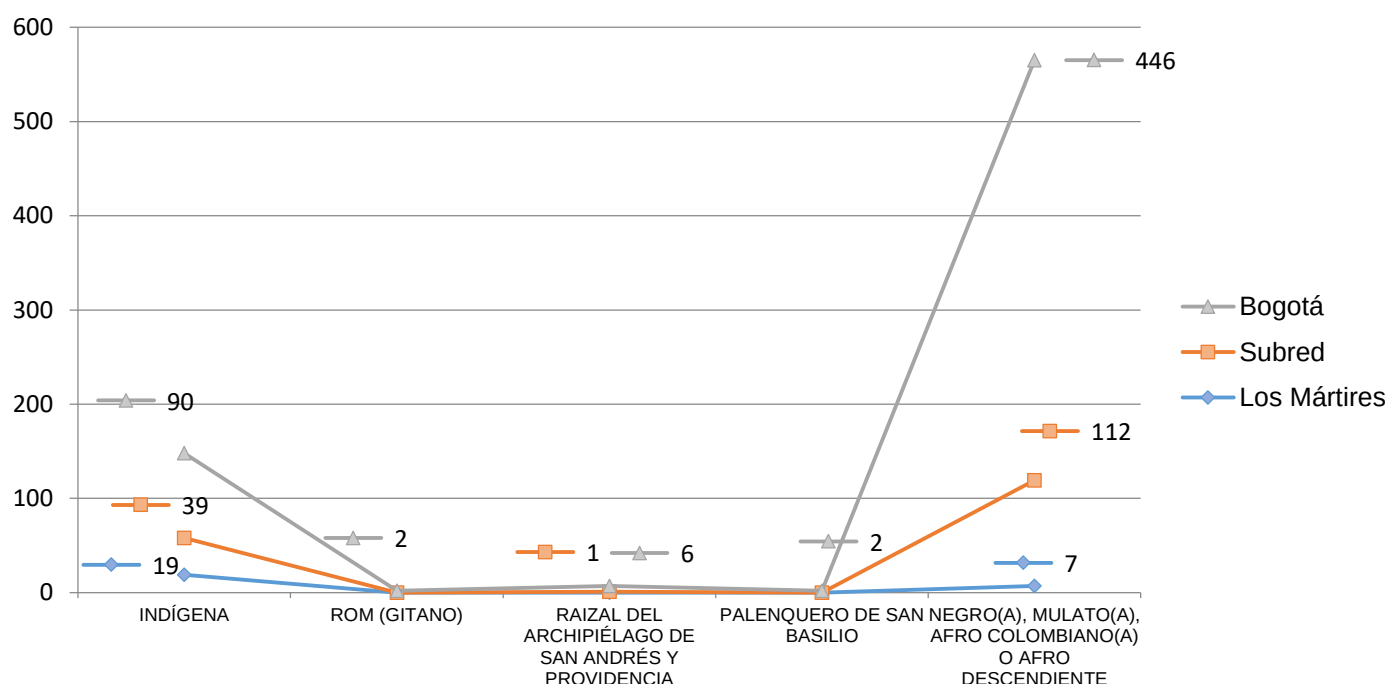
Aseguramiento		Indígena		ROM, Gitano		Raizal		Palenquero		Negro	
		FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Los Mártires	Contributivo	6	14,29	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	33,33
	No asegurado	10	23,81	0	0,00	1	50,00	0	0,00	2	33,33
	Subsidiado	26	61,90	5	100	1	50,00	0	0,00	2	33,33
	Total general	42		5		2		0		6	
Subred	Contributivo	11	15,28	22	32,35	2	25,00	0	0,00	15	30,61
	Especial	1	1,39	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	4,08
	Indeterminado	0	0,00	1	1,47	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	No asegurado	20	27,78	11	16,18	2	25,00	0	0,00	7	14,29
	Excepción	0	0,00	1	1,47	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Subsidiado	40	55,56	33	48,53	4	50,00	0	0,00	25	51,02
	Total general	72		68		8		0		49	
Bogotá	Contributivo	21	22,34	58	48,33	4	36,36	1	100	42	49,41
	Especial	1	1,06	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	2,35
	Indeterminado	0	0,00	1	0,83	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	No asegurado	22	23,40	18	15,00	3	27,27	0	0,00	11	12,94
	Excepción	0	0,00	1	0,83	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Subsidiado	50	53,19	42	35,00	4	36,36	0	0,00	30	35,29
	Total general	94		120		11		1		85	

FA: Frecuencia absoluta. FR: Frecuencia relativa.

Fuente: Base SIVIGILA local 2016, entregada por VSP Subred Centro Oriente, descarga del 05/07/2017.

En cuanto a los nacidos vivos durante el 2016, 19 casos pertenecen al grupo étnico indígena lo que representa el 48,72 % (n=39) de la Subred y el 21,11 % (n=90) a nivel distrital; de la misma manera se registraron siete nacidos vivos afrocolombianos lo que representa el 6,25 % (n=112) de la Subred y el 1,57 % (n=446) de Bogotá (figura 22).

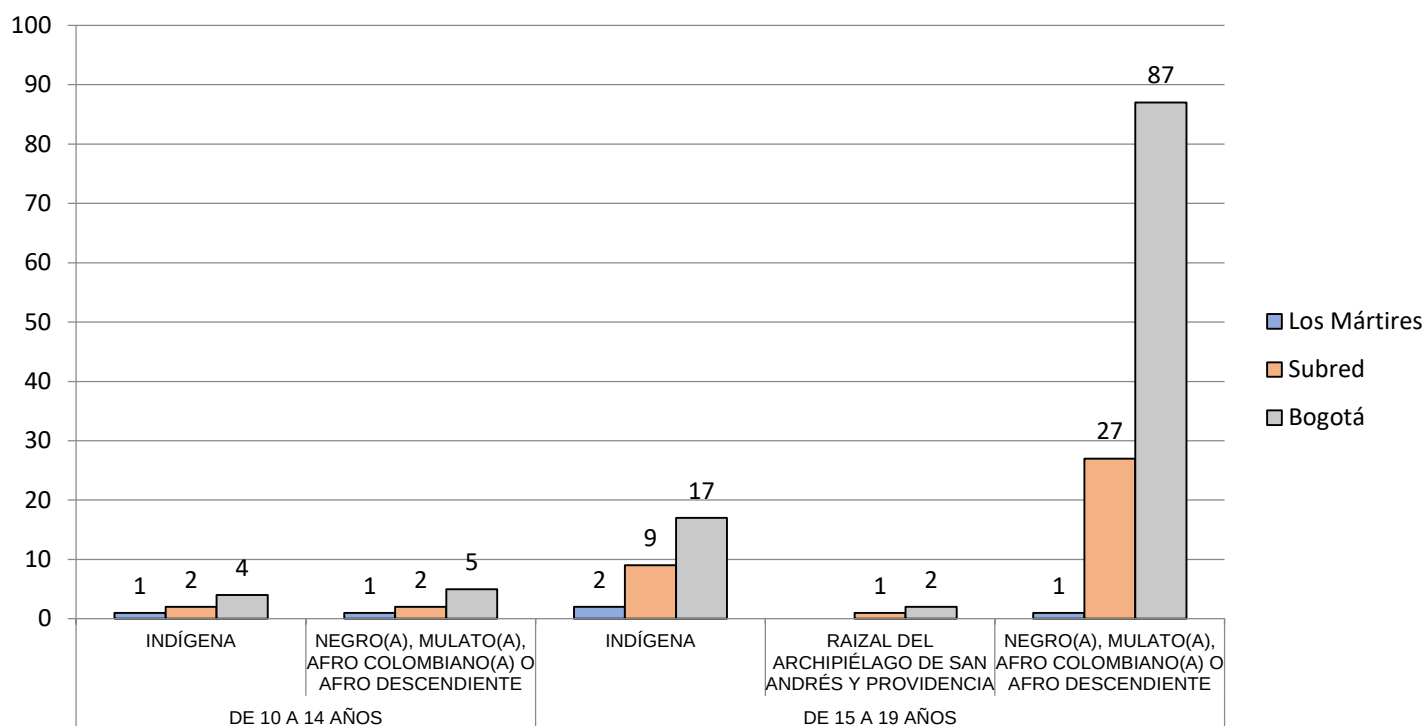
Figura 22. Población étnica identificada por nacimientos distrital, localidad de Los Mártires, 2016



Fuente: Bases de la carpeta Anexos capítulo demográfico entregadas por SDS el 27/04/2017

Sin embargo, los nacimientos en las madres adolescentes pertenecientes a población étnica se encuentran en menor proporción. En las madres menores de 14 años se registra un caso de población indígena residente en la localidad, esto representa el 50,00 % (n=2) de la población de la Subred y el 25,00 % (n=4) de Bogotá; de la misma manera ocurre un caso en la población afrocolombiana que representa el 50,00 % (n=2) de la población de la Subred y el 20,00 % (n=5) de Bogotá. En cuanto a los embarazos de 15 a 19 años se reportaron tres casos, dos corresponden a población indígena y uno a población negra o afrocolombiana (figura 23).

Figura 23 Población étnica identificada por nacimientos en adolescentes distrital, localidad de Los Mártires, 2016



Fuente: Bases de la carpeta Anexos capítulo demográfico entregadas por SDS el 27/04/2017

4.3.7 Población de ocupación bodeguera

Según el aplicativo de APS, durante el periodo de julio 2012 a junio 2016, se caracterizaron 18 personas de ocupación pequeños bodegueros residentes en la localidad de Los Mártires, 85 en la Subred Centro Oriente y 416 en Bogotá; los habitantes locales representan el 48,97 % de esta población de la Subred y el 21,83 % de Bogotá.

A nivel local, el 55,56 % de esta población son mujeres y el 44,44 % son hombres, se concentran en un 61,11 % en el curso de vida adultez seguido de los adultos mayores con un 22,22 %. En cuanto a la afiliación al régimen de seguridad social en salud, el 50,00 % de la población se encuentra afiliada al régimen subsidiado, sin embargo, no se cuenta con la información del 27,78 % de los registros. Teniendo en cuenta el nivel educativo, el 72,22 % de esta población se encuentran en primaria y secundaria (tabla 41).

Tabla 41. Población de ocupación bodeguera caracterizada en APS según sexo, curso de vida, aseguramiento y nivel educativo, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016

Variables		Los Mártires		Subred		Bogotá	
		FA	FR*	FA	FR**	FA	FR**
Total		18		85	48,97	416	21,83
Sexo	Hombre	8	44,44	44	18,18	196	4,08
	Mujer	10	55,56	41	24,39	220	4,55
Curso de vida	Primera infancia	2	11,11	19	10,53	54	3,70
	Infancia	1	5,56	5	20,00	28	3,57
	Adolescencia	1	5,56	3	33,33	27	3,70
	Juventud	0	0,00	12	0,00	73	0,00
	Adultez	11	61,11	27	40,74	162	6,79
	Vejez	4	22,22	12	33,33	46	8,70
	Sin dato	-1	-5,56	7	-14,29	26	-3,89
Aseguramiento	Contributivo	3	16,67	29	10,34	146	2,05
	Subsidiado	9	50,00	31	29,03	134	6,72
	No asegurado	1	5,56	6	16,67	38	2,63
	Otros	0	0,00	0	0,00	3	0,00
	Sin dato	5	27,78	19	26,32	95	5,26
Nivel educativo	Primaria	7	38,89	20	35,00	131	5,34
	Secundaria	6	33,33	33	18,18	178	3,37
	Técnico	3	16,67	7	42,86	27	11,11
	Otros	0	0,00	2	0,00	7	0,00
	Sin dato	2	11,11	23	8,70	73	2,74

FA: Frecuencia absoluta. FR: Frecuencia relativa. * ponderado local. ** en relación a la localidad.

Fuente: Salidas bases de datos poblacionales APS entregadas por SDS el 05/06/2017, descarga 05/07/2017.

4.3.8 Población de ocupación recicladora

Según el aplicativo de APS, durante el periodo de julio 2012 a junio 2016, se caracterizaron 448 personas de ocupación recicladora residentes en la localidad de Los Mártires, 952 en la Subred Centro Oriente y 2.522 en Bogotá; los habitantes locales representan el 47,06 % de esta población de la Subred y el 17,76 % de Bogotá.

A nivel local, el 83,04 % de esta población son hombres y el 16,96 % son mujeres, se concentran en un 77,23 % en el curso de vida adultez. En cuanto a la afiliación al régimen de seguridad social en salud, el 56,47 % de la población no cuentan con aseguramiento mientras que el 31,47 % se encuentran afiliados al régimen subsidiado. Teniendo en cuenta el nivel educativo, el 91,74 % de esta población se encuentran en primaria y secundaria (tabla 42).

Tabla 42. Población de ocupación recicladora caracterizada en APS según sexo, curso de vida, aseguramiento y nivel educativo, localidad de Los Mártires, 2012 – 2016

Variables		Los Mártires		Subred		Bogotá	
		FA	FR*	FA	FR**	FA	FR**
Total		448		952	47,06	2.522	17,76
Sexo	Hombre	372	83,04	678	54,87	1.455	25,57
	Mujer	76	16,96	274	27,74	1.066	7,13
	Sin dato	0	0,00	0	0,00	1	0,00
Curso de vida	Primera infancia	2	0,45	57	3,51	261	0,77
	Infancia	3	0,67	35	8,57	159	1,89
	Adolescencia	0	0,00	0	0,00	98	0,00
	Juventud	50	11,16	104	48,08	377	13,26
	Adultez	346	77,23	615	56,26	1.223	28,29
	Vejez	45	10,04	102	44,12	233	19,31
	Sin dato	2	0,45	39	5,13	171	1,17
Aseguramiento	Contributivo	32	7,14	91	35,16	338	9,47
	Subsidiado	141	31,47	467	30,19	1.301	10,84
	No asegurado	253	56,47	425	59,53	625	40,48
	Otros	11	2,46	20	55,00	45	24,44
	Sin dato	11	2,46	-51	-21,57	213	5,16
Nivel educativo	Primaria	176	39,29	435	40,46	1.219	14,44
	Secundaria	235	52,46	408	57,60	937	25,08
	Otros	16	3,57	32	50,00	75	21,33
	Sin dato	21	4,69	77	27,27	291	7,22

FA: Frecuencia absoluta. FR: Frecuencia relativa. * ponderado local. ** en relación a la localidad.

Fuente: Salidas bases de datos poblacionales APS entregadas por SDS el 05/06/2017, descarga 05/07/2017.

4.3.9 Relación de las poblaciones diferenciales y de inclusión con su territorio

La exploración de las relaciones entre las poblaciones diferenciales y de inclusión y su territorio implica reconocer, además de sus características demográficas, aquellas vinculadas con la manera en que interactúan con sus espacios de vida; para lo cual es indispensable incorporar variables de ubicación y relación espaciales en el abordaje poblacional y su sistematización. En este sentido, se reconocen las limitaciones existentes en los sistemas de información sectoriales en términos de consistencia en el tiempo, calidad y suficiencia, lo que dificulta lograr aproximaciones a la relación individuo/comunidad-territorio; no obstante con la base distrital de Atención Primaria en Salud – APS 2012-2016, dispuesta por la Secretaría Distrital de Salud, fue posible hacer acercamientos preliminares, a partir del proceso de revisión y depuración que se describe a continuación.

Metodológicamente, el primer paso consistió en la validación de los registros asignados a la localidad a partir del nombre y código microterritorial, con lo que se procedió a estandarizar en un campo adicional su nominación. Paso seguido, se tomó la edad del usuario con el fin de clasificarla por momentos del curso de vida, tal como está establecido en el Plan Territorial de Salud, e incorporar tal variable en la cartografía de población con discapacidad. Por último, se generaron dos campos adicionales alusivos a población cuya actividad se basa en el reciclaje y personas víctimas del conflicto armado, con el propósito de consolidar en una sola variable las poblaciones que se encontraban discriminadas en la base de datos; es así como en la primera se incluyeron recicladores, carreteros y bodegueros; y en la segunda, desplazados, víctimas y reinsertados.

De esta manera, las elaboraciones cartográficas presentadas en el presente apartado se derivan de los cuadros de datos generados a partir de la fuente enunciadas para poblaciones étnicas, las personas de los sectores sociales LGBTI, con discapacidad y de inclusión (víctimas del conflicto armado, habitante de calle, reciclador de oficio y personas en ejercicio de prostitución), cuya escala de abordaje corresponde a los territorios saludables, los cuales podían componerse de “[...] una o más UPZ sin modificar sus límites ni los de las localidades y, adicionalmente, deben tener 9600 familias en promedio” (21); es decir, no es comparable con escala de barrio o sectores catastrales.

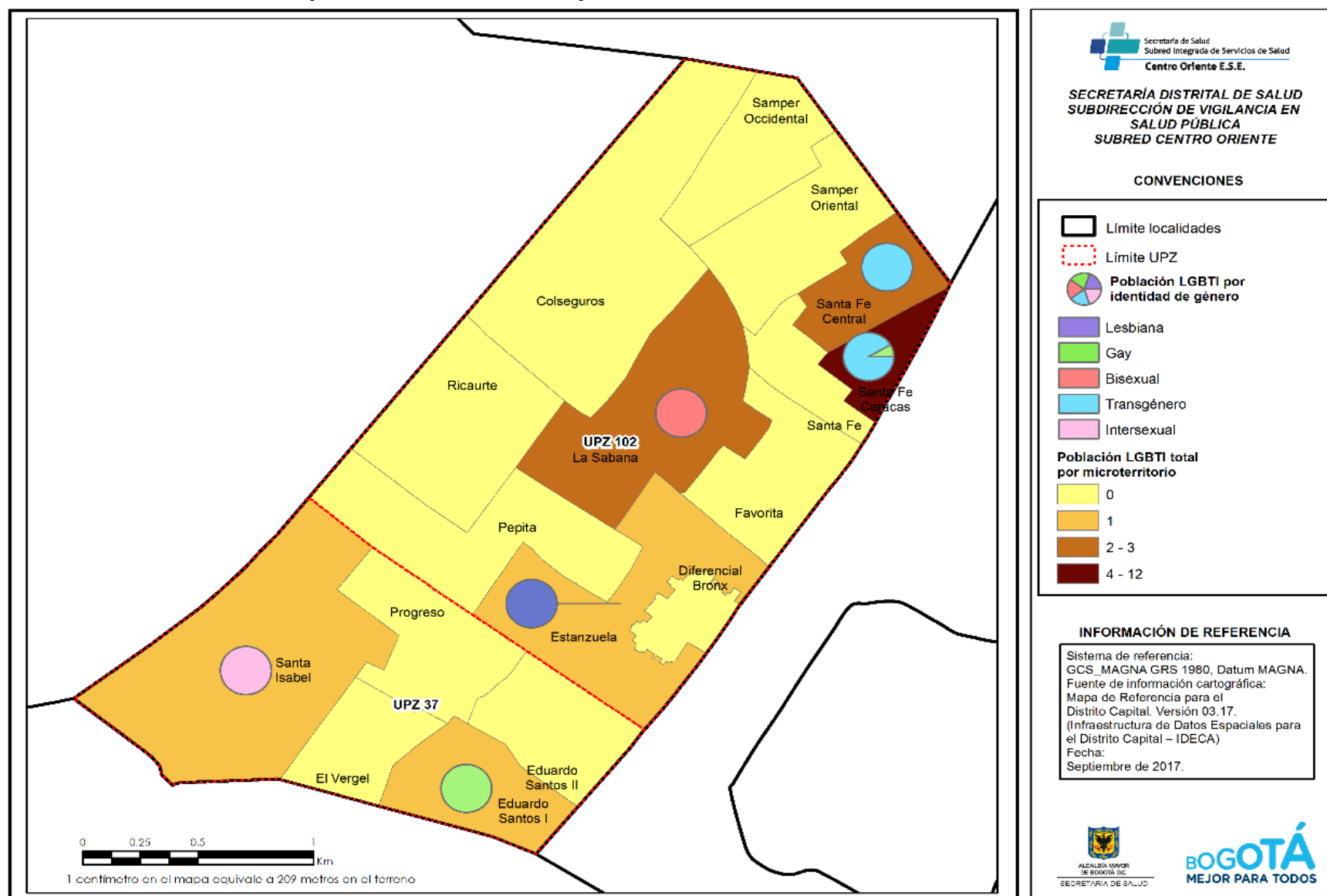
Adicionalmente, para las personas de los sectores sociales LGBTI y en ejercicio de prostitución se contó con insumos complementarios derivados de las unidades de análisis realizadas con estas personas y aquellas vinculadas a su actividad laboral, las cuales fueron lideradas por el Espacio Trabajo de la Subred durante julio/2017.

4.3.10 Población LGBTI

La valoración del lugar de residencia de la población LGBTI indica presencia en seis microterritorios, siendo más frecuente en Santa Fe Caracas, Santa Fe Central y La Sabana (ver Mapa 4). Por identidad de género, en los microterritorios del nororiente las personas caracterizadas se reconocen mayoritariamente como transgénero; en tanto hacia el centro, en La Sabana y La Estanzuela, reportan reconocerse como bisexual y lesbiana, respetivamente; mientras que en Eduardo Santos se identifican como gay y en Santa Isabel como intersexual (mapa 4)

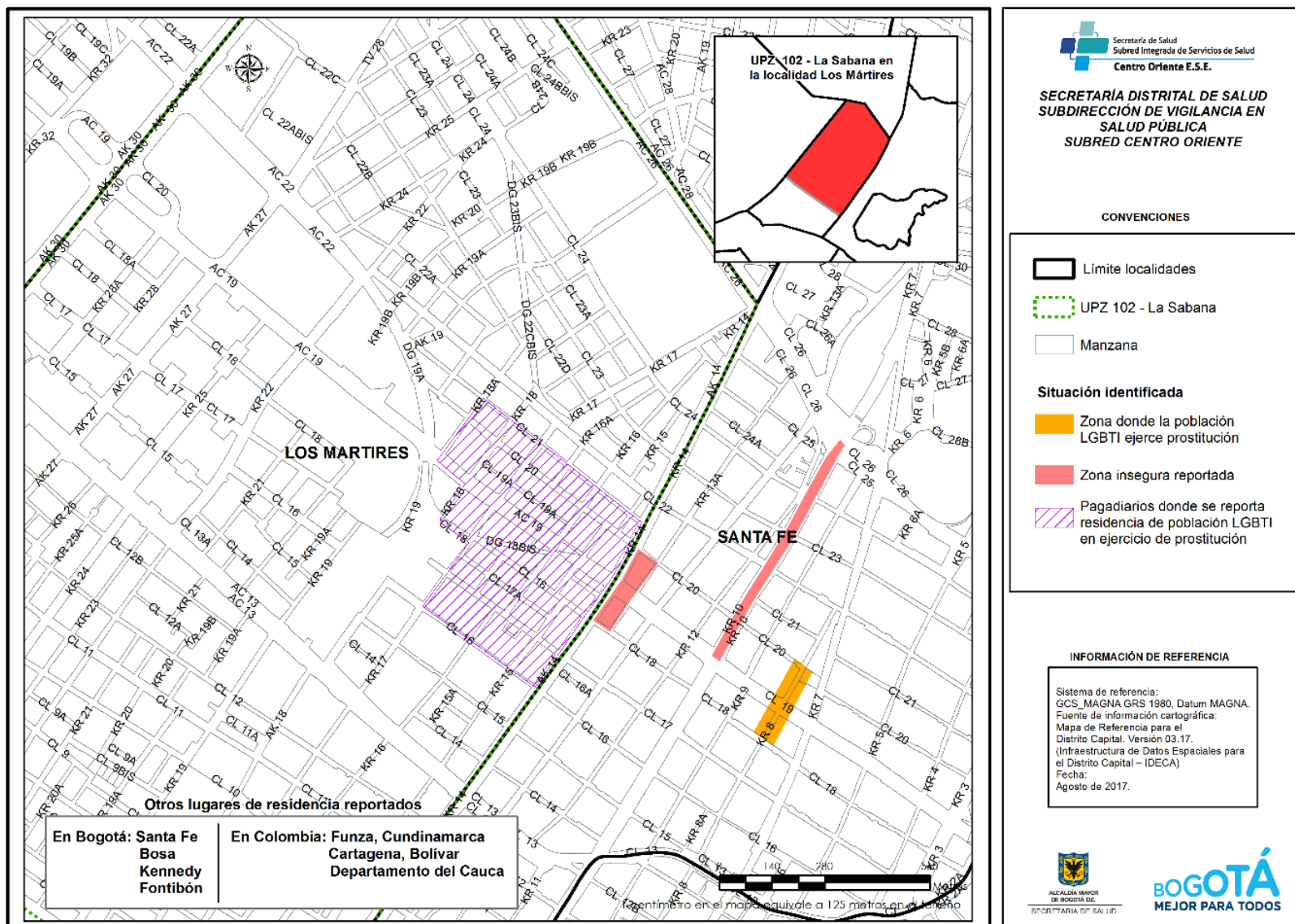
Desde otra perspectiva, de acuerdo con los hallazgos realizados en espacios de interacción con personas de los sectores sociales LGBTI que ejerce prostitución, la zona donde desarrollan su actividad laboral corresponde a la carrera 8 entre calles 18 y 20; no obstante, su lugar de residencia se ubica en la zona de pagadarios de la localidad de Los Mártires, en otras localidades como Santa Fe, Bosa, Kennedy y Fontibón; o por fuera de Bogotá provenientes de Funza, Cartagena o del departamento del Cauca. Así mismo, se reconocen como zonas inseguras el tramo de la carrera 10 entre calles 19 y 26 y las carreras 13A y 14 entre calles 18 y 20, en razón del maltrato y los atropellos a los que son sometidas estas personas (mapa 5).

Mapa 4. Población LGBTI por microterritorio, localidad de Los Mártires



Fuente: Equipo ACCVSyE a partir de la base de datos poblacional APS, Secretaría Distrital de Salud, 2012-2016.

Mapa 5. Dinámica espacial de las personas de los sectores sociales LGBTI que ejerce prostitución en la localidad de Los Mártires



Fuente: Equipo ACCVSyE a partir de la unidad de análisis realizada en el Centro de Atención Integral a la Diversidad Sexual y de Géneros –CAISDG– con población LGBTI que ejerce prostitución, fechada el 25/07/2017.

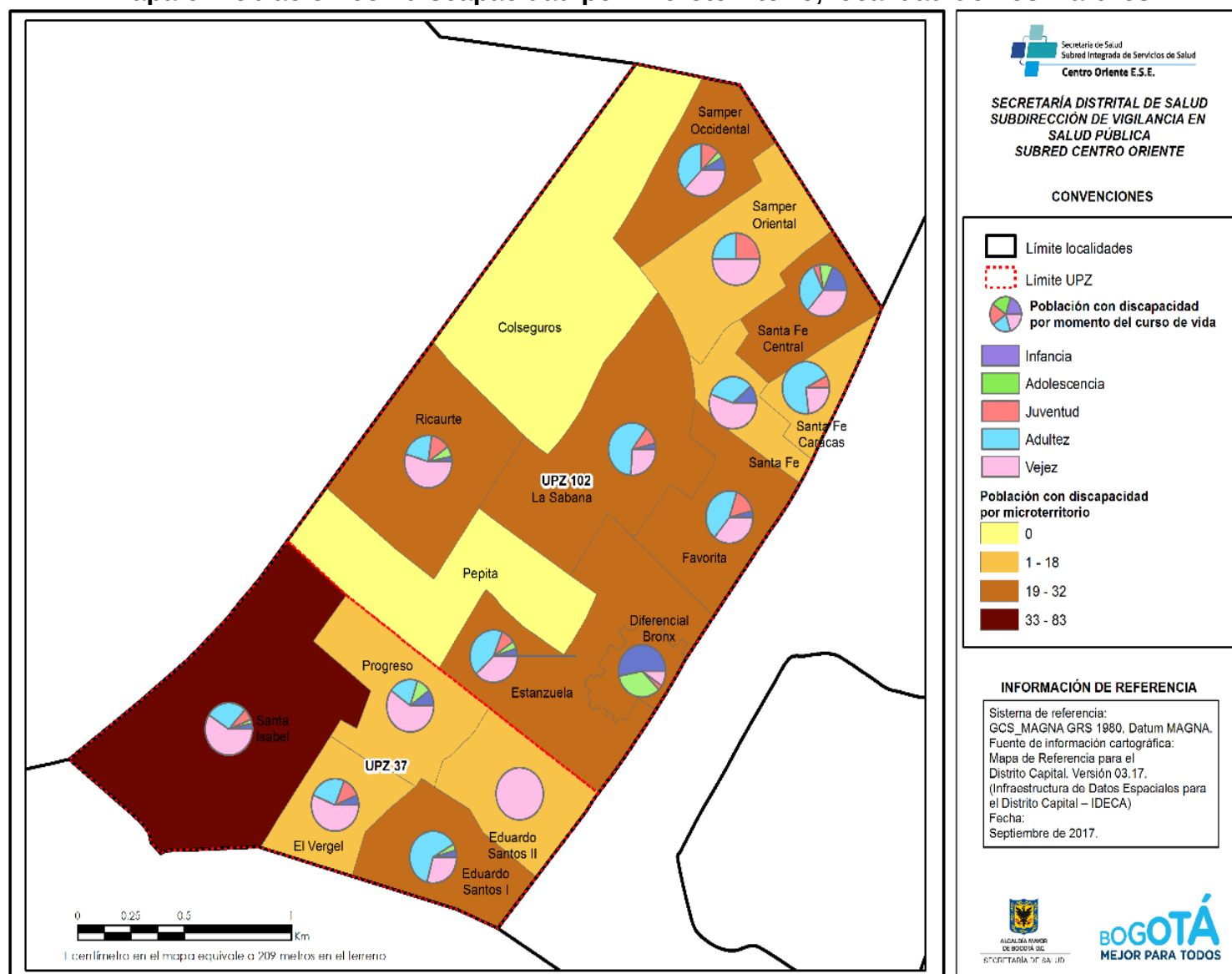
Si bien se reconoce que parte de las personas de los sectores sociales LGBTI de la UPZ 102 se dedica a la prostitución, es importante reconocer que algunos de ellos y sobre todo los residentes de la UPZ 37 tienen una actividad laboral diferente, pues se encuentran trabajando en salones de belleza. De sus principales problemáticas en salud a nivel general, se encuentran los procesos de hormonización que afectan y vulneran su estado físico y de salud, pues muchos de estos procesos se realizan en zonas inadecuadas que, al ofrecer servicios de bajo costo, ponen en riesgo la salud de la población que accede a estos sitios. Adicionalmente se encuentran riesgos de sociales y de seguridad asociados a su identidad de género, actividad laboral e imaginarios que rechazan y marginan a dicha población.

4.3.11 Población con discapacidad

La población con discapacidad identificada en la localidad tiende a concentrarse al suroccidente, en Santa Isabel, y al norte en Ricaurte, La Sabana, Estanzuela, La Favorita, Santa Fe Central y Samper Occidental (ver Mapa 6). Al considerar el momento del curso de vida, se evidencia que, en términos generales, el número de personas registradas aumenta en función de la edad, es decir, el número más bajo de personas con discapacidad se presenta en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes; mientras los adultos y adultos mayores representan más de la mitad de dicha población. No obstante, en Eduardo Santos I, Estanzuela, La Sabana, Favorita y Santa Fe Caracas predominan los usuarios adultos; y en Diferencial Bronx la población infantil seguida por la adolescente (mapa 6).

Los adultos mayores de la localidad asisten regularmente a los servicios de salud debido a que perciben la salud desde un ámbito preventivo, sin embargo algunos presentan barreras de acceso de tipo geográfico, lo que se debe a la operación administrativa que se lleva a cabo al interior de las Instituciones Prestadoras de Salud quienes determinan los puntos de atención de la población sin tener en cuenta los lugares de residencia ni la vulnerabilidad propia de la población de esta etapa de curso de vida.

Mapa 6. Población con discapacidad por microterritorio, localidad de Los Mártires



Fuente: Equipo ACCVSyE a partir de la base de datos poblacional APS, Secretaría Distrital de Salud, 2012-2016

En ese sentido se encuentra una debilidad en la articulación entre accionar de la Política Pública Distrital de Envejecimiento y Vejez y la operación de las diferentes IPS que operan a nivel distrital ya que se encuentra la efectividad parcial del acceso a los servicios de salud cercanos y de calidad para la población adulta mayor. Con base a ello se puede inferir la falta de garantías en igualdad, así como la falta de reconocimiento de la vulnerabilidad y la particularidad del adulto mayor que no cuenta con ingresos económicos suficientes y/o que tiene una discapacidad que impide el desplazamiento hacia otras zonas de la ciudad.

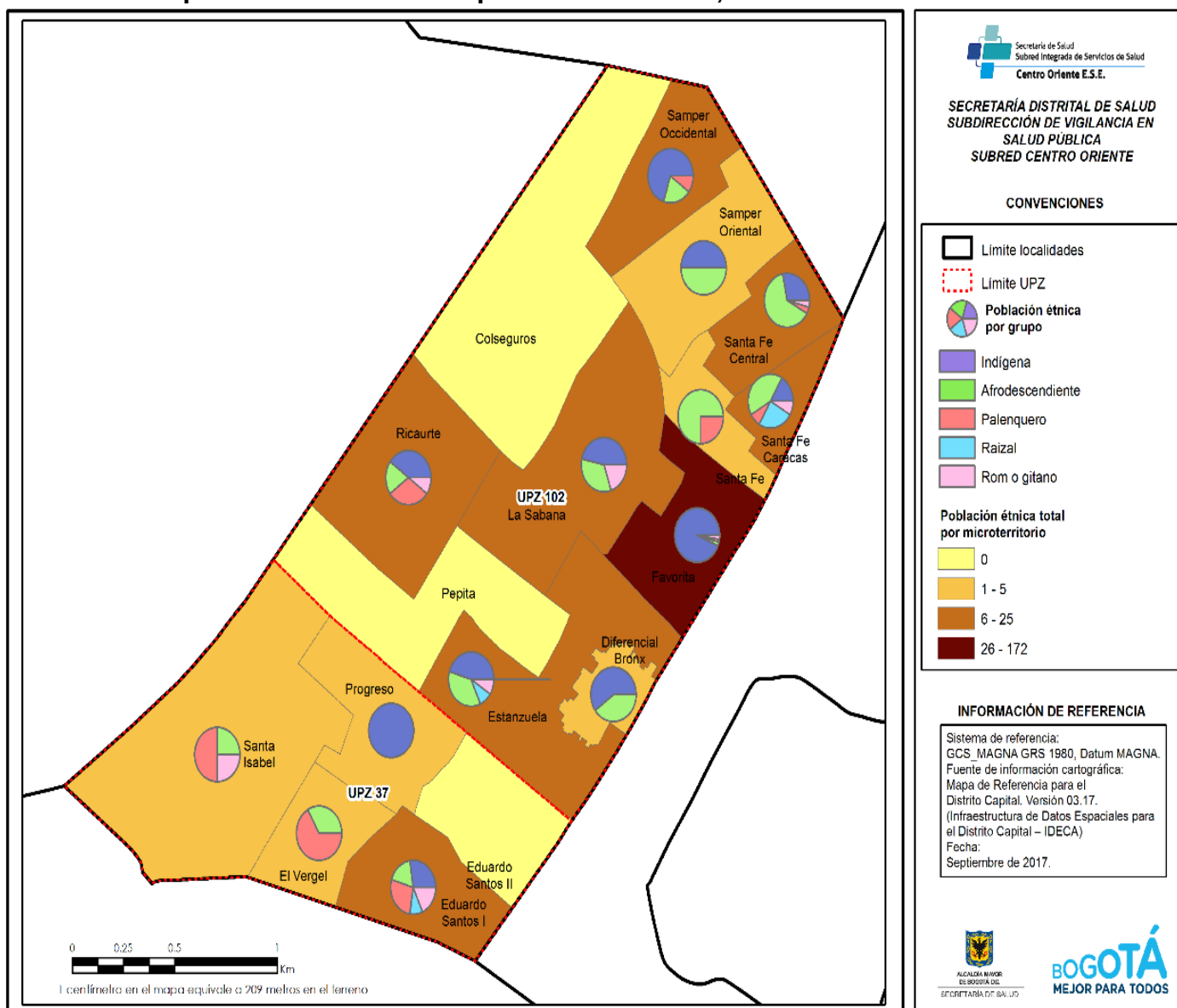
Adicionalmente es importante mencionar los bajos ingresos económicos debido a las limitantes en el circuito laboral que, aunado a la ausencia o debilidad en los ingresos por pensión que reciben los adultos mayores que no dependen de sus familiares, resultan ser factores determinantes para la debilidad del acceso a los servicios de salud de atención y control de las condiciones crónicas.

También debe considerarse el abandono como una problemática social que dificulta el estado de salud de la población. Este hecho se presenta en su mayoría, hacia la población del curso de vida vejez. Esto hace un llamado a los entes de atención sociales pues las personas con discapacidad y en situación de abandono, viven en condiciones de bajos ingresos y limitantes de acceso, aspecto que dificulta el seguimiento desde los servicios de salud.

4.3.12 Poblaciones étnicas

Al considerar la ubicación de los grupos poblacionales que reportan pertenencia étnica y que fueron intervenidos por el programa Territorios Saludables, se evidencia que la mayoría residen en los microterritorios del costado oriental de la localidad, siendo Favorita el que mayor número de personas concentra (ver mapa 7). Por grupo étnico, se observa que en los microterritorios del nororiente predomina la población afrodescendiente, contrario a lo ocurrido en el centro donde lo hace la indígena, y en el sur donde se reportan con mayor frecuencia los palanqueros.

Mapa 7. Población étnica por microterritorio, localidad de Los Mártires



Fuente: Equipo ACCVSyE a partir de la base de datos poblacional APS, Secretaría Distrital de Salud, 2012-2016.

Como se puede observar, (Ver mapa 7) en la localidad se encuentran muchas personas que se identifican como población étnica, la mayoría se concentra en el microterritorio Favorita, el cual ofrece opciones de vivienda a bajo costo, de ahí que la población indígena de esta zona se encuentre residiendo en zonas denominadas pagadiarios e inquilinatos; este hecho obedece a dos aspectos, el primero a los bajos ingresos de las familias, y el segundo, a la cercanía del microterritorio con las zonas comerciales del centro.

Llama la atención las interseccionalidades que se encuentran en los datos cuantitativos, pues parte de la población aquí referenciada es víctima del conflicto lo que agudiza la situación de vulnerabilidad de esta población.

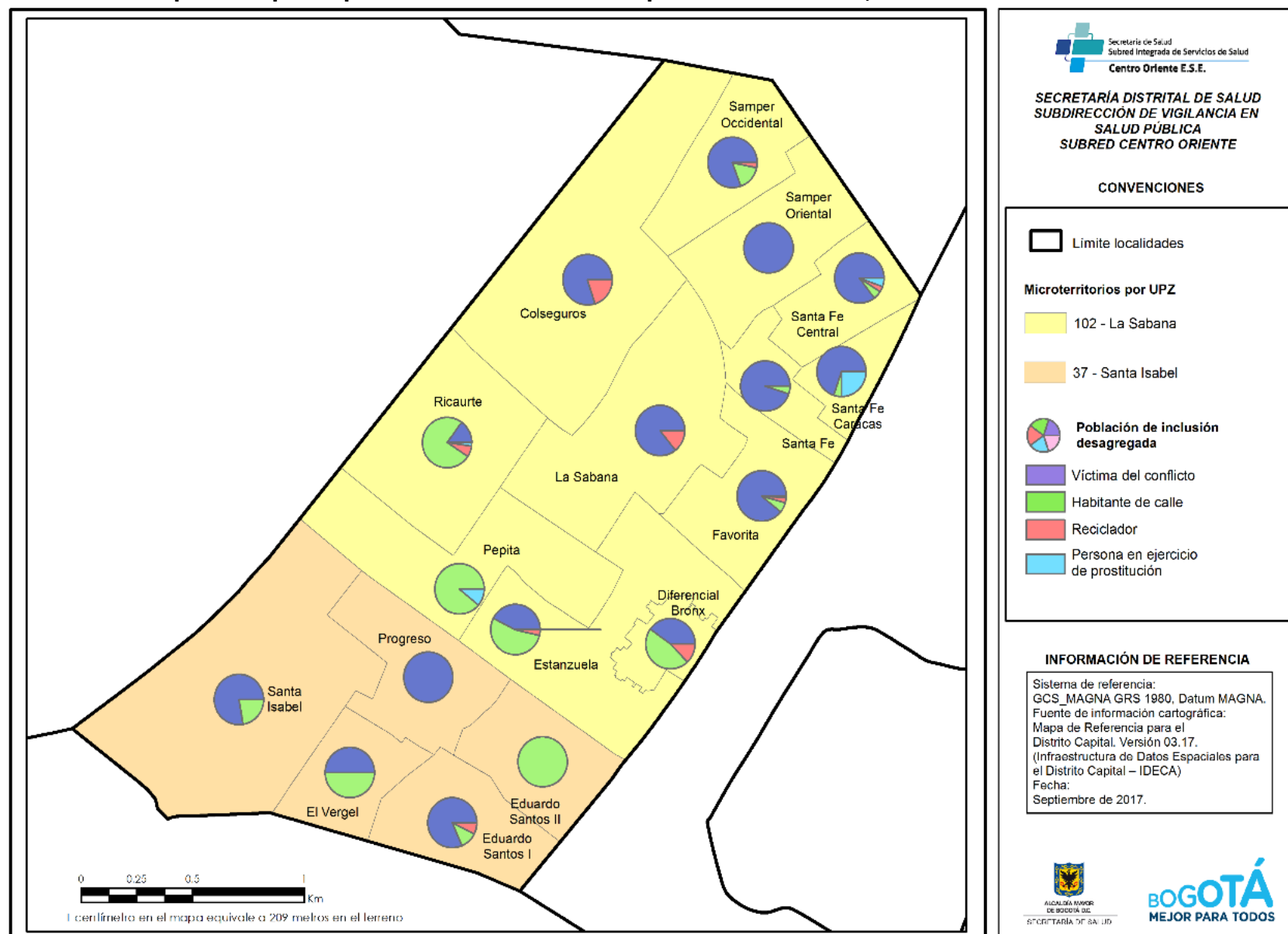
Por parte de la población afrodescendiente se encuentra mayor concentración en la zona nororiental de la localidad; de ellos la observación participante permite reconocer su habitabilidad en edificios de los microterritorios Santa Fe; al igual que la población anterior, algunos de ellos son víctimas del conflicto.

4.3.13 Poblaciones de inclusión

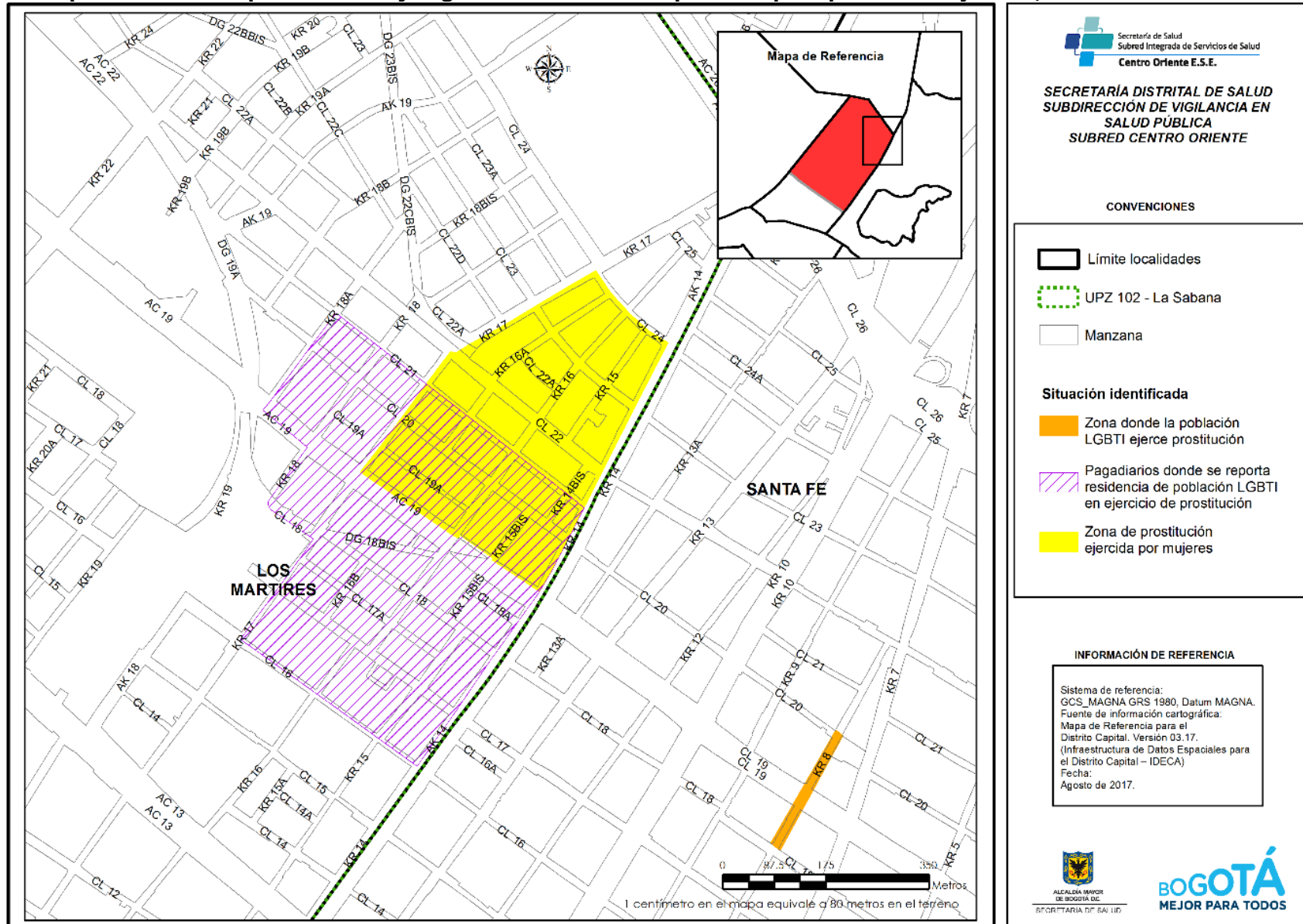
La ubicación de las poblaciones de inclusión en la localidad, ilustrada en el Mapa 8 indica que residen a lo largo del territorio, reportándose con mayor frecuencia víctimas del conflicto armado, seguido por habitantes de calle, los primeros predominantes en los microterritorios del norte y los segundos en los del centro y algunos del sur. Por su parte, la población recicladora se reporta en Colseguros, La Sabana, Estanzuela y Eduardo Santos I; mientras que las personas en ejercicio de prostitución son identificadas en Pepita, Santa Fe Caracas y Santa Fe Central; estos últimos ubicados en la zona especial de servicios de alto impacto que “[...] corresponden a zonas de servicios para actividades relacionadas con los usos ligados al trabajo sexual, la diversión y el esparcimiento [...]” (22). (mapa 8).

En tal sentido, el Mapa 9 muestra que la zona aludida se caracteriza por el ejercicio de prostitución por parte de mujeres, que es aledaño al lugar de residencia de la población LGBTI dedicada al mismo oficio, aunque su sitio de trabajo corresponde a la localidad Santa Fe.

Mapa 8. Mapa de poblaciones de inclusión por microterritorio, localidad de Los Mártires



Fuente: Equipo ACCVSyE a partir de la base de datos poblacional APS, Secretaría Distrital de Salud, 2012-2016.

Mapa 9. Zonas de prostitución y lugar de residencia reportado por quienes la ejercen, localidad de Los Mártires

Fuente: Equipo ACCVSyE a partir de las unidades de análisis realizadas en el Centro de Atención Integral a la Diversidad Sexual y de Géneros –CAISDG– con población LGBTI que ejerce prostitución, fechada el 25/07/2017; y en Troya Night Club con administradores y propietarios de establecimientos donde se ejerce prostitución, fechada el 18/07/2017.

4.4 Interseccionalidades

Teniendo en cuenta los hallazgos realizados frente a las poblaciones diferenciales y de inclusión en la localidad y, de acuerdo con los datos de la base poblacional de Territorios Saludables, se evidencia que la más frecuente corresponde a las personas víctimas del conflicto armado, con un total de 358 y, al mismo tiempo, es la que más interseccionalidades presenta al cotejar los casos con los reportados en los seis grupos poblacionales restantes.

En este sentido, el abordaje de las poblaciones diferenciales y de inclusión requiere no solo reconocer la multiplicidad y complejidad de sus características, sino orientar las acciones de promoción y prevención en relación a su contexto individual y colectivo.

4.5 Condiciones de vida y determinantes de las poblaciones diferenciales

El presente apartado refleja una actualización del análisis de brechas e inequidades en salud a la luz de los procesos de determinación social en las poblaciones diferenciales y de inclusión de la localidad. A continuación, se expone una síntesis de la situación social y de salud de todas las poblaciones que hacen presencia en Los Mártires y se da cuenta de un ejercicio de priorización que permitirá ampliar la información de una sola población.

El ejercicio de priorización se desarrolló con los referentes de las poblaciones diferenciales del equipo Gobernanza¹ en un espacio de análisis que tuvo en cuenta las siguientes técnicas (cuadro 2).

Cuadro 2. Técnicas metodológicas del desarrollo de la unidad de análisis.

Técnica	Tema a analizar
Socialización	Introducción de los objetivos y el alcance del documento ASIS Diferencial.
Guías de reflexión (método heurístico)	• Priorización de la población diferencial que debe ser sujeto de análisis considerando su contexto social y su afectación a la salud • Identificación y análisis de las problemáticas que afectan a la población priorizada por medio de una actividad lúdica que se desarrollará en un espacio determinado.
Discusión	Socialización de los resultados del ejercicio de priorización de población e identificación de las necesidades en salud.

Fuente: Elaboración propia equipo Gobernanza 2 Subred Centro Oriente ESE.

En un comienzo, se socializó a los asistentes los objetivos y el alcance del documento ASIS Diferencial mediante la explicación de la actividad propuesta.

Luego se realizó una guía de reflexión en la que se solicitó ordenar de manera jerárquica la población diferencial, según la prioridad requerida para el abordaje, teniendo en cuenta sus necesidades en salud y su contexto social, por localidad.

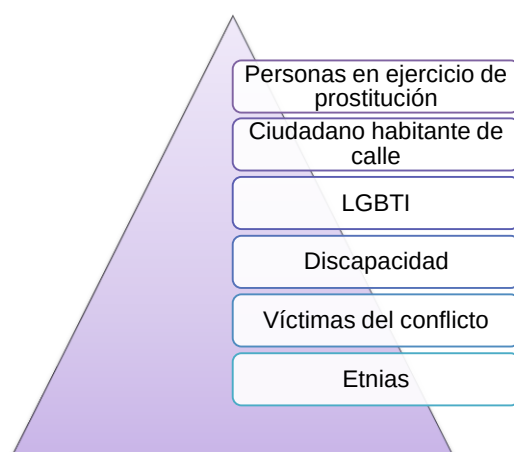
Posteriormente se identificaron las principales problemáticas y necesidades en salud que afectan a la población priorizada teniendo en cuentas los diferentes contextos en los que se desarrollan.

La secuencia se aplica apoyada en una matriz de relación en donde se especificó:

1. Orden acordado de priorización a la población diferencial para el abordaje,
2. orden de la intervención de las poblaciones por territorio,
3. necesidades de la población priorizada y
4. los impactos de las mismas a la salud.
5. Incluir respuesta local o intersectorial de las acciones actuales hacia la población diferencial de acuerdo a cada actor

A la unidad de análisis se citaron los referentes de las políticas de las poblaciones diferenciales del equipo de Gobernanza 1, los líderes de espacios, programas y proyectos; solamente asistieron los primeros actores, por lo que no fue posible tener en cuenta la perspectiva del accionar desde los espacios frente al abordaje de las poblaciones diferenciales. Otra dificultad que se presentó durante el ejercicio es la ausencia de un referente de la política de etnias que pudiese participar, orientar la discusión y hacer un aporte pertinente a dicha población.

Tras lo anterior, a continuación se exponen los resultados del ejercicio y se desarrollará un contexto de las condiciones de vida de cada población y se dará énfasis en la priorizada (figura 24).

Figura 24. Pirámide de priorización de población diferencial, localidad de Los Mártires

4.6 Población priorizada: personas en ejercicio de prostitución

Cuadro 3. Parámetros de justificación de priorización, Los Mártires

Población priorizada	Porqué se debe priorizar esta población	Cuáles son acciones a la población diferencial de acuerdo a cada actor
Personas en ejercicio de la prostitución	La zona de alto impacto se convierte en un escenario donde confluyen varias poblaciones que tienen diversas problemáticas. En Los Mártires las personas en ejercicio de prostitución presentan problemáticas sociales y de salud; dentro de este grupo se suma la población LGBTI y habitantes de calle quienes entran en la prostitución a fin de adquirir SPA. Por otro lado las problemáticas de seguridad contra las personas de prostitución las hacen vulnerables ante las dinámicas locales.	Desde el espacio público y equipo PEP de espacio trabajo se adelantan acciones con las personas que ejercen la prostitución y quienes trabajan en esa zona. Se generan acciones de demanda inducida para la toma de serología, citología y vacunación. Adicionalmente la articulación con SDIS se puede abordar de manera integral a las personas que entran en la prostitución.

Fuente: Resultados de la unidad de análisis con equipo 1 de Gobernanza y referentes de los espacios de vida cotidiana.

Según la ficha técnica del subprograma de población diferencial y de inclusión, de la dirección de salud pública, de la secretaría distrital de salud, la población en ejercicio de prostitución, está asociada a personas que ejercen la actividad de mantener relaciones sexuales con otras personas, a cambio de dinero u otro tipo de retribución considerándose uno de los grupos con más alta vulnerabilidad a presentar consumo de psicoactivos, VIH/SIDA, ITS, embarazos no planeados, cáncer de cuello uterino, violencia sexual, violencia de género, maltrato, abuso, discriminaciones y fobias entre otros.

De hecho, la prostitución es conocida a nivel mundial como uno de los oficios más antiguos del mundo, y ha experimentado diferentes modalidades que determinan sus características; hace referencia entre otros criterios al principio de igualdad, posibilitando que las personas que ejercen la prostitución puedan exigir a los establecimientos donde prestan servicios sexuales prestaciones tales como la afiliación por parte de los propietarios de dichos lugares al sistema general de seguridad social en salud.

Según el Boletín diferencial de personas de los sectores LGBTI- personas en ejercicio de prostitución, esta población está reconocida como uno de los grupos con mayor vulnerabilidad debido a las condiciones de riesgo sociales y de salud en las que viven y laboran.

Resulta importante mencionar que la oferta de trabajo sexual en el sector es ofrecida por mujeres heterosexuales y población Transgénerista. Mediante visitas y recorridos en campo desarrollados desde el posicionamiento de la política pública, se han podido determinar las zonas dedicadas al comercio sexual de mujeres ubicadas en gran parte del microterritorio Santa Fe Caracas y el parte del microterritorio La Favorita, en este último se encuentran también hombres y mujeres trans en ejercicio de prostitución. Al respecto, el sector cuenta con la presencia de bares y discotecas que se han ubican en las carreras 15, 16 y 16 A, entre calles 22 y 24, en tal zona, también puede observarse el comercio sexual y ESCNNA entendido como la oferta de prostitución de personas mujeres, hombres y población LGBTI.

En estos espacios es frecuente presenciar eventos vulnerabilidad social de las mujeres heterosexuales y lesbianas frente a las situaciones de maltrato físico psicológico y sexual. En mayor medida sucede con la población trans dedicada al ejercicio de la prostitución.

“En otro sentido, la población Transgénerista en el ejercicio de la prostitución se caracteriza por tener un nivel de escolaridad bastante bajo ya que la mayoría hace la construcción de su identidad Transgénerista a temprana edad (14 -16 años) lo que impide que puedan continuar con sus estudios debido a que en la escuela hay sanciones para estos casos y en muchas circunstancias constituye una razón para ser expulsados del hogar. En segundo lugar, esta población se caracteriza por sufrir constantes movimientos migratorios que en muchos casos tienen un fuerte componente de desplazamiento. Fenómenos que hacen del barrio Santa Fe un lugar de recepción de gran cantidad de personas con dicha identidad. Es importante destacar que la falta de oportunidades, la baja

escolaridad y el rechazo por parte de algunos grupos sociales constituyen variables que aumentan la probabilidad del uso abusivo de sustancias psicoactivas, pero más que una probabilidad es una realidad evidente en la población.” (23)

En el ámbito social cabe analizar los motivos que conducen a las personas dedicadas a este oficio los cuales suelen ser, principalmente, la pobreza, la discriminación de género la ausencia de redes familiares y en algunos casos, abusos sexuales previos, no sin desconocer que hay mujeres que ejercen la prostitución por gusto. Todos los factores ajenos a la voluntad de la persona que ejerce la prostitución dejan entrever situaciones de fragilidad social y vulnerabilidad, tanto en los entornos familiar como social. En últimas la problemática no es el lucro económico que deja la actividad sino las condiciones adversas que lo acompañan y lo fomentan, así como también las consecuencias sociales y de salud pública que rodea la prostitución.

Para los gobiernos nacionales y locales, incluyendo Bogotá, nunca ha sido fácil abordar la prostitución pues alrededor del tema giran complejas relaciones sociales y de poder que, al estar bajo el marco de la ilegalidad, la marginalidad y el escrutinio público, genera sensibilidad y raya con la moralidad de la sociedad; estas se definen mediante su naturaleza económica hasta sus implicaciones en el bienestar social, la delincuencia y la salubridad (24). De este modo surge la necesidad imperante de re-evaluar las políticas públicas frente al tema de la prostitución, con el fin de establecer garantías resolutivas y de atención a las personas que lo ejercen en un sentido incluyente e igualitario.

La prostitución como un hecho social deja ver las desventajas sociales y las condiciones de inequidad que viven las mujeres y los hombres vinculados a este oficio. La difícil situación socio-económica y política que afronta el país agrava más esta problemática, puesto que cada vez hay menos ofertas laborales para la creciente demanda poblacional en edades laborales y productivas de las poblaciones más vulnerables, especialmente en los estratos predominantes en la localidad 0, 2 y 3. La Administración Distrital, ha identificado la necesidad de generar estrategias tendientes a garantizar los derechos y a sensibilizar a la población en situación de prostitución, con el fin de mejorar su calidad de vida, sin embargo se observa que los recursos asignados a las entidades distritales competentes para

realizar acciones que realmente tengan un impacto social en esta población excluida y marginada socialmente resultan insuficientes (25).

Con respecto a la situación de salud de la población en ejercicio de prostitución en la localidad de Los Mártires, se hace necesario resaltar que el estado no cuenta con servicios que respondan integralmente la situación que enfrenta esta población.

En este sentido, el alcoholismo y drogadicción que se presenta en esta población. Con respecto al abuso y/o violencia sexual no es denunciado porque consideran que no les van a prestar la atención adecuada debido a la actividad que esta población ejerce. Del mismo modo las afectaciones en salud mental y los riesgos asociados al contagio de enfermedades de transmisión sexual, tienen lugar en la situación de salud, de esta población (26).

Esta situación en materia de salud, se ve agravada por las barreras en el acceso a los servicios de salud; Situaciones relacionadas a la ausencia de documentos de identificación, en el caso de las mujeres trans.

4.6.1 Ciudadanos habitantes de calle

La definición de la habitabilidad en calle, se enmarca en discusiones de carácter social, médica y psicológica. En este sentido, vale la pena resaltar que aún no se cuenta con una definición genérica de la población. Sin embargo, algunas instituciones como la Secretaría Distrital de Integración Social, definen un habitante de calle como, todo o toda ciudadano (a) que permanece en Calle “al menos treinta-30- días continuos o se ubica temporalmente en un lugar especial de alojamiento (instituciones privadas o públicas, paga diarios o lugares de consumo” y hace de la calle su espacio físico, social y cultural en donde solventa todas sus necesidades (27).

Desde esta perspectiva, los habitantes de la calle han sido considerados como un grupo socialmente excluido, que debido a su forma de vida, no aporta al desarrollo colectivo de la comunidad donde se encuentran. En esta medida, son sujetos a los que formalmente se les han reconocido sus derechos en tanto seres humanos que son, pero en la realidad el goce efectivo de esos derechos no se materializa ante la imposibilidad de desarrollar en

condiciones mínimas de dignidad otros derechos humanos distintos a su simple existencia (28).

De hecho en Colombia, los habitantes de calle son concebidos por gran parte de la sociedad en general como “desechables” o “indigentes”. En este sentido, estas expresiones categorizan a las personas desamparadas, que suelen vivir de la mendicidad en las calles de las ciudades y que, según una concepción clasista y racista de la sociedad, podrían o deberían ser eliminadas por la fuerza pública o por grupos de justicia privada en ejercicio de campañas de “limpieza social”. De ahí que su situación social se traduzca en niveles de discriminación y segregación.

Con la transformación urbanística que sufrió la ciudad, en el marco de la construcción del parque tercer milenio, se desarrolló la desaparición de manera forzada de la zona denominada como el Cartucho, anteriormente barrio Santa Inés. Esta situación obligo a los poblados del sector de cartucho, mayoritariamente habitantes de calle abandonar el sector, para refugiarse en otras zonas de la localidad, y en los barrios aledaños al espacio del Cartucho. De ahí que la población habitante de calle, trasladara sus dinámicas a barrios como San Bernardo, Voto nacional y Estanzuela (29).

Pues bien, los habitantes de calle presentes en la localidad al no ser reconocidos como sujetos dentro de la estructura social, los habitantes de calle no son garantes de derechos, lo cual incide en la ocurrencia de problemáticas sociales que afectan su estado de salud. De tal forma se evidencia ausencia de una política pública que garantice, controle y restituya los derechos de los ciudadanos habitantes de calle, los cuales son excluidos de las dinámicas sociales propias de la estructura social, la cual los ubica en un rango inferior de la misma.

De ahí que el consumo de SPA sea entendido como un determinante estructural que configura la naturalización de la ilegalidad y la criminalidad. Además de lo anterior se muestra que el desempleo, el subempleo y las formas informales del mismo, inciden en las condiciones de la habitabilidad de calle debido al bajo nivel de ingresos requeridos para entrar dentro de las relaciones comerciales propias para la consecución de bienes materiales necesarios para vivir.

Por tanto la habitabilidad en calle se define como una situación de riesgo tanto a problemáticas sociales como de salud, así se observa su fragilidad social y vulnerabilidad en cuanto la ausencia de derechos que los protejan de las inequidades sociales. Desde el ámbito social deben medirse factores que son determinantes en la habitabilidad en calle: las débiles relaciones sociales, en las redes de apoyo familiares y el abandono, así como también la debilidad en las relaciones afectivas, todos ellos relacionados con el abuso del consumo de SPA, con las conductas violentas y delictivas. Del mismo modo se debe analizar la situación desde el ámbito biológico el cual se ve trazado por alteraciones en la salud mental, física y sexual, las cuales también tienen relación con el contexto social. Por otra parte se analiza al habitante de calle desde dos perspectivas: la primera como aquellos sujetos que, a causa del desempleo, los bajos ingresos económicos el abandono o la exclusión social, deben vivir en la calle; mientras que en la segunda, se analiza a aquellos sujetos que deciden vivir en la calle según su estilo de vida (30).

De la misma manera, algunas de las dinámicas de rebusque ejercidas por los habitantes de calle en la localidad, tiene que ver con el ejercicio esporádico del reciclaje, el recateo, la mendicidad y el hurto. Vale la pena mencionar que diferentes sectores de la localidad resultar ser el escenario perfecto para estas dinámicas de rebusque, debido a la vocación industrial y comercial propia de la localidad.

4.6.2 Personas de los sectores sociales LGBTI

A fin de lograr una análisis contextualizado acerca de la situación social y de salud de las personas de los sectores sociales LGBTI de la localidad de Los Mártires, se hace necesario definir conceptualmente este acrónimo, el cual hace referencia a las personas que tienen una identidad de género y/o una orientación sexual diversa, no heteronormativa y diversa desde la perspectiva de la normatividad, de tal forma que agrupa a Lesbianas, Gay, Bisexuales, Transgénero e Intersexuales, esta última letra integra a las personas que poseen características genéticas de hombres y mujeres (31).

- **Lesbiana:** Personas que siendo de género femenino, manifiestan que su atracción erótico – afectiva y sexual está dirigida hacia otras personas de género femenino.

- **Gay:** Personas que siendo de género masculino, manifiestan que su atracción erótico – afectiva y sexual está dirigida hacia otras personas del género masculino.
- **Bisexual:** persona que siente atracción sexual afectivo-erótica por ambos géneros.
- **Transgénero:** Son personas que se encuentran en procesos de tránsito entre los géneros. Esta categoría incluye otras subcategorías desde la perspectiva de la Política Pública, estas son:
 - **Transformista:** el o la que alterna la identidad masculina y femenina, es decir hombres que en ciertos momentos se visten de mujer, o mujeres que se visten y comportan como hombres. Las personas transformistas no necesariamente acceden a intervenciones quirúrgicas o de otro orden sobre sus cuerpos, generalmente es un tránsito que se realiza sobre la indumentaria.
 - **Travesti:** Son personas que hacen tránsitos medios, puede que hagan transformaciones corporales en partes de sus cuerpos y en otras no, por ejemplo pueden hacer implantes de seno o mastectomía pero no se hacen reasignaciones sexuales.
 - **Transexual:** Las personas transexuales, son personas que a través de su curso de vida, realizarán transformaciones en su cuerpo que corresponden a su identidad de género, la cual no está asociada a su sexo biológico o su genitalidad. Para estas personas en la mayoría de los casos es deseable hacer un tránsito corporal completo, que incluye cirugías, y procesos completos de hormonización. En esta parte, se reconocen los casos de reasignación sexual o cambio de sexo [†]
- **Intersexual:** Una persona intersexual es una persona que tiene ambigüedad genital, cromosómica y hormonal y por lo tanto se puede indicar que su sexo no corresponde físicamente al sexo mujer o al sexo hombre. La literatura ha adoptado el término. "Desordenes del Desarrollo Sexual – DDS– para agrupar a todas las condiciones en las cuáles el sexo cromosómico, gonadal o anatómico es atípico reemplazando con ello las antiguas denominaciones de hermafroditismo y pseudohermafroditismo"(32).

[†] Las personas andróginas no están reconocidas dentro de la Política Pública LGBTI, algunas personas intersexuales pueden ser andróginas en su indumentaria, más aún no se ha establecido como una identidad de género.

El informe publicado por la organización Colombia diversa correspondiente al año 2013, evidencia las situaciones de vulneración de derechos humanos a las que están expuestas Las personas de los sectores sociales LGBTI, ejercidas desde el prejuicio social y enmarcadas en el abuso policial, la situación carcelaria, los derechos en salud, seguridad social, educación y trabajo (33).

Del mismo modo, esta fuente de información permite realizar un reconocimiento acerca de la identidad de género y la orientación sexual de las personas de los sectores sociales LGBTI de la localidad, entendiendo esta identidad como, la identificación propia del género en el que se reconoce el individuo, la cual va transgrede la representación binaria del género (Hombre/mujer) y que da lugar al auto reconocimiento identitario desde la intersexualidad, el travestismo y el transgénero En este sentido la mayor proporción de Personas de los sectores sociales LGBTI de la localidad, se reconoce como transgénero, Y se encuentra ubicada en la UPZ La Sabana, específicamente en la zona de alto impacto. Por otro lado, la población homosexual gay identificada por el proyecto, se ubica principalmente en la UPZ Santa Isabel y en su mayoría trabaja en salas de belleza.

Vale la pena mencionar, que este proyecto logró identificar los bajos niveles en formación académica de las personas de los sectores sociales LGBTI, bajo nivel escolar probablemente asociado a abandono temprano del hogar y la escuela a razón de la discriminación por identidad de género, lo cual es un hecho recurrente en las personas de los sectores sociales LGBTI y además permitió evidenciar que los trabajados desempeñados por esta población se enmarcan generalmente en trabajo sexual y la asesoría de imagen.

Si bien el movimiento social LGBTI ha logrado realizar un proceso de exigibilidad de derechos digno, en que se han conquistado una serie de demandas que hasta antes de la constitución de 1991 eran impensables; el derecho al acceso a la salud ha sido una lucha aún vigente y en construcción. En este sentido, las personas de los sectores sociales LGBTI han tenido que afrontar una serie de desafíos respecto al derecho a la salud, ya que la población se ve obligada a asumir situaciones de discriminación y segregación a la hora de acceder a los servicios de salud.

Las mujeres lesbianas que hacen presencia en la localidad, mencionan respecto de algunas enfermedades de transmisión sexual, como el VPH o VIH. Desde su imaginario estas enfermedades se contraen únicamente en relaciones sexuales con hombres, puesto que desde su mirada, el contacto entre mujeres no conlleva ningún riesgo de transmisión, razón por la que no hacen uso de ningún tipo de protección en sus relaciones sexuales.

En cuanto a la población gay presente en la localidad, se encuentra el imaginario de salud desde el ámbito de atención y no de prevención, de esta manera se limitan a asistir a los servicios de salud, solamente cuando presentan alguna afectación en su salud. Al respecto, resulta importante mencionar que esta población, presenta problemas en la adherencia a tratamientos relacionados con el VIH, en primer lugar, por el rechazo y en segundo por la falta de corresponsabilidad con la salud.

Las mujeres lesbianas que hacen presencia en la localidad, mencionan respecto de algunas enfermedades de transmisión sexual, como el VPH o VIH. Desde su imaginario estas enfermedades se contraen únicamente en relaciones sexuales con hombres, puesto que, desde su mirada, el contacto entre mujeres no conlleva ningún riesgo de transmisión, razón por la que no hacen uso de ningún tipo de protección en sus relaciones sexuales. El sistema de salud, según refieren mujeres lesbianas, bisexuales y hombres transgénero, no ha dado respuesta frente a la necesidad de la protección en relaciones sexuales no penetrativas, que de igual manera conllevan un riesgo para la salud sexual.

Las personas bisexuales ubicadas en la localidad de Los Mártires sienten temor acerca de revelar su orientación sexual, debido a las implicaciones sociales que esto conlleva, en parte por la estigmatización generada por las mujeres lesbianas, hombres gay, personas trans, intersexuales y heterosexuales frente a la bisexualidad. Siendo víctimas tanto de discriminación como de endodiscriminación.

Por su parte, la población Transgénero de la localidad de Los Mártires, se encuentra relacionada directamente con el ejercicio de la prostitución, lo que conlleva un doble riesgo en materia de exigibilidad de derechos. Según el proyecto diferencial LGBTI de la Secretaría Distrital de Salud, uno de los problemas más evidentes de la población Transgénero, tiene que ver con que esta población no acude a controles médicos que permiten identificar otro tipo de

enfermedades que no tiene que ver con el ejercicio de su oficio. Es importante mencionar, que esta población recurrentemente se realiza procedimientos invasivos auto medicados que van desde la aplicación de hormonas hasta el uso de sustancias peligrosas en sus transformaciones corporales, en este sentido, se hace necesario implementar estrategias que permitan informar a la población transgénero acerca de los efectos en la salud o enfermedades a largo plazo producidas por la aplicación de hormonas.

4.6.3 Población con discapacidad

La población con discapacidad representa una de las poblaciones con mayores niveles de discriminación y segregación; la cual se hace visible a diario, en diferentes escenarios de participación y del espacio público como el transporte público, en restaurantes, en la calle y en los centros educativos.

Según el Informe Mundial sobre la discapacidad (OMS 2011) la población con discapacidad experimenta obstáculos de participación activa social como lo son la debilidad del acceso a la educación, la debilidad en la oferta de servicios de apoyo y protección social, la ausencia de garantía laboral y la falta de estructuras viales aptas para la movilidad de aquellas personas que tienen ayudas técnicas, aunado a los imaginarios que tergiversan la discapacidad con la incapacidad que les son adjudicados generando así barreras de acceso a los servicios de salud, rehabilitación y apoyo (34).

Se evidencia que el cuidador o cuidadora de una persona con discapacidad generalmente presentan deterioro en su salud física, mental y emocional. En este sentido se encuentra que existe una debilidad en el accionar de los programas que proporcionan asesoría psicosocial o de salud para los cuidadores, así como también insuficiencia de los mismos considerando la cantidad de población con discapacidad que requiere cuidadores en la localidad.

Por otro lado, algunas prácticas poco saludables relacionadas con el consumo de SPA, tienen impacto en el desarrollo de las personas con discapacidad consumidoras, pues afecta la situación de salud en la localidad. Hay que considerar la identificación de condiciones de discapacidad, principalmente de tipo cognitivo y mental, asociado al consumo de sustancias psicoactivas en población habitante de calle, frente a la cual no hay, actualmente, respuesta

integral a nivel distrital que logre responder a esta problemática, siendo ineficientes los recursos de exigibilidad de derecho a la salud de los que se dispone.

Al respecto se reconoce que se presenta doble condición de vulnerabilidad de estas personas con discapacidad, ya que generalmente no son captados en su totalidad debido a su característica poblacional flotante; aunado a esto la Secretaría de Integración Social no permite la participación en dos o más programas de diferentes políticas, lo que aumenta el grado de vulnerabilidad de la población (35).

4.6.4 Víctimas del conflicto

La población víctima del conflicto armado corresponde a una de las poblaciones más vulnerables debido a los hechos violentos de los cuales han sido víctimas, esto en el marco del conflicto armado colombiano. Así su abordaje se torna en una labor ardua considerando los factores en los que generó el desplazamiento, en esa medida surge el afán por atender y resolver de manera inmediata a esta población evitando la revictimización y la vulnerabilidad que implica el proceso de re-inclusión en la sociedad.

Según, la Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas la Paz y la Reconciliación, en la ciudad se generan choques culturales que vulneran al ciudadano víctima de desplazamiento forzado debido a la que la cobertura y la capacidad de respuesta desde el ámbito social y jurídico no es suficiente para la cantidad de población definida como víctima. En consecuencia, dentro de la localidad de Los Mártires esta población, que ha enfrentado diferentes dinámicas asociadas a la pérdida de la identidad y a la pobreza, encuentra una alternativa de vivienda a bajo costo y oportunidades laborales que ofrecen ciertos sectores de la economía para las personas víctimas, de ahí que su forma de habitabilidad esté relacionada con los inquilinatos y paga diarios y que su actividad laboral esté vinculada con el comercio informal o el trabajo independiente en las plazas de mercado o en las calles.

Al acceder a viviendas de bajo costo ubicación de la población víctima del conflicto armado es vista en condiciones de insalubridad y hacinamiento, situación asociada a los bajos ingresos económicos que vive esta población. Asimismo los niños permanecen sin el debido acompañamiento y algunos no cuentan con una formación recreativa, debido a las dinámicas

de rebusque desarrollada por los padres de familia (36); esta situación, genera una alta vulnerabilidad respecto de la calidad de vida, la seguridad alimentaria de la población y demás cambios en los estilos de vida determinados por factores estructurales que inciden en una fragilidad social de la población víctima del conflicto.

Resulta importante mencionar que la población víctima del conflicto armado en la localidad, está identificada a partir del auto reconocimiento como población víctima con razón de atender sus necesidades inmediatas por parte de la institucionalidad.

Si bien, el ministerio de salud, reconoce que toda persona víctima, se considerará elegible para el subsidio en salud, salvo en los casos en que se demuestre capacidad de pago y en caso de no hallarse afiliadas, tendrán que ser afiliadas en forma inmediata al régimen subsidiado. En la práctica esta población, tiene que asumir diferentes limitaciones en el acceso a los servicios de salud, debido a que en algunos casos, no cuenta con documentos de identificación.

De la misma manera, las unidades habitacionales relacionados con paga-diaros e inquilinatos, en las que se ubica esta población, tienen implicaciones negativas en las situación de salud de las víctimas del conflicto armado, puesto las condiciones de insalubridad y hacinamiento, características de estas unidades habitacionales, generan afectaciones en la salud mental de la población.

4.6.5 Población étnica

Según el Informe anual 2014 de la política pública de etnias del Hospital Centro Oriente, en la localidad de Los Mártires residen los integrantes de los pueblos Indígenas en su mayoría, pertenecientes a los pueblos Kichwa, Embera Katio, Embera Chami, Pastos, y en menor medida Nasa e Inga, los cuales están vinculados a procesos organizativos en el nivel Distrital.

Kichwa: Es importante mencionar que el pueblo Kichwa, es originario de regiones ecuatorianas como Ibarra, Otavalo, Cotacachi, y Atutanki, de la provincia de Imbabura, sierra ecuatoriana. De ahí que el pueblo Kichwa – Otavalo, se ha caracterizado ancestralmente por sus habilidades para el comercio y la excelsa producción textil que los

identifica, identificándose como un pueblo migrante y con fuertes tendencias a habitar en contextos urbanos. La población urbanizada, al igual que aquella vinculada activamente al comercio internacional, mantiene en su mayoría estrechos nexos, reales y/o simbólicos con sus comunidades de origen.

Con respecto a la participación política y a la organización social del pueblo Kichwa, es de mencionar que si bien el cabildo Kichwa de Bogotá fue constituido en año 2003 y legalizado por el ministerio del interior, en la localidad de Engativá, la mayoría del pueblo Kichwa de la localidad de Los Mártires, no está afiliada o censada en el cabildo, lo cual ha generado el acceso restringido a algunos servicios que ofrece el distrito (37).

Embera: Estaban ubicados en el albergue de la localidad de Los Mártires en el microterritorio Samper Oriental, que fue trasladado a la localidad San Cristóbal; sin embargo algunos aún viven en inquilinatos y paga diarios en el microterritorio La Favorita. En este punto resulta importante mencionar que las formas más comunes de subsistencia de este pueblo se enmarcan en dinámicas de rebusque, mendicidad, o comercialización de artesanías propias; oficios que generalmente son acompañados por menores de edad, puesto que son ellos quienes hacen de la mendicidad un oficio más “rentable”.

Estas situaciones se ven agravadas por la dinámica flotante de la población que tiene implicaciones en la adherencia a los servicios de educación inicial, salud y vivienda digna. De hecho, la mayoría de familias Embera viven en situación de hacinamiento en estructuras antiguas que vulneran su estado de salud físico. En la mayoría se observan dinámicas familiares matriarcales que dejan a la mujer como eje central que sustenta económicamente al núcleo familiar además de estar dedicadas a la crianza de sus hijos, así que son ellas quienes cargan a los menores a los puntos donde venden su productos artesanales, que comercializan en Los Mártires o en otras localidades del centro de la ciudad (38).

Pastos: Por otro lado la población perteneciente al pueblo Pasto, residente en el barrio el Listón está organizada en Cabildo Indígena y aunque aún no están registrados ante el Ministerio del Interior, si ejerce como un gobierno propio. Actualmente las familias viven en inquilinatos alrededor del barrio, lo cual genera unión y realización de actividades propias de la población.

Afrodescendientes: Se reconoce la presencia de esta etnia, distribuida de manera dispersa en el territorio, la gran mayoría ubicada en venta ambulante de alimentos y en venta de alimentos propios de la costa pacífica.

Raizales, Palenqueros y ROM: Referente a otros grupos como los Raizales y ROM, no se posee la información consolidada respecto al número de personas pertenecientes a estos grupos poblacionales, residentes en la localidad de Los Mártires.

Las poblaciones étnicas están consideradas como poblaciones diferenciales, debido al alto grado de vulnerabilidad que enfrentan en materia de exigibilidad de derechos; aunado a esta situación se evidencia que gran parte de la población étnica residente en Bogotá, cuenta con una doble condición de vulnerabilidad, ya que son víctimas de conflicto armado que vive el país. En este sentido, resulta inevitable relacionar las condiciones de inequidad, como la baja inclusión social, dentro de la situación de salud de la población.

Según el informe anual de la política pública de etnias, se evidencia que una de las necesidades más sentidas de la población étnica, está relacionada con que el sistema de salud occidental, implementado en los hospitales no responde a sus requerimientos culturales; situación aunada a la ausencia de médicos tradicionales en los Cabildos.

Con respecto a la población Kichwa ubicada en la localidad, presenta limitaciones en el acceso a los servicios de salud, ya que no cuentan con cedula de ciudadanía colombiana, razón por que se presentan diferentes barreras de acceso. Resulta importante mencionar, que estas familias no cuentan con espacios para el esparcimiento y desarrollo de actividad física, debido a su forma de trabajo.

De la misma manera, se hace referencia a la situación de salud de la población Embera, refiriendo que esta población es poco receptiva frente a la educación en hábitos de vida saludables, relacionados con educación acerca de espacios saludables y estrategia AIEPI, esta situación se ve reflejada en la ocurrencia de algunos eventos que impactan negativamente la salud de la población con las EDA, ERA. Cabe resaltar que esta población presenta bastante dificultades con respecto a la comunicación, ya que algunos de ellos no hablan el español, y no tener intérprete de la lengua materna, dificulta las acciones en salud;

igualmente la ausencia de un abordaje diferencial enfocado en el grupo Embera no garantiza la atención y educación de madres gestantes y lactantes para poder llevar a cabo el seguimiento y atención personalizada a las familias que requieren acompañamiento por las barreras de comprensión y desconocimiento del sistema de aseguramiento, solicitud de citas, traslados de EPS, solicitud de citas con especialista y documentación.

4.6.6 Análisis de situación en salud para las poblaciones diferenciales

Uno de los propósitos del apartado diferencial es recopilar y exponer las generalidades de las poblaciones diferenciales y de inclusión; en ese sentido se presentan las necesidades en salud y sus inequidades como parte del reconocimiento de la vulnerabilidad social a la cual están sujetas estas poblaciones.

El presente capítulo da cuenta de las principales problemáticas de salud halladas mediante la información cuantitativa, cualitativa y espacial reciente y disponible que encierran a las poblaciones en mención, esperando que su visibilización permita la toma de decisiones en torno a la inclusión social en materia de participación social y que conlleve al quiebre de las inequidades sociales y de salud que viven estas poblaciones de manera que se alcance la igualdad en todos los ámbitos.

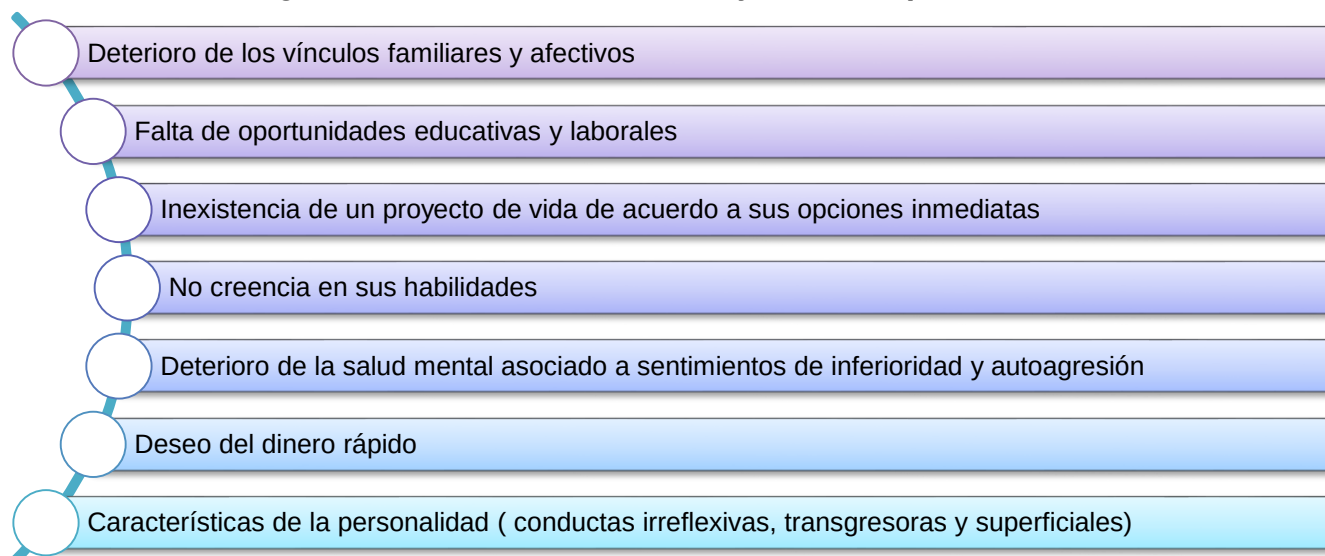
4.7 Población priorizada: personas en ejercicio de la prostitución

La población en ejercicio de prostitución está reconocida como uno de los grupos con mayor vulnerabilidad debido a las condiciones de riesgo sociales y de salud en las que viven y laboran. Resulta importante mencionar que la oferta de trabajo sexual en la localidad de Los Mártires es ofrecida por mujeres heterosexuales y población transgénero.

Mediante visitas y recorridos en campo desarrollados desde el proyecto de fortalecimiento de redes del equipo PEP del espacio trabajo de la Subred Centro Oriente, se ha podido determinar que las zonas dedicadas al comercio sexual de mujeres se ubican en gran parte del barrio Santa Fe y en parte del barrio La Favorita; en este último se encuentran también hombres y mujeres trans en ejercicio de prostitución.

Desde el ámbito social cabe analizar los motivos que conducen a las personas dedicadas a este oficio los cuales suelen ser, principalmente, la pobreza, la discriminación de género la ausencia de redes familiares y en algunos casos, abusos sexuales previos, no sin desconocer que hay mujeres que ejercen la prostitución por gusto. Todos los factores ajenos a la voluntad de la persona que ejerce la prostitución dejan entrever situaciones de fragilidad social y vulnerabilidad, tanto en los entornos familiar como social. En últimas la problemática no es el ingreso económico que deja la actividad, sino las condiciones adversas que lo acompañan y lo fomentan, así como también las consecuencias sociales y de salud pública que rodea la prostitución (figura 25).

Figura 25. Posibles causas del ejercicio de prostitución



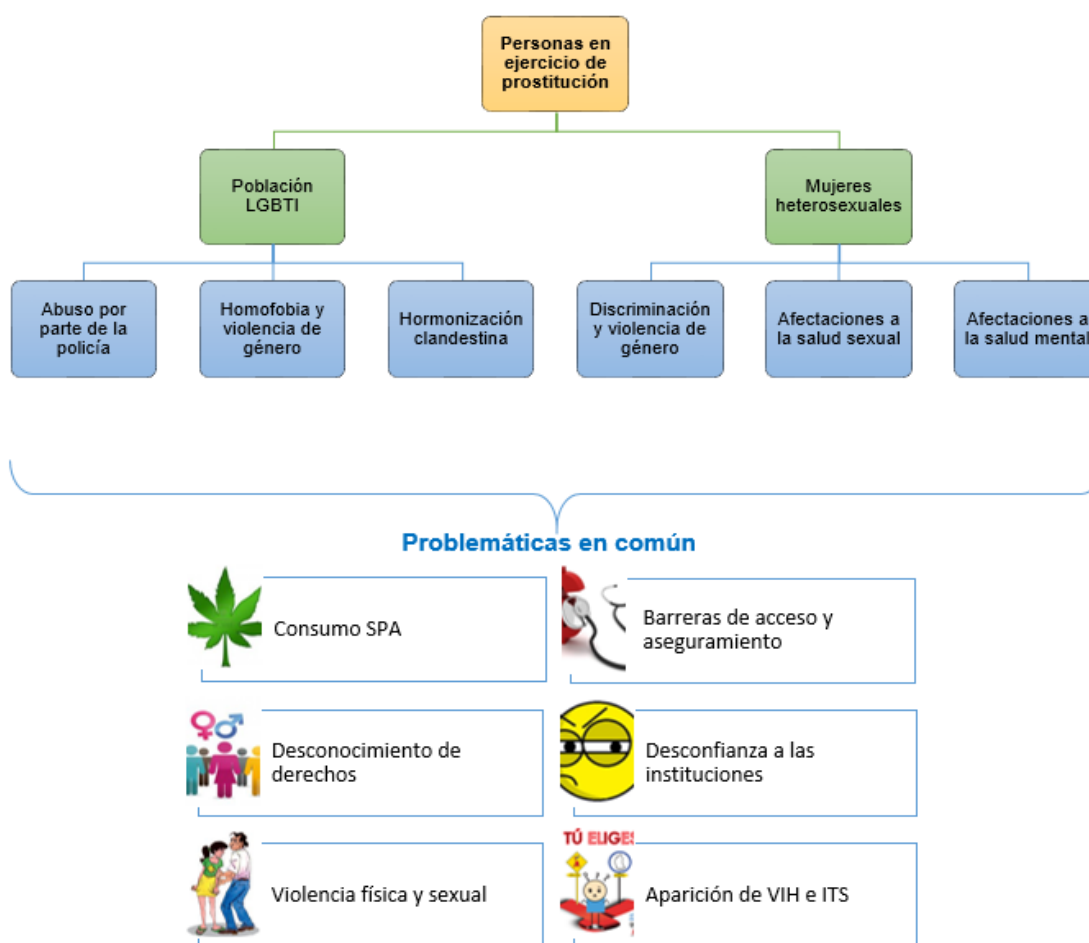
Fuente: Boletín diferencial de personas de los sectores LGBTI y documento Fase Exploratoria ASIS Diferencial 2015 localidad de Los Mártires, Hospital Centro Oriente II Nivel ESE.

Para los gobiernos nacionales y locales, incluyendo Bogotá, nunca ha sido fácil abordar la prostitución pues alrededor del tema giran complejas relaciones sociales y de poder que, al estar bajo el marco de la ilegalidad, la marginalidad y el escrutinio público, genera sensibilidad y raya con la moralidad de la sociedad; estas se definen mediante su naturaleza económica hasta sus implicaciones en el bienestar social, la delincuencia y la salubridad. De este modo surge la necesidad imperante de re-evaluar las políticas públicas frente al tema de la prostitución, con el fin de establecer garantías resolutorias y de atención a las personas que lo ejercen en un sentido incluyente e igualitario.

La prostitución como un hecho social deja ver las desventajas sociales y las condiciones de inequidad que viven las mujeres y los hombres vinculados a este oficio. La difícil situación socio-económica y política que afronta el país agrava más esta problemática, puesto que cada vez hay menos ofertas laborales para la creciente demanda poblacional en edades laborales y productivas de las poblaciones más vulnerables, especialmente en los estratos predominantes en la localidad 0, 2 y 3.

Uno de los temas que llama la atención frente al análisis de situación de salud de la población en ejercicio de prostitución es el alcoholismo, la drogadicción y la violencia de género. Sin embargo se presentan algunas problemáticas diferentes según el tipo de población que se encuentra en el ejercicio de la prostitución como se puede apreciar en la (figura 26).

Figura 26. Problemáticas sociales y de salud de la población en ejercicio de prostitución



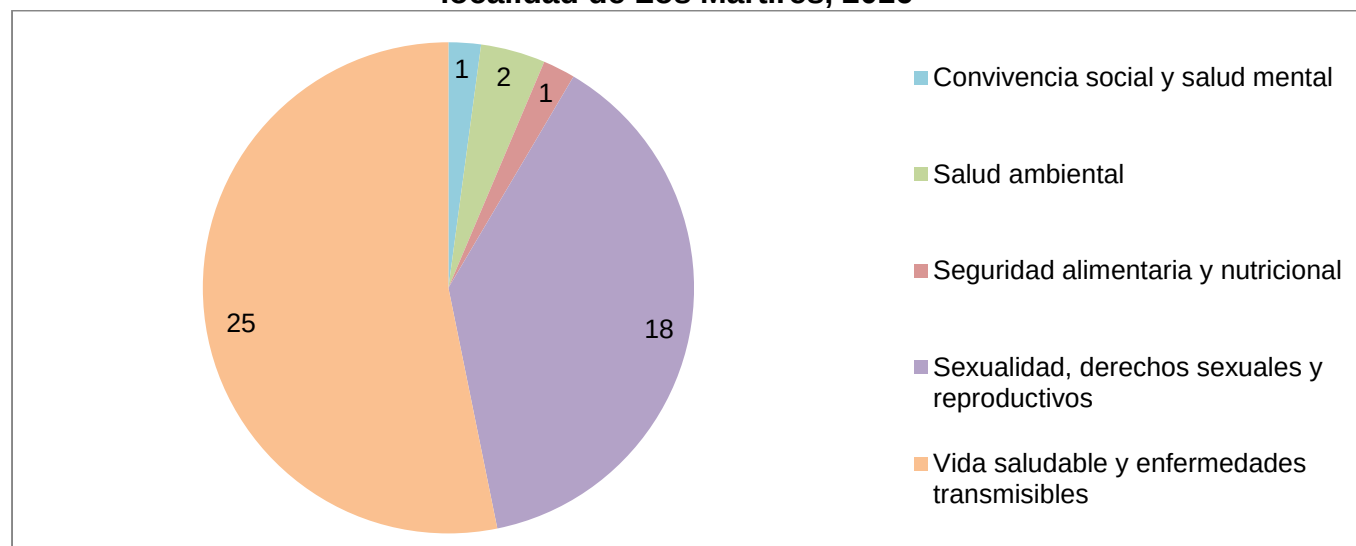
Fuente: Boletín diferencial de personas de los sectores LGBTI y documento Fase Exploratoria ASIS Diferencial 2015 localidad de Los Mártires, Hospital Centro Oriente II Nivel ESE.

El abuso de SPA tanto legal como ilegal se constituye una práctica recurrente que les permite ejercer la prostitución. Con respecto al abuso y/o violencia sexual no es denunciado debido a los mitos e imaginarios, a la discriminación que conlleva el tipo de actividad laboral y a las demoras en la atención. Del mismo modo las afectaciones en salud mental y los riesgos asociados al contagio de enfermedades de transmisión sexual, tienen lugar en la situación de salud, de esta población (39).

4.7.1 Población habitante de calle

El 100 % (n=47) de los casos notificación para el 2016 en población habitante de calle de la localidad de los Mártires se ubican en la UPZ 102 La Sabana, el 53,19 % (n=25) de los registros se deben a las enfermedades transmisibles como tuberculosis pulmonar, Extrapulmonar y farmacorresistente, agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, parotiditis y varicela, seguido del 38,30 % (n=18) de eventos de salud sexual como morbilidad y mortalidad por VIH/SIDA, sífilis gestacional y congénita, mortalidad perinatal y morbilidad materna extrema (figura 27).

Figura 27. Distribución eventos de notificación en habitante de calle según UPZ, localidad de Los Mártires, 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de bases oficiales SDS SIVIGILA Distrital, reporte 07/2017.

Con la transformación urbanística que sufrió la ciudad, en el marco de la construcción del parque tercer milenio, se desarrolló la desaparición de manera forzada de la zona denominada como el Cartucho, anteriormente barrio Santa Inés. Esta situación obligó a los

poblados del sector de cartucho, mayoritariamente habitantes de calle abandonar el sector, para refugiarse en otras zonas de la localidad, y en los barrios aledaños al espacio del Cartucho. De ahí que la población habitante de calle, trasladará sus dinámicas a barrios como San Bernardo o el Voto nacional (40).

La habitabilidad en calle se define como una situación de riesgo tanto a problemáticas sociales como de salud, así se observa su fragilidad social y vulnerabilidad en cuanto la ausencia de derechos que los protejan de las inequidades sociales.

Desde el ámbito social deben medirse factores que son determinantes en la habitabilidad en calle: las débiles relaciones sociales, en las redes de apoyo familiares y el abandono, así como también la debilidad en las relaciones afectivas, todos ellos relacionados con el abuso del consumo de SPA, con las conductas violentas y delictivas. Del mismo modo se debe analizar la situación desde el ámbito biológico el cual se ve trazado por alteraciones en la salud mental, física y sexual, las cuales también tienen relación con el contexto social (figura 28).

Por otra parte, se analiza al habitante de calle desde dos perspectivas: la primera como aquellos sujetos que, a causa del desempleo, los bajos ingresos económicos el abandono o la exclusión social, deben vivir en la calle; mientras que, en la segunda, se analiza a aquellos sujetos que deciden vivir en la calle según su estilo de vida” (41).

De la misma manera, algunas de las dinámicas de rebusque ejercidas por los habitantes de calle en la localidad, tiene que ver con el ejercicio esporádico del reciclaje, el recateo, la mendicidad y el hurto. (Ver Figura 28). Vale la pena mencionar que diferentes sectores de la localidad resultar ser el escenario perfecto para estas dinámicas de rebusque, debido a la vocación industrial y comercial propia de la localidad.

Figura 28. Riesgos en salud identificados en la población habitante de calle de la localidad de Los Mártires



Fuente: documento Fase Exploratoria ASIS Diferencial 2015 localidad de Los Mártires, Hospital Centro Oriente II Nivel ESE.

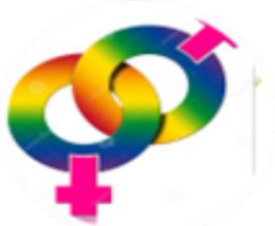
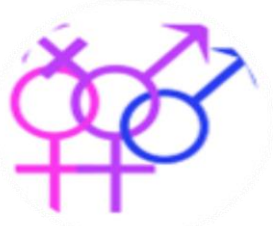
4.7.2 personas de los sectores sociales LGBTI

Las personas de los sectores sociales LGBTI está caracterizada como una población diferencial, en consideración a las situaciones de vulnerabilidad que enfrentan para ejercer el derecho a la salud y otros derechos. En Colombia esta población ha sido históricamente discriminada y segregada, pese a los procesos de exigibilidad de derechos que han liderado. En este sentido el informe publicado por la organización Colombia diversa correspondiente al año 2013, evidencia las situaciones de vulneración de derechos humanos a las que están expuestas la población LGBTI, ejercidas desde el prejuicio social y enmarcadas en el abuso policial, la situación carcelaria, los derechos en salud, seguridad social, educación y trabajo (42).

Si bien el movimiento social de la población LGBT ha logrado realizar un proceso de exigibilidad de derechos digno, en que se han conquistado una serie de demandas que hasta antes de la constitución de 1991 eran impensables. De ahí que el derecho al acceso a la salud de manera equitativa en términos de género se haya constituido como un proceso complejo que aún está en construcción, pues la población LGBT ha tenido que afrontar

situaciones de discriminación y exclusión en parte debido a la falta de reconocimiento de la diversidad sexual y al desconocimiento de lo que implica pensar en el género en términos sociales y de salud (figura 29).

Figura 29. Problemáticas de salud identificadas en la población LGBT de la localidad de Los Mártires

Lesbianas	Gay	Bisexuales	Transgénero
 Se han configurado imaginarios sociales que adjudican el contagio de algunas enfermedades de transmisión sexual, como el VPH o VIH, únicamente a las relaciones sexuales con hombres.	 Problemas en la adherencia a los procesos preventivos, así como también a tratamientos relacionados con el VIH. Acceden a los servicios de salud en términos de atención y no de prevención.	 Violencia física por orientación y alteraciones en salud mental por dobles identidades o identidades ocultas, situación que imposibilita indagar acerca de las necesidades requeridas por esta población.	 Falta de asistencia a controles médicos. Además realizan procedimientos invasivos auto medicados que van desde la aplicación de hormonas hasta el uso de sustancias peligrosas en sus transformaciones corporales.

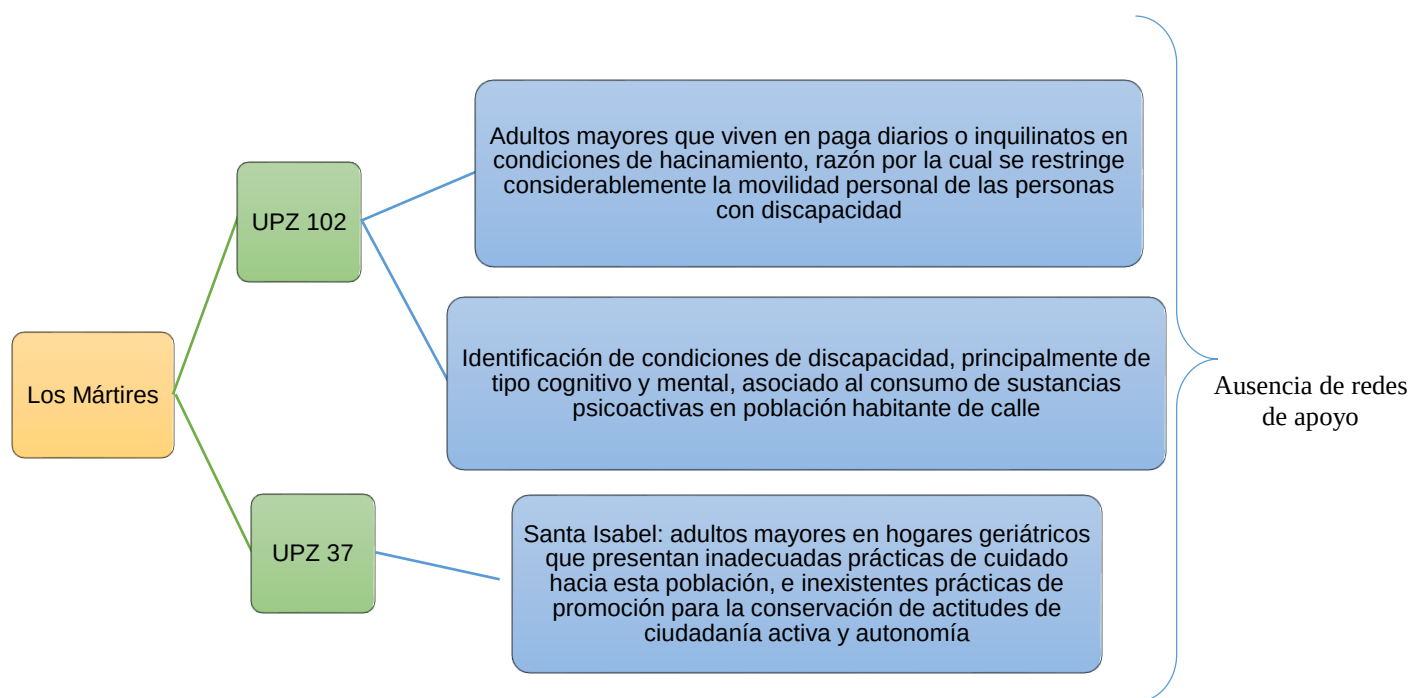
Fuente: Boletín diferencial de personas de los sectores LGBTI y documento Fase Exploratoria ASIS Diferencial 2015 localidad de Los Mártires, Hospital Centro Oriente II Nivel ESE.

4.7.3 Población con discapacidad

La población con discapacidad tiene que enfrentarse a barreras que limitan su desarrollo integral en todos los ámbitos de la vida, de ahí que las problemáticas que enfrenta esta población de inclusión se enmarcan en las diferentes barreras referentes a movilidad y acceso a los servicios de salud en términos de atención y rehabilitación. Cabe agregar a lo anterior que la población con discapacidad en edad productiva presenta restricción en oportunidades para la formación y desarrollo de competencias ocupacionales y procesos de inclusión laboral; esto con relación a programas y políticas asistencialistas, enfocadas a atender necesidades básicas como alimentación y cuidado personal.

Esto se refleja en las unidades habitacionales presentes en el territorio, como lo son los algunos pagadarios o inquilinatos característicos de la UPZ 102 cuyos espacios son considerablemente reducidos y presentan condiciones de hacinamiento, razón por la cual se restringe considerablemente la movilidad personal de las personas con discapacidad y en consecuencia se perpetúa su dependencia funcional anulando posibilidad alguna de desarrollo de autonomía (figura 30).

Figura 30. Problemáticas de salud identificadas en la población con discapacidad de la localidad de Los Mártires



Fuente: documento Fase Exploratoria ASIS Diferencial 2015 localidad de Los Mártires, Hospital Centro Oriente II Nivel ESE.

4.7.4 Población víctima del conflicto

En la UPZ 102 La Sabana se notificaron 36 casos de varicela en población víctima de violencia armada.

La población víctima del conflicto armado corresponde a una de las poblaciones más vulnerables, debido a los hechos violentos de los cuales han sido víctimas, esto en el marco del conflicto armado colombiano. Así su abordaje se torna en una labor ardua considerando

los factores en los que generó el desplazamiento, en esa medida surge el afán por atender y resolver de manera inmediata a esta población evitando la revictimización y la vulnerabilidad que implica el proceso de re-inclusión en la sociedad.

Si bien, el ministerio de salud, reconoce que toda persona víctima, se considerará elegible para el subsidio en salud, salvo en los casos en que se demuestre capacidad de pago y en caso de no hallarse afiliadas, tendrán que ser afiliadas en forma inmediata al régimen subsidiado (43).

En la localidad las víctimas del conflicto armado tienen que asumir diferentes limitaciones en el acceso a los servicios de salud, debido a que, en algunos casos, no cuentan con documentos de identificación. Asimismo, ocurre con el acceso a la vivienda, pues su capacidad de pago le limita al uso de unidades habitacionales relacionados con paga-diarios e inquilinatos, las cuales tienen implicaciones negativas en la situación de salud de las víctimas del conflicto armado, debido a las condiciones de insalubridad y hacinamiento, características de estas unidades habitacionales, generan afectaciones en la salud mental de la población. (figura 31).

Figura 31. Riesgos en salud identificados en la población víctima del conflicto de la localidad de Los Mártires



Riesgos físicos de actividad laboral ya que los bajos ingresos económicos conducen al trabajo informal, la venta ambulante y la mendicidad



En las etapas de ciclo vital juventud y la adultez se presenta consumo de SPA y situaciones de violencia intrafamiliar.



Riesgo de enfermedades e infecciones respiratorias debido a las condiciones de insalubridad y hacinamiento, producto de la habitabilidad en inquilinatos y paga diarios



Alteraciones de salud mental derivada del proceso de desplazamiento y sucesos de violencia

Fuente: documento Fase Exploratoria ASIS Diferencial 2015 localidad de Los Mártires, Hospital Centro Oriente II Nivel ESE.

4.7.5 Población étnica

Durante el 2016 se notificaron 1.200 eventos de interés en salud pública de población residente en la localidad de Los Mártires, de los cuales el 7,25 % (n=87) se presentaron en población étnica, el 96,55 % (n=84) viven en la UPZ 102 La Sabana y el 3,45 % (n=3) en la 37 Santa Isabel. El 83,91 % (n=73) de los registros son en población indígena, con un 6,90 % (n=6) en población ROM gitana y afrocolombiano, respectivamente. El grupo de las enfermedades transmisibles representan el 88,51 % (n=77) del total de los eventos en la localidad, entre ellos se presenta con mayor frecuencia varicela, enfermedades respiratorias y tuberculosis; seguido se encuentra la morbilidad materna extrema y morbilidad y mortalidad por VIH/SIDA del grupo de salud sexual (tabla 43).

Tabla 43. Distribución eventos de notificación en población étnica según UPZ, localidad de Los Mártires, 2016

Evento		Otros	ROM, Gitano	Raizal	Indígena	Negro	Total general
UPZ 102	Total UPZ 102	653	4	2	73	5	737
	Convivencia social y salud mental	13					13
	Salud ambiental	50			1		51
	Seguridad alimentaria y nutricional	43			3		46
	Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	150			1	2	153
	Vida saludable y condiciones no transmisibles	19	1				20
	Vida saludable y enfermedades transmisibles	378	3	2	68	3	454
UPZ 37	Total UPZ 37	460	2			1	463
	Convivencia social y salud mental	4					4
	Salud ambiental	40					40
	Seguridad alimentaria y nutricional	29					29
	Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	93				1	94
	Vida saludable y condiciones no transmisibles	31	1				32
	Vida saludable y enfermedades transmisibles	263	1				264
Total general		1113	6	2	73	6	1200

Fuente: Elaboración propia a partir de bases oficiales SDS SIVIGILA Distrital, reporte 07/2017.

Las poblaciones étnicas están consideradas como poblaciones diferenciales, debido al alto grado de vulnerabilidad que enfrentan en materia de exigibilidad de derechos; esta situación tiene un agravante y es que gran parte de la población étnica residente en Bogotá cuenta con una doble condición de vulnerabilidad ya que son víctimas de conflicto armado que vive el país. En este sentido, resulta inevitable relacionar las condiciones de inequidad y la baja inclusión social dentro de la situación de salud de la población.

A nivel cualitativo se evidencia que una de las necesidades más sentidas de la población étnica de la localidad está relacionada con que el sistema de salud occidental implementado en los hospitales no responde a sus requerimientos culturales (Figura 32 y Figura 33). Así mismo se enfrentan cotidianamente con los riesgos laborales identificados inherentes a la actividad económica que desarrollan algunos miembros de pueblos indígenas como vendedores ambulantes, quienes están expuestos continuamente a los cambios climáticos, la contaminación del medio ambiente, la contaminación auditiva y la inseguridad propia de las calles de Bogotá.

Figura 32. Problemáticas sociales y de salud identificadas en la población indígena de la localidad de Los Mártires



Fuente: documento Fase Exploratoria ASIS Diferencial 2015 localidad de Los Mártires, Hospital Centro Oriente II Nivel ESE.

Figura 33. Problemáticas sociales y de salud identificadas en la población negra o afro descendiente de la localidad de Los Mártires



Fuente: documento Fase Exploratoria ASIS Diferencial 2015 localidad de Los Mártires, Hospital Centro Oriente II

4.7.6 Acciones y respuestas en salud para situaciones identificadas en las poblaciones diferenciales

De acuerdo a las necesidades en salud identificadas previamente, el presente apartado da cuenta de las acciones de respuesta que se llevan a cabo desde la salud pública a fin de atender y mitigar las problemáticas que presentan las poblaciones diferenciales de las seis localidades de injerencia de la Subred Centro Oriente.

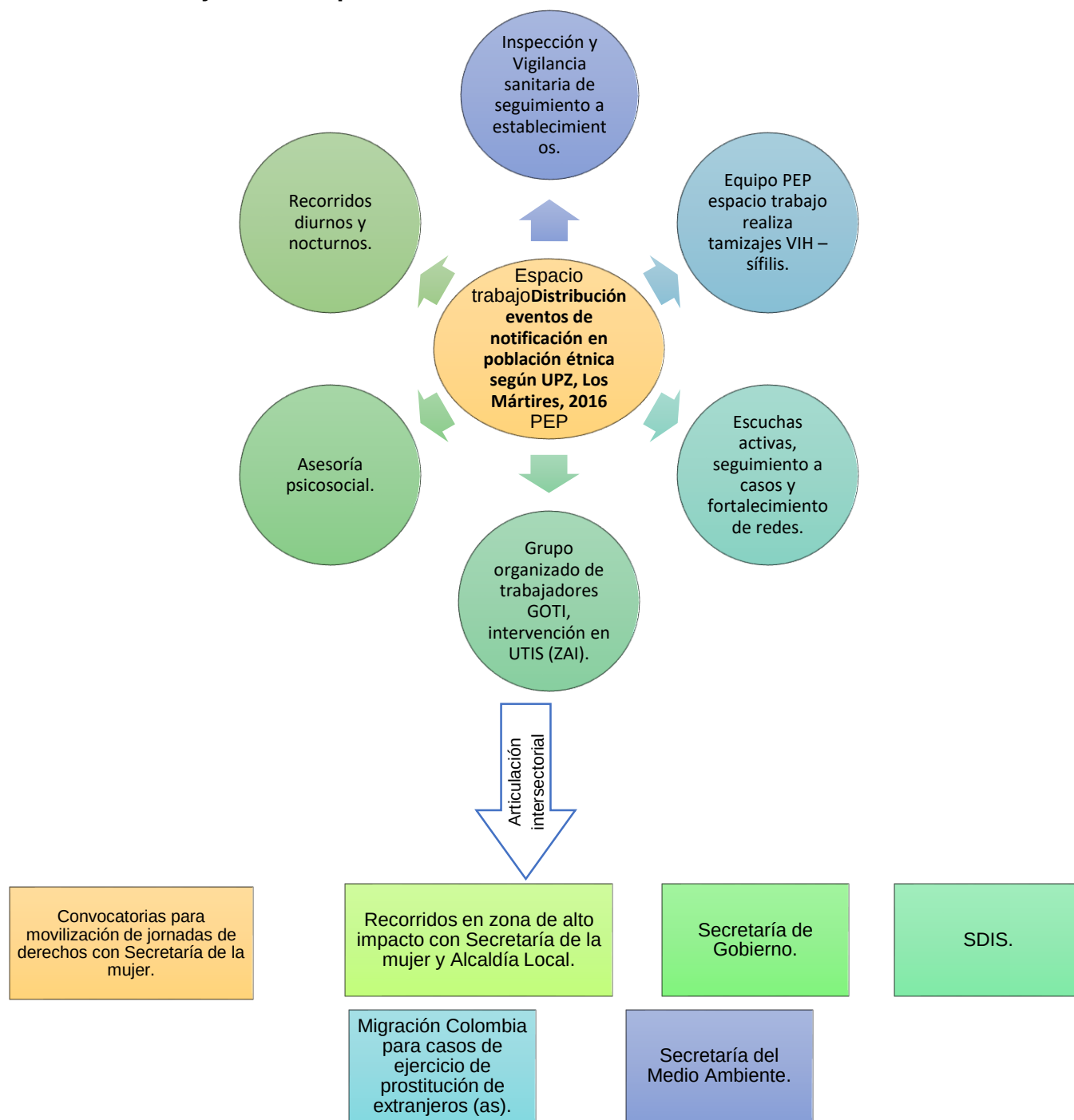
En razón de lo anterior el capítulo se divide en tres partes; la primera, muestra las acciones de respuesta de acuerdo a cada necesidad de las poblaciones diferenciales; la segunda, da cuenta de un análisis de la ubicación espacial de la población en contraste con la ubicación de la respuesta institucional; la tercera, relata, a través de una experiencia exitosa, los logros del abordaje a la población diferencial priorizada en cada localidad.

4.8 Población priorizada: personas en ejercicio de la prostitución

Desde el componente de Gobernanza I encargado de la política pública laboral se han realizado acciones de inspección y vigilancia sanitaria orientadas al seguimiento a establecimientos, tamizajes de VIH y sífilis, recorridos diurnos y nocturnos, asesoría

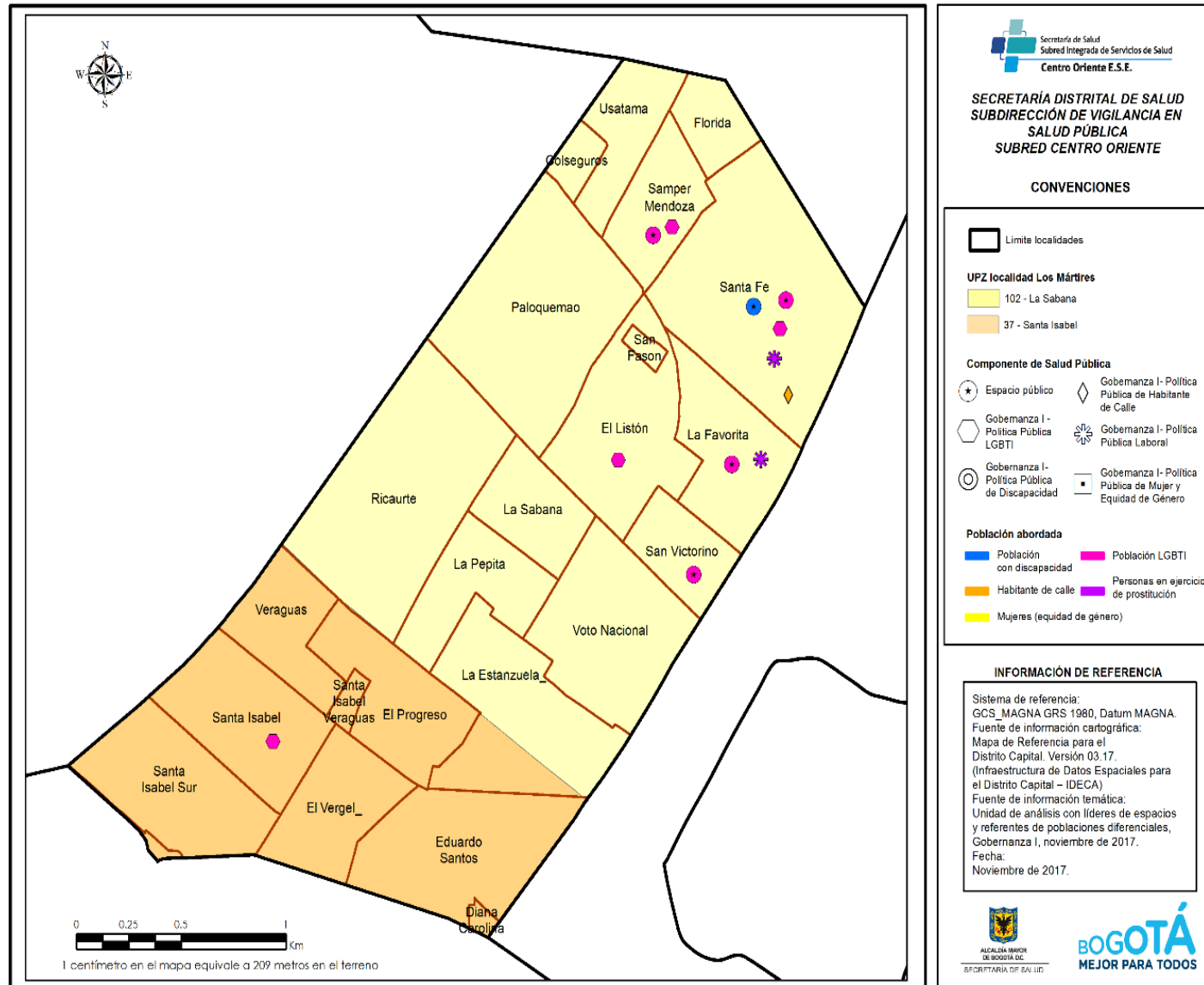
psicosocial, intervención a UTIS, escuchas activas, seguimiento a casos y fortalecimiento de redes en los barrios Santa Fe y La Favorita; lo que es coherente con los sitios de residencia y trabajo identificados en esta población (mapa 10 y figura 34).

Figura 34. Respuesta identificada para las necesidades en salud de la población en ejercicio de prostitución de la localidad de Los Mártires



Fuente: Transcripción de resultados unidad de análisis con líderes de espacios y referentes de poblaciones diferenciales de Gobernanza 1, noviembre 20 de 2017.

Mapa 10. Respuesta institucional desde salud pública de la Subred Centro Oriente, en torno a las poblaciones diferenciales y de inclusión



Fuente: Equipo ACCVSyE.

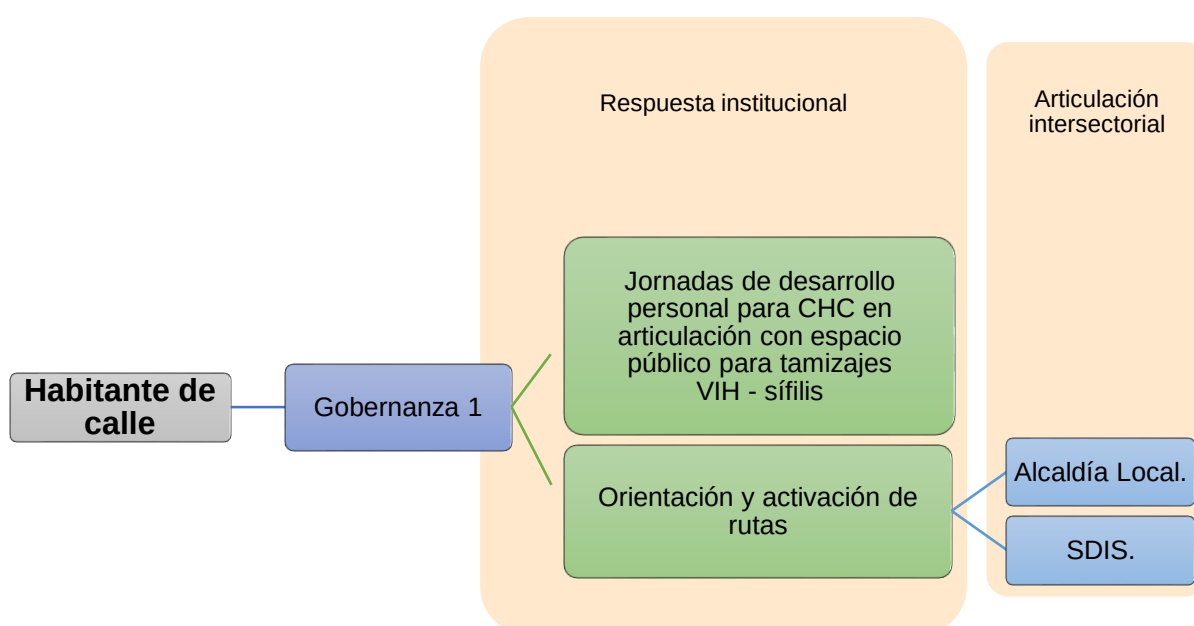
Como puede verse en el (mapa 10) la respuesta desde salud pública da cuenta de las necesidades de la población, sin embargo resulta ser insuficiente en la medida en que no cubre al total de la población diferencial a lo largo de la localidad, pues se evidencia que hay una concentración de actividades al nororiente de la localidad, dejando de lado la población que se ubica al sur de la UPZ 102 y descubierta la población de la UPZ 37. Este hecho evidencia barreras de acceso a los servicios de salud pública y debilidad de la misma.

4.8.1 Ciudadanos habitantes de calle

Las acciones del componente de Gobernanza I a cargo de la política pública de esta población se han centrado en el barrio Santa Fe, en donde se han realizado jornadas de desarrollo personal en articulación el Espacio Público, con el propósito de realizar tamizajes de pruebas rápidas de VIH; orientación en salud y activación de rutas (figura 35).

Por otro lado, existe muy baja correspondencia de la oferta existente frente a la ubicación de la población dado que los sitios de intervención no consideran las zonas centro y sur de la localidad, donde se reportan con mayor frecuencia (mapa 10).

Figura 35. Respuesta identificada para las necesidades en salud de los ciudadanos habitantes de calle de la localidad de Los Mártires



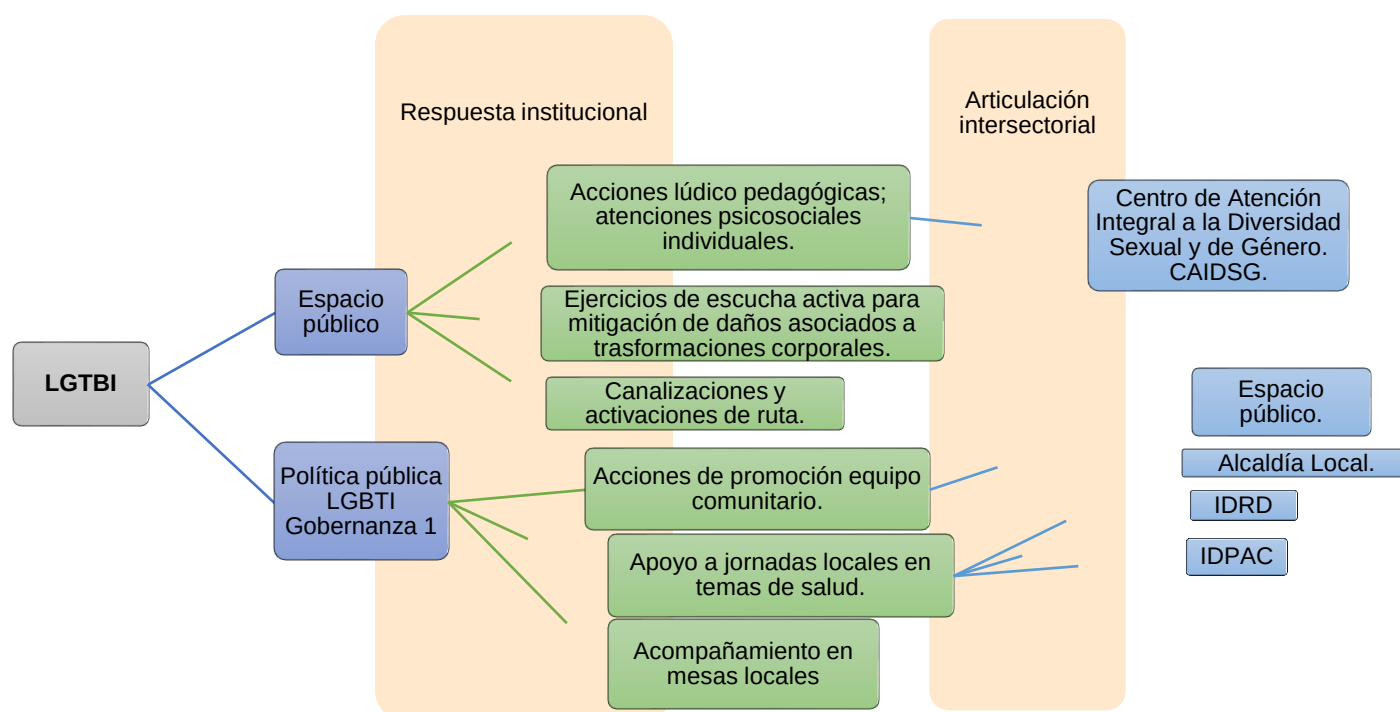
Fuente: Transcripción de resultados unidad de análisis con líderes de espacios y referentes de poblaciones diferenciales Gobernanza 1. Noviembre 17 de 2017.

4.8.2 Personas de los sectores sociales LGBTI

Las acciones desarrolladas en la localidad han sido lideradas por el Espacio Público en los barrios Samper Mendoza, Santa Fe, La Favorita y San Victorino; enfocadas en actividades lúdico-pedagógicas, atenciones psicosociales individuales, canalizaciones y/o activaciones de rutas, y ejercicios de escucha activa para la promoción de factores protectores en salud y la mitigación de daños asociados a transformaciones corporales, artesanales e inadecuadas. Por su parte, el componente de Gobernanza I encargado de la política pública LGBTI, se ha centrado en el acompañamiento a las mesas y comités locales e interinstitucionales respectivos; las acciones de prevención y el apoyo a jornadas locales en los barrios Samper Mendoza, Santa Fe, El Listón y Santa Isabel (figura 35).

Frente a la ubicación de la población, se identifica correspondencia de la respuesta en los barrios Santa Isabel, El Listón y Santa Fe, aunque se requerirían ejercicios de valoración y validación a partir de los cuales se definan o descarten acciones en Eduardo Santos, La Estanzuela y Voto Nacional, donde se reportan residentes (figura 36).

Figura 36 Respuesta identificada para las necesidades en salud de la población LGBTI de la localidad de Los Mártires



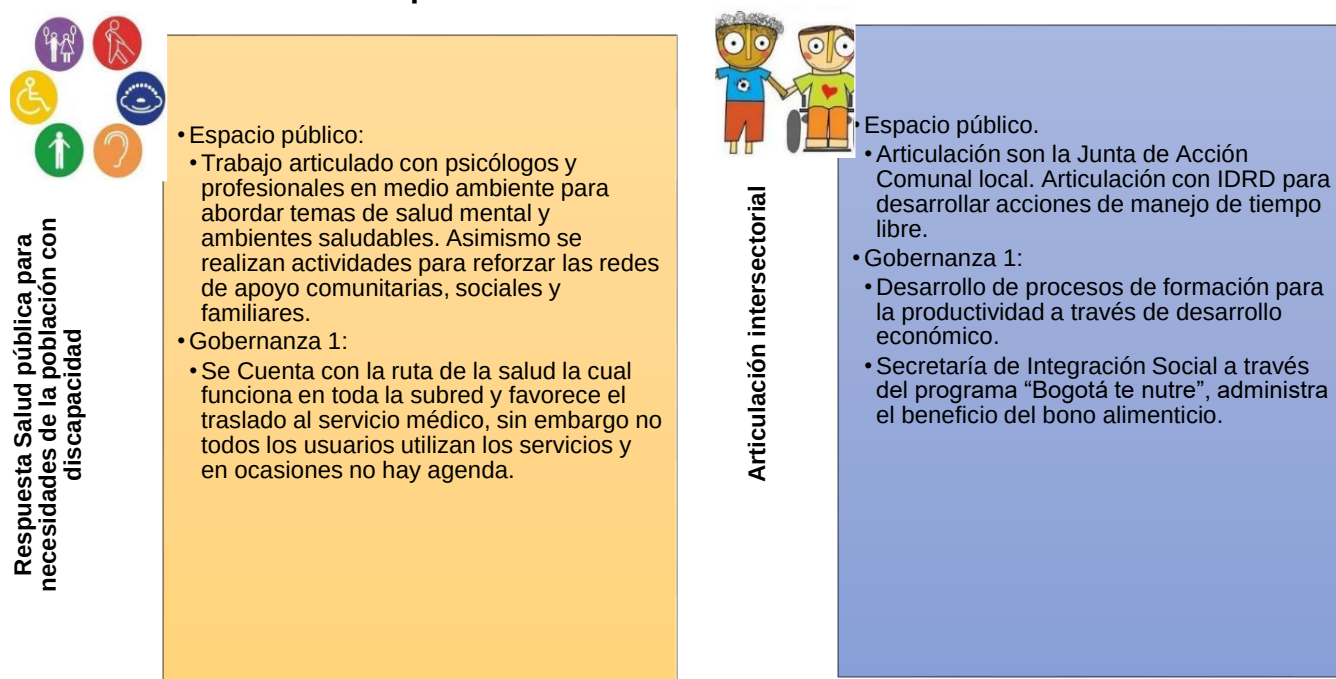
Fuente: Transcripción de resultados unidad de análisis con líderes de espacios y referentes de poblaciones diferenciales Gobernanza 1. Noviembre 15 de 2017 y Noviembre 17 de 2017.

4.8.3 Población con discapacidad

Desde espacio público del plan de intervenciones colectivas se han desarrollado acciones dirigidas a la población con discapacidad en el barrio Santa Fe, las cuales están vinculadas con el abordaje temático en torno a la salud mental y al ambiente con profesionales de psicología y ambientales, el empoderamiento con respecto al marco normativo de la discapacidad, y el fortalecimiento de acciones de mutuo cuidado y autocuidado (figura 37).

No obstante, la ubicación de la oferta en salud pública no se corresponde con el alto volumen de población con discapacidad reportado en las zonas del centro y sur de la localidad, lo cual amerita revisión y ajuste por parte de la Subred (mapa 10).

Figura 37. Respuesta identificada para las necesidades en salud de la población con discapacidad de la localidad de Los Mártires



Fuente: Transcripción de resultados unidad de análisis con líderes de espacios y referentes de poblaciones diferenciales de Gobernanza 1, noviembre 20 de 2017.

4.8.4 Población víctimas del conflicto

De esta población no se reconocieron acciones de respuesta desde la salud pública ya que no se cuenta con el número suficiente de víctimas en la localidad.

4.8.5 Etnias

Cuadro 4. Respuesta identificada para las necesidades en salud de los pueblos indígenas de la localidad de Los Mártires

Población	Necesidades y riesgos	Respuestas actuales	Acciones intersectoriales
UITOTO	• Problemas de salud oral	En la Localidad se acaba de instalar la mesa indígena, en la cual participan líderes de los pueblos indígenas radicados en esta, esta instancia sirve para poner en conocimiento los diferentes problemas que presentan las comunidades y buscar las instituciones que puedan minimizar las problemáticas	• Alcaldía Local • Secretaría de Salud • Secretaría de Integración Social • Secretaría de Hábitat • IDIPRON • IDPAC • SAE
EMBERA	• Hacinamiento • Desnutrición • Alcoholismo • Consumo de spa • Embarazos prematuros • Salud oral • Aseguramiento • Violencia al interior de las familias		
KICHWA	• Aseguramiento • Problemas de postura • Problemas respiratorios en adultos • Problemas auditivos • Problemas de la piel		
AFRO	• Barreras de aseguramiento • Promoción y prevención en salud oral • Promoción y prevención en salud sexual.	Para la comunidad afro se instala el consejo afro que esta precedido por el alcalde local y 25 consejeros de la comunidad afro más las instituciones, es un consejo mixto, donde se presentan las problemáticas de este pueblo y las instituciones realizan su oferta de servicio.	• Alcaldía Local • Secretaría de Salud • Secretaría de Integración Social • Secretaría de Hábitat • IDIPROM • IDPAC - SAE

Fuente: Transcripción de resultados unidad de análisis con líderes de espacios y referentes de poblaciones diferenciales de Gobernanza 1, Noviembre 20 de 2017.

5. CAPÍTULO V: ACCIONES EN SALUD PÚBLICA

5.1 Acciones en salud pública

El Plan de Salud pública de intervenciones colectivas –PSPIC- hace parte del Modelo de Salud del Distrito Capital, promueve la participación ciudadana, la gestión intersectorial y la gestión colectiva del riesgo, en los espacios de vida cotidiana donde se desarrolla la vida de las personas, operativiza las diferentes acciones integradas de los mismos y de procesos transversales como Vigilancia en Salud Pública (VSP), Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública (GPAISP) y Gobernanza; en tanto asume la promoción de la salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud, y fomenta cambios en las prácticas cotidianas de los ciudadanos, en sus redes sociales, en sus percepciones y en su entorno (44).

A continuación, se describe la operación del PSPIC a través de acciones integradas para cada uno de los espacios y procesos transversales, ejecutadas por equipos interdisciplinarios y dirigidas a intervenir la exposición a riesgos para su transformación; esta información corresponde a un ejercicio de descripción, análisis y síntesis adelantado en forma conjunta entre los equipos de los espacios y componentes con el equipo de gobernanza.

5.1.1 Espacio vivienda

El espacio vivienda se comprende como el escenario de refugio, acogida y afecto además de ser lugar de residencia y convivencia permanente o transitoria de las personas y las familias. En este espacio se busca desarrollar potencialidades y capacidades de las personas, familias y cuidadores para promover y proteger la salud y disminuir y controlar la exposición a riesgos en las viviendas, sean familiar o institucional a través de acciones integradas, que permita transformar su realidad a partir de sus propias decisiones (45)

5.1.1.1 Estructura

La operación del espacio vivienda comprende dos acciones integradas a saber: Cuidado para la salud familiar y Cuidado para la salud familiar institucional; estas acciones a su vez se subdividen en componentes. Los equipos están conformados por grupos de profesionales según la acción y escenario de desempeño; participan los perfiles de Enfermería, Psicología y técnico ambiental acompañados de los perfiles de odontología y nutrición de acuerdo al proceso e intervención (cuadro 5).

Cuadro 5. Conformación equipo espacio vivienda, Subred Centro Oriente, 2016

Componente	Escenario de operación	Talento humano
Acción integrada: Cuidado para la salud familiar		
Gestión del riesgo: acciones dirigidas a la población de mayor vulnerabilidad, con individuos identificables y caracterizables, para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud de la persona.	Viviendas familias	El grupo está conformado por 9 equipos (enfermera y gestores) distribuidos en las 6 localidades. Y un equipo adicional de 12 gestoras, en articulación con el PAI. En Total 10 equipos. Complementan las acciones: - Equipo de 2 geógrafos quienes organizan la priorización de los usuarios mediante la geocodificación por malla vial y predial exacto; - 3 técnicos en el proceso de consolidación de información; - 7 digitadores en el proceso de agendamiento.
Acciones familiares: gestión del riesgo combinando medidas preventivas, modificando factores de riesgo y reforzando factores protectores que sean modificables para evitar que ocurra la enfermedad y medidas mitigadoras que modifican los efectos de la enfermedad.	Viviendas familias	Cada mes se hace caracterización y seguimiento a planes familiares para lo cual se cuenta con 22 equipos distribuidos en las seis localidades de la Subred; están conformados por los perfiles de enfermería, psicología y técnico ambiental, 7 odontólogos y 3 terapeutas, distribuidos de acuerdo al comportamiento de las notificaciones de los eventos en salud pública priorizados para el componente de familias.
Acciones en hogares comunitarios y de bienestar: Cuidado para la salud de la población institucionalizada, encaminada al fortalecimiento del derecho a la salud en beneficio de la población.	Hogares comunitarios y de bienestar	Cuenta con 6 equipos, cada uno con los perfiles de enfermería, técnico ambiental y gestor comunitario con pertenencia étnica, cuatro de esos equipos se complementan con los perfiles de medicina ancestral (Médico sabedor y partera).
Familias étnicas con atención integral en salud	Viviendas Pagadarios	Se tiene 5 equipos, cada uno conformado por los perfiles de enfermería, psicología y técnico ambiental, y se complementan con el perfil de odontología.
Acción integrada: Cuidado para la salud familiar institucional		
Cuidado para la salud de personas, familias y cuidadores, instituciones de protección y atención integral a personas mayores	Instituciones de protección a personas mayores	Cuenta con 5 equipos, cada uno integrado por perfiles de enfermería y psicología, bajo la orientación del perfil de gerontología, para abordar 46 instituciones de protección y atención integral a personas mayores en las localidades de San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Antonio Nariño y Mártires.
Cuidado para la salud de personas y cuidadores en instituciones de protección y atención para habitantes de calle y personas privadas de la libertad	Instituciones de protección y atención para habitantes de calle y personas privadas de la libertad	Con un equipo, conformado por los perfiles de enfermería, psicología y técnico en salud, para abordar en total 2 instituciones Carcelarias, 1 institución de atención a población habitante de calle y 1 institución de responsabilidad penal para adolescentes.

Fuente: Elaboración propia espacio Vivienda, Subred Centro Oriente, año 2017

5.1.2 Resultados

A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos como producto de la gestión del Espacio Vivienda en la localidad, de acuerdo a las acciones integradoras y sus respectivos componentes.

5.1.2.1 Acción integradora 1 Cuidado para la salud familiar. Gestión del riesgo

Desde este componente se aplica un instrumento de identificación de necesidades de atención en acciones de protección específica y detección temprana y evaluación del riesgo, en la residencia de usuarios categorizados como población pobre y vulnerable; esto con el fin de identificar factores de riesgo, determinantes sociales y aportar a minimizar barreras de acceso, mediante su caracterización y agendamiento de cita correspondiente, de ser requerido.

Desde este componente se han aplicado en el área de la Subred 32.313 instrumentos de valoración, con corte diciembre 2017, de los cuales 21.014 se identificaron con necesidad de citas en protección específica y detección temprana (65,0 %); de estos, 15.141 usuarios ya han ingresado a la atención en salud (72,0 %). La distribución de estos usuarios para la localidad Antonio Nariño muestra una distribución similar entre sus UPZ.

Tabla 44. Distribución de Usuarios con agendamiento, componente gestión de riesgo, Localidad de Los Mártires, abril a diciembre 2017

UPZ	Barrios	Usuarios agendados
37 Santa Isabel	Eduardo Santos, El Vergel, Santa Isabel Sur, La Fragua y El Progreso	311
102 La Sabana	Santa Fe, La Favorita, Paloquemao, Ricaurte, El Listón, San Victorino, La Sabana, Voto Nacional, La Pepita, La Estanzuela y Samper Mendoza	671
Total Los Mártires		982

Fuente: Elaboración propia espacio Vivienda, Subred Centro Oriente, año 2017

El indicador de operación de este componente es la proporción de personas que logran acceder a programas y acciones de protección específica y detección temprana. Así, la Tabla 44 permite observar que, en coherencia con la situación de aseguramiento, la gestión

de riesgo se adelanta principalmente en la UPZ 102 La Sabana y, los programas para los cuales se hace más gestión son la detección de cáncer cérvico uterino, higiene oral y detección de alteraciones en el joven; así mismo, la mayor efectividad alcanzada en acceso a los programas se da para la detección de alteraciones del adulto y el control de crecimiento y desarrollo.

**Tabla 45. Acceso a programas componente de gestión de Riesgo,
Localidad de Los Mártires, abril a diciembre 2017**

Programa		UPZ 37	UPZ 102	Localidad
Control prenatal (captación temprana antes de la semana 12)	Num	1	2	3
	Denom	1	3	4
	Indicador	100,0	66,7	75,0
Crecimiento y desarrollo	Num	23	52	75
	Denom	43	103	146
	Indicador	53,5	50,5	51,4
Higiene oral (control placa bacteriana)	Num	57	105	162
	Denom	135	223	358
	Indicador	42,2	47,1	45,3
Programa del joven	Num	24	67	91
	Denom	109	216	325
	Indicador	22,0	31,0	28,0
Planificación familiar	Num	6	13	19
	Denom	12	33	45
	Indicador	50,0	39,4	42,2
Programa CCU (21 -69)	Num	41	112	153
	Denom	105	263	368
	Indicador	39,0	42,6	41,6
Programa tamizaje visual	Num	1	0	1
	Denom	3	2	5
	Indicador	33,3	0,0	20,0
Programa del adulto	Num	13	41	54
	Denom	32	66	98
	Indicador	40,6	62,1	55,1
Crónico (resolutivo)	Num	0	2	2
	Denom	1	3	4
	Indicador	0,0	66,7	50,0
Total general	Num	166	394	560
	Denom	441	912	1353
	Indicador	37,6	43,2	41,4

Fuente: Elaboración equipo ACCVSE con base en Matriz espacio vivienda Gestión de riesgo.

5.1.2.2 Acción integradora 1 Cuidado para la salud familiar - Acciones familiares

Teniendo en cuenta los criterios de selección de las familias, la acción integrada gestiona el riesgo combinando medidas preventivas modificando factores de riesgo y reforzando factores protectores que sean modificables para evitar que ocurra la enfermedad y medidas mitigadoras que modifican los efectos de la enfermedad evitando complicaciones (secuelas, discapacidad, incapacidad y muerte) en el individuo y su familia para lo cual se llevan a cabo las siguientes actividades: Selección y priorización de familias, Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia, Reconocimiento cartográfico para el análisis de determinantes estructurales, Análisis conjunto con la familia de las condiciones halladas para establecer prioridades, Concertación del Plan familiar y Desarrollo de acciones centradas en familia.

El componente de acciones familiares construye planes de intervención con cada familia, los implementa, monitorea y evalúa; así, la Tabla 46 indica que en total se elaboraron 2.664 planes para la Subred de los cuales se han implementado 1.793 y se han monitoreado y evaluado un total de 771. En Los Mártires, a diciembre de 2017 se contaba con la implementación y evaluación del 72,7 % y 27,3 % de los planes formulados, respectivamente.

Tabla 46. Familias abordadas por localidad, componente acciones Familiares, Subred Centro Oriente, abril a diciembre 2017

Localidad	Plan formulado	Plan implementado	Monitoreo y evaluación
La Candelaria	60	43	18
Santa Fe	410	277	64
Los Mártires	264	192	72
San Cristóbal	1.060	709	475
Rafael Uribe Uribe	733	500	98
Antonio Nariño	117	72	44
Total	2.644	1.793	771

Fuente: Plan Programático y presupuestal abril- Dic 2017

Las acciones familiares que se generan a partir de los eventos epidemiológicos permite la gestión de los eventos de interés en salud pública con la participación de la persona en su atención en salud; es así como se observa seguimiento, tratamiento y control, según el

evento. No obstante, se evidencia mejor comportamiento para la UPZ 37 Santa Isabel que para la 102 La Sabana, en general para los indicadores observados (tabla 47).

Tabla 47. Indicadores de operación en acciones familiares por UPZ y Localidad, Los Mártires, abril a diciembre 2017

Indicador		UPZ37	UPZ102	Los Mártires
% de casos de MME con seguimiento (Vivienda)	Num	29	24	53
	Denom	60	83	143
	Indicador	48,3	28,9	37,1
Índice de mortalidad perinatal por MME		2	2	4
		60	83	143
	Índice	0,03	0,02	0,03
% de casos de Sífilis Gestacional con seguimiento (Vivienda)	Num	2	3	5
	Denom	3	14	17
	Indicador	66,7	21,4	29,4
Porcentaje de gestantes diagnosticadas con tratamiento	Num	2	2	4
	Denom	2	3	5
	Indicador	100,0	66,7	80,0
Índice de Sífilis Congénita por Sífilis Gestacional	Num	0	3	3
	Denom	2	4	6
	Indicador	0	0,75	0,5
Porcentaje de gestantes que asisten a control prenatal después del seguimiento por vivienda	Num	2	2	4
	Denom	2	3	5
	Indicador	100,0	66,7	80,0
% de casos de Bajo peso al nacer con ganancia de peso para la edad	Num	4	3	7
	Denom	6	7	13
	Indicador	66,7	42,9	53,8
% de casos de DNT aguda con ganancia de peso para la edad	Num	3	2	5
	Denom	5	4	9
	Indicador	60,0	50,0	55,6
Porcentaje de casos de DNT aguda que ingresaron a programas sociales después del seguimiento y canalización por vivienda	Num	5	4	9
	Denom	5	4	9
	Indicador	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración equipo ACCVSE con base en Matriz espacio vivienda_Familias.

5.1.1.2 Acción integradora 1 Cuidado para la salud familiar - Acciones en hogares comunitarios y de bienestar

La secuencia de abordaje en este componente incluye la Priorización de los Hogares Comunitarios de Bienestar, el Acercamiento y concertación con las asociaciones de Madres Comunitarias y Hogares Comunitarios de Bienestar, la Caracterización social y ambiental del HCB para la identificación de riesgos colectivos en el Hogar Comunitario de Bienestar, el Reconocimiento de la cartografía base para el análisis de necesidades, la Concertación del Plan del Hogar Comunitario, la Implementación del Plan del Hogar Comunitario, basado en fortalecimiento de Capacidades en la Estrategia AIEPI Comunitario y Estrategia Vivienda Saludable y el Seguimiento al desarrollo de las acciones y plan del hogar.

En el componente de Acciones en Hogares Comunitarios y de Bienestar se caracterizaron 100 Hogares, en donde se dio curso al proceso de implementación y seguimiento a los mismos, lo cual indica el cabal cumplimiento en relación a la meta prevista durante el periodo abril-diciembre de 2017, desagregada por localidad y UPZ (tabla 48).

Tabla 48. Hogares Comunitarios abordados por localidad, componente Hogares comunitarios, Subred Centro Oriente, abril a diciembre 2017

Localidad	UPZ	Número de HCB
Santa Fe	95	10
	96	14
San Cristóbal	32	2
	33	1
	34	13
	50	1
Los Mártires	102	11
Antonio Nariño	38	8
La Candelaria	94	2
Rafael Uribe Uribe	55	38

Fuente: Elaboración propia espacio Vivienda

Durante la vigencia 2017 se abordaron este tipo de instituciones en la UPZ 102 La Sabana; la valoración de acciones desarrolladas desde este componente muestra un alto nivel de apropiación de prácticas en cuanto al manejo de basuras y a la identificación de signos de alarma frente al cuidado de los niños, su necesidad de atención institucional. Además, se

identifica una alta proporción de los menores identificados con su esquema de vacunación completa y adheridos al control de crecimiento y desarrollo y cerca de la mitad de los menores valorados muestran mejora en la calidad de su higiene oral (tabla 49).

Tabla 49. Indicadores de operación en hogares comunitarios y de bienestar, localidad de Los Mártires, abril a diciembre 2017

Indicador	Numerador	Denominador	Indicador
Proporción de los hogares que hacen un manejo adecuado de las basuras	11	11	100,0
Proporción de las madres comunitarias que conocen al menos dos signos de alarma que indiquen la necesidad de llevar a su niño de inmediato al servicio de salud	11	11	100,0
Proporción de madres que conocen al menos dos signos que indiquen la necesidad de buscar ayuda fuera del hogar para un niño con diarrea	11	11	100,0
Proporción de las madres que conocen al menos un signo de alarma de neumonía en niños	11	11	100,0
Proporción de niños de cinco años con esquema completo de vacunación según PAI del municipio	49	52	94,2
Proporción de los niños menores de 5 años que disminuyeron el índice de placa bacteriana	51	97	52,6
Proporción de niños menores de cinco años que están vinculados al programa de crecimiento y desarrollo	129	157	82,2

Fuente: Elaboración equipo ACCVSE con base en Matriz espacio vivienda_Instituciones.

Familias Étnicas con atención integral en salud

De conformidad a la meta establecida para el periodo abril 2017 – febrero 2018, se caracterizaron 300 familias en el área de la subred, las cuales han sido abordadas según la pertenencia étnica, y en efecto, se proyecta el seguimiento durante los meses de febrero y marzo.

5.1.2.2 Acción integradora 2 Cuidado para la salud familiar institucional - Cuidado para la salud de personas, familias y cuidadores, instituciones de protección y atención integral a personas mayores.

En estas instituciones la intervención comprende la Valoración del riesgo, la Construcción del plan institucional y la Implementación del Plan institucional. En el área de la subred, durante el periodo abril – septiembre 2017, en la actividad de caracterización, implementación del plan y seguimiento, se abordaron 15 Instituciones en total, dando cumplimiento al 100 % de lo programado como meta para el periodo. Para el periodo octubre 2017 – febrero 2018 se vienen abordando 31 instituciones, de las cuales se evidencia el proceso de caracterización e implementación, el seguimiento está previsto para el mes de febrero.

La operación de este componente se valora desde el indicador de proporción de Instituciones de Persona mayor con implementación de prácticas adecuadas de protección integral a personas mayores frente al total de IPM abordadas, que en Los Mártires se estima en 62 %, equivalente a 10 de 16 IPM abordadas, todas en la UPZ 37 Santa Isabel.

5.1.2.3 Acción integradora 2 Cuidado para la salud familiar institucional - Cuidado para la salud de personas y cuidadores en instituciones de protección y atención para habitantes de calle y personas privadas de la libertad

La intervención en este componente adelanta Valoración del riesgo, Construcción del Plan Institucional, Implementación del Plan Institucional, de espacios colectivos a través de la Estrategia Centros de Escucha en las instituciones y Monitoreo y Evaluación del Plan Institucional además de las Acciones desde el componente de programas y acciones de interés en salud pública, la Aplicación de pruebas de VIH/sífilis y los Seguidimientos a TB; estas actividades se desarrollan en el Centro Carcelario Picota de la localidad de Rafael Uribe Uribe, la Cárcel Distrital de la localidad de San Cristóbal, el Centro de atención para habitantes de calle Centro Bakatá de la localidad de Los Mártires y el Centro de responsabilidad penal para adolescentes CAE Belén de la localidad La Candelaria.

El centro de atención para habitante de calle en el centro Bakatá, ubicado en la UPZ 102 La Sabana reporta indicadores de resultado con una baja proporción de personas con tratamientos completos para sífilis, Tuberculosis y VIH/SIDA (tabla 50).

Tabla 50. Indicadores de cuidado para las personas en instituciones de atención para habitantes de calle, localidad de Los Mártires, abril a diciembre 2017

Indicador	Numerador	Denominador	Indicador
Proporción de personas con prueba rápida positiva para sífilis con tratamiento completo	2	23	8,70
Proporción de personas con diagnóstico confirmado de tuberculosis con tratamiento	2	7	28,57
Proporción de personas identificadas con VIH/SIDA con tratamiento antirretroviral	1	3	33,33

Fuente: Elaboración equipo ACCVSE con base en Matriz espacio vivienda_Instituciones.

5.1.3 Conclusiones

Las acciones desarrolladas desde el espacio vivienda se corresponden en distribución con la dinámica poblacional de la localidad y sus particularidades en condiciones de vida; la atención a personas mayores hacia el sur, la atención a habitantes de calle al centro y el cuidado de menores de edad y de las familias en la franja oriental de la localidad, esta última con énfasis en eventos como morbilidad materna extrema, sífilis gestacional y desnutrición aguda.

Este tipo de intervenciones son altamente pertinentes en tanto identifican y gestionan riesgos para la salud de las personas y sus familias; no obstante, se debe considerar un volumen importante de eventos de interés en salud pública que no logran ser objeto de este mismo tipo de intervención.

5.2 Espacio educación

5.2.1 Propósito

Fomentar la salud y el bienestar en niños, niñas, adolescentes y jóvenes favoreciendo prácticas cotidianas, entornos y estilos de vida saludables en el espacio educativo, a través de la implementación de Sintonizarte como acción integrada de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo individual y colectivo.

5.2.2 Descripción de los Componentes

Componente Acompañarte: En el marco de la gestión de la salud se realizarán procesos de articulación con el Manual de Convivencia Escolar para implementar el componente Acompañarte, en el cual se adelantarán dos procesos: A) Conformación de grupos promotores de convivencia. B) Identificación de estudiantes con riesgos psicosociales. Fortalecimiento de habilidades para la vida a través de la implementación del Componente Acompañarte. Proceso de articulación con el referente del al Proyecto de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC) de cada institución y se debe Incorporar la estrategia Amarte PESCC. Equipo conformado: Un Psicólogo y Una enfermera en articulación con equipo Interdisciplinario.

Componente Amarte: Se manejan dos Ejes, el primero es gestión para el mejoramiento de entornos escolares donde se hace Revisión conjunta del programa educativo de la unidad, para transversalización e implementación del PESCC. Para realizar el proceso de articulación con el PESCC se debe realizar: Se deja abierto la articulación con otros proyectos, planes y /o protocolos que tenga la institución educativa con el tema de Salud Sexual y Reproductiva; y el segundo eje es promoción de vida saludable: actividad que se realiza con docentes en temas relacionados con Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos: Indague frente al significado de sexualidad y el reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos, centrado en temas de imaginarios, creencias, mitos e inquietudes frente a su ejercicio en adolescentes y jóvenes. Equipo conformado: Una Enfermera y apoyo un Psicólogo.

Componente Disfrutarte: El componente Disfrutarte tiene dos ejes en el cual se desarrollan acciones de gestión con los directivos, docentes y en especial de educación física, y en general con la comunidad educativa para transversalizar los temas de alimentación saludable y actividad física en el currículo en un proyecto institucional en conjunto con el colegio, el mejoramiento de entornos escolares; y el segundo eje es promoción de vida saludable: actividad que se desarrolla con docentes para lograr la identificación de necesidades, en temas relacionados con seguridad alimentaria y nutricional y actividad física. Asesoría técnica en promoción de la actividad física en lo cotidiano, resaltando la importancia de incorporar la realización de pausas activas en el aula de clase y jornadas promocionales

de la actividad física de manera periódica incentivando la transversalización de la actividad física en el currículo en un proyecto institucional y Brinde herramientas al docente para que pueda incorporar contenidos de salud en el plan de aula. Equipo conformado: Una Nutricionista y Una Enfermera.

Componente Cuidarte: Se trabajó con la comunidad educativa los siguientes aspectos acorde con las necesidades de la Institución Educativa: Disponibilidad de espacios físicos adecuados de higiene bucodental, lavamanos a la altura de los más pequeños, disponibilidad de agua potable, disponibilidad de cepillos dentales en el aula por cada niño, motivando a los padres para que envíen con el niño los cepillos dentales y garantizar que se establezcan los espacios de tiempo diarios destinados para el desarrollo de la técnica de higiene buco dental y de higiene de manos al interior de la institución. Equipo conformado: Un Odontólogo y apoyado Una Enfermera.

Componente Explorarte: De acuerdo a los riesgos colectivos identificados que están generando impacto negativo sobre el entorno ambiental escolar, se deberán implementar acciones concertadas con la institución que permitan disminuir la presentación de las mismas y ubicar los puntos críticos: Línea de Aire, Ruido y Radiación Electromagnética, Mantenimiento de la salud auditiva y comunicativa, Línea de Alimentos sanos y seguros, Línea de Hábitat, Espacio Público y Movilidad, Línea de Calidad del Agua y Saneamiento Básico, Línea de Seguridad química, Línea de Enfermedades Transmisibles de Origen Zoonótico y Línea de Medicamentos Seguros. Equipo conformado: Un Técnico Ambiental y Una Fisioterapeuta y/o Una nutricionista.

5.2.3 Acciones integradas

Componentes Acompañarte: En el indicador del porcentaje de personas con modificaciones positivas entorno a la resignificación de prácticas y hábitos de salud mental se evidencia que el 68,4 % de la población intervenida mejoro sus hábitos de salud mental desde una perspectiva comunitaria ligada a la cotidianidad, donde se realizaron grupos conversacionales para brindar herramientas en la identificación de riesgos en salud mental y la construcción de estrategias para la sana convivencia.

Componente Amarte: Porcentaje de personas con modificaciones positivas en torno a los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes y jóvenes fue de 27,6 %; se priorizaron acciones de promoción en torno al desarrollo de habilidades para el reconocimiento y cuidado del cuerpo, el fortalecimiento de autoestima, y otras competencias, que pueden ser trabajadas en conjunto con salud mental para potenciar resultados, enfatizando en derechos de salud sexual y reproductivos.

Componente Disfrutarte: El indicador Porcentaje de personas con modificaciones positivas en torno a las mejores prácticas y hábitos en seguridad alimentaria, nutricional y actividad física se evidencia 43,4 % de los participantes que mejoraron su percepción de los hábitos saludables, desde el espacio educativo se realizaron grupos conversacionales donde se realizaron reflexiones que promovieron el acuerdo para desarrollar acciones de cuidado y auto cuidado del cuerpo.

Componente Cuidarte: Porcentaje de escolares con mejores prácticas en salud oral en la localidad de Los Mártires fue de 48,4 % en este componente se verifico el uso adecuado del cepillado, sin lograr un porcentaje de mejora en las prácticas de higiene oral, por la falta de conciencia de la población frente a los riesgos que se presentan por una inadecuada higiene oral.

Componente Explorarte: El indicador de porcentaje de Puntos Críticos recuperados en instituciones educativas fue del 100 % en las instituciones abordadas de la localidad de Los Mártires; se abordó primera, segunda, tercera y cuarta sesión en las instituciones educativas, el objeto de estas acciones fue enfocar el desarrollo de las sesiones frente a los riesgos identificados en la caracterización inicial. Realizando una contextualización general del proceso, las temáticas abordadas fueron: Línea de Cambio climático, Línea de Aire, Ruido y Radiación Electromagnética, Línea de Alimentos sanos y seguros, Línea de Hábitat, Espacio Público y Movilidad, Línea de Calidad del Agua y Saneamiento Básico, Línea de Seguridad química, Línea de Enfermedades Transmisibles de Origen Zoonótico Y Línea de Medicamentos Seguros, según institución.

El segundo indicador de evaluación en el componente de explorarte fue Porcentaje de personas que evidencian resignificación en torno a mejores prácticas y hábitos en salud

Ambiental donde el 91,8 % desarrollándose reflexiones sobre las problemáticas de las instituciones educativas buscando crear conciencia y modificación de conocimiento, actitudes y prácticas adecuadas de salud ambiental.

Se realizó la Conformación de Grupos Promotores de Convivencia con un total de 9 colegios abordados desde el espacio (ver cuadro 6) para cada uno de los componentes, dicha estrategia fue fortalecida por un grupo promotor de salud mental y convivencia en cada sede intervenida de la institución educativa, integrando niños, niñas y adolescentes, con la orientación y acompañamiento del profesional y contando con el soporte de las líneas distritales de atención en salud mental Línea 106, línea psicoactiva 018000112439 y línea purpura 018000112137, para el desarrollo de iniciativas que favorezcan el buen vivir y la sana convivencia. Estos procesos deben materializarse en cada institución educativa a través de iniciativas como (campañas, programas en la emisora escolar, construcción de murales, grafiti, y otras estrategias de Información Educación y Comunicación) que favorezcan 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.

Durante la intervención se identificaron estudiantes con signos y síntomas de riesgo psicosocial, además de adolescentes y jóvenes con consumos iniciales de sustancias psicoactivas logrando canalizar a los servicios de orientación juvenil-SOJU, que brinda apoyo y asesoría a los adolescentes y ofrece orientación a jóvenes que presentan consumo inicial de sustancias psicoactivas, así como a sus padres y cuidadores. Además, se realizó un trabajo en conjunto con cada uno de los docentes que participaron en el proceso como la implementación del proyecto de Educación para la Sexualidad y construcción de ciudadanía, Temáticas en torno a la identificación de necesidades, en temas relacionados con seguridad alimentaria y nutricional y actividad física y entorno ambiental escolar.

Se desarrollaron grupos conversacionales con los padres de familia para orientarlos en la promoción de pautas de crianza, y de acuerdo a la identificación de riesgos colectivos identificados en la institución educativa se dialoga acerca de los factores de riesgos presentes; pero además se cuenta con la participación de cada uno de los actores y sus compromisos según el rol frente a la problemática para dar una solución.

**Cuadro 6. Colegios abordados localidad de Los Mártires vigencia
abril 2017- febrero 2018**

	Localidad de Los Mártires	Componentes abordados				
Cantidad	Colegios Abordados Vigencia Abril 2017- Febrero 2018	Acompañante	Amarte	Disfrutarte	Cuidarte	Explorarte
1	Colegio Ricaurte (sede consejo) (IED)	X	X	X	X	X
2	colegio Ricaurte (sede Antonio Ricaurte)	X	X	X	X	X
3	Colegio Eduardo Santos (IED)	X	X	X	X	X
4	Colegio San Francisco de Asis (IED) sede A	X	X	X	X	X
5	Colegio San Francisco de Asis (IED) EMMA Villegas de Gaitán	X	X	X	X	X
6	Colegio Panamericano (IED)	X	X	X	X	X
7	Colegio Republicano Bolivariano de Venezuela (IED)	X	X	X	X	X
8	Colegio Técnico Menorah (IED)	X	X	X	X	X
9	Escuela Tecnológica Instituto Técnico Central	X	X	X	X	X

Fuente: Elaboración propia espacio Educativo, Subred Centro Oriente, año 2017

5.2.4 Respuesta

Se han venido implementando acciones desde el espacio educativo con la acción integrada sintonizarte, procesos de acercamiento y concertación a las instituciones educativas priorizadas, análisis de identificación del riesgo y proyección de planes de acción; conformación de grupos promotores de salud y convivencia, acciones de divulgación en cuanto a estrategias comunicativas y generación de iniciativas; desarrollo de grupos conversacionales con docentes y estudiantes al igual que acompañamientos en aula.

Se abordó a las instituciones educativas, desarrollando temáticas de fortalecimiento de habilidades para la vida dentro de las más destacadas de acuerdo a las necesidades identificadas en cada una de las instituciones; estimular en la comunidad educativa el pensamiento creativo, resolución de problemas, relaciones interpersonales, logrando realizar actividades innovadoras para generar recordación de dichos temas; por otra parte, se dieron

a conocer las líneas distritales de atención en salud mental como la 106, línea purpura, línea psicoactiva, línea 141, donde se logró que los estudiantes las reconocieran y se conviertan en multiplicadores de la información.

Se abordó al cuerpo docente atendiendo temas asociados al cuidado de la salud mental como docentes, brindando estrategias de auto cuidado, reconocimiento de la importancia de su salud mental.

Reconocimiento de la importancia de realizar pausas activas mentales, el pensamiento lateral en la resolución de problemas.

Se abordó en el curso asignado realizando prevención de decisiones fatales y promoviendo la salud y cuidado mental.

5.3 Espacio trabajo

El conjunto de las acciones en salud que se realizan desde el Espacio Trabajo, está contenido en el objetivo de generar impacto positivo en la salud, a partir de la comprensión de los factores que se encuentran asociados a las condiciones de trabajo y en consecuencia se reduzca la ocurrencia de eventos adversos a la salud de la comunidad trabajadora que hace parte de la economía informal.

Siguiendo el referente conceptual de la SDS, el Espacio Trabajo materializa la política para la salud y calidad de vida de los trabajadores, ya que las acciones que se ejecutan son facilitadoras de herramientas que conllevan a mitigar los factores de riesgo y a potenciar los factores protectores desde un contexto individual y colectivo motivando a la implementación de estrategias favorecedoras de las condiciones de salud y los entornos laborales.

Las acciones específicas que realiza el Espacio Trabajo dentro del programa Bogotá mejor para todos, se demarcan en dos estrategias importantes:

La desvinculación progresiva de niños, niñas y adolescentes trabajadores de las peores formas del trabajo infantil, se ejecuta a partir de la estrategia “Habilidades para la vida”, lo que implica un abordaje integral con los niños, niñas, adolescentes, donde se busca

fortalecer destrezas que contribuyan de manera positiva en el desarrollo integral de cada individuo, involucrando el entorno familiar como eje primario en el control de los factores de riesgo.

Dentro de esta estrategia se realiza acciones colectivas con niños, niñas y adolescentes para la prevención del trabajo infantil.

La localidad contiene una particularidad frente a la intervención de los niños, niñas y adolescentes, y está relacionada con la alta resistencia por parte de las familias para contribuir en la desvinculación del trabajo infantil o de la promoción del trabajo protegido, ya que existen patrones culturales y sociales marcados que conducen a adoptar el trabajo infantil como una estrategia educativa o fortalecimiento de valores.

Entornos de trabajo saludables, es una estrategia que se implementa en las Unidades de Trabajo Informal, la cual conlleva a minimizar los eventos asociados a la salud de los trabajadores, donde es determinante la promoción del auto-cuidado y la gestión del riesgo, teniendo en cuenta los patrones culturales, sociales y económicos que hacen parte de la comunidad trabajadora e interfieren en la ejecución de la acción.

La población trabajadora de la localidad, es una población que se encuentra expuesta a riesgos importantes que puede afectar la salud; sin embargo, existen imaginarios erróneos que interfieren en la implementación de la estrategia, teniendo en cuenta que desempeñan la labor u oficio desde hace varios años, generando exceso de confianza y resistencia ante las medidas de intervención.

Dentro de la estrategia se encuentra inmersa la población en ejercicio de prostitución, y evidenciando que la localidad es una zona de alta concentración, por cuanto es de gran relevancia mitigar el riesgo asociado a la actividad laboral que desempeñan, a través de los centros de escucha que contienen actividades individuales y colectivas orientadas a la promoción de prácticas saludables.

Se realizaron acciones con las unidades de trabajo informal de bajo impacto, orientadas a los grupos de trabajadores informales – GOTI, donde se pretendió abordar temáticas de acuerdo

a las necesidades priorizando las condiciones crónicas, derechos en salud y radiaciones ultravioleta. Esta acción se encuentra a cargo de las Especialistas en Salud Ocupacional.

Para lograr los objetivos del programa a través del Espacio Trabajo, se cuenta con un equipo de Tecnólogos, Técnicos, Profesionales y Especialistas en Salud Ocupacional, donde las acciones que se realizan son articuladas, dando una estructura más sólida al proceso y mayor impacto en el resultado.

A continuación, se presenta una tabla donde se relaciona el talento humano que hace parte de la ejecución de las acciones del espacio trabajo:

Tabla 51. Distribución del talento humano del espacio trabajo para la Subred Centro Oriente, 2017

Localidad.	Líder de espacio	Tecnólogo Salud Ocupacional	Especialista en Salud Ocupacional	Psicólogo	Trabajador Social	Enfermería	Auxiliar de enfermería
Antonio Nariño	1	3	1	1	1	1	0
La Candelaria		2	0		1		0
Los Mártires		3	1		2		0
Rafael Uribe Uribe		3	1	1	1	1	0
San Cristóbal		3	1		1		0
Santa Fe		3	1		1		0
Personas en ejercicio de la Prostitución (Toda la Subred)		0	0	1	1		2
Total	1	17	5	3	8	2	2

Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE, Matriz de acciones Espacio Trabajo 2017.

5.3.1 Proceso de Acciones Integradas

5.3.1.1 Desvinculación progresiva de los niños, niñas y adolescentes de las peores formas del trabajo Infantil

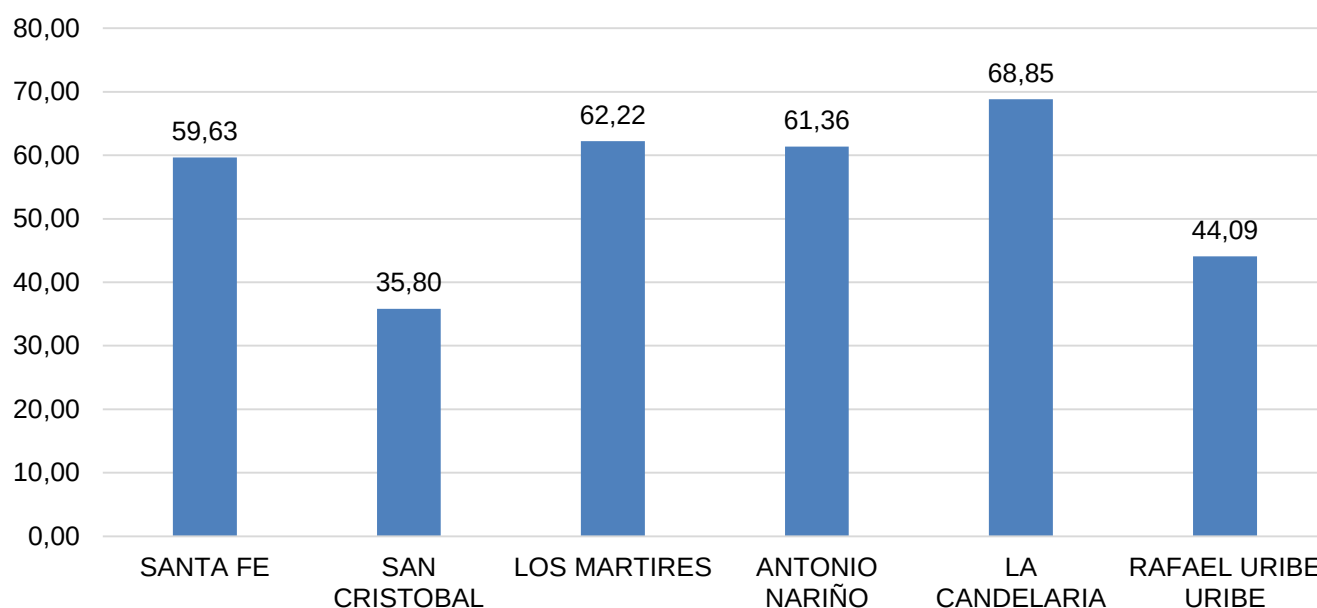
Para la ejecución de la acción integrada dos, se tiene en cuenta que hace la captación y caracterización el Tecnólogo en Salud ocupacional, quien registra las características de cada unidad de trabajo, priorizando los riesgos, valorando el nivel de exposición, daño, definiendo las unidades de mediano y alto impacto y concertando un plan de trabajo con el dueño de la UTI, según las medidas de intervención necesarias para controlar los riesgos.

En las Unidades de alto impacto se prioriza el riesgo químico, y el proceso lo continúa un Especialista en Salud Ocupacional, hasta finalizar con la evaluación. Dentro de este proceso participa el perfil de enfermería quien fomenta hábitos de vida saludable para la prevención de condiciones crónicas.

A continuación, se realiza una descripción de los indicadores de impacto del espacio trabajo para la localidad de Los Mártires.

Para la localidad de Los Mártires se logró el 62,22 % de niños y niñas con desvinculación de las peores formas de trabajo, donde los equipos identificaron 270 niños, niñas y adolescentes y se logró desvincular 168 (figura 38).

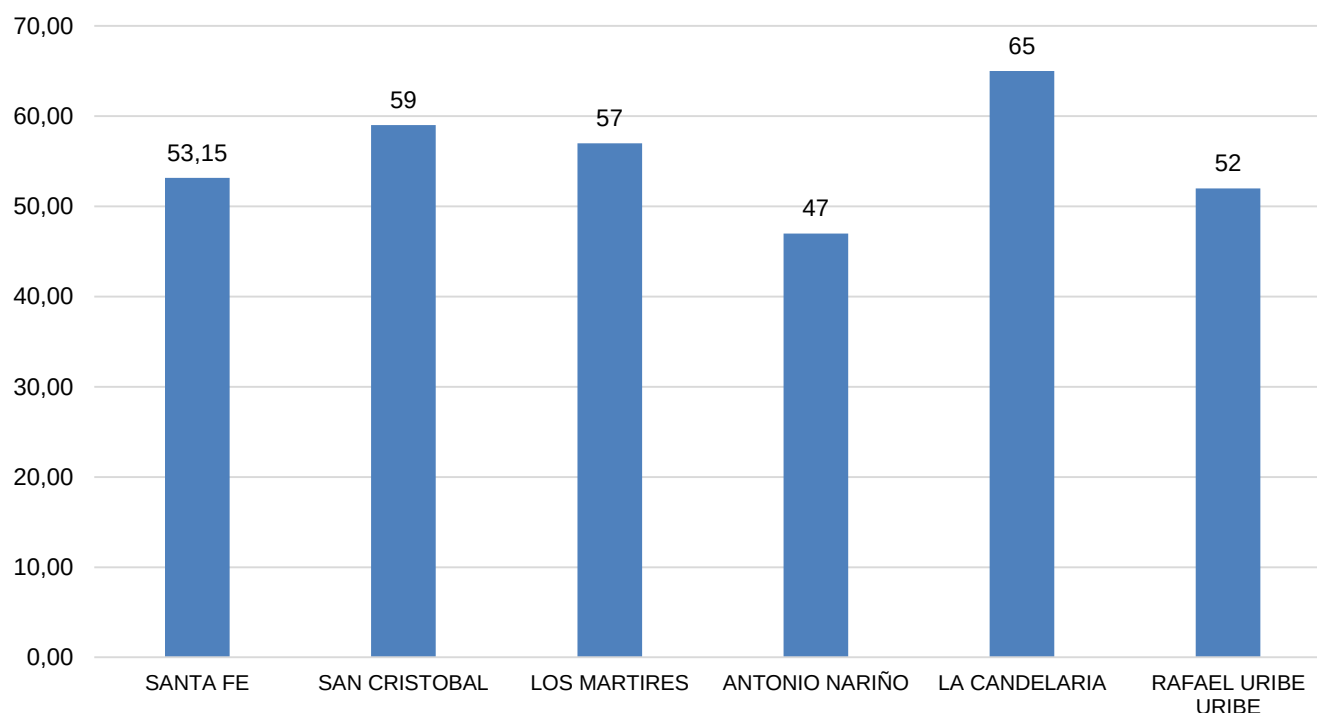
Figura 38. Porcentaje de niños y niñas trabajadores con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil según localidad, Subred Centro Oriente, abril - diciembre de 2017



Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE, Matriz de acciones Espacio Trabajo 2017.

Sobre los adolescentes identificados para la localidad de Los Mártires se logró desvincular al 57 % de las peores formas de trabajo a través de acciones de orientación y prevención psicosocial con enfoque laboral (figura 39).

Figura 39. Porcentaje de adolescentes trabajadores con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo, según localidad, Subred Centro Oriente, abril - diciembre de 2017



Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE, Matriz de acciones Espacio Trabajo 2017.

Del total de UTIS caracterizadas por el equipo, se observa para la localidad de Los Mártires que el 17,23 % (n=71) de los trabajadores informales presentaron afectación por las condiciones de trabajo en UTIS (tabla 52).

Tabla 52. Porcentaje de trabajadores afectados por las condiciones de trabajo en las UTIS por localidad, Subred Centro Oriente, abril - diciembre 2017

Localidad	Trabajadores afectados por las condiciones de trabajo en las UTIS	Total Trabajadores	Porcentaje
Santa Fe	81	1108	7,31
San Cristóbal	77	933	8,25
Los Mártires	71	412	17,23
Antonio Nariño	37	312	11,86
La Candelaria	4	320	1,25
Rafael Uribe Uribe	119	431	27,61

Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE, Matriz de acciones Espacio Trabajo 2017.

El porcentaje de UTIS que implementan la estrategia de entornos saludables laborales para la localidad de Los Mártires es de 66,14 % (n=582) en las cuales realizaron acciones de promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud de los trabajadores de la economía informal en UTIS de alto impacto.

Tabla 53. Porcentaje de UTIS que implementan la estrategia de entornos laborales saludables por localidad, Subred Centro Oriente, abril - diciembre 2017

Localidad	Nº UTIS que implementaron la estrategia	Total UTIS	Porcentaje
Santa Fe	458	1291	35,48
San Cristóbal	447	739	60,49
Los Mártires	582	880	66,14
Antonio Nariño	396	985	40,20
La Candelaria	197	1651	11,93
Rafael Uribe Uribe	643	570	112,81

Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE, Matriz de acciones Espacio Trabajo 2017.

Durante el periodo abril diciembre 2017 se han desarrollado 15 centros de escucha donde se realizó la aplicación de 922 pruebas rápidas de las cuales 476 pruebas fueron de VIH y 446 pruebas fueron de sífilis, de las cuales se aplicó 88 personas extranjeras con nacionalidad venezolana. De estas 922 pruebas aplicadas 2 fueron reactiva para VIH y 2 positiva para sífilis las cuales se fueron canalizadas a los servicios de salud correspondientes para la confirmación del diagnóstico e inicio oportuno de los tratamientos.

5.3.2 Resultados

Se ha logrado la implementación de medidas de protección para la salud y mitigación de riesgos por parte de los trabajadores y unidades de trabajo informal; sensibilizando a los trabajadores para la modificación de hábitos en sus entornos laborales, así mismo se ha logrado la canalización de trabajadores identificados que presentan barreras de acceso a los servicios de salud.

Por medio de las sesiones de seguimiento al proceso en las UTIS se han generado cambios favorables en el entorno de las unidades de trabajo informal, lo que ha generado un mejoramiento en su calidad de vida y laboral junto con una disminución a la exposición a riesgos.

Se realizaron cuatro GOTI, con población vendedora informal de las plazas de mercado de la localidad, la acción tuvo importante aceptación ya que se brindó educación en temas importantes que respondieron a las necesidades de los participantes especialmente de los derechos en salud y el trabajo.

5.4 Espacio público

El espacio público es el entorno de todos los otros espacios de vida cotidiana y busca el goce real y efectivo de la población residente en las localidades de cobertura de la Subred; favoreciendo la interacción y participación comunitaria y ambiental en entornos naturales o contruidos; en donde se articulan acciones en pro del bienestar de las comunidades que a diario hacen uso del Espacio Público en escenarios de resignificación, vivencias personales, ejercicio político y ciudadanías.

En el marco del espacio se cuenta con fuentes secundarias para la articulación y análisis de la información y generación de informes de gestión y resultados, tales como: Reorganización del Sector Salud en Bogotá (2016), Documento de Caracterización Poblacional (2017), Diagnóstico Socio Ambiental (2017), lineamiento y plan de acción planteado al iniciar la vigencia, 21 Monografías de las Localidades de Bogotá (2011), Estrategia de Orientación a Jóvenes con Consumos Iniciales (2013) y Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Bogotá (2016), Resolución 2465 de 2016 indicadores y clasificación antropométrico; allí cada uno de los perfiles tiene acciones determinadas y metas a cumplir.

Estas actividades se llevan a cabo en las seis localidades de la Subred a través de las cuales se capta la población por medio de estrategias comunicativas y en articulación con entidades intersectoriales, los diferentes equipos realizan estas acciones en aras de la responsabilizarían de prácticas saludables de los participantes.

La operación se instaura a partir de tres prioridades: movilidad, establecimientos abiertos al público y recreación; para el abordaje de esta, se parte de dos acciones integradas las cuales hacen referencia a la gestión del riesgo en salud y comunidades promotoras y protectoras de salud (cuadro 7)

Cuadro 7. Estructura espacio público. Subred Centro Oriente

Acción integrada	Componente	Producto	Talento humano	Distribución por localidad
Gestión del Riesgo en Salud en el Espacio Público	Constructores del Espacio Público	Acciones Itinerantes	Ingeniero Ambiental	Un equipo para la Subred
			Trabajador Social	
			Profesional en Artes	
			Gestores Comunitarios – 6	
		Caracterización y monitoreo del riesgo en salud	Ingeniero Ambiental	Un equipo para la Subred
			Trabajador Social	
			Gestores Comunitarios	
	Vincúlate	Cúdate, Sé Feliz	Enfermero Profesional	Un equipo para la Subred
			Fisioterapeuta	
			Ingeniero Ambiental	
			Auxiliar de Enfermería	
		SOJU	Psicólogo	Un equipo por cada dos localidades
			Trabajador Social	
			Terapeuta Ocupacional	
			Gestor Comunitario	
		Acogida	Psicólogo	Un equipo por cada dos localidades
			Trabajador Social	
			Terapeuta Ocupacional	
			Enfermero Profesional	
Comunidades Promotoras y Protectoras de la salud	Salud Sexual y Reproductiva	* Recorrido de reconocimiento local e identificación grupal para la escucha activa y concertación. * Sesiones con abordaje temático mediante metodología lúdico pedagógica y activo participación que posibilitan el reconocimiento del autocuidado y goce de la salud. * Actividades de enganche a partir de recorridos en calle para reconocimiento y acercamiento a los colectivos, producción de	Terapeuta Ocupacional Agente de cambio Psicólogo Ingeniero Ambiental Trabajador Social Enfermero Profesional Médico Gestor Comunitario	Un equipo para la Subred
	Rehabilitación Basado en Comunidad			
	LGTBI - Habitante de Calle			
	Persona Mayor			
	Juventud			
	Barras Futboleras			

	Crónicos	servicios, intervenciones breves y acciones de animación socioculturales teniendo en cuenta aproximaciones poblacionales diferenciales. * Iniciativa comunitaria para la materialización del conocimiento construido en las sesiones. * Verificación de las capacidades de autogestión y liderazgo de los participantes.		
	Seguridad Alimentaria y Nutricional			
	Salud Oral			
	AIEPI			
	Ambiente			
	Salud Mental			

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCSVyE, Espacio Público, a partir de Matriz de Resultados. Enero 2018

Así pues, las acciones itinerantes son una estrategia comunicacional y puesta en escena que buscan fomentar prácticas de cuidado de la salud; previo se realiza elaboración de ficha técnica, la cual se construye en articulación con los referentes Distritales de la línea a intervenir.

A fin de dar cumplimiento a los lineamientos establecidos por SDS, se realizan 25 jornadas al mes con un aproximado de 4 por localidad perteneciente a la Subred; con una ejecución de 2 jornadas al día abordando 2 temáticas por mes, las cuales han sido definidas por la SDS de acuerdo a las dinámicas del comportamiento de los eventos de interés en Salud Pública. Dichas acciones buscan fomentar prácticas frente al cuidado de la salud a través de estrategias de convivencia ciudadana y cambios comportamentales en la población objeto.

El proceso de caracterización se realiza en articulación con Vigilancia en Salud Pública Comunitaria, el cual se planteó mediante la lectura de necesidades halladas en los diagnósticos barriales que hacen parte de las 20 UPZ de las seis localidades de la Subred; lo anterior se aborda desde un enfoque social y ambiental enmarcado en las relaciones humanas con respecto al entorno en el que habitan, a fin de identificar los riesgos asociadas al proceso de salud y enfermedad de la población.

La estrategia Cuídate, Sé Feliz pretende contribuir al uso efectivo y goce del espacio público para el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de la Subred; orientando, motivando y guiando en materia de prevención de enfermedades crónicas, y promoción de hábitos de vida sana, así como los efectos en la salud provocados por la contaminación ambiental, mediante el desarrollo de acciones promocionales en salud en escenarios priorizados, dentro de los que se cuenta con 4 puntos en distribuidos en el recorrido de la

ciclovía de la Subred, para lo cual se realiza articulación con el IDRD y Aguas de Bogotá, y 7 puntos en las localidades de cobertura.

La implementación de la línea psicoactiva, los Servicios de Orientación a Jóvenes –SOJU– y los Servicios de Acogida, hacen parte de la estrategia Vincúlate, los cuales permiten el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas y sus trastornos en la población.

En relación a los Servicios de Orientación a Jóvenes con consumos Iniciales de Sustancias Psicoactivas y riesgo de consumo, las acciones están encaminadas a brindar asesoría y orientación al grupo poblacional de 10 y 26 años de edad con consumos iniciales de SPA, haciendo énfasis en aquellos que viven en condiciones de vulnerabilidad social.

Los diferentes actores sectoriales e intersectoriales que atienden la población adolescente y joven de las localidades participan en la articulación de valoración del riesgo de estos a través de la descripción de la problemática y canalización de los mismos a SOJU.

Por su parte, el servicio de acogida identifica el riesgo en salud mental, salud sexual y reproductiva y en condiciones crónicas en los espacios comunitarios a partir del tamizaje en VIH, Sífilis, ASSIST, AUDIT y APGAR para la población mayor de edad; para lo cual se cuenta con la UVA Móvil y articulación con IDIPRON.

En las acciones desarrolladas por la estrategia Vincúlate, una vez identificados los usuarios a participar en los programas, se diligencia la siguiente información a fin de establecer el riesgo, consumo, vulnerabilidad social, gestión de caso, intervenciones a realizar, dinámicas familiares presentes.

- Ficha de identificación: Se recolecta datos sociodemográficos de los usuarios, se realiza tamizajes de funcionalidad familiar (APGAR familiar), riesgo de consumo (CARLOS KRAFT, ASSIST y AUDIT).
- Fichas técnicas: Temáticas de abordaje en acciones grupales.
- Consentimiento informado: Acuerdo con los padres de familia para realizar abordaje a menores de edad.

- Formato de evolución: Realización de seguimientos individuales y familiares de los usuarios. (SOJU)
- Formato de pruebas de pruebas rápidas VIH y sífilis: Se condensa la información de las personas a las que se aplica las pruebas y si es reactiva o no el tamizaje. (Acogida)

Para el componente de Iniciativas comunitarias y con base a las necesidades y el bienestar de las comunidades y su capacidad de ser multiplicadores en la sociedad, se adelantan sesiones que permitan dar respuesta a las demandas identificadas en los grupos. Estas acciones se desarrollan a través de actividades lúdico pedagógicas a fin de generar apropiación de 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 y potencializando habilidades; desencadenando en un estado de salud óptimo, concebido de manera integral en las diferentes estrategias planteadas desde SDS, las cuales abordan temas relacionados con AIEPI, crónicos, SAN, salud oral, persona mayor, ambiente, barras futboleras, salud sexual y reproductiva, salud mental, estrategia LGBTI y habitante de calle, RBC, juventud.

Con el fin de dar cumplimiento a cada una de las acciones realizadas por parte del espacio público, se hace necesario analizar los indicadores que dan cuenta de los componentes que lo comprenden; cabe anotar que estos hacen referencia a aquellos que han generado impacto en la población atendida.

5.4.1 Acciones Itinerantes

De acuerdo a las dinámicas del espacio y por cómo se desarrollan las actividades, no se cuenta con un mecanismo que permita la medición del impacto en la población abordada, sin embargo, estas acciones buscan promover prácticas saludables de autocuidado relacionadas con el consumo de tabaco, lavado de manos y automedicación, salud ambiental, salud del viajero, seguridad vial, IRA, lactancia materna, salud oral y salud mental.

Las temáticas de las jornadas permiten centrar la atención y los comentarios de los espectadores, relacionados con los temas abordados; apoyados en las diferentes estrategias

comunicacionales a nivel Distrital y Nacional en pro del cuidado de la salud y así minimizar la presencia de enfermedades subyacentes y comorbilidades asociadas. Para ello se han generado estrategias de articulación intersectorial (Cuídate, Sé Feliz) y transectorial con empresa COLGATE; así como la implementación de la estrategia teatro invisible (técnica en la que los actores se involucran con el espectador sin llamar la atención) a fin de generar una dinámica de comunicación diferente en los espacios público de la subred.

5.4.2 Caracterización y Monitoreo del Riesgo en Salud

A través de los recorridos barriales se evidencia las problemáticas existentes que dejan ver las necesidades sociales y ambientales, tales como el funcionamiento de servicios públicos, barreras de movilidad, violencias sociales, acumulación de residuos sólidos, eventos zoonóticos, y emergencias y desastres; dicha actividad se realiza a través de la observación participativa, así como de entrevistas informales con miembros de la comunidad; lo anterior con el fin de tener un diagnóstico real de las condiciones socioeconómicas de los diferentes barrios.

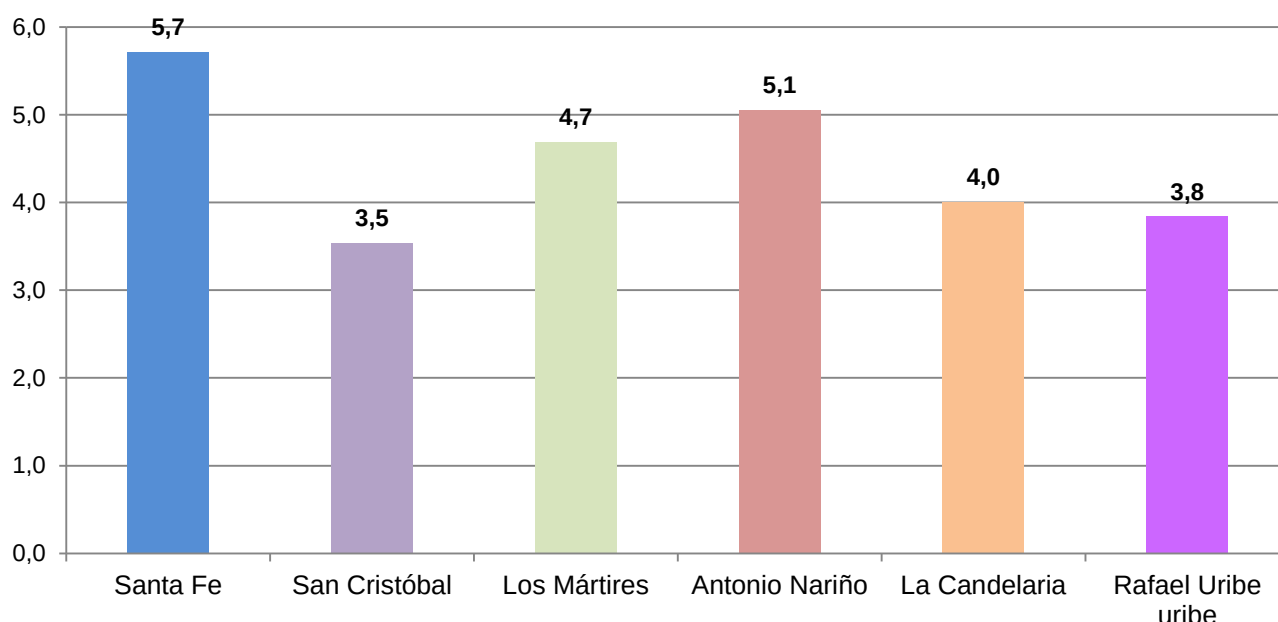
Esta acción busca más que obtener un resultado o ejecución, poder generar una línea base de estas condiciones para la intervención acorde a las necesidades comunitarias en futuras vigencias.

5.4.3 Cuídate, Sé Feliz

Como se mencionó anteriormente, la estrategia contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de la población residente y transeúnte, desarrollando acciones promocionales en salud en escenarios priorizados.

En cada punto se valora en una jornada un promedio de 48 usuarios a partir de los 18 años de edad, a fin de identificar aquellos con enfermedades crónicas sin tratamiento oportuno y quienes requieran se canalizados para seguimiento por parte de las EAPB de acuerdo a los hallazgos de las valoraciones, estableciendo las alertas correspondientes (figura 40).

**Figura 40. Distribución población con riesgo alto. Cuídate, Sé Feliz.
Subred Centro Oriente, abril a diciembre 2017**



Fuente: Elaboración propia Equipo ACCSVyE, Espacio Público, a partir de Matriz de Resultados. Enero 2018

Como se observa en la (figura 40), la localidad con mayor afectación en la población por enfermedades crónicas no transmisibles es Santa Fe con una 5,7 % (n:401 – Población: 7019), seguido de Antonio Nariño con 5,1 % (n: 265 – Población: 5.263), situación que refleja el comportamiento de la pirámide poblacional para cada uno de las localidades, donde se observa un aumento de la población con tendencia al envejecimiento y la disminución de la natalidad (base de la pirámide).

Aunque desde el espacio se realizan las canalizaciones y activación de rutas a las EAPB correspondientes, a la fecha no se cuenta con la realimentación pertinente a fin de establecer la oportunidad en la atención, inclusión a programas y seguimiento de estos usuarios; a tener en cuenta que dicha población es flotante dada las dinámicas de la estrategia.

5.4.4 SOJU

Para la cobertura de la población se tuvieron en cuenta aquellos jóvenes con falencias en relación a las habilidades para la vida, que presenten a su vez riesgo psicosocial y familias disfuncionales, así como manejo inadecuado del tiempo libre.

**Tabla 54. Distribución Jóvenes con Consumo Inicial de SPA. SOJU.
Subred Centro Oriente, abril a diciembre año 2017**

Localidad	Jóvenes	Familias	Porcentaje de familias con seguimiento según vulnerabilidad	Grupos	Sesiones	Superación Consumo Inicial	porcentaje de Superación Consumo Inicial	Mejoramiento Calidad de Vida	Porcentaje de Mejoramiento Calidad de Vida
Santa Fe	327	234	71,6	16	24	127	38,8	74	22,6
San Cristóbal	364	235	64,6	13	36	109	29,9	107	29,4
Los Mártires	464	324	69,8	21	24	172	37,1	104	22,4
Antonio Nariño	150	104	69,3	9	12	64	42,7	24	16,0
La Candelaria	150	104	69,3	9	12	64	42,7	24	16,0
Rafael Uribe Uribe	250	194	77,6	14	12	87	34,8	54	21,6

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCSVyE, Espacio Público, a partir de Matriz de Resultados. Enero 2018

Según la Tabla 54, a el 69,8 % (n:324) de las familias de la localidad de Los Mártires se les realizó seguimiento por el riesgo relacionado con las condiciones de vulnerabilidad, no solo para el joven sino también para los demás integrantes del hogar.

Para las familias con seguimiento se conformaron grupos (n:21) con un total de 24 sesiones durante el ciclo del programa. De acuerdo a la evaluación de superación inicial de consumo, se observa que con el 37,1 % (n:172/464) se logró dicho objetivo; evidenciándose un mejoramiento en la calidad de vida de los jóvenes del 22,4 % (n:104).

Para el desarrollo del lineamiento se realizó abordaje individual frente al riesgo y grado de consumo de sustancias psicoactivas de la población que se encuentra en espacio público, tales como ciudadanos habitantes de calle, personas que frecuentan parques, bodegueros, bicitaxistas, recicladores, entre otros.

Desde el profesional de psicología, la intervención busca identificar el riesgo a través de procesos motivacionales; por su parte el perfil social verifica las dinámicas familiares y redes de apoyo sociales existentes. Enfermería trabaja en salud sexual y reproductiva, aplicando pruebas rápidas de VIH, Sífilis, captura de datos VESPA y asesoría en derechos sexuales y reproductivos. Adicional se lleva a cabo desarrollo de espacios comunitarios donde se realiza

sensibilización frente a las habilidades para la vida. Por medio de estas intervenciones se realizan canalizaciones y activaciones de ruta a servicios de salud y espacios intersectoriales, como puerta de entrada a estos y se hace seguimiento de casos.

Cabe anotar que el proceso no tiene una meta distrital establecida, sino que la oferta de servicios se hace a demanda poblacional hallada en los puntos priorizados, los datos están en proceso de sistematización.

5.4.5 Comunidades promotoras y protectoras de la salud

Teniendo en cuenta las características con que se desarrollan estas actividades, no existe un seguimiento a las actividades que permitan la medición del impacto en la comunidad frente a los componentes a ejecutar.

Sin embargo, existen tres componentes que permiten de alguna manera establecer el abordaje generado en la comunidad, estos son: LGTBI – Habitante de Calle, Crónicos y Salud Oral; para los demás elementos de la ejecución estos se encuentran al 100 % dado que esta se mide a demanda poblacional.

Para el componente LGTBI – Habitante de Calle, en la localidad se presentó un abordaje a la población frente a los temas concertados con referentes Distritales del 54,4 % (n:253) y 45,6 % (n:212) respectivamente; por su parte en Crónicos fue del 62,5 % (n:40).

5.5 Programas

Desde el componente de programas y acciones se realiza la caracterización de las IPS de la totalidad de UPZ de las seis localidades, tanto para el equipo de acciones de interés en salud pública como para los programas de PAI y Transmisibles, se priorizan para realización de direccionamiento técnico las que están ubicadas en las UPZ priorizadas.

Desde Programas y Acciones de Interés en Salud Pública – PAISP, se cuenta con la acción integradora desarrollo de procesos para el cuidado y autocuidado de la salud individual y colectiva, gestión integral del riesgo en salud con actores institucionales, sociales y

comunitarios, en la localidad se realizaron siete PAISP (tres públicas y cuatro privadas) y 10 IPS – transmisibles (dos públicas y ocho privadas).

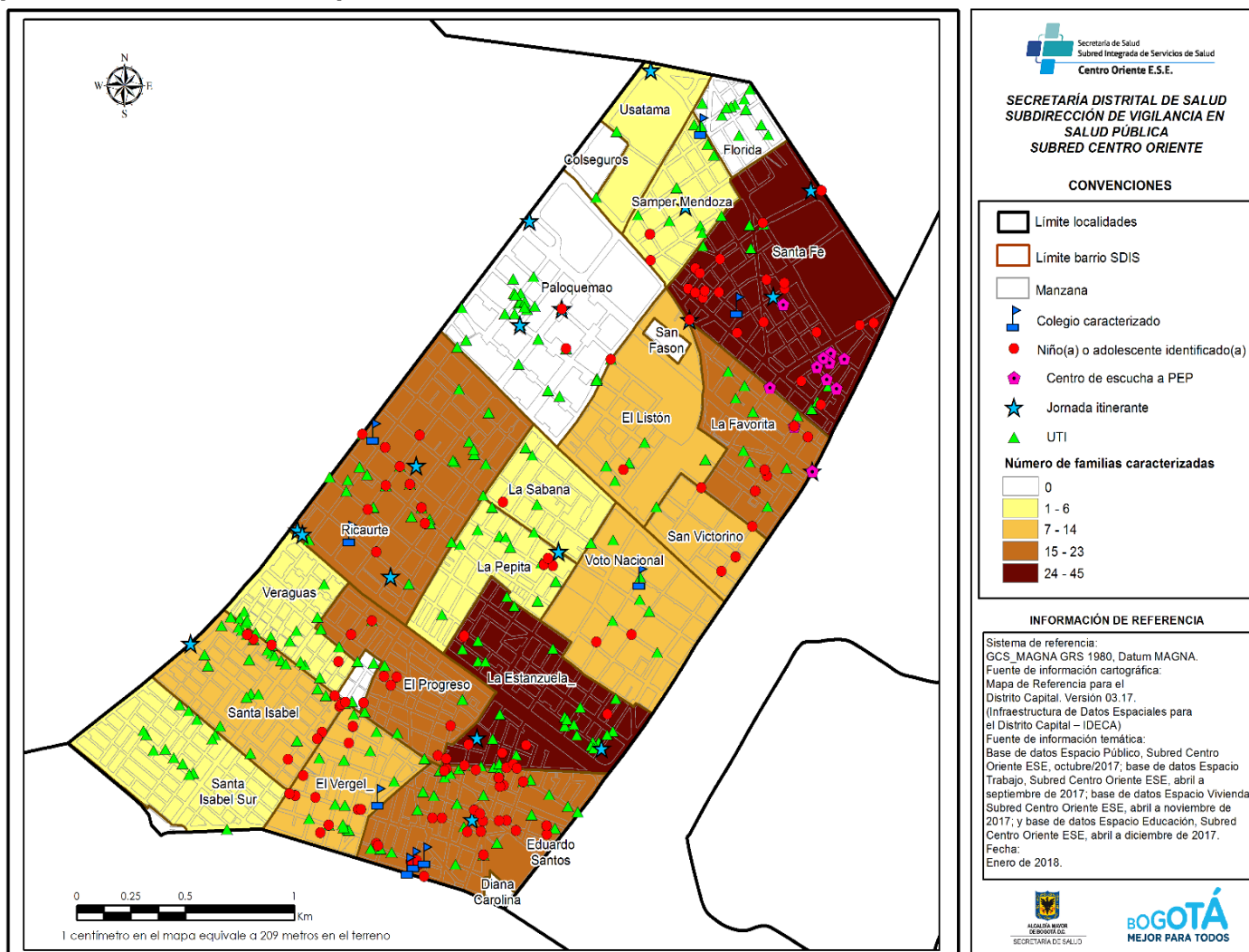
5.6 Vigilancia epidemiológica

Desde el componente de transmisibles – SIVIGILA, se encontraban activas al sistema 13 Unidades Informadoras – UI y ocho Unidades Primarias Generadoras de Datos – UPGD para el periodo septiembre 2016 a marzo 2017; la información por parte de las IU y UPGD fue de manera oportuna lo que permitió realizar el seguimiento y evaluación constante del comportamiento en la notificación de los EISP. En septiembre de 2016, se realizó la actualización de la caracterización en el sistema de información SIVIGILA al 100 % de las Unidades de Servicios de Salud ubicadas en la localidad, de igual manera, en marzo de 2017, se realizó la instalación del SIVIGILA 2017 versión 1.2.0, así como la actualización de la caracterización al 100 % de las UPGD ubicadas en Los Mártires.

En cuanto al subsistema de ERA, se realizó una Intervención Epidemiológica de Campo – IEC del evento IRAG inusitado. Por parte de discapacidad se realizaron 627 Registros para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. De acuerdo a Sistema de Vigilancia en Salud Oral – SISVESO, se realizaron 246 notificaciones de la vigilancia centinela – VC. El equipo de análisis demográfico cuenta con nueve UPGD que generan hechos vitales, se realizaron 60 asistencias técnicas y por ocurrencia se reportaron 4.399 nacidos vivos y 2.327 defunciones.

En cuanto a la georreferenciación de la respuesta institucional, es importante evidenciar la ubicación del accionar de los Espacios de Vida Cotidiana de la Subred, ilustrada en el esta muestra que la mayoría de familias caracterizadas residen en los barrios del nororiente, suroriente y occidente de la localidad; en tanto las Unidades de Trabajo Informal – UTI – intervenidas y los niños o adolescentes trabajadores identificados se emplazan a lo largo del territorio, en consonancia con las actividades comerciales e industriales predominantes; los centros de escucha a población en ejercicio de prostitución están concentrados en la zona de alto impacto de los barrios Santa Fe y La Favorita; contrario a lo que ocurre con las jornadas itinerantes y colegios caracterizados, los cuales se ubican, fundamentalmente, entre el centro y sur de la localidad.

Mapa 11. Síntesis de la Respuesta Institucional en Salud Pública, Subred Centro Oriente, Año 2017



Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE a partir de la base de datos de Espacio Público de abril a diciembre de 2017; Espacio Trabajo de abril a septiembre de 2017; Espacio Vivienda de abril a noviembre de 2017; y Espacio Educación de abril a diciembre de 2017; Subred Centro Oriente.ESE.

5.7 Conclusiones

Desde el espacio vivienda, las situaciones o riesgos sobre los que se espera intervenir en el componente de familias se realiza de acuerdo a la notificación de los EISP. Así mismo las acciones específicas en población diferencial se abordan de acuerdo a la necesidad.

El abordaje de familias étnicas se considera a nivel distrital según la distribución de las familias Uitoto, Inga, Pasto, y Eperara, razón por la cual, no fue posible describir la acción ya que se está efectuando la sistematización de la caracterización social y ambiental y la unidad de análisis para la concertación del plan familiar.

Por parte del espacio educación se presentó contingencia por el paro nacional de maestros lo cual afectó el proceso no se pudo realizar las acciones planeadas.

Las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se ven afectadas y reducidas ya que solo se intervienen familias que han sido notificadas por algún evento de interés en salud pública individual o colectiva.

6. CAPÍTULO VI: ANÁLISIS Y SÍNTESIS

6.1. Descripción metodológica

En este capítulo se busca integrar la información registrada a lo largo de todo el documento con los ejercicios de articulación local de manera que dé cuenta de las prioridades identificadas y el análisis de la respuesta implementada en las localidades de influencia de la Subred Centro Oriente, toda vez que permita “definir propuestas de acción tanto sectoriales como transectoriales, teniendo en cuenta los nuevos enfoques desde la Salud Urbana, los momentos de curso de vida, las políticas nacionales, las metas definidas en el Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos”, la metas del Plan Territorial de Salud y los objetivos planteados por el PDSP y su abordaje a través de las dimensiones prioritarias y transversales” (46).

Así, la construcción de este capítulo comprende varios momentos metodológicos ejecutados en algunos casos con carácter de simultaneidad y complementariedad, esto teniendo en cuenta el contexto territorial y demográfico, los determinantes y desigualdades identificadas, los desenlaces en salud de su población y la respuesta implementada en el territorio.

Un primer elemento se soporta conceptualmente en el 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. La formulación de “problemáticas y propuestas” se trabajó a partir de la implementación y adaptación de la metodología PASE, aportando a la priorización y a las propuestas de acción en el marco de la gobernanza; así pues, la aplicabilidad de esta estrategia brinda las herramientas necesarias para lograr una comprensión integral del territorio, en el marco de los determinantes sociales de la salud (46).

Por lo anterior, se adelantó la identificación de situaciones tensionantes en el territorio a fin de identificar, analizar y priorizar las necesidades de mayor afectación para la población en una perspectiva de exploración analítica de determinantes sociales en salud, logrando evidenciar las desigualdades prevalentes en salud y generar insumos que orienten la formulación de propuestas de acción a considerar desde los diferentes escenarios locales así como la gestión de estrategias, políticas y programas y el reconocimiento de las

intervenciones sectoriales, encaminadas al mejoramiento del bienestar, las condiciones de calidad de vida y de salud de la comunidad local.

De otra parte, desde el nivel distrital, pero con particularidad desde las localidades ordenadas en terciles, el análisis de desigualdades se tomó como una herramienta para monitorear el comportamiento de algunos indicadores, en este caso en los años 2011 y 2014, útil en la construcción de respuestas a las necesidades de la población.

Así, la distribución en terciles de las localidades según estratificadores sociales ICV se presenta de la siguiente manera: para el año 2011, las localidades en el tercil menos aventajado fueron San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe, en tanto para el año 2014 las localidades Santa Fe, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe. En el tercil medio para el año 2011 y 2014 se ubican las localidades Los Mártires, Antonio Nariño y La Candelaria y la localidad Santa Fe para el año 2014 pasó del tercil medio al menos aventajado.

Adicionalmente, constituye un importante insumo de análisis de situación de la población en el territorio en el contexto local, la estrategia de abordaje territorial – EAT –, ejercicio liderado por la Secretaría de Integración Social con la participación de los diferentes sectores y actores, que comprende reconocimiento territorial, identificación y concertación de unidades espaciales de intervención, además de priorización de necesidades y conflictividades sociales que también fomentan la participación ciudadana mediante el trabajo articulado de las instituciones y la comunidad. Su objetivo es fortalecer la gestión local, la convivencia, la paz y la reconciliación en el marco de la garantía de derechos y el mejoramiento de la calidad de vida de la población (47).

A fin de articular los hallazgos evidenciados en la aplicabilidad de la estrategia PASE y así poder armonizarlos y con el reconocimiento de las dinámicas territoriales como cambiantes en el tiempo, se adelantó la validación de contenidos construidos en articulación con el componente de políticas de Gobernanza el cual comprende un análisis de la convergencia de cada uno de los nodos y sus problemáticas identificadas con las dimensiones PASE, el plan decenal de salud pública (PDSP) y los determinantes sociales asociados.

Finalmente, la información recabada y validada se presenta a continuación partiendo de cada uno de los nodos identificados, alimentados por los análisis de determinantes y de desigualdades, con su correspondiente análisis de respuesta y, a manera de síntesis final, se plantean unas líneas de recomendación las cuales apuntan al ejercicio de construcción de agenda sectorial local.

La identificación de las situaciones tensionales en salud se realizó de acuerdo a las dimensiones del plan decenal de salud y su impacto en el ámbito poblacional, ambiental, social y económico. A partir de este panorama se muestran los modos, condiciones y estilos de vida que impactan de manera negativa a la localidad de Los Mártires, y donde se identificaron nueve tensiones de acuerdo al curso de vida (tabla 55).

Tabla 55. Identificación de situaciones tensionales en la localidad de Los Mártires

Curso de Vida	Numero de tensión	Evento	Magnitud del evento	Valoración final
1-Niñez-adolescencia	1	Desnutrición en menores de 5 años	DTN Global 12,3 % DTN Crónica 20,5 %	10,0
1-Niñez-adolescencia	2	Mortalidad perinatal y neonatal tardía	14,4 por 1.000 NV	10,0
		Mortalidad infantil	8,6 por 1.000 NV	
		Mortalidad en menores de 5 años	23,8 por 10.000 NV	
1-Niñez-adolescencia	3	Violencias	Infancia 48,7 %	10,0
			Adolescencia 14,8 %	
		Violencia sexual	Infancia 8,8 %	
			adolescencia 8,5 %	
2-Juventud	4	Consumo de SPA	24 casos en el 2012	10,0
2-Juventud	5	Embarazo en mujeres de 15 a 19 años	45,9 por 1.000 NV	7,0
3-Adultez	6	Enfermedades no transmisibles	22,20 %	10,0
3-Adultez	7	Tuberculosis	13 casos 2016	8,0
4-Vejez	8	Mortalidad por condiciones crónicas	Sistemas Circulatorio 211.89 por 100.000 hab. 2014 neoplasias 107.46 por 100.000 hab. 2014	9,0
4-Vejez	9	Suicidios	ideación suicida 90,4 % fueron intentos suicidas 9,6 %	9,5

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCSVyE., a partir de Matriz de Tensiones. Enero 2018

6.2 Nodos

6.2.1 Nodo 1: Reproducción de las dinámicas socioculturales, que da lugar a disfuncionalidad familiar

Curso de vida: Infancia, adolescencia y juventud

La reproducción de las dinámicas socioculturales, el contexto socioeconómico predominante de la localidad, la disfuncionalidad familiar y la manera en que está dispuesto el sistema de salud y el modo en que se accede al mismo, puede generar afectaciones a la salud de niños, niñas y adolescentes que se expresan en embarazos en mujeres de 15 a 19 años, casos de desnutrición y mortalidad en menores de cinco años (mapa 12).

Por tanto, es necesario contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de niños y niñas desde la primera infancia y hasta los cursos de vida subsiguientes, a través del desarrollo de orientaciones educativas con padres de familia, que maximicen la protección de los individuos para evitar presuntos riesgos físicos y psicosociales.

De acuerdo a lo anterior, las dimensiones PASE involucradas en el presente nodo hacen referencia a económica, y social, comprendidas en las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública de seguridad alimentaria y nutricional, vida saludable y enfermedades transmisibles, y sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.

De acuerdo con la Encuesta Multipropósito 2014 (48) la localidad de Los Mártires presenta una situación de pobreza oculta y condiciones de vida extrema para población vulnerable ante la miseria, ya que en los últimos 2 años se ha evidenciado un aumento en el índice de miseria por NBI. Esta situación es evidente en los barrios La Favorita, Estanzuela, Santa Fe, El Progreso y Eduardo Santos lugares donde las dinámicas socioeconómicas presentan pobreza oculta y dejan entrever condiciones económicas que afectan la calidad de vida de una parte de la población que podrían generar situaciones críticas en el ámbito de la salud tales como la seguridad alimentaria y nutricional, el acceso a servicios de salud y acceso a vivienda saludable.

La población de la UPZ 102, salvo con algunas excepciones, cuenta con bajas condiciones socioeconómicas, ello debido fundamentalmente a diversas situaciones de vulnerabilidad social asociadas a los bajos ingresos, al carácter flotante de ciertos grupos poblacionales, el desplazamiento forzado, la habitabilidad en calle y la prostitución. Todos estos factores estructurales generan un ambiente complejo que generan desigualdad socioeconómica perjudicando a madres gestantes, lactantes y a niños y niñas menores de 5 años. Sin embargo, debido al contexto económico actual, estas dinámicas se han desplazado hacia la UPZ 37 donde se infiere una situación de pobreza oculta que da pie a las debilidades en términos de autocuidado de la salud.

Esta situación en relación con los casos de desnutrición crónica y global se traduce en una desigualdad en el acceso a los alimentos adecuados ocasionados por el nivel de ingresos y el costo de vida reflejándose en una debilidad del estado nutricional de la población vulnerable.

Debido a las dinámicas socioeconómicas mediadas por los bajos ingresos, la población de la localidad recurre a bonos de mercados que ofrece la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), también accede a comedores comunitarios, sin embargo los cupos para estos beneficios no son suficientes para atender la demanda de personas residentes en la localidad que lo requieren; de igual modo es importante mencionar que se evidencia la poca oferta de comedores comunitarios en la localidad y en ellos se presentan barreras de acceso geográfico ya que están mal distribuidos, encontrándose concentrados en la UPZ 102, mientras en la UPZ 37 solamente se localiza 1, esto se traduce en manifestaciones de exclusión y limitación a las personas que residen en el centro y en el sur de la localidad.

Dentro del contexto social y económico en el que habitan los adolescentes y jóvenes de la localidad de Los Mártires se señalan varios factores que dan lugar a las situaciones relacionadas con los indicadores anteriormente descritos, tienen que ver con inequidades sociales y económicas, asociados a la falta de oportunidades académicas y laborales que permitan que los y las adolescentes ocupen su tiempo de manera adecuada.

En ese sentido es importante evaluar las acciones de la política de salud sexual y reproductiva la cual prioriza acciones educativas a fin de prevenir y mitigar el aumento de

casos en etapas tempranas; sin embargo, esta no cuenta con la efectividad suficiente en parte debido a la falta de corresponsabilidad y en parte debido a la debilidad de los mecanismos que se implementan en dicha estrategia.

Al respecto es importante mencionar que en el marco de los derechos de la salud, el tema de salud sexual y reproductiva presenta limitaciones en el acceso a los servicios de planificación familiar, pues los programas generados desde el sector educativo, no dan cuenta de las necesidades reales de los y las adolescentes. De igual modo los embarazos en menores de 15 años son considerados como violación sexual independientemente de que el acto haya sido consensuado, lo cual también se considera una limitante al momento de acceder a los métodos de planificación que conocen los y las adolescentes.

6.2.1.1 Análisis de respuesta Nodo 1

Entre las acciones de respuesta frente a las necesidades y problemáticas a la salud que plantea el nodo 1, se encuentran:

Desde el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Seguridad Alimentaria y Nutricional –SISVAN–:

- Intervenciones Epidemiológicas de Campo –IEC–
- Caracterización de familias y seguimiento.

Desde el componente de espacios de vida de salud pública:

- Espacios de sensibilización a padres de familia frente a hábitos de alimentación adecuados en la primera infancia.
- Consumo de alimentos en cantidades moderadas y en su debido momento.
- Acciones educativas enfocadas en promoción y prevención, adopción de hábitos y estilos de vida saludable y recuperación de los entornos de vida.
- Se impulsan programas de servicios de salud amigables para adolescentes, además de la educación sexual y reproductiva acompañado de elementos como la entrega de preservativos, prueba rápida de VIH y sífilis.

- Potenciamiento de conocimientos relacionados con los cuidados de la salud y las medidas preventivas que permitan llevar a la práctica comportamientos de sexo seguro a través del componente AMARTE.
- Se trabaja de manera articulada con docentes, padres de familia y profesionales acerca de la educación sexual, buscando iniciativas para la toma de conciencia sobre la sexualidad.

Desde las IPS públicas y privadas:

- Acciones de promoción y prevención.
- Programas de gestantes y de crecimiento y desarrollo implementados y con seguimiento y atención de consulta externa y ambulatoria según niveles de complejidad.

Los actores intersectoriales como la Secretaría de Integración Social desarrollan las siguientes acciones:

- Destina bonos alimentarios a las familias inscritas en el programa.
- Desarrollo de programas de reconocimiento de signos y síntomas de alarmas en los jardines, HCB y CDI.
- Fomento de casas de pensamiento para niños menores de 5 años.

Si bien se desarrollan acciones integrales de promoción, prevención, control, seguimiento y atención, se encuentra aún la debilidad en la efectividad de la respuesta, para lo cual se trazan objetivos desde salud pública y en articulación con otros sectores como lo es la implementación de la estrategia AIEPI con padres y cuidadores de menores de 5 años receptores de las bondades de las políticas públicas en la localidad, con énfasis en el diseño de minutas apropiadas para fortalecer una alimentación saludable. Asimismo, es importante generar una base de datos a nivel transectorial que permita la identificación de menores de la primera infancia y gestantes que se encuentren bajo alerta por déficit nutricional en relación con NBI, a fin de ser atendidos y vinculados a un plan de beneficio por parte de los entes gubernamentales.

En ese orden de ideas también se requiere diseñar un instrumento de divulgación masiva sobre las alarmas asociadas a eventos de mortalidad en niños y niñas de la primera infancia

que integran las instituciones de protección públicas y privadas. Igualmente deben seguirse fomentando estrategias comunicativas con padres de familia y cuidadores frente a los aspectos relacionados con signos, síntomas y alarmas, que velen por el bienestar y la calidad de vida de los niños y niñas de la primera infancia residentes en la localidad.

Frente a las acciones de Salud Sexual y Reproductiva es necesario potenciar estrategias obligatorias para adolescentes quienes por medio de talleres sean orientados en temas de salud sexual y reproductiva como prerrequisito para recibir las ayudas emitidas por las políticas públicas en la localidad. Del mismo modo es importante desarrollar un centro de escucha en las instituciones educativas para iniciar seguimientos en los derechos sexuales y reproductivos, así como en la regulación de los métodos de planificación familiar.

6.2.2 Nodo 2: Problemáticas psicosociales del entorno social y familiar y la debilidad en el cuidado integral por parte de los familiares

Curso de vida: Infancia, adolescencia, juventud y vejez

Las problemáticas psicosociales del entorno social y familiar y la debilidad en el cuidado integral por parte de los familiares, cuidadores y de la institucionalidad se ve reflejado en casos de violencia infantil y adolescentes, conductas suicidas en adulto mayor e inicio o incremento del consumo de SPA en jóvenes (Mapa 12).

Ante lo cual la prevención y mitigación de los efectos de problemáticas psicosociales subyacentes de tejidos familiares frágiles, que perturben la salud mental desde el curso de vida de primera infancia, hasta persona mayor, se hacen esenciales.

De acuerdo a lo anterior, las dimensiones PASE involucradas en el presente nodo hacen referencia a social, comprendida en las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública convivencia social y salud mental.

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), identificó a la violencia auto infligida como uno de los padecimientos sustanciales que deben enfrentar las sociedades modernas. En este sentido, el análisis de

determinantes sociales en salud del comportamiento de la conducta suicida podría dar lugar a la comprensión de este fenómeno, en el entendido de que los determinantes sociales en salud están dados por las condiciones y estímulos sociales, ambientales y económicos en las que las personas, nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

La vejez afronta una situación de abandono por parte de sus familiares e incluso del Estado. Socialmente en Colombia se establece que los adultos mayores de 60 años están por fuera del ámbito laboral por ser considerados poco productivos en términos de rendimiento y de tiempo, por tanto se espera que a partir de esta edad las personas puedan disfrutar de los beneficios de la pensión acumulada a lo largo de sus años laborales; sin embargo dentro del Sistema General de Pensiones presenta una situación desigual generando una inequidad frente a la satisfacción de necesidades de esta población.

En términos generales, esta población es discriminada por parte de su familia y por parte del Estado a causa de las dinámicas socioeconómicas y los factores culturales que las rodean. Producto de lo anterior esta población es obligada a asumir prácticas económicas de rebusque para su sustento diario, pues muchos de ellos no cuentan con una vivienda digna ni mucho menos un alimento diario.

Al respecto es importante señalar que si bien, el Congreso Nacional dispone la Ley 1616 del año 2013, como la ley de salud mental que tiene el objetivo de “garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, en realidad no tiene en cuenta a la población adulta mayor pues no considera el abandono ni los bajos ingresos económicos como un riesgo a la salud mental y aunque si bien la política pública de envejecimiento y vejez, en el marco del decreto 543 del 2010, aborda diferentes temáticas en relación a la salud física de los adultos mayores, no prioriza la atención en salud mental para esta etapa de ciclo.

El ambiente y las dinámicas familiares excluyen a la población de ese ciclo vital. Los adultos mayores que viven en la localidad viven solos o en inquilinatos o en ancianitos que funcionan como albergues durante el transcurso de su vejez; sin embargo, se observa que, a estos espacios solo acceden adultos mayores que tienen una capacidad de pago para mantener su

estadía y aquellos que tienen un estrato socio económico bajo o bajos ingresos económicos se encuentran en inquilinatos o en situación de mendicidad y habitabilidad en calle.

Por otra parte, en el marco de situaciones relacionadas con violencia intrafamiliar referida fundamentalmente al abandono y la negligencia en los adultos mayores se atribuye a las dinámicas familiares mediadas por imaginarios sociales frente a la vejez que determinan el papel del adulto mayor como una carga económica puesto que él no contribuye con el aporte de los ingresos económicos en el hogar, así los casos de conducta suicida surgen como solución a su soledad y rechazo.

Resulta importante mencionar que algunas condiciones de la población residente en la localidad como el desplazamiento, tienen impacto en la situación de salud mental de la población, la cual ha tenido que enfrentar el desarraigo de sus tierras, crisis económicas e identidad. Del mismo modo, las inadecuadas condiciones habitacionales de carácter sanitario y de hacinamiento, asociadas a la presencia de inquilinatos y paga diarios, presentes particularmente en la UPZ La Sabana, tienen un impacto significativo en la situación de la salud mental de los adultos mayores y por ende en el comportamiento de la conducta suicida.

A nivel proximal se encuentra que las conductas suicidas en esta etapa de ciclo vital se deben a situaciones de duelo no resueltas, las cuales tienen que ver con la pérdida de un ser querido o separaciones sentimentales, situación que es agudizada cuando el individuo no presenta una red de apoyo fuerte. De la misma manera la situación económica, el rezago familiar, las consecuencias de enfermedades, el estado de discapacidad, los sentimientos de soledad y abandono relacionadas con el envejecimiento están relacionadas directamente con el desarrollo de la conducta.

Por otro lado algunas enfermedades mentales de base como esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar, entre otras podrían desencadenar una conducta suicida en la población, debido a la pérdida de la perspectiva del espacio, tiempo y realidad.

6.2.2.1 Análisis de respuesta Nodo 2

La respuesta frente a las necesidades y problemáticas a la salud que plantea el nodo 2, da cuenta de lo siguiente:

Desde Vigilancia Epidemiológica:

- Desarrollo de IEC desde el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Sexual, Violencia Intrafamiliar y Maltrato Infantil –SIVIM– y del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida –SISVECOS–.

Desde los espacios de vida de salud pública:

- Caracterización familiar para identificación de manifestaciones de violencia y manejo de AIEPI comunitario enfocado en salud mental.
- Implementación del servicio SOJU con limitaciones para el abordaje de la comunidad.
- Implementación de estrategias de intervención desde la Subred Centro Oriente para la cobertura, oportunidad y calidad de la atención a jóvenes consumidores en las áreas de reducción del consumo, mitigación de daños, fortalecimiento de redes de apoyo y empoderamiento para el acceso a los servicios de salud.
- Fortalecimiento de comunidades protectoras enfocadas en: barras futboleras, estrategia “VINCÚLATE” (SOJU y Servicio de acogida) y la estrategia ACTIVATE.
- Desarrollo de grupos de iniciativa de vejez con énfasis en salud mental.

Los actores intersectoriales desarrollan las siguientes acciones:

- Acciones desde CDI por parte del equipo psicosocial.
- Acciones desde el Comité de atención a víctimas.
- Acciones desde la red de buen trato.
- Acciones desde la línea 106.
- Se cuenta con la participación de la alcaldía local que por medio de la participación de proyecto especial remitirá casos para el abordaje.
- También se cuenta con la participación del Instituto Distrital de Recreación y Deporte –IDRD– el cual articula escuelas deportivas.

- Articulación con instituciones del sector social como IDIPRON, Secretaría de Integración Social y del sector salud para el manejo y tratamiento de jóvenes que se encuentran en riesgo por consumo de SPA.
- Desde la Secretaría de Integración Social se generan acciones en centros día frente atención psicosocial desde las comisarías de familia para la restitución de derechos.

En el análisis de las respuestas vistas anteriormente se encuentra que la efectividad de las mismas resulta ser aún insuficiente en la medida que no hay un reconocimiento de la importancia de la salud mental en términos de cuidado y autocuidado, por lo tanto, se proponen acciones que permitan fortalecer la temática nivel individual y comunitario. En ese sentido, es importante plantear la generación de un instrumento de identificación de escenarios de riesgo, que permita visibilizar alertas de eventos violentos para intervenir a los actores que son usualmente vinculados a las grescas, ya sea en el espacio público o privado.

Asimismo el fortalecimiento de actividades en jóvenes resulta ser un factor determinante para la prevención de violencias y el potenciamiento del buen trato mediante estrategias de sensibilización dinámicas, donde se les confronte con lugares y personas que se encuentren en el marco del delito y consumo de SPA. En ese sentido se espera poder fortalecer y divulgar las rutas de atención existente a nivel comunitario y transectorial, con el fin de brindar atención oportuna y de calidad, a los presuntos receptores y replicadores de hechos violentos. Por lo anterior es de suma importancia vincular y trabajar de manera articulada con la comunidad dentro de las estrategias sectoriales, enfocadas a la población en riesgo, a través de las escuelas de padres de familia, para sensibilizar frente a los factores asociados a espacios identificados como críticos por el deterioro de paisajístico del entorno, el fenómeno de habitabilidad en calle y sus consecuencias.

Por otra parte la ampliación de la cobertura y capacidad de atención en salud mental, desde las iniciativas del componente de espacio público dirigido a disminuir los factores de riesgo en la población del curso de vida de persona mayor. De igual modo se requiere redimir el papel del adulto mayor en la sociedad, para tal fin se propone involucrar los recursos y experiencias exitosas de los sectores, para la implementación de una guía de atención al adulto mayor que disminuyan los efectos de trastornos de la salud mental, garantizando así su bienestar biopsicosocial.

6.2.3 Nodo 3: Naturalización de patrones violentos: emocional, física, sexual, económica, por negligencia y por abandono

Curso de vida: Infancia, adolescencia y juventud

La naturalización de patrones violentos (emocional, física, sexual, económica, por negligencia y por abandono) dentro y fuera del núcleo familiar incide en la generación y reproducción de conductas que afectan la salud y calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes en la localidad (mapa 12).

Sensibilizar a la población residente de la localidad en la tipología y repercusión de violencias que deterioran el sano crecimiento y la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes, ayudan al abordaje y prevención de la problemática, así como a la detección temprana de casos, mitigando las consecuencias y severidad de los mismos.

De acuerdo a lo anterior, las dimensiones PASE involucradas en el presente nodo hacen referencia a económico, social y poblacional, comprendidas en las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública seguridad alimentaria y nutricional, vida saludable y enfermedades transmisibles, y sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.

Frente a los factores determinantes en la ocurrencia de intentos suicidas en los jóvenes es importante mencionar que dentro del contexto social y económico en el que habitan los jóvenes y adolescentes de la localidad de Los Mártires se señalan varios factores que determinan los eventos ocurridos en salud pública, a saber: consumo de SPA, violencia física y sexual, presencia de pandillas, prostitución, abandono y carencia en pautas de crianza.

La pobreza como un factor intrínseco de la interacción social de la población de la localidad de Los Mártires, de nuevo es evidenciada como un concepto que predominante en la ocurrencia de ideaciones suicidas en la población joven. Este factor aunado a la situación económica y los bajos recursos familiares generan una gran incidencia en la ocurrencia tanto de conductas suicidas como de violencia en el hogar, debido a la presión que genera la insatisfacción de necesidades básicas propias del individuo.

Frente a lo anterior es importante destacar la ausencia de una política pública específica para los casos de conducta suicida, que se refleja en la falta de estrategias de prevención, así como en la debilidad en el tratamiento de eventos que conlleven a un suicidio consumado.

Frente a la ocurrencia de conductas suicidas, debe considerarse el entorno en que viven las personas, su cultura, el nivel educativo, las condiciones de vivienda y los ingresos económicos, como factores de riesgo que desencadenan las conductas depresivas y violentas.

Con base a ello se encuentra que hay debilidad en las redes de apoyos institucionales, sociales y familiares en cuanto a las situaciones de presión social ocurridas en sus relaciones interpersonales, en ese sentido, se analiza que en las relaciones de pareja se han transformado los imaginarios frente a lo que significa el amor, traduciéndolo en dependencia emocional.

A nivel general en la localidad se encuentra que tanto en la UPZ 37 como en la 102 existe una fragilidad social de la que es víctima la población adolescente puesto que la debilidad en el aspecto económico y las presiones sociales conllevan a conductas suicidas o a cambios en las dinámicas sociales, culturales, de comportamiento y en salud. También se encuentra que, en algunos casos específicos, hay una ausencia o debilidad en la proyección de vida y hay una baja escolaridad lo que da pie a pautas generacionales la cuales generan una continuidad en el evento.

En relación con el estrato socioeconómico, puede verse que la ocurrencia de eventos es más evidente en estratos bajos sin desconocer que también existen en estratos altos, solo que en ellos el asunto aún es un tabú. Debido a las dinámicas sociales y a los factores económicos que definen a la población, se evidencia la falta del fortalecimiento de proyectos de vida desligados de la dependencia emocional, falta de divulgación de los derechos que protegen a las mujeres, falta de notificación del evento asociado a prejuicios frente al abuso.

Se encuentra que hay una debilidad en el desconocimiento de la problemática y sus factores de riesgo. Al interior de la familia hace falta un trabajo de sensibilización sobre el manejo de las presiones sociales, de modo que pueda evitarse conductas suicidas o alteraciones en la salud mental.

Del mismo modo la falta de sensibilización de la salud mental como aspecto importante en la integralidad de la atención de salud, es un factor que incide en la falta de conocimiento al nivel de la familia. También cabe resaltar la ausencia en la orientación familiar desde el ámbito psicosocial, que permita fortalecer el proyecto de vida a nivel personal; del mismo modo se observa una debilidad en el apoyo psicológico para la elaboración de duelos y de estrategias para afrontar situaciones de estrés, de modo que refuercen la red social.

6.2.3.1 Análisis de respuesta Nodo 3

Las acciones de respuesta frente a las necesidades y problemáticas a la salud que plantea el nodo 3, evidencian lo siguiente:

Desde Vigilancia Epidemiológica:

- Intervenciones Epidemiológicas de Campo –IEC– tanto del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Seguridad Alimentaria y Nutricional –SISVAN– como del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Sexual, Violencia Intrafamiliar y Maltrato Infantil –SIVIM– y del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida –SISVECOS–.
- Caracterización de familias y seguimiento.

Desde los espacios de vida de salud pública:

- Educación y sensibilización de hábitos y estilos de vida saludables.
- Caracterización familiar para identificación de manifestaciones de violencia y manejo de AIEPI comunitario enfocado en salud mental.
- Se impulsan programas de servicios de salud amigables para adolescentes, además de la educación sexual y reproductiva acompañado de elementos como la entrega de preservativos, prueba rápida de VIH y sífilis.
- Potenciamiento de conocimientos relacionados con los cuidados de la salud y las medidas preventivas que permitan llevar a la práctica comportamientos de sexo seguro a través del componente AMARTE,

- Se trabaja de manera articulada con docentes, padres de familia y profesionales acerca de la educación sexual, buscando iniciativas para la toma de conciencia sobre la sexualidad.

Los actores intersectoriales desarrollan las siguientes acciones:

- Acciones desde CDI por parte del equipo psicosocial.
- Acciones desde el Comité de atención a víctimas.
- Acciones desde la red de buen trato.
- Acciones desde la línea 106.
- El proyecto de Prevención y atención integral de la paternidad y la maternidad tempranas está orientado a niñas, niños, adolescentes y jóvenes, y abarca diferentes servicios de las subdirecciones de la Secretaría de Integración Social.

Tras lo anterior, se genera un análisis de las acciones de respuesta que se efectúan desde la institución, sector de salud y demás sectores, sin embargo se encuentra que aunque las acciones han sido importantes, aun no generan la efectividad deseada para mitigar las problemáticas expuestas en el nodo 3; por tanto es necesario continuar fortaleciendo los hábitos de alimentación para una vida saludable en niños y niñas de la primera infancia a fin de dar aportes nutricionales adecuados para su edad con efecto positivo en los cursos de vida subsiguientes, mediante la implementación de la estrategia AIEPI con padres y cuidadores de menores de 5 años que permita fortalecer hábitos de alimentación saludable.

En cuanto al ámbito de la salud mental es importante intensificar las acciones preventivas de hechos violentos en las instituciones educativas y lugares con mayor vulnerabilidad, de acuerdo a la georreferenciación realizada de los puntos críticos por episodios de violencia de la localidad. Igualmente se requiere un trabajo articulado entre el sector educativo y de seguridad para que se generen acciones preventivas de hechos violentos en las instituciones educativas y lugares con mayor vulnerabilidad.

Para la salud sexual y reproductiva se deben hacer acciones de sensibilización y prevención a población adolescente frente a los riesgos físicos y psicosociales de los embarazos a temprana edad y así contemplar los deterioros asociados a los determinantes sociales.

6.2.4 Nodo 4: Predominancia de la cultura no preventiva frente a las enfermedades y la falta de educación en estilos y hábitos de vida saludable

Curso de vida: Adultez y vejez

La predominancia de la cultura no preventiva frente a las enfermedades y, en general, la falta de educación en estilos y hábitos de vida saludable (preferiblemente desde la infancia) propician la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles y transmisibles a edades cada vez más tempranas, reduciendo la calidad y esperanza de vida de la población adulta y adulta mayor (mapa 12).

Fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde el curso de vida de adultez, a fin que se mitiguen los riesgos de padecer los efectos de enfermedades crónicas, transmisibles y no trasmisibles, favorecen la reducción de estas.

De acuerdo a lo anterior, las dimensiones PASE involucradas en el presente nodo hacen referencia a social y económica, comprendidas en las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública vida saludable y condiciones no transmisibles, y vida saludable y enfermedades transmisibles.

El análisis de inequidad indica que la prevalencia de la localidad de los Mártires no presenta diferencia estadísticamente significativa frente a las prevalencias presentadas en Bogotá; sin embargo, si se evidencia que hay un aumento en los dos últimos años desde lo local, dicho aumento es del 25 % y en cuanto a la mortalidad por enfermedades hipertensivas tanto en hombres como en mujeres se ubica en el noveno puesto dentro de las primeras diez causas de mortalidad en la localidad.

Es importante entender que las enfermedades crónicas en la vejez son el resultado del estilo de vida que cada persona haya tenido en el transcurso de sus etapas de ciclo de vital y es así como el sedentarismo, la mal nutrición (sobre peso y obesidad), hábitos como fumar y el consumo de bebidas alcohólicas tiene un peso importante sobre la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas. Por otra parte, las implicaciones psicosociales no solo de convivir con una enfermedad crónica si no la discapacidad que podría de allí generarse, es algo que podría afectar emocionalmente a esta población.

Por otra parte, las implicaciones psicosociales no solo de convivir con una enfermedad crónica si no la discapacidad que podría de allí generarse, es algo que podría afectar emocionalmente a esta población.

La ausencia de empleo en la vejez corresponde a las dinámicas laborales que se manejan al interior del sistema. En ese sentido muchos adultos mayores se encuentran sin empleo, lo que, aunado al abandono por parte de la red familiar, genera una fragilidad social que deja a los adultos mayores de la localidad en un contexto dependiente de las redes de apoyo institucionales.

Como consecuencia de lo anterior, tanto el acceso a los servicios de seguridad social por parte de los adultos mayores se encuentra limitado en los casos de abandono debido a la falta de un mecanismo de pago, traduciéndose en una barrera de acceso económica y por tipo de afiliación que impide la detección y prevención, así como el control de las enfermedades crónicas en la vejez.

Los hábitos y estilos adecuados para una vida saludable adquiridos a lo largo del ciclo vital se reflejan en la vejez; es así que las enfermedades crónicas en la vejez permiten inferir la presencia del sedentarismo, hábitos inadecuados de alimentación, consumo de alcohol o de cigarrillo. Frente a este hecho es importante mencionar la ausencia de espacios y de programas de actividad física destinados a todas las etapas de ciclo vital que prevengan la aparición de enfermedades crónicas.

6.2.4.1 Análisis de respuesta Nodo 4

Las acciones de respuesta frente a las necesidades y problemáticas a la salud que plantea el nodo 4 son:

Desde los espacios de vida de salud pública:

- Desarrollo de iniciativa para diagnóstico de pacientes crónicos.
- Desde el componente de salud oral, se lleva a cabo la estrategia de tamizaje: “cuídate se feliz”.
- Abordaje de la desnutrición crónica identificadas en cada hogar.

- Desarrollo de jornadas itinerantes.
- Jornadas distritales desde espacio público
- Desarrollo de búsqueda activa, tratamiento y seguimiento por parte del programa crónicos.
- Tomas itinerantes educación en hábitos saludables

Los actores intersectoriales desarrollan las siguientes acciones:

- Entrega de bonos alimentarios de categoría a, b, y c a personas suscritas al beneficio.
- Oferta de centros día para el adulto mayor, una vez a la semana, donde se desarrollan actividades de ocupación del tiempo libre, adopción de hábitos saludables y educación en enfermedades crónicas.
- Desde Secretaría de Integración Social se ofrecen los centros de acogida para garantizar el tratamiento a los pacientes crónicos.
- Para la población étnica se ofrecen servicios en las Casas Refugio, donde se llevan a cabo acciones interculturales que aborden el tratamiento.
- Iniciativas en AIEPI con enfoque en cuidados a los niños que conviven con personas con TB.
- IDRD desarrolla la estrategia: “Cuídate se feliz”.

En el análisis de la efectividad de la respuesta se encuentran acciones que deben ser potenciadas a fin de generar un impacto mayor en la población. Por tanto es necesario ampliar tanto la cobertura como modificar las estrategias de captación de pacientes a fin que puedan vincularse a los programas de crónicos; es importante resaltar que este programa debe hacerse extensivo a la población del curso de vida adultez ya que es en esta etapa de la vida donde se empiezan a evidenciar los impactos de los hábitos adquiridos a lo largo de la vida, por tanto se requiere la toma de conciencia en estas etapas, es así que resulta de interés divulgar la creación del grupo de crónicos con énfasis en población joven y adulta, a fin de establecer y afianzar la cercanía entre usuarios, además de estimular su participación con patrocinios significativos.

Asimismo, se requiere establecer una ruta de atención preventiva, que adopte grupos de interés con iniciativas amplias e integradas en la mitigación de causas de mortalidad por

enfermedades crónicas en el curso vital de vejez. Del mismo modo es trascendental captar a través de los programas y bondades de las políticas públicas, usuarios potencialmente susceptibles de recibir la atención y acciones de prevención por causas generadoras de enfermedades crónicas.

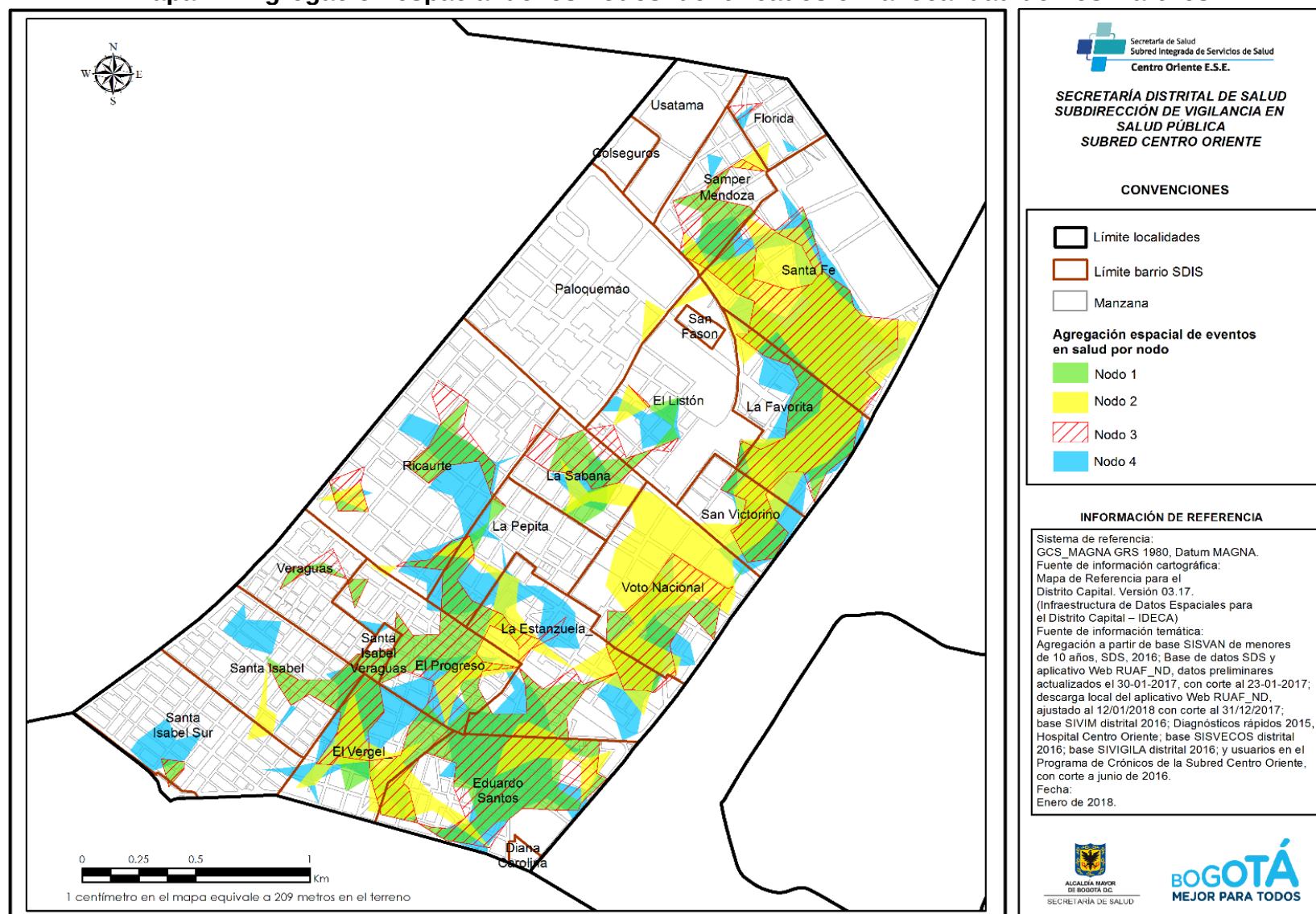
Por otra parte, se deben crear estrategias itinerantes, considerando las dinámicas, libre de discriminaciones, ejecutada en el marco del espacio público, que puedan sensibilizar y detectar población en riesgo por prácticas sexuales clandestinas con énfasis en población del sector LGBTI.

En ese sentido es significativo el poder identificar la población potencialmente vulnerable de adquirir enfermedades de transmisión sexual, para poder integrar los procesos de sensibilización liderados por la estrategia sectorial de la Subred Centro Oriente.

El traslape de los nodos, a partir de la agregación espacial de los desenlaces en salud que los conforman, indica que las áreas más críticas, donde se concentra la mayoría de las situaciones problemáticas identificadas, se ubican sobre el costado oriental de la localidad, con importantes aglomeraciones hacia el centro, en los barrios El Listón y La Sabana; y al occidente en Ricaurte; y con focos aislados al suroccidente en los barrios Santa Isabel y Santa Isabel Sur, vinculados fundamentalmente a la morbilidad por condiciones crónicas de personas adultas y adultas mayores (mapa 12).

De acuerdo con los hallazgos de los grupos funcionales, se puede inferir que desde salud pública existen acciones de respuesta a las necesidades de salud de la población, sin embargo el alcance del talento humano resulta insuficiente teniendo en cuenta la cantidad de problemáticas identificadas. Ahora bien, se pueden establecer alianzas intersectoriales, aunque en muchas instituciones el alcance resulta no ser pertinente considerando su misión en el territorio.

Mapa 12. Agregación espacial de los nodos identificados en la localidad de Los Mártires



Elaboración propia Equipo ACCVSyE a partir de base SISVAN de menores de 10 años, SDS, 2016; Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos preliminares actualizados el 30-01-2017, con corte al 23-01-2017; descarga local del aplicativo Web RUAF_ND, ajustado al 12/01/2018 con corte al 31/12/2017; base SIVIM distrital 2016; Diagnósticos rápidos 2015, Hospital Centro Oriente; base SISVECOS distrital 2016; base SIVIGILA distrital 2016; y usuarios en el Programa de Crónicos de la Subred Centro Oriente, con corte a junio de 2016.

El contraste de la ubicación geográfica de los nodos y de las acciones de los Espacios de Vida Cotidiana permite apreciar la parcial correspondencia espacial entre las situaciones problemáticas vinculadas con desenlaces indeseados en salud y la respuesta que se ofrece desde Salud Pública a escala local, no obstante, la lectura realizada desde las perspectivas operativa, de gestión política y de situación de salud reconoce las limitaciones para atender las necesidades de la población en términos de cobertura y resolutiveidad; aspectos que deben ser considerados para planear las acciones, tiempos y movimientos en vigencias venideras.

6.3 Recomendaciones

En términos generales, se recomienda incluir para vigencias posteriores dentro de las tensiones y los determinantes de los nodos anteriormente trabajados las siguientes temáticas:

- Infecciones de transmisión sexual en jóvenes, especialmente las relacionadas con sífilis y VIH.
- Violencias asociadas al consumo de SPA
- Salud oral que afecta principalmente a gestantes y menores, situación que con lleva a bajo peso al nacer, parto pretérmino, DNT relacionada con problemas orales.
- Problemas de salud oral ocasionados por el consumo de SPA, baja autoestima.
- Violencias con deterioro en la salud oral y expresión facial.
- Reforzar la cultura preventiva de hábitos en salud oral y alimentación saludable.

Tener en cuenta la habitabilidad en calle en la generación de tensiones y nodos.

Referencias bibliográficas

1. Bogotá. Secretaría Distrital de Planeación. 21 monografías de las localidades, Distrito Capital 2011.
2. Bogotá. Secretaría Distrital de Ambiente. Agenda ambiental de la localidad de Los Mártires.
3. Portal Bogotá.
4. Observatorio Ambiental de Bogotá. Indicadores de espacio público en Bogotá
5. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 1504 de 1998, por el cual se reglamenta el manejo del espacio público en los planes de ordenamiento territorial. Diario Oficial, 43357 (Ago. 6 1998).
6. Universidad de los Andes, & Cámara de Comercio de Bogotá. Reporte anual de movilidad 2014.
7. Instituto de Desarrollo Urbano.
8. DANE. Boletín Censo general 2005. Perfil Localidad Santa Fe. Bogotá.
9. Organización Mundial de la Salud.
10. Colombia. Ministerio de Salud. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: Estrategia PASE a la Equidad en Salud – Lineamientos conceptuales.
11. Bogotá, Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte. Historia del Desarrollo Urbano del centro de Bogotá.
12. Cardeño Mejía F.A. Historia del desarrollo urbano del centro de Bogotá (localidad de Los Mártires). 1 ed. Bogotá. Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte; 2007 [consultado 2018 Ene 17].
13. Colombia. Alcaldía Mayor de Bogotá. Decreto 187 de 2002, mayo 17, por medio del cual se reglamenta la Unidad de Planeamiento Zonal (UPZ) N° 102, Sabana, ubicada en la localidad de Mártires, y se expiden las fichas reglamentarias de los sectores delimitados en el presente decreto, así como la ficha de lineamientos para los Planes Parciales de Renovación Urbana. Bogotá: La Alcaldía; 2002.

14. Bogotá Ciudad de Estadísticas. Boletín N°65: Encuesta Multipropósito, 2014; Secretaría Distrital de Planeación
15. Sistema de Monitoreo de las Condiciones de vida de la infancia y la adolescencia de Bogotá . D.C. - Reporte 14
16. Fondo para el logro de los Objetivos del Milenio –MDGIF– y Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD–. Análisis de brechas. En: Pueblos indígenas y los ODM Objetivos de Desarrollo del Milenio, documento de trabajo y análisis. Primera edición.
17. Instituto Nacional de Salud. SIVIGILA, (Internet). Consultado el 04/09/2017.
18. Colombia, Constitución Política de Colombia, Capítulo 2: De los derechos sociales, económicos y culturales, Artículo 7 y 13
19. Proyecto 179, Contrato 084 “Conformación y fortalecimiento de redes de participación LGBT” desarrollado en el año 2008.
20. Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad, 2005-2014, Ministerio de Salud y Protección Social MSPS – SDS.
21. Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. Análisis de Situación de Salud, anexo 6 – Territorialización. Bogotá: Alcaldía Mayor, 2013.
22. Colombia. Alcaldía Mayor de Bogotá. Decreto 339 de 2009, agosto 04, “Por medio del cual se modifica parcialmente el Decreto Distrital [187](#) de 2002, se derogan los Decretos Distritales 400 de 2001 y 188 de 2002 y se establecen algunas disposiciones frente a los usos de alto impacto referidos a prostitución y actividades afines”.
23. Aponte T, Cantor H, Bernal J. Exclusión y marginación a transgéneristas trabajadores sexuales del barrio Santafé, Bogotá. 2013. Congreso Nacional de Sociología.
24. Hospital Centro Oriente. Diagnóstico local con participación social, localidad de Los Mártires 2013. 2014.
25. Bernal M. Provisión de servicios afirmativos de salud, para personas LGBTI. Informe Anual. Bogotá: Colombia Diversa; 2010.

26. Falla Y, Roncancio R, Tenjo D. El principio de enfoque diferencial de la seguridad social en salud, aplicado a las personas que trabajan en prostitución den la zona de alto impacto de Los Mártires, Bogotá DC 2008-2012. Estudio. Universidad Libre, Facultad de Derecho, Centro de Investigaciones Socio Jurídicas; 2012.
27. Sierra D, Carrillo D. Aproximación jurídica a la problematica de los habitantes de la calle en Bogotá. 2014.
28. Góngora A. Por una Bogotá sin mugre: Violencia, vida y muerte en la cloaca urbana. 2008.
29. Hospital Centro Oriente. Diagnóstico local con participación social, localidad de Los Mártires 2013. 2014.
30. Hospital Centro Oriente. Informe CAMAD. 2014..
31. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud de Poblaciones Diferenciales Relevantes.
32. Bogotá. Diagnóstico de situación de personas intersexuales en la ciudad de Bogotá [Internet]. Bogotá: Alcaldía Mayor; 2016.
33. Bohorques V, Gusavo P, Lanz A. Colombia Diversa.
34. Palomino Moral P, Grande Gascón M, Linares Abad M. La salud y sus determinantes sociales; Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. (RIS)
35. Bogotá. Hospital Centro Oriente. Territoriales Saludables, Incluyentes y Accesibles desde la base comunitaria para población con discapacidad y sus familias. 2014. Boletín de Salud Colectiva para la Diversidad y la Inclusión 2012-2014.
36. Bogotá. Hospital Centro Oriente. Boletín Víctimas del Conflicto Armado. Bogotá; 2014.
37. Sánchez M. Colombia diversa.
38. Colombia Ministerio de Cultura. Observatorio étnico: Embera Chamí. Bogotá.
39. Falla Y, Roncancio R, Tenjo D. El principio de enfoque diferencial de la seguridad social en salud, aplicado a las personas que trabajan en prostitución den la zona de alto impacto de Los Mártires, Bogotá DC 2008-2012. Estudio. Universidad Libre, Facultad de Derecho, Centro de Investigaciones Socio Jurídicas; 2012.

-
40. Hospital Centro Oriente. Diagnóstico local con participación social, localidad de Los Mártires 2013 - 2014.
 41. Hospital Centro Oriente. Informe CAMAD. 2014.
 42. Bohorques V, Gusavo P, Lanz A. Colombia Diversa.
 43. Hospital Centro Oriente. Boletín Víctimas del Conflicto Armado. 2014
 44. Secretaría Distrital de Salud. Guía técnica del Plan de salud pública de intervenciones colectivas. Bogotá, 2017.
 45. ecretaría Distrital de Salud. Ficha Técnica de espacios de vida cotidiana. Bogotá, 2017
 46. Colombia, Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. Gobernanza para la Salud y Calidad de Vida. Componente 2: Generación de conocimiento sobre las relaciones entre condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad. Guía para la Elaboración del Documento ACCVSyE. Versión2. Bogotá 2017
 47. Colombia. Concejo de Bogotá. Acuerdo 645 de 2016, por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C. 2016 – 2020 “Bogotá Mejor Para Todos”. Bogotá: El Concejo; (Junio 9 de 2016).
 48. Secretaría Distrital de Planeación. Encuesta Multipropósito 2014.