

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

Localidad de Rafael Uribe Uribe

18



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

Alcalde Mayor de Bogotá, D.C.
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaría de Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

Enrique Peñalosa Londoño

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública
Elizabeth Coy Jiménez

Unidad de Servicios de Salud Centro Oriente ESE

Gerente
Martha Yolanda Ruíz Valdés

Coordinadora PIC
Lida Esperanza Montenegro Parra

Referente de Gobernanza
Yulieth Ávila Bohórquez

Autores

Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad
Lady Viviana Rodríguez Galindo. Líder componente II
Boris Navarrete Riaño. Sociólogo
Manuel Fernando Valero. Geógrafo
Angela Guzmán García. Epidemióloga

Fotografía de la portada
Recorrido territorial Localidad de Rafael Uribe Uribe
Equipo ACCVSyE

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12 81
Conmutador 3649090 Bogotá D.C. 2018
www.saludcapital.gov.co

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	14
Objetivo	16
Objetivos específicos	16
1.1 Contexto territorial	18
1.2 Estructura demográfica	20
1.3 Dinámica demográfica de la localidad	24
1.4 Conclusiones	34
3.1 Mortalidad	46
3.1.1 Mortalidad por grandes causas 6/67	46
3.1.1.1 Mortalidad por grandes causas 6/67 por quinquenio	46
3.1.2 Mortalidad infantil y en la niñez	53
3.1.3 Mortalidad materno-infantil y de la niñez	55
3.2 Morbilidad	56
3.2.1. Morbilidad general y análisis de la prestación de servicios	56
3.2.1.1 Infancia	63
3.2.1.2 Adolescencia y juventud	65
3.2.1.3 Adultez y vejez	66
3.2.1.4 Descripción de la oferta	71
3.2.2 Eventos de vigilancia en salud pública	75
3.2.2.1 SIVIGILA Nacional	75
3.2.2.2 SIVIGILA Distrital	76
3.2.2.3 Eventos precursores	78
3.3 Análisis general de la morbilidad e identificación de prioridades en morbilidad	79
Balance de la información	85
4.1 Población con discapacidad localidad de Rafael Uribe Uribe	85
4.2 Población habitante de calle	87
4.3 Población recicladora, carretera y pequeña bodega	88
4.4 Población víctima del conflicto armado	89

4.5 población LGBTI y persona en ejercicio de la prostitución	91
4.6 Población étnica	92
4.6.1 Comunidades indígenas	92
4.6.2 Comunidad afrocolombiana	93
Caracterización sociodemográfica	106
4.7 Población víctima del conflicto armado	111
Análisis de necesidades por población	116
Población priorizada (población con discapacidad).....	116
Población ciudadano habitante de calle	118
Bodegueros recicladores y carreteros	118
Personas en ejercicio de prostitución	120
Población víctima de conflicto armado	122
Sector LGBTI	123
Población con pertenencia étnica	124
Población priorizada (población con discapacidad)	125
Bodegueros recicladores y carreteros	129
Personas en ejercicio de prostitución	129
Víctimas de conflicto armado	130
Sector LGBTI	130
Política pública de mujer y equidad de género	132
Población étnica	132
5.1 Acciones en Salud Pública	135
5.2 Espacio vivienda	135
5.2.1 Estructura	136
5.2.2 Resultados	137
5.2.3 Conclusiones	144
5.3 Espacio educación	144
5.4 Espacio trabajo	150
5.4.1 Desvinculación progresiva de los niños, niñas y adolescentes de las peores formas del trabajo infantil	153
5.4.2 Estrategia de entornos laboralmente saludables para la promoción de autocuidado y gestión del riesgo en salud	154

Resultados	157
5.5 Espacio público	157
5.6 Gobernanza	169
5.6.1 Componente 1: posicionamiento de las políticas públicas en el marco de la gobernanza, que favorezcan la salud y la vida	169
5.6 Programas y acciones de interes en Salud Pública	178
5.6.2 Balance cualitativo y cuantitativo de los procesos para el cuidado de la salud individual y colectiva	178
5.7 Vigilancia en Salud Pública epidemiologica	182
5.6.1. Balance cualitativo y cuantitativo de resultados consolidados por línea de intervención	182
6.1 Diseño metodológico	201
6.2 Identificación de situaciones tensionantes en la localidad	203
6.3 Recomendaciones	213
6.4 Conclusiones y recomendaciones	214
Referencias bibliográficas	218

LISTADO DE MAPAS

Introducción	14
Objetivo	16
Objetivos específicos	16
1.1 Contexto territorial	18
1.2 Estructura demográfica	20
1.3 Dinámica demográfica de la localidad	24
1.4 Conclusiones	34
3.1 Mortalidad	46
3.1.1 Mortalidad por grandes causas 6/67	46
3.1.1.1 Mortalidad por grandes causas 6/67 por quinquenio	46
3.1.2 Mortalidad infantil y en la niñez	53
3.1.3 Mortalidad materno-infantil y de la niñez	55

3.2 morbilidad	56
3.2.1. Morbilidad general y análisis de la prestación de servicios	56
3.2.1.1 Infancia	63
3.2.1.2 Adolescencia y juventud	65
3.2.1.3 Adultez y vejez	66
3.1.1.4 Descripción de la oferta	71
3.2.2 Eventos de vigilancia en Salud Pública	75
3.2.2.1 SIVIGILA Nacional	75
3.2.2.2 SIVIGILA Distrital	76
3.2.2.3 Eventos precursores	78
3.3 Análisis general de la morbilidad e identificación de prioridades en morbilidad	79
Balance de la información	85
4.1 Población con discapacidad localidad de Rafael Uribe Uribe	85
4.2 Población habitante de calle	87
4.3 Población recicladora, carretera y pequeña bodeguera	88
4.4 Población víctima del conflicto armado	89
4.5 Población LGBTI y persona en ejercicio de la prostitución	91
4.6 Población étnica	92
4.6.1 Comunidades indígenas	92
4.6.2 Comunidad afrocolombiana	93
Caracterización sociodemográfica	106
4.7 Población víctima del conflicto armado	111
Análisis de necesidades por población	116
Población priorizada (población con discapacidad)	116
Población ciudadano habitante de calle	118
Bodegueros recicladores y carreteros	118
Personas en ejercicio de prostitución	120
Población víctima de conflicto armado	122
Sector LGBTI	123
Población con pertenencia étnica	124

Población priorizada (población con discapacidad)	125
Bodegueros recicladores y carreteros	129
Personas en ejercicio de prostitución	129
Victimas de conflicto armado	130
Sector LGBTI	130
Política pública de mujer y equidad de género	132
Población étnica	132
5.1 Acciones en Salud Pública	135
5.2 Espacio vivienda	135
5.2.1 Estructura	136
5.2.2 Resultados	137
5.2.3 Conclusiones	144
5.3 Espacio educación	144
5.4 Espacio trabajo	150
5.4.1 Desvinculación progresiva de los niños, niñas y adolescentes de las peores formas del trabajo infantil	153
5.4.2 Estrategia de entornos laboralmente saludables para la promoción de autocuidado y gestión del riesgo en salud	154
Resultados	157
5.5 Espacio público	157
5.6 Gobernanza	169
5.6.1 Componente 1: Posicionamiento de las políticas públicas en el marco de la Gobernanza, que favorezcan la salud y la vida	169
5.6 Programas y acciones de interes en Salud Pública	178
5.6.2 Balance cualitativo y cuantitativo de los procesos para el cuidado de la salud individual y colectiva	178
5.7 Vigilancia en Salud Pública epidemiologica	182
5.6.1. Balance cualitativo y cuantitativo de resultados consolidados por línea de intervención	182
6.1 Diseño metodológico	201
6.2 Identificación de situaciones tensionantes en la localidad	203

6.3 Recomendaciones	213
6.4 Conclusiones y recomendaciones	214
Referencias bibliográficas	218

LISTADO DE TABLAS

Introducción	14
objetivo	16
Objetivos específicos	16
1.1 Contexto territorial	18
1.2 Estructura demográfica	20
1.3 Dinámica demográfica de la localidad	24
1.4 Conclusiones	34
3.1 Mortalidad	46
3.1.1 Mortalidad por grandes causas 6/67	46
3.1.1.1 Mortalidad por grandes causas 6/67 por quinquenio	46
3.1.2 Mortalidad infantil y en la niñez	53
3.1.3 Mortalidad materno-infantil y de la niñez	55
3.2 Morbilidad	56
3.2.1. Morbilidad general y análisis de la prestación de servicios	56
3.2.1.1 Infancia	63
3.2.1.2 Adolescencia y juventud	65
3.2.1.3 Adultez y vejez	66
3.1.1.4 Descripción de la oferta	71
3.2.2 Eventos de vigilancia en Salud Pública	75
3.2.2.1 SIVIGILA Nacional	75
3.2.2.2 SIVIGILA Distrital	76
3.2.2.3 Eventos precursores	78
3.3 Análisis general de la morbilidad e identificación de prioridades en morbilidad	79
Balance de la información	85
4.1 Población con discapacidad localidad de Rafael Uribe Uribe	85

4.2 Población habitante de calle	87
4.3 Población recicladora, carretera y pequeña bodeguera	88
4.4 Población víctima del conflicto armado	89
4.5 Población LGBTI y persona en ejercicio de la prostitución	91
4.6 Población étnica	92
4.6.1 Comunidades indígenas	92
4.6.2 Comunidad afrocolombiana	93
Caracterización sociodemográfica	106
4.7 Población víctima del conflicto armado	111
Análisis de necesidades por población	116
Población priorizada (población con discapacidad)	116
Población ciudadano habitante de calle	118
Bodegueros recicladores y carreteros	118
Personas en ejercicio de prostitución	120
Población víctima de conflicto armado	122
Sector LGBTI	123
Población con pertenencia étnica	124
Población priorizada (población con discapacidad)	125
Bodegueros recicladores y carreteros	129
Personas en ejercicio de prostitución	129
Víctimas de conflicto armado	130
Sector LGBTI	130
Política pública de mujer y equidad de género	132
Población étnica	132
5.1 acciones en Salud Pública	135
5.2 Espacio vivienda	135
5.2.1 Estructura	136
5.2.2 Resultados	137
5.2.3 Conclusiones	144
5.3 Espacio educación	144
5.4 Espacio trabajo	150

5.4.1 Desvinculación progresiva de los niños, niñas y adolescentes de las peores formas del trabajo infantil	153
5.4.2 estrategia de entornos laboralmente saludables para la promoción de autocuidado y gestión del riesgo en salud	154
Resultados	157
5.5 Espacio público	157
5.6 Gobernanza	169
5.6.1 Componente 1: posicionamiento de las políticas públicas en el marco de la gobernanza, que favorezcan la salud y la vida	169
5.6 Programas y acciones de interes en Salud Pública	178
5.6.2 Balance cualitativo y cuantitativo de los procesos para el cuidado de la salud individual y colectiva	178
5.7 Vigilancia en Salud Pública epidemiologica	182
5.6.1. Balance cualitativo y cuantitativo de resultados consolidados por línea de intervención	182
6.1 Diseño Metodológico	201
6.2 Identificación de situaciones tensionantes en la localidad	203
6.3 Recomendaciones	213
6.4 Conclusiones y recomendaciones	214
Referencias bibliográficas	218

LISTADO DE FIGURAS

Introducción	14
objetivo	16
Objetivos específicos	16
1.1 Contexto territorial	18
1.2 Estructura demográfica	20
1.3 Dinámica demográfica de la localidad	24
1.4 Conclusiones	34
3.1 Mortalidad	46
3.1.1 Mortalidad por grandes causas 6/67	46
3.1.1.1 Mortalidad por grandes causas 6/67 por quinquenio	46

3.1.2	Mortalidad infantil y en la niñez	53
3.1.3	Mortalidad materno-infantil y de la niñez	55
3.2	Morbilidad	56
3.2.1.	Morbilidad general y análisis de la prestación de servicios	56
3.2.1.1	Infancia	63
3.2.1.2	Adolescencia y juventud	65
3.2.1.3	Adultez y vejez	66
3.2.1.4	Descripción de la oferta	71
3.2.2	Eventos de vigilancia en Salud Pública	75
3.2.2.1	SIVIGILA Nacional	75
3.2.2.2	SIVIGILA Distrital	76
3.2.2.3	Eventos precursores .	78
3.3	Análisis general de la morbilidad e identificación de prioridades en morbilidad ...	79
	Balance de la información	85
4.1	Población con discapacidad localidad de Rafael Uribe Uribe	85
4.2	Población habitante de calle	87
4.3	Población recicladora, carretera y pequeña bodeguera	88
4.4	Población víctima del conflicto armado	89
4.5	población lgbt y persona en ejercicio de la prostitución	91
4.6	Población étnica	92
4.6.1	Comunidades indígenas	92
4.6.2	Comunidad afrocolombiana	93
	Caracterización sociodemográfica	106
4.7	Población víctima del conflicto armado	111
	Análisis de necesidades por población	116
	Población priorizada (población con discapacidad)	116
	Población ciudadano habitante de calle	118
	Bodegueros recicladores y carreteros	118
	Personas en ejercicio de prostitución	120
	Población víctima de conflicto armado	122
	Sector LGBTI	123

Población con pertenencia étnica	124
Población priorizada (población con discapacidad)	125
Bodegueros recicladores y carreteros	129
Personas en ejercicio de prostitución	129
Victimas de conflicto armado	130
Sector LGBTI	130
Política pública de mujer y equidad de género	132
Población étnica	132
5.1 Acciones en Salud Pública	135
5.2 Espacio vivienda	135
5.2.1 Estructura	136
5.2.2 Resultados	137
5.2.3 Conclusiones	144
5.3 Espacio educación	144
5.4 Espacio trabajo	150
5.4.1 Desvinculación progresiva de los niños, niñas y adolescentes de las peores formas del trabajo infantil	153
5.4.2 Estrategia de entornos laboralmente saludables para la promoción de autocuidado y gestión del riesgo en salud	154
Resultados	157
5.5 Espacio público	157
5.6 Gobernanza	169
5.6.1 Componente 1: posicionamiento de las políticas públicas en el marco de la gobernanza, que favorezcan la salud y la vida	169
5.6 Programas y acciones de interes en salud pública	178
5.6.2 Balance cualitativo y cuantitativo de los procesos para el cuidado de la salud individual y colectiva	178
5.7 Vigilancia en Salud Pública epidemiologica	182
5.6.1. Balance cualitativo y cuantitativo de resultados consolidados por línea de intervención	182
6.1 Diseño metodológico	201
6.2 Identificación de situaciones tensionantes en la localidad	203
6.3 Recomendaciones	213

6.4 conclusiones y recomendaciones	214
referencias bibliográficas	218

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1. Estructura operativa espacio vivienda, Subred Centro Oriente, 2017	116
Cuadro 2. Barrios abordados componente gestión de riesgo localidad de Rafael Uribe Uribe, 2017	117
Cuadro 3. Balance cualitativo y cuantitativo de los procesos para el cuidado de la salud individual y colectiva	147
Cuadro 4. Acciones para el cuidado de la salud individual y colectiva	148

LISTADO DE ANEXOS

Anexo 1. Pirámide poblacional localidad de Rafael Uribe Uribe
Anexo 2. Matriz de determinantes localidad de Rafael Uribe Uribe
Anexo 3. Ajuste de tasas 667 localidad de Rafael Uribe Uribe
Anexo 4. Tasas ajustadas grandes causas, localidad de Rafael Uribe Uribe
Anexo 5. Eventos SIVIGILA año 2017, localidad de Rafael Uribe Uribe
Anexo 6. Mortalidad específica, localidad de Rafael Uribe Uribe
Anexo 7. Mortalidad por grupos, localidad de Rafael Uribe Uribe
Anexo 8. Matriz de espacios Subred Centro Oriente
Anexo 9. Agenda Sectorial Local, localidad de Rafael Uribe Uribe
Anexo 10. Estrategia de abordaje territorial, localidad de Rafael Uribe Uribe
Anexo 11. Análisis de desigualdades Subred Centro Oriente

INTRODUCCIÓN

El desarrollo sostenible y ecológicamente sustentable presenta una directa relación con la generación de condiciones estructurales favorables a acciones institucionales y comunitarias que amplíen las posibilidades de lograr salud integral en la población (1). En consecuencia, las políticas públicas para el sector salud, al ser mecanismos sociales que norman estas acciones, deben diseñarse en torno a estudios que comprendan la manera como se da la realidad de las personas; cómo interactúan entre ellas y su ambiente socio ecológico, y presenten un panorama aterrizado de su situación en salud mostrando carencias y oportunidades.

En ese sentido se explica la importancia del presente documento, que pretende identificar relaciones desencadenantes de situaciones que afectan la salud de las personas habitantes de los territorios que conforman la Subred integrada de servicios de salud Centro Oriente, pensando a los seres humanos como actores y actrices de su ambiente social, que inciden y son influenciados por el entorno que habitan, que reclaman su justa consideración como principio y fin de todas las acciones estatales (enfoque poblacional). Y además que exigen la visibilizar las acciones o situaciones de discriminación a las que son expuestos diferentes grupos sociales en donde se ven violentados sus derechos (enfoque diferencial).

Para alcanzar este propósito, la elaboración del análisis de salud de la población se ha organizado en diferentes etapas articuladas reflejadas en la estructura y los capítulos del texto; en principio se han dispuesto de recursos humanos, físicos, técnicos y tecnológicos pertinentes, esto incluye la realización de reuniones de articulación al interior de la Subred con el fin de sensibilizar frente al proceso de diagnóstico, socialización de las etapas de elaboración del mismo y coordinar la recolección de información.

Así mismo se estructuró el capítulo uno en el cual se presenta la relación población, territorio, ambiente y sociedad de las localidades que conforman la Subred, desde los contextos territorial, ambiental, demográfico, socioeconómico y las diferentes dinámicas, producto de su interrelación.

En el segundo capítulo se hará el análisis de los determinantes sociales de la salud en el ámbito de las dimensiones prioritarias, desarrollando un examen de los determinantes que inciden substancialmente en las posibles carencias en salud de los grupos humanos residentes en las localidades.

Para el tercer capítulo se analizará el comportamiento de la mortalidad según agrupación 6/67 grandes causas y la morbilidad ordenada según los momentos de curso de vida.

En el cuarto capítulo se realizará el análisis de condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad incluye dentro de sus perspectivas de abordaje del proceso salud–enfermedad el enfoque diferencial y el enfoque poblacional diferencial, de los cuales el primero se entiende como la identificación de las diferencias entre personas, grupos específicos u otras colectividades con el fin de reconocer las situaciones de fragilidad, vulneración, segregación o exclusión que con frecuencia tienen un origen en las condiciones de vida y por tanto se manifiestan de varias maneras con efectos negativos para la salud de estas poblaciones.

En el capítulo quinto se trabajará en las acciones en salud pública para esto se realizará la identificación de fuentes de información secundarias de los procesos transversales, que den cuenta de la gestión adelantada desde salud pública.

Finalmente, en el capítulo sexto se contempla abordar el análisis y síntesis de las desigualdades en salud que tiene su origen en las desigualdades políticas, económicas y sociales que existen en la sociedad.

OBJETIVO

Generar análisis y síntesis de las condiciones, la calidad de vida, la salud y la enfermedad de forma participativa con los diferentes actores y sectores que se requieran, como insumo que aporte en las tomas de decisiones en la localidad de Rafael Uribe Uribe.

Objetivos específicos

- Identificar algunas condiciones de vida de la población en el territorio, aquellas que tienen vínculo con las situaciones de salud-enfermedad
- Captar y describir niveles y patrones de distribución espacio-temporal de indicadores que afectan el estado de salud de la población
- 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.

1. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

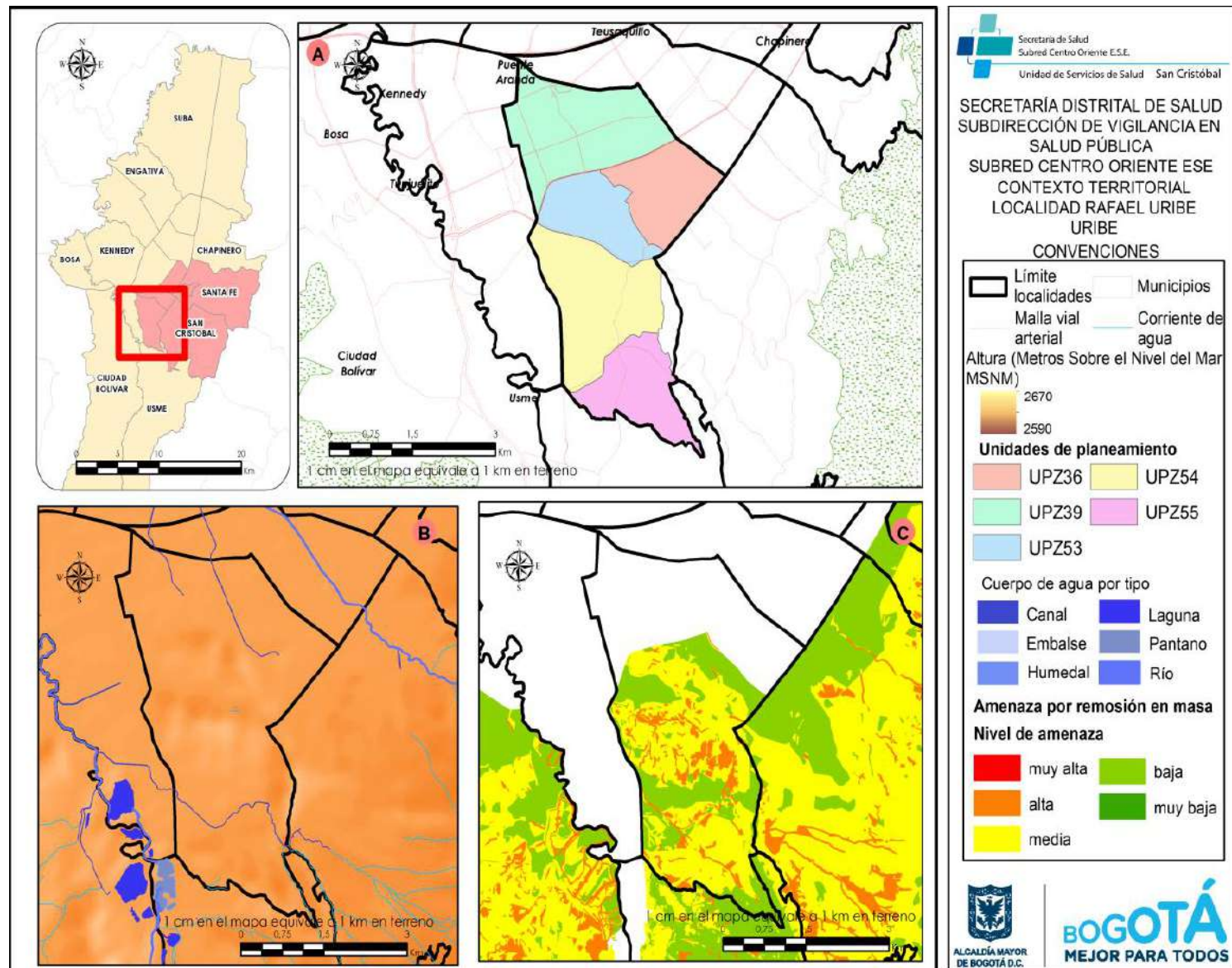
1.1 Contexto territorial

La localidad de Rafael Uribe Uribe está ubicada en el sector sur oriental de la ciudad y limita al norte con la localidad Antonio Nariño, al sur con la localidad Usme, al oriente con las localidades San Cristóbal y Usme y al occidente con la localidad Tunjuelito. En términos políticos y administrativos, la conforman cinco Unidades de Planeamiento Zonal – UPZ ubicadas en el área urbana (ver Mapa 1A). Cuenta con una extensión total de 1.310,1 hectáreas (ha) urbanas, 8,8 de ellas ubicadas en suelo protegido. Esta localidad no tiene suelo de expansión ni suelo rural (2).

Este territorio presenta una topografía con una parte plana donde se ubican los barrios más consolidados, una pendiente media en el piedemonte de los cerros y una tercera zonas con mayores pendientes con temperatura media anual de 14,6°C y una humedad relativa del 75 %, su sistema hídrico está conformado por la quebrada Chiguaza, que nace en la localidad San Cristóbal (3) (mapa 1).

Frente al espacio público efectivo, la localidad reporta 10 m² por habitante (4) al año 2013, 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 Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático – IDIGER ha identificado y delimitado en la localidad zonas de amenaza por remoción en masa, en coherencia con su ubicación geográfica y usos del suelo (mapa 1).

Mapa 1. Contexto territorial, localidad de Rafael Uribe Uribe



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

1.2 Estructura demográfica

La población estimada para la localidad de Rafael Uribe Uribe es de 353.761 habitantes al año 2016, 377.615 habitantes para el año 2011 y 376.867 habitantes para el año 2006; lo cual muestra una tendencia a la disminución de habitantes de 0 a 15 años generando angostamiento de la base en la pirámide poblacional de la localidad la cual se analizará más adelante (Figura 1), esta población reside en el área urbana, la localidad no cuenta con área rural.

La densidad poblacional a escala local equivalente a 270,02hab/Ha; según la Encuesta Multipropósito de 2014 la localidad registra un crecimiento poblacional del 0,24 %, con una población de 377.615 habitantes en el año 2011 a 380.362 para el 2014; cuenta con 100.583 viviendas y 108.702 hogares para el año 2014; En cuanto al estrato socioeconómico, el estrato bajo representa el 55 % de la localidad, seguido del estrato medio con el 43,1 % y sin estrato el 2,0 %, por otra parte no se cuenta con población en estrato alto. Según las Necesidades Básicas Insatisfechas – NBI el 7,0 % de la población son personas pobres (6).

La desagregación por sexo indica que para el año 2016 el 51,1 % (n=180.846 habitantes) de la población son mujeres y el 48,8 % (n=172.915 habitantes) hombres, es decir, que por cada 96 hombres hay 100 mujeres; sin embargo, la mayor cantidad de mujeres y hombres se concentran entre los 20 a 24 años (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la población por edad y sexo, localidad de Rafael Uribe, 2016

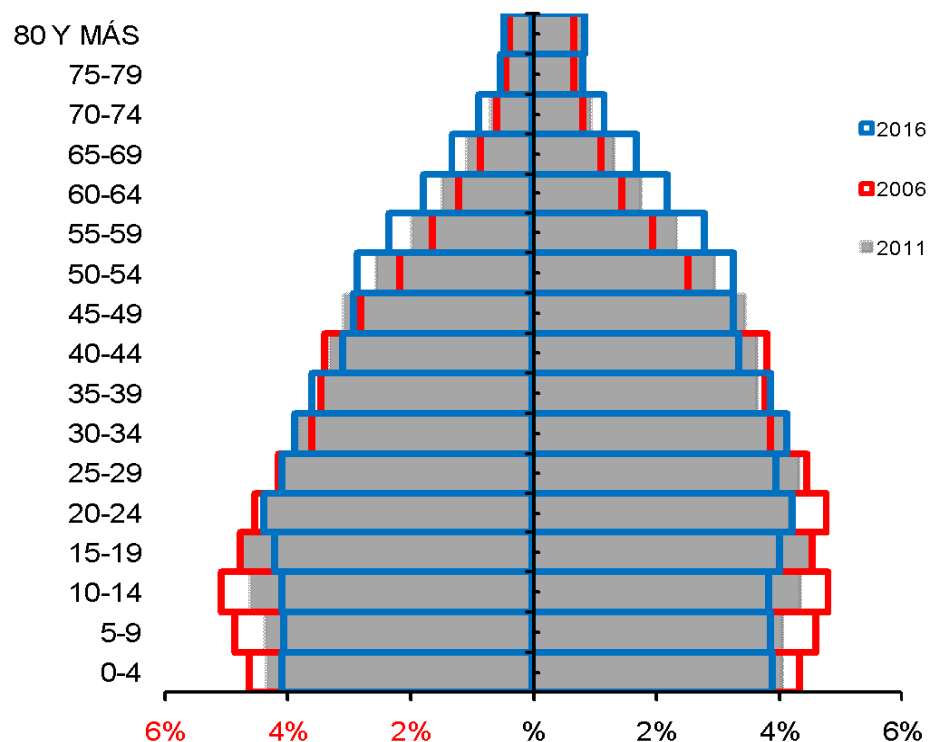
Total	2016			
	Hombres	%	Mujeres	%
Total	172.915		180.846	
0 a 4 años	14.557	8,4	13.785	7,6
5-9 años	14.447	8,3	13.706	7,6
10-14 años	14.468	8,4	13.583	7,5
15-19 años	14.952	8,6	14.234	7,9
20-24 años	15.591	9,0	14.952	8,3
25-29 años	14.549	8,4	14.014	7,7
30-34 años	13.798	8,0	14.652	8,1

35-39 años	12.716	7,4	13.708	7,6
40-44 años	10.998	6,4	11.854	6,6
45-49 años	10.426	6,0	11.521	6,4
50-54 años	10.139	5,9	11.539	6,4
55-59 años	8.348	4,8	9.842	5,4
60-64 años	6.361	3,7	7.708	4,3
65-69 años	4.736	2,7	5.889	3,3
70-74 años	3.170	1,8	4.091	2,3
75-79 años	1.920	1,1	2.830	1,6
80 años y más	1.739	1,0	2.938	1,6

Fuente: Anexo 9 Herramienta pirámide poblacional localidad Rafael Uribe, 2016

La estructura poblacional de la localidad muestra una acelerada transición demográfica con tendencia creciente al envejecimiento, en donde la proporción de la población adulta y adulta mayor crece más rápido al tiempo que disminuye la base de la pirámide poblacional, para los grupos de edad de menores de 15 años (figura 1).

Figura 1. Pirámide poblacional según quinquenios de edad, localidad de Rafael Uribe Uribe, 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.

Del total de la población para el año 2015 (n=375.107 habitantes) el 50,7 % son mujeres (n=190.270 habitantes) y el 49,3 % son hombres (n=184.837 habitantes), la UPZ con mayor concentración de población es Marruecos con el 28,4 % (n=106.616 habitantes), donde el 50,8 % son hombres (n=54.174 habitantes) y el 49,2 % son mujeres (n=52.442 habitantes), como indica la (tabla 2)

Tabla 2. Distribución de la población urbana por UPZ y sexo, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2015

UPZ	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%
Subred Centro Oriente	1'122.980	100	494378	44,0	510.358	45,4
Rafael Uribe Uribe	375.107	34	184.837	49,3	190.270	50,7
San José	46.804	12,5	22.107	47,2	24.697	52,8
Quiroga	76.965	20,5	37.814	49,1	39.151	50,9
Marco Fidel Suárez	61.451	16,4	29.975	48,8	31.476	51,2
Marruecos	106.616	28,4	54.174	50,8	52.442	49,2
Diana Turbay	83.271	22,2	40.767	49,0	42.504	51,0

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

La distribución de la población por momentos del curso de vida evidencia que predomina la población adulta con un 39,4 %, mientras que el grupo que comprende primera infancia e infancia abarca el 19.1 %; por sexo no se evidencia diferencias estadísticas (tabla 3).

Tabla 3. Distribución de la población según curso de vida y por sexo, Localidad de Rafael Uribe, 2015

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Primera infancia 0 a 5 años	17.454	51,35	16.533	48,65	33987	9,6
Infancia 5 a 11 años	17.325	51,38	16.397	48,62	33722	9,5
Adolescencia 12 a 17 años	17.588	51,48	16.579	48,52	34167	9,7
Juventud 18 a 29 años	36.197	51,01	34.765	48,99	70962	20,1

Adultez 30 a 59 años	66.425	47,60	73.116	52,40	139541	39,4
Vejez 60 años y más	17.926	43,32	23.456	56,68	41382	11,7
Total localidad de Rafael Uribe Uribe	172.915	48,88	180.846	51,12	353761	100

Fuente: DANE-Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020.

Adicionalmente, se identifican grupos poblacionales que por su situación o condición pueden presentar desenlaces específicos de morbilidad o mortalidad en lo que atañe a su proceso de salud-enfermedad; de esta manera, en la (tabla 4) se ilustra la presencia de poblaciones diferenciales y de inclusión en la localidad, el 7,11 % un total de 25.156 presenta alguna discapacidad (corte a 2016), seguido de la población afrodescendientes que para la localidad es del 1,38 %. La población víctimas del conflicto armado y los recicladores también fue identificada, aunque con un porcentaje menor.

Tabla 4. Población diferencial, localidad de Rafael Uribe Uribe 2005-2016

Población diferencial	
Población General Total 2016	353.761
Recicladores (UAESP, 2014)	721
Habitantes de calle (Censo, SDIS 2007-2011)	169
LGTBI (APS, 2014)	75
Personas en ejercicio de prostitución APS, 2014	75
Víctimas del conflicto armado (APS, BDUA, RUV, 2015)	569
Población en condición de discapacidad (RLCPCD 2004-2016, SDS)	25.156
Indígenas (SISPI, 2014)	165
Afrodescendientes (DANE 2005)	4.911

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE; con base en los datos de documentos de ASIS Diferencial de la localidad Rafael Uribe.

El comportamiento de afiliación al sistema general de seguridad social en salud de la población residente en la localidad de Rafael Uribe Uribe, de acuerdo con la estadística de aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud, refleja que la mayor proporción de población está afiliada al régimen contributivo, con el 70,7 % de los habitantes afiliados, siendo los porcentajes muy similares a la Subred y la localidad con una pequeña diferencia por encima del 1, en segundo lugar se encuentra el régimen subsidiado con el 24,7% donde comparado frente a la Subred y el Distrito esta localidad presenta una mayor diferencia que el contributivo en su porcentaje, estando por encima en un 1,3 % y 10% respectivamente. En tercer lugar se encuentra el régimen de excepción, el cual presenta una menor diferencia en un 0.7 % por debajo del porcentaje que presenta el Distrito (tabla 5).

Tabla 5. Régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2016

Localidades subred / régimen	Régimen contributivo (e)	%	Régimen de excepción (e)	%	Régimen subsidiado	%	Total sisben no afiliados	%	Total sisben no afiliados	%
Total Bogotá	6.143.069	76,0	210.294	2,6	1.155.849	14,3	37.393	0,46	37.393	0,46
Subred Centro Oriente	740.188	69,4	19.877	1,9	249.064	23,4	7.419	0,7	7.419	0,7
Rafael Uribe Uribe	248.105	70,7	6.668	1,9	86.846	24,7	2.798	0,8	2.798	0,8

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

1.3 Dinámica demográfica de la localidad

La población estimada para la localidad Rafael Uribe es de 353.761 habitantes al año 2016, cifra que ha disminuido en un 6,3 % con respecto al año 2011 (n= 377.615 habitantes) y un 6,1 % frente al año 2006 (n= 376.867 habitantes); para el mismo periodo, los índices de infancia y juventud han disminuido en un 14,2% y 7,4 %, respectivamente, mientras que los índices de vejez y de envejecimiento han aumentado en un 50 % y 68,9 %, respectivamente, el Índice de Friz, para los años

2005 vs 2016 muestra una leve tendencia hacia la disminución; con estos resultados se puede decir que la población de esta localidad se encuentra en una etapa madura en donde la cantidad de jóvenes está disminuyendo y las personas mayores de 60 años aumentando (tabla 6).

Tabla 6. Indicadores demográficos, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2006, 2011 y 2016

Índice demográfico	Año		
	2006	2011	2016
Población total	376.867	377.615	353.761
Población Masculina	183.441	184.952	172.915
Población femenina	193.426	192.663	180.846
Relación hombres: mujer	94,84	96,00	96
Razón niño: mujer	31	30	30
Índice de infancia	28	26	24
Índice de juventud	27	26	25
Índice de vejez	8	10	12
Índice de envejecimiento	29	38	49
Índice demográfico de dependencia	51,00	47,47	46,24
Índice de dependencia infantil	42,74	37,93	34,95
Índice de dependencia mayores	8,26	9,54	11,29
Índice de Friz	134,32	122,71	114,11

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 localidad de Rafael Uribe Uribe reporta una tasa de crecimiento natural baja para todos los años explicable en la reducción alcanzada para la tasa de natalidad, tasa de fecundidad global y general; la primera de ellas se mantiene alrededor de 15,1; la segunda de ellas para el año 2016 se estima en 1,8 nacidos vivos por mujer en edad fértil y la tasa general de fecundidad se estima 42,0 nacidos vivos por mil mujeres en edad fértil con disminución del 4,3 % en los últimos cinco años (tabla 7).

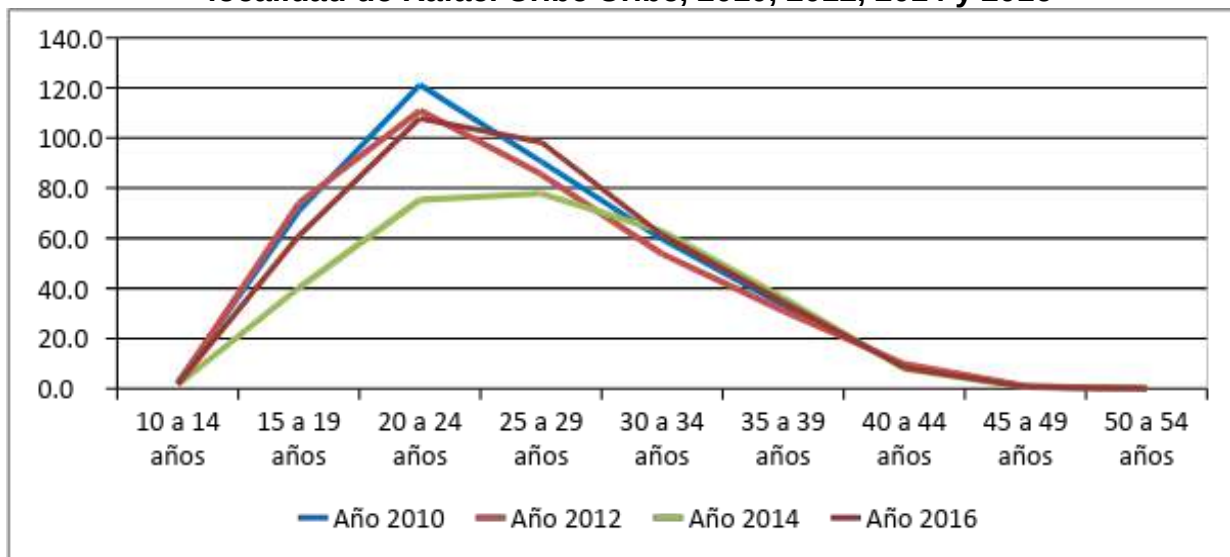
Tabla 7. Indicadores demográficos, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2012 a 2016

Tasas/año	Ubicación	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016
Tasa de crecimiento anual	Localidad	1,09	1,11	1,04	1,01	
	Subred	1,0	1,0	1,0	0,9	
	Bogotá	1,0	1,0	1,0	0,9	
Tasa bruta de natalidad	Localidad	15,3	15,4	14,6	14,3	15,1
	Subred	14,9	14,7	14,6	13,9	13,8
	Bogotá	13,9	13,3	13,4	13,0	12,3
Tasa global de fecundidad	Localidad	1,8	1,9	1,8	1,8	1,8
	Subred	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7
	Bogotá	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5
Tasa general de fecundidad	Localidad	43,9	44,4	42,6	42,0	42,0
	Subred	43,1	42,9	43,0	41,2	41,4
	Bogotá	39,1	37,7	38,0	37,2	35,6

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

Las tasas de fecundidad más altas se presentan en las mujeres entre 20 y 24 años, seguido por el de 25 a 29 años y el de 30 a 34 años de edad; cifras que han reportado disminución durante el periodo 2010 a 2016 para todos los grupos de edad pero en mayor proporción para el grupo de 10 a 14 años en el cual disminuyó la tasa de fecundidad en 30,4 % al pasar de 2,3 a 1,6 nacimientos por mil nacidos vivos de madres de este grupo de edad y el de 15 a 19 años que disminuye en 14,1 % y se ubica en 60,9 nacimientos por mil nacidos vivos (figura 2).

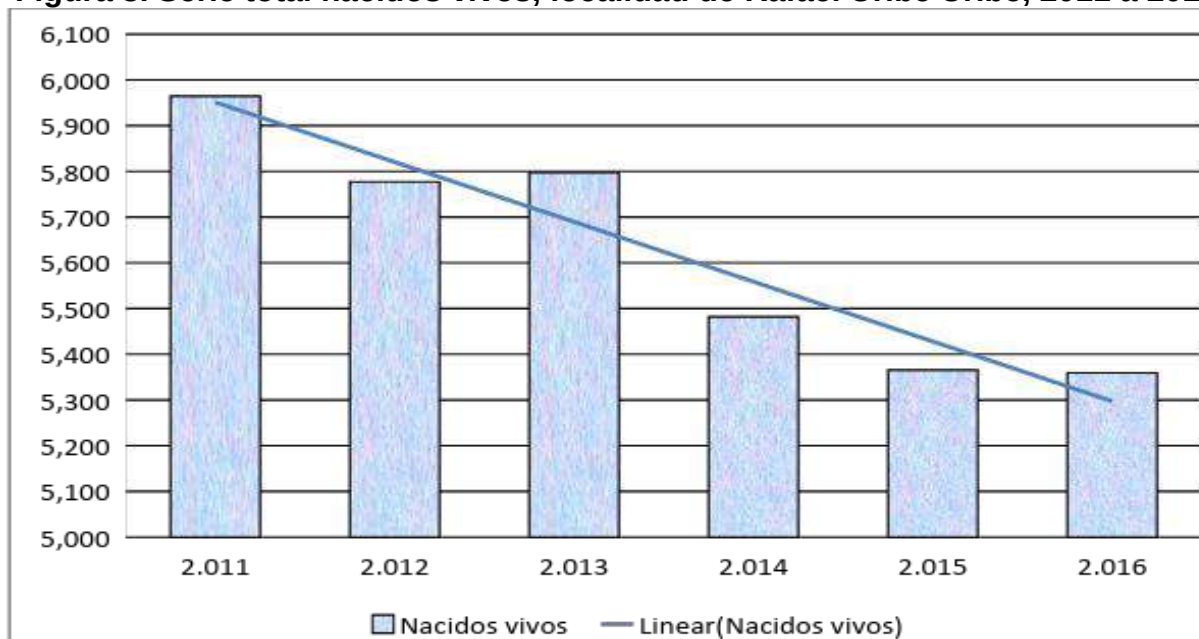
Figura 2. Tasas específicas de fecundidad por edad, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2010, 2012, 2014 y 2016



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

El comportamiento de los nacidos vivos en la localidad ha tenido un comportamiento decreciente pasando de 5.964 nacidos vivos en 2011 a 5.359 nacidos vivos en 2016, que equivale a reducción del en un 10,1 % (figura 3).

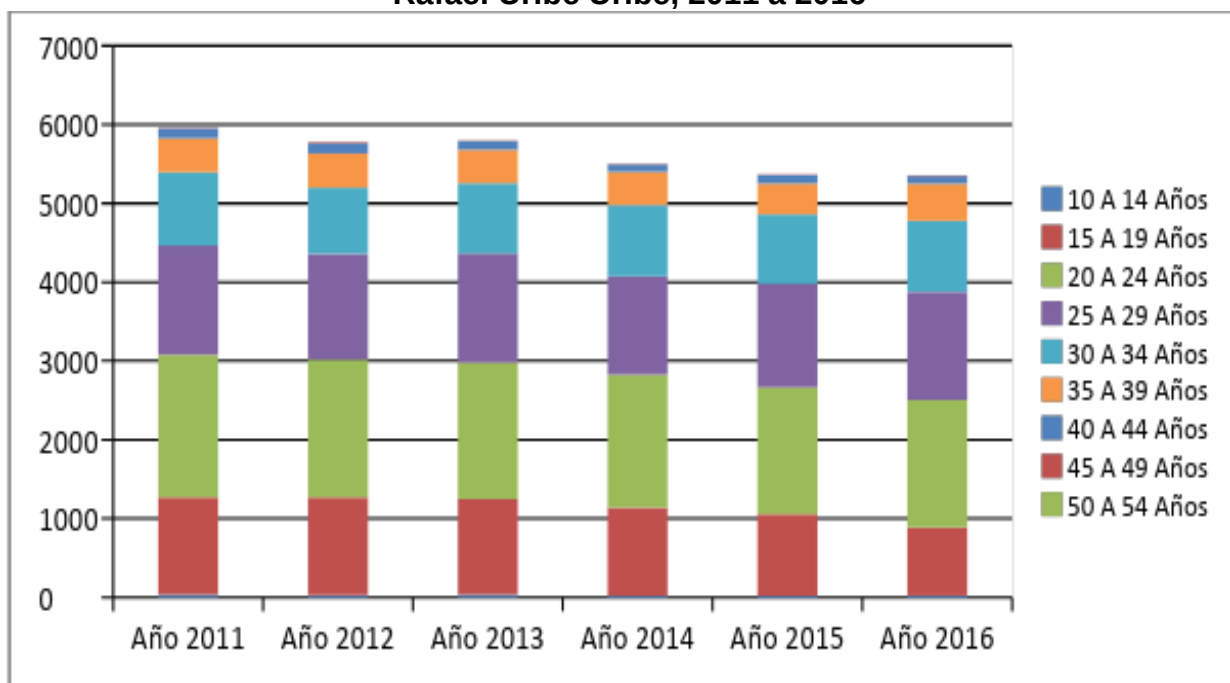
Figura 3. Serie total nacidos vivos, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2011 a 2016



FUENTE: Datos 2011 a 2015: Bases de datos DANE-RUAF-ND, actualizado 2014 el 14 de junio del 2015. Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Datos 2016: Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017).

En la localidad de Rafael Uribe Uribe para los años 2012 a 2016 los nacimientos por edad de la madre se presenta en mayor porcentaje en las gestantes de 20 a 24 años, evidenciando que ha presentado un comportamiento decreciente, el otro porcentaje importante de presenta en el grupo de madres de 25 a 29 años, con un comportamiento similar al grupo anteriormente mencionado y en tercer lugar se encuentra el grupo de madres con edades entre 15 a 19 años también presentando un comportamiento decreciente (figura 4).

Figura 4. Nacimientos por edad de la madre, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2011 a 2016



Fuente: [Internet]. Bogotá; c2014. [Consultado 2017 May 12]. Disponible en: año 2015: Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES Ajustado 19-01-2016(Corte 18-01-2016) año 2016: Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017)

En cuanto al número de nacimientos en madres de 10 a 14 años según régimen de afiliación para los años 2012 al 2016 se evidencia que no presentan ningún cambio de consideración, sin embargo, el mayor número de atenciones se registran para los regímenes contributivo y subsidiado, además se evidencia una disminución en las atenciones en gestantes sin régimen de afiliación y para los años 2015 y 2016 no se presentaron atenciones.

Según grupo étnico el mayor número de atenciones se presentaron en gestantes que no expresan ningún grupo étnico (95.2 %); Encontraste durante los años 2012 a 2014 se presentaron 3 gestantes afrodescendientes (3.8 %), una por cada año.

Con respecto al peso de los recién nacidos de madres de 10 a 14 años para los años 2012 a 2014 se presentó un porcentaje mayor en los niños nacidos con peso normal, seguido de los niños nacidos con déficit de peso y los niños nacidos con bajo peso corresponde a un porcentaje menor, cabe resaltar que a este pequeño grupo es al que se les debe prestar mayor atención ya que son los que presentan la posibilidad más alta de morir antes de que cumplan el primer año de vida. En el 2015 el porcentaje mayor se presentó en los nacidos con déficit de peso (52.2 %), seguido se encuentran los nacidos con un peso normal (34.8 %) y finalmente los nacidos con bajo peso; aunque el porcentaje es menor al 13.0 %, es importante realizar seguimiento continuo para evitar desenlaces fatales.

En el 2016 el porcentaje mayor se presentó en los nacidos con peso normal (45.5 %), seguido de los nacimientos de niños con déficit de peso (40.9 %) y un porcentaje igual al del 2015 en los niños nacidos con bajo peso.

Según el nivel educativo de las madres de 10 a 14 años, se observó que el porcentaje más alto se encuentra en las madres que cuentan con educación a nivel de básica secundaria con un 69.2 % y el otro porcentaje alto se encuentra en las gestantes que se encuentran en la básica primaria 30.8 % (tabla 8).

Tabla 8. Variables sociodemográficas de las madres de 10 a 14 años, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2012 a 2016

de 10 a 14 años	2012		2013		2014		2015		2016	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
	26	100%	32	100%	22	100%	23	100%	22	100%
Sexo										
Hombres	19	73,10%	19	59,4	13	59,1	9	39,1	18	81,8%
Mujeres	7	26,90%	13	40,6	9	40,6	14	60,9	4	18,2%
Régimen										
Contributivo	6	23,10%	16	50,00%	6	27,30%	14	60,9%	11	50%
Subsidiado	13	50,00%	13	40,30%	4	63,60%	9	39,1%	11	50%
Excepción										
No asegurado	7	26,90%	3	9,40%	2	9,10%				
Etnia										
Indígena										
afrocolombiano o afrodescendiente	1		1		1					
Ninguno de los anteriores	25	96,20%	31	96,90%	21	95,50%	23	100%	22	100%
Peso al nacer										
Extra bajo (0-999)										
Muy Bajo (1000 - 1499)										
Bajo (1500 - 2499)	4	15,40%	3	9,40%	2	9,10%	3	13,00%	3	13,6%
Deficit (2500)	11	42,30%	13	40,60%	7	31,80%	12	52,20%	9	40,9%
Normal (3000)	11	42,30%	16	50%	13	59,10%	8	34,80%	10	45,5%
Estado conyugal de la madre										
no esta casada y lleva dos o mas años			1	3,10%	2	9,10%			2	9,1%
lleva menos de dos años viviendo con su	6	32,10%	5	15,60%	6	27,30%	5	21,70%	4	18,2%
está separada, divorciada										
está soltera	20	76,90%	26	81,30%	14	63,60%	17	73,90%	16	72,7%
está casada										
Sin información							1			
Nivel educativo de la madre										
Preescolar			1				1			
Básica primaria	8	30,80%	7	21,90%	1	5%	7	30,40%	5	22,70%
Básica secundaria	18	69,20%	23	71,90%	20	90,90%	13	56,50%	15	68,20%
Media académica o clásica			1	3,10%	1		1	4,30%	2	
Media técnica										
Ninguno de los anteriores										
Sin información										

Fuente: 2012-Base de datos DANE-RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS. Datos publicados octubre 31 del 2014, Ajustado 02-06-2015. 2013 Base de datos DANE-RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales, ajustado 22-12-2015-publicación definitiva DANE del 30 de julio del 2015. 2014-Base de datos DANE - RUAF_ND-final, Ajustado 20 -08-2016 (Publicación DANE 30 de junio 2016). 2015-Base de datos Apicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES, Ajustado 19-01-2016 (Corte 18-01-2016). 2016-Base de datos Apicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES, Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017).

En cuanto al número de nacimientos en madres de 15 a 19 años según régimen de afiliación para los años 2012 al 2016 se observa que no presentan ningún cambio de consideración, sin embargo, el mayor número de atenciones se registran para los regímenes contributivo y subsidiado, además se observa una disminución en las atenciones en gestantes sin régimen de afiliación.

En este quinquenio según grupo étnico se observó que el mayor número de atenciones se presentaron en gestantes que no expresan ningún grupo étnico con un porcentaje mayor del 99 %, sin embargo, para este periodo se presentaron 30 gestantes afrodescendientes, y una atención a una gestante con pertenecía étnica palanquero de san Basilio en los años 2013 y 2015.

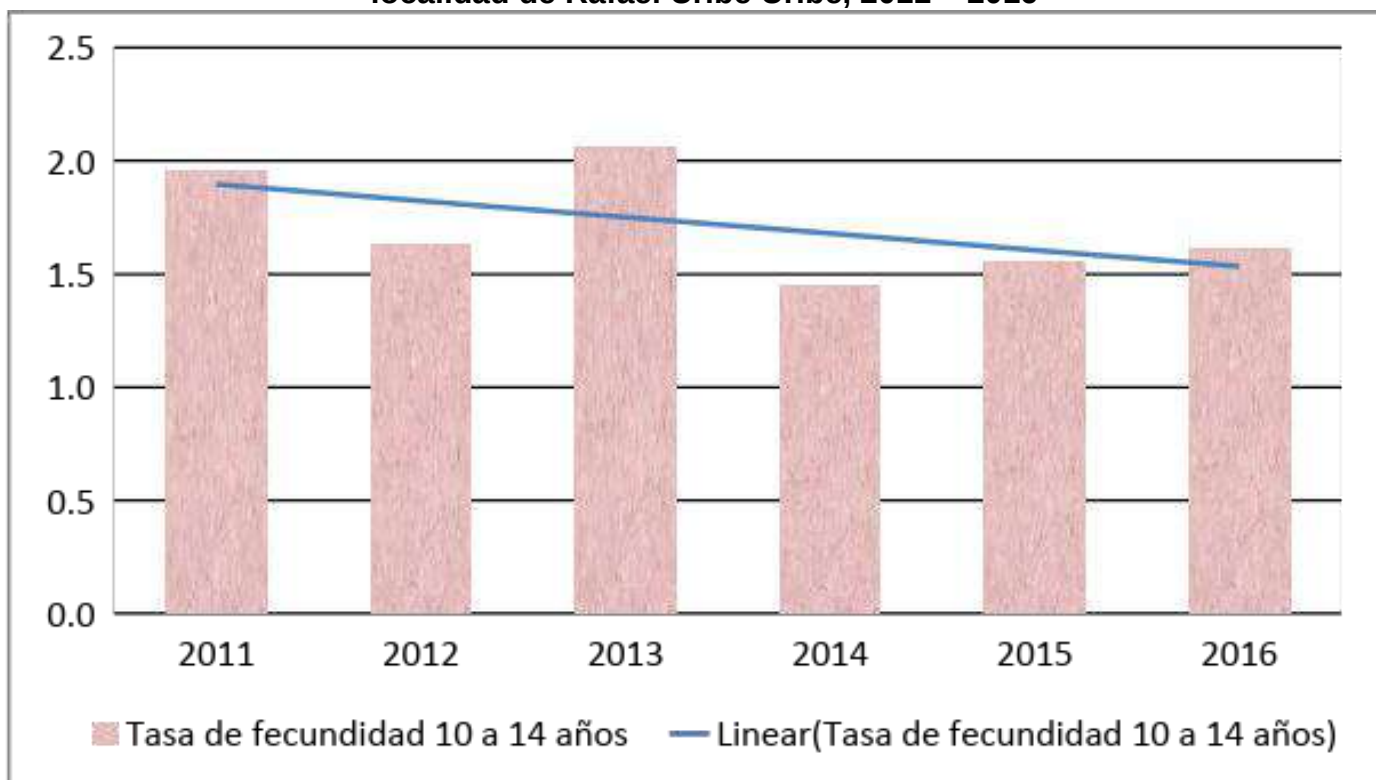
Con respecto a los niños nacidos de madres de 15 a 19 años para los años 2012 a 2016 se presentó un porcentaje mayor de niños nacidos con peso normal, seguido de los niños nacidos con déficit de peso; los niños nacidos con bajo peso corresponde a un porcentaje menor pero es este pequeño grupo es al que se les debe prestar mayor atención ya que son los que presentan la posibilidad más alta de morir antes de que cumplan el primer año de vida, aunque los recién nacidos con peso muy bajo y extra bajo peso corresponden a un porcentaje es pequeño es importante realizar seguimiento continuo para evitar desenlaces fatales.

En cuanto al estado civil de las madres de 15 a 19 años durante los años 2012, 2013 y 2014 el mayor porcentaje 35 % corresponde a gestantes que son solteras, el otro porcentaje importante es mayor del 30 % y son las que no están casadas y lleva menos de dos años viviendo con su pareja; seguido se encuentra con un porcentaje mayor al 23 % las gestantes que no están casadas y lleva dos o más años viviendo con su pareja, durante los años 2015 y 2016 el porcentaje es mayor al 37 % en gestantes que son separadas o divorciadas, el otro porcentaje importante es mayor del 31 % y son las que no están casadas y lleva menos de dos años viviendo con su pareja; con un porcentaje mayor al 27 % se encuentran las gestantes que no están casadas y lleva dos o más años viviendo con su pareja.

Según el nivel educativo de las madres de 15 a 19 años el porcentaje más alto se encuentra en las madres que cuentan con educación a nivel de media académica o clásica básica con un porcentaje mayor del 46 %, otro porcentaje alto se encuentra en las gestantes que se encuentran en la básica secundaria con un porcentaje mayor del 36 % y finalmente se encuentra un grupo pequeño de gestantes con básica primaria con un porcentaje mayor del 5 % (tabla 9).

Por otra parte, en cuanto a la tasa de fecundidad en el año 2013 se presentó la cifra más alta los 2,1 nacimientos en menores de 10 a 14 años por mil nacidos vivos; sin embargo, estas cifras reportan una disminución durante el periodo 2011 a 2016 del 17,3 % al pasar de 2,0 a 1,6 nacimientos por mil nacidos vivos de madres menores de 14 años (figura 5).

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



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

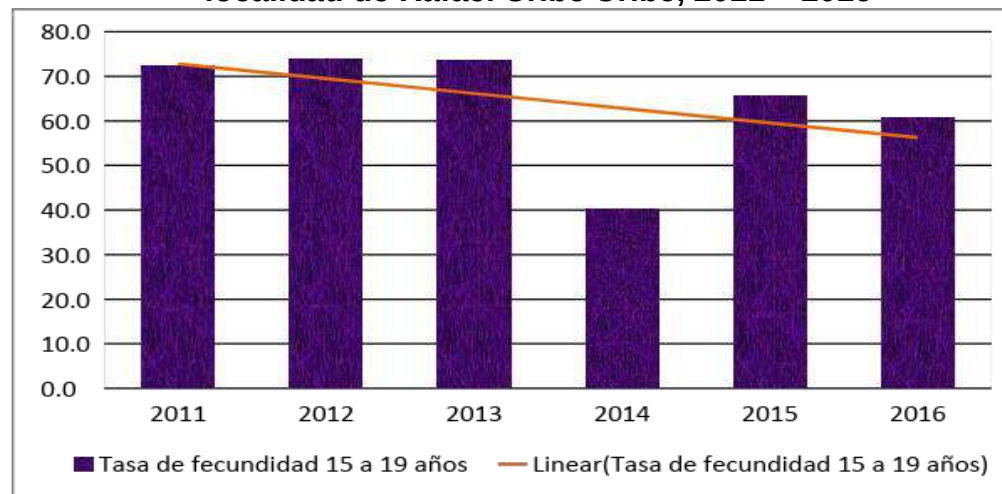
Tabla 9. Variables sociodemográficas de las madres de 15 a 19 años, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2012 a 2016

de 15 a 19 años	2012		2013		2014		2015		2016	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
	1241	100%	1213	100%	1120	100%	1034	100%	867	100%
Sexo										
Hombres	646	52,1%	615	50,7%	607	54,2%	536	51,8%	446	51,4%
Mujeres	595	47,9%	598	49,3%	513	45,8%	498	48,2%	421	48,6%
Régimen										
Contributivo	561	45,20%	535	44,10%	542	48,40%	501	48,5%	457	53%
Subsidiado	493	39,70%	495	40,80%	458	40,90%	450	43,5%	369	43%
Excepción	18	1,50%	27		15				7	0,80%
Especial					1		15	1,50%		
No asegurado	169	13,60%	156	12,90%	104	9,30%	68	6,60%	34	3,90%
Etnia										
Indígena			1	0,10%			1		2	0,20%
Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente	4	0,30%	10	0,08%	3	0,30%	4	0,40%	9	1,00%
Ninguno de los anteriores	1237	99,70%	1202	99,10%	1117	99,70%	1029	100%	856	98,70%
Peso al nacer										
Extra bajo (0-999)	9	0,7%	6	0,5%	4	0,4%	5	0,5%	3	30,0%
Muy Bajo (1000 - 1499)	16	130,0%	8	0,7%	3	0,3%	3	0,3%	2	20,0%
Bajo (1500 - 2499)	155	12,5%	189	15,6%	117	10,4%	110	10,6%	120	13,8%
Deficit (2500)	473	38,1%	459	37,8%	467	41,7%	414	40,0%	328	37,8%
Normal (3000)	587	47,3%	550	45,3%	528	47,1%	498	48,2%	414	47,8%
Exceso (4200 y más)	1	0,1%	1	0,1%	1	0,1%	4	40,0%		0,0%
Estado conyugal de la madre										
no esta casada y lleva dos o mas años viviendo con su pareja	287	23,1%	301	24,9%	313	27,9%	285	27,6%	240	27,0%
no esta casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja	408	32,9%	401	33,1%	395	35,3%	326	31,5%	282	32,5%
está separada, divorciada	3	20,0%	3	20,0%	3	0,3%	403	39,0%	322	37,1%
está viuda	1	10,0%	1	10,0%	1	0,1%	12	1,2%	11	1,3%
está soltera	502	40,5%	482	39,7%	388	34,6%			2	0,2%
está casada	24	1,9%	19	1,6%	13	1,2%	2	0,2%	1	0,1%
Sin información	160	1,3%	6	0,5%	7	0,6%	6	0,6%	9	1,0%
Nivel educativo de la madre										
Preescolar							1	0,1%		
Básica primaria	66	5,3%	99	8,2%	71	6,3%	61	5,9%	66	7,6%
Básica secundaria	503	40,5%	457	37,7%	405	36,2%	399	38,6%	331	38,2%
Media académica o clásica	581	46,8%	561	46,2%	551	49,2%	493	47,7%	409	47,2%
Media técnica	19	1,5%	26	2,1%	14	1,3%	14	1,4%	11	1,3%
Normalista	1	0,1%					1	0,1%		
Técnica profesional	24	1,9%	36	3,0%	33	2,9%	31	3,0%	30	3,5%
Tecnológica	13	1,0%	11	0,9%	18	1,6%	16	1,5%	11	1,3%
Profesional	17	1,4%	15	1,2%	15	1,3%	12	1,2%	4	0,5%
Ninguno de los anteriores							1	0,1%	1	0,1%
Sin información	17	1,4%	8	0,7%	13	1,2%	5	0,5%	4	0,5%

Fuente: 2012-Base de datos DANE-RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS. Datos publicados octubre 31 del 2014, Ajustado 02-06-2015. 2013 Base de datos DANE-RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales, ajustado 22-12-2015-publicación definitiva DANE del 30 de julio del 2015. 2014-Base de datos DANE - RUAF ND-final, Ajustado 20 -08-2016 (Publicación DANE 30 de junio 2016). 2015-Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES, Ajustado 19-01-2016 (Corte 18-01-2016). 2016-Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES, Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017).

La tasa de fecundidad más alta se presenta en el año 2012 con 74,0 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 15,9 % al pasar de 72,5 a 60,9 nacimientos por mil nacidos vivos de madres del grupo de edad (figura 6).

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



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

1.4 CONCLUSIONES

La distribución de la población en el 2015 para la localidad de Rafael Uribe Uribe se presentó con un mayor porcentaje en la UPZ 54 Marruecos con el 28,4 % (n=106.616) siendo el sexo masculino el más alto con el 50,8 % (n=54.174), en comparación con la UPZ San José que presenta el porcentaje de distribución más bajo con el 12,5 % (n=46.804) y a diferencia de la anterior UPZ en ésta la población que más predomina es la femenina con el 52,8 % (n=24.697).

La localidad presenta una cúspide concentrada de la población en edades entre los 20-24 años para ambos sexos, con predominio en las variaciones entre el quinquenio 2006, 2011 y 2016, con reducción en la proporción en hombres.

La localidad de Rafael Uribe Uribe cuenta con cinco UPZ, de las cuales tres son de tipo residencial de urbanización incompleta, de difícil acceso, riesgo ambiental, y con estrato 1, Diana Turbay, Marruecos y Marco Fidel Suarez y dos son de tipo residencial

consolidado, San José y Quiroga que tiene aceptable infraestructura en sus viviendas y son de estrato 3; la localidad tiene zonas de amenaza por remoción en masa, zonas de peligro por inundación, contaminación de aguas residuales.

Al realizar análisis de la localidad, durante el periodo evaluado a reducir su ritmo de crecimiento, lo cual implica transformaciones en los diferentes grupos de edad. Estos cambios son más significativos en la población, menor de 5 años y adulto mayor. Lo anterior genera importantes cambios en la vida social y económica, y en consecuencia sus necesidades y demandas particulares.

De acuerdo a las proyecciones, la población se reduce en proporción para menores de 20 años en tanto se incrementa el peso proporcional de la población a partir de los 50 años; la localidad tiene lento ritmo de crecimiento consistente con bajas tasas de fecundidad que se evidenciaron a través de la estimación de la fecundidad entre los años 2010 y 2016. Las razones de lo anterior se destacan, la promoción y prevención en los servicios de salud y el uso de métodos de planificación familiar y la inserción de la mujer en el mercado laboral.

La localidad presenta una cúspide concentrada de la población en edades entre los 20-24 años para ambos sexos, con predominio en las variaciones entre el quinquenio 2006, 2011 y 2016, con reducción en la proporción en hombres.

Dentro de los grupos poblacionales diferenciales identificados en la localidad, el 7,11 % de la población presenta alguna discapacidad, es importante continuar eliminando barreras de acceso a los servicios de salud, además del abordaje integral desde otros actores sectoriales para la inclusión tanto educativa como laboral de esta población.

En la localidad de Rafael Uribe Uribe la tasa de fecundidad tanto de 10 a 14 como de 15 a 19 años ha presentado una leve disminución, aunque los embarazos en esta población no se deben presentar, es importante crear estrategias de prevención de embarazos en los adolescentes desde diferentes actores sociales, ya que esto afecta negativamente la salud, la educación, la estabilidad económica presente y futuro.

2. CONDICIONES Y CALIDAD DE VIDA

Estudiar las circunstancias y las condiciones de vida que influyen en el desarrollo social de las personas, es clave para comprender las dinámicas de salud-enfermedad y las inequidades de las poblaciones, leídas a través del enfoque de los determinantes sociales (7).

De tal forma, con el objetivo de presentar una visión más situada que exponga como inciden los determinantes(8) sociales en la salud de la población con lo cual se pueda identificar las relaciones entre condiciones de vida y eventos relevantes en salud, se ha desarrollado una herramienta de análisis basada en una tabla de datos estructurada por situaciones características de la localidad, cruzadas por las dimensiones PASE más relevantes en cada caso; a su vez, leídas a la luz de los indicadores que manejan sus sub-dimensiones y alimentados por información extraída de diferentes fuentes oficiales e insumos de investigación local cuantitativa y cualitativa (ver anexo Excel Matriz de determinantes). Se realizó un chequeo de información georeferenciable, logrando el mapeo e interpretación de características que permiten relacionar los determinantes con las situaciones identificadas y el territorio.

En la localidad se han detectado una serie de dinámicas que afectan los cursos de vida de primera infancia, infancia y adolescencia, enmarcadas desde las dimensiones del plan decenal, “Vida saludable y condiciones no transmisibles, Seguridad alimentaria y nutricional” vinculadas a malas acciones de cuidado integral donde se dan situaciones de malnutrición de los niños y las niñas que incide en la morbilidad infantil. A continuación, se expone como se da esta interrelación entre determinantes y situaciones.

En el contexto territorial de Rafael Uribe Uribe, los determinantes asociados a la dimensión económica son de fundamental importancia, y en este caso, se pueden vincular al indicador de vivienda con alta dependencia económica que muestra como para el año 2014, en el 2,6 % de las viviendas se encuentran más de tres personas por miembro con trabajo. Frente a este indicador la localidad ocupa el cuarto peor promedio junto a Ciudad Bolívar, y se encuentra por encima del promedio distrital.

Además, para el año 2011 solo el 61 % de la población en edad de trabajar era económica activa (9).

En la dimensión PASE-social, resaltan los índices elevados de pobreza monetaria (18 %) y por NBI (7,0 %), las dos muy por encima del promedio distrital¹⁰. Frente a la educación de posibles cuidadores (personas entre los 18 a 25 años) solo un 35,2 % presenta algún tipo de asistencia escolar ubicándose debajo del promedio en Bogotá y colocándose en la tercera localidad con el indicador más bajo.

Respecto al contexto de vivienda, el 3,1 % de los hogares de la localidad presenta una situación de hacinamiento crítico según lo expone la Encuesta Multipropósito 2014. Así mismo, ésta muestra el 7,3 % de las viviendas con problemas habitacionales graves y además el 1,9 % de las viviendas se han clasificadas como inadecuadas, exponiendo un amplio margen de la población a situaciones de riesgo en salud para enfermedades respiratorias.

Los anteriores datos presentan un panorama de pobreza al que se ven expuestas las familias y que afecta las estrategias de crianza a las que se puede recurrir. Al existir tensión entre la práctica del cuidado y la de aprovisionamiento, se opta por llevar a los niños y niñas a acompañar al adulto en sus labores, o bien, en la mayoría de los casos, se recurre a los jardines del ICBF o la secretaría de integración familiar, delegando en estas acciones básicas de atención como la alimentación y la supervisión sobre el estado de salud del menor (11), situación que en gran medida reduce el conocimiento de las familias sobre hábitos de cuidado saludables y disminuye la corresponsabilidad.

Específicamente en el tema de la malnutrición, en ambientes de pobreza como este caso, se puede hablar de la insuficiencia permanente de alimentos en cantidad y calidad adecuados para satisfacer las necesidades energéticas de toda la población (12). Además de las posibles falencias económicas para adquirir los alimentos, se encuentra deficiencias en el acceso a los mismos, ya que no se identificó disposición cercana de oferta de alimentos mediante una central de abastecimiento que reduzca los precios y presente variedad en la oferta libre de sustancias artificiales o perjudiciales. Por otro lado se identifican acciones sociales relacionadas con malos

hábitos alimentarios como desinterés por comprender, aprender y preparar platos saludables, así como por promover dietas saludables a nivel individual y familiar (13).

Otras situaciones importantes que intervienen en la salud de la población afectan a los cursos de vida niñez, juventud, adultez y vejez; se pueden estudiar desde las dimensiones del plan decenal convivencia social y salud mental y se relacionan con violencia contra niñas y niños, consumo inicial de sustancias psicoactivas lícito e ilícito, la ocurrencia de embarazos prematuros y las falencias en la salud mental del adulto mayor. A continuación, se expone como se da esta interrelación entre determinantes y situaciones.

A demás de los factores socioeconómicos, como ya se mencionaron se encuentra la falta de conocimiento de los padres en derechos de sus hijos, pautas de crianza mal encaminadas, canales de comunicación ineficientes, la falta de orientación y seguimiento efectivo en la implementación de planes de trabajo al interior de la familia que contribuya a solucionar los conflictos de manera adecuada, y además la baja cobertura en la atención psicológica en los servicios de salud (14).

Por otro lado la inestabilidad económica, el consumo de tabaco, SPA y alcohol han generado débiles prácticas de autocuidado asociadas a los estilos de vida que permiten que se desarrollen condiciones crónicas (15).

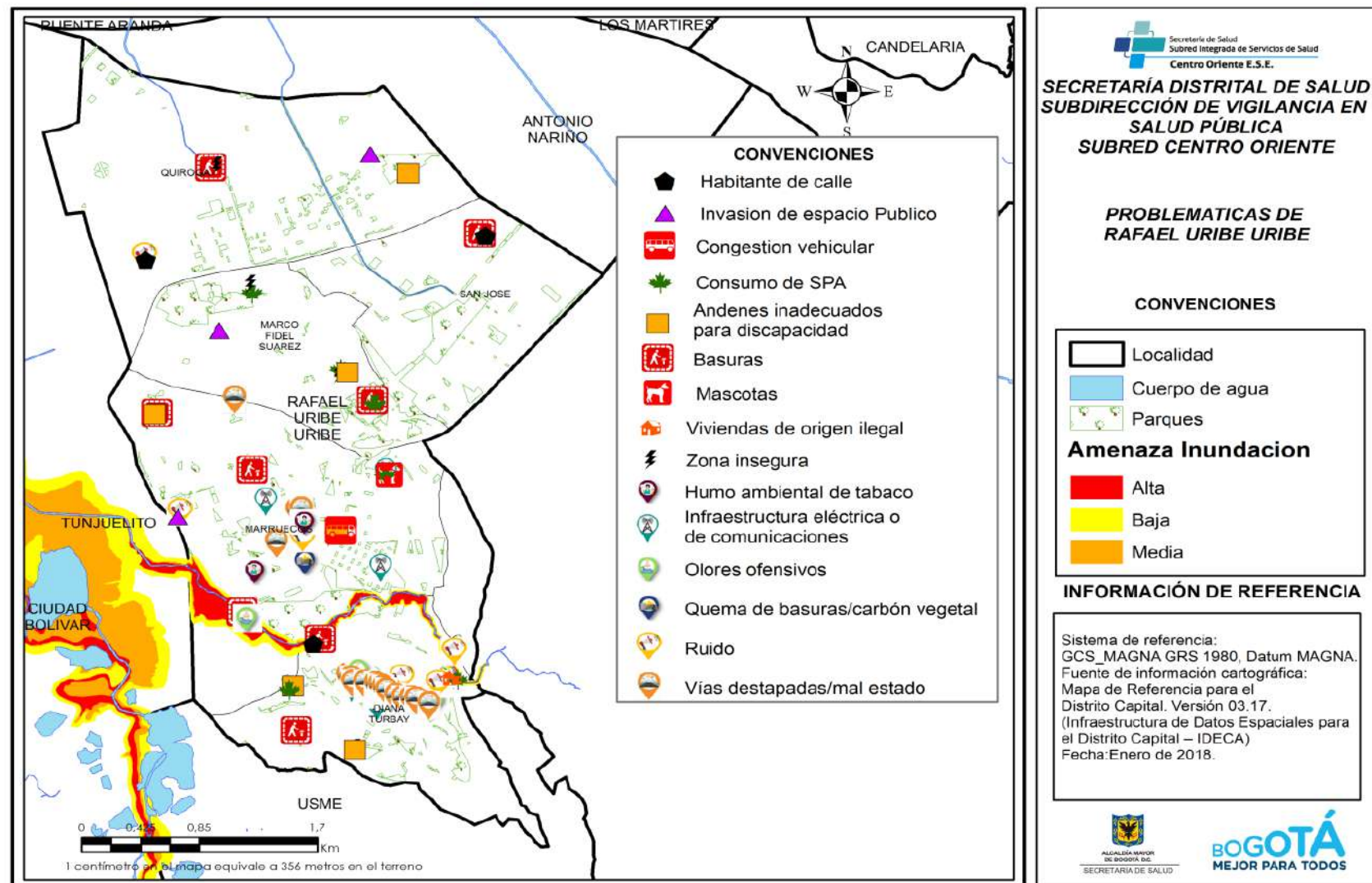
El hacinamiento, las familias numerosas en comunidades que confluyen en espacios reducidos, las condiciones higiénico-sanitarias desfavorables, las enfermedades que suprimen el sistema inmune (VIH, Cáncer) conllevan al aumento de la prevalencia de tuberculosis; en ocasiones en comorbilidad con VIH en la población adulta (16).

El contexto territorial influye de manera significativa para las condiciones de vida de las personas, dependiendo de los accesos a los equipamientos deportivos, de salud, sociales o comerciales, facilitando o dificultando la calidad de vida. A continuación, se expone algunos aspectos de índole territorial que influye de manera positiva o negativa en las dinámicas socioeconómicas de la población de la localidad.

La localidad de Rafael Uribe cuenta con cinco unidades de planeación zonal, las cuales presentan dinámicas territoriales distintas, tanto en el tema ambiental y de relieve como en el tema socioeconómico. En el mapa se observa la distribución de estratos socioeconómicos; el estrato 1 se encuentra en mayor concentración en la UPZ de Diana Turbay y en menor proporción la UPZ de Marruecos, luego sigue el estrato 2 que está en las UPZ de Diana Turbay, Marruecos y Marco Fidel Suarez y por ultimo está el estrato 3 en las UPZ de Quiroga y San José (17).

La construcción de las UPZ en Rafael Uribe Uribe fue diferente tanto en tiempo como en planeación; la UPZ de San José y la UPZ de Quiroga tienen un origen planeado con estilos de barrios obreros, mientras que el origen de la UPZ Marruecos fue derivada de barrios populares y la UPZ de Diana Turbay se configuró en su gran extensión por invasiones ilegales como la última etapa de crecimiento urbano; a continuación se muestran la distribución espacial de las problemáticas en la localidad, que inciden en la calidad de vida de sus habitantes (18).

Mapa 2. Problemáticas asociadas a determinantes sociales, localidad de Rafael Uribe Uribe

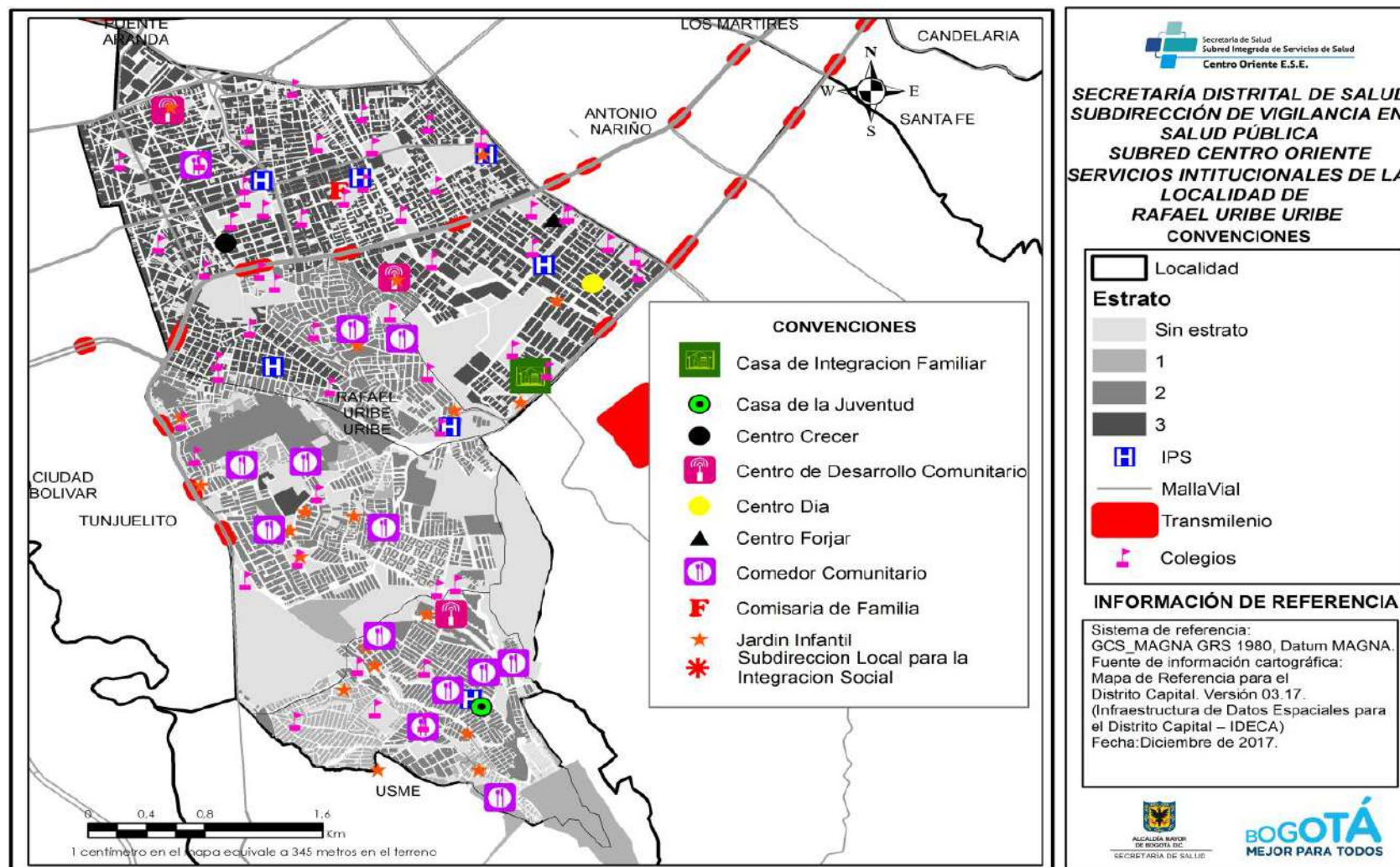


Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE Localidad de Rafael Uribe Uribe, Plan de Ordenamiento Territorial - POT, año 2017

Como se observa en el mapa ambientalmente se identifica amenaza de inundación por la ronda de la quebrada Chigüaza la cual se pasa por las UPZ de Marruecos y Diana Turbay, que sumado con la urbanización ilegal (13), genera un conflicto entre la población y el medio ambiente, adicionalmente hay acumulación de basuras en la ronda de la quebrada generando malos olores que pueden conllevar a afectar la condiciones de salud de los ciudadanos en estos sectores (19).

En cuanto a movilidad la localidad cuenta con muy pocas vías arteriales, generando problemas de congestión vehicular y movilidad para la población ya que solo cuenta con estaciones de Transmilenio sobre la Carrera Caracas, en Diana Turbay y Marco Fidel Suarez, las vías tienen pendientes fuertes y sus andenes no son aptos para la movilidad de las personas en condición de discapacidad. A esto se suma que la oferta de salud está concentrada más en la UPZ Quiroga lo que dificulta más el acceso a los servicios de salud desde las UPZ Diana Turbay y Marruecos. Es por ello que se hace necesario identificar la respuesta social desde las instituciones para los habitantes de la localidad.

Mapa 3. Oferta de servicios sociales, localidad de Rafael Uribe Uribe



Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE Localidad de Rafael Uribe Uribe, año 2017

Observando el mapa de problemáticas identificadas (ver Mapa 2), se puede analizar que la mayoría de dificultades están hacia el sur de la localidad en las UPZ de Marruecos y Diana Turbay, además con la escasa oferta de salud en estas dos UPZ que dificulta el acceso de estas personas a los diferentes servicios de salud: por otra parte con la oferta social desde la Secretaría Distrital de Integración Social, se puede observar que en respuesta a las problemáticas sociales que se presentan en la localidad, hay más oferta de comedores y jardines infantiles en las UPZ con estrato socio económico 1 y 2, donde también se encuentra la casa de la juventud de la localidad como se puede observar en el mapa (mapa 3), evidenciando una respuesta institucional para satisfacer la necesidades sociales de las personas.

3. MORTALIDAD Y MORBILIDAD

3.1 Mortalidad

Para el periodo 2012 a 2014 en la Localidad de Rafael Uribe Uribe se presentaron en promedio 1.646 muertes anuales; durante este periodo la tasa cruda de mortalidad por edad disminuyó en un 1,11 pasando de 431,30 a 431,31 muertes por cada 100.000 habitantes. Así mismo, la tasa ajustada en hombres es superior a la de las mujeres en un 34,12 con valores de 549,75 y 392,16 para hombres y mujeres, respectivamente.

4.6.1 Mortalidad por grandes causas 6/67

4.6.2 Mortalidad por grandes causas 6/67 por quinquenio

La mortalidad por grandes causas por quinquenios para la localidad de Rafael Uribe Uribe como se evidencia en la Tabla 10 para el grupo de signos síntomas y afecciones mal definidas se encuentra diagnosticada en todos los quinquenios, mientras que las enfermedades transmisibles se presenta en mayor número en la población de 75 a 79 años y en mayores de 80 años, las Neoplasias (Tumores) se hacen presentes en mayor número a partir de los 40 a 44 años y hasta los 80 años y más, con un comportamiento parecido se presentan las enfermedades del sistema circulatorio siendo mayor en las personas de 80 y más años, para los menores de 1 año se presenta en mayor cantidad las denominadas ciertas afecciones originadas en el período perinatal, para las denominadas causas externas las que se presenta con mayor frecuencia son las agresiones(homicidios)en la población de 15 a 19 años, de 20 a 24 años, de 25 a 29 años y de 30 a 34 años, y por último tenemos que todas las demás enfermedades que se presenta con mayor periodicidad desde los 50 a 54 años hasta los 80 y más años.

Tabla 10. Frecuencias de mortalidad por grandes causas 6/67 por quinquenios, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2012 – 2014

LOCALIDADES/ AGRUPACION 667	Menores de 1 año	De 1 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 y mas	Total
	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total
Síntomas y afecciones mal definidas																			
2012	3	1			2	1	3	1	2	2	3	5	1	1	1			3	29
2013	4	1		2		2	2		2	3	2	2		5	2	1	2	3	33
2014	2			2	1	1			1	1	2	4		3	2		2	3	24
Enfermedades transmisibles																			
2012	7	2					5	4	8	7	2	1	5	4	6	8	3	27	89
2013	3	3		1		2	3	6	5	10	6	2	3	7	3	4	11	37	106
2014	1	2	1		1	1	2	5	2	8	2	3	6	7	9	3	6	0	85
Neoplasias (Tumores)																			
2012			3	2	4	3	6	6	13	17	22	31	36	44	43	41	39	87	397
2013	1	2	3	2	2	5	6	6	5	16	17	31	44	30	22	47	39	76	354
2014	1	1	2	1	3	5	1	6	8	11	18	24	35	43	48	55	28	79	369
Enfermedades del sistema circulatorio																			
2012		2			3	1	2	2	2	4	12	23	34	42	38	64	74	187	490
2013						1	1		6	2	11	15	29	50	46	69	60	222	512
2014		2	1	1	2	3	3	3	4	8	14	12	15	42	52	59	81	216	518
Defunciones originadas en el período perinatal																			
2012	35																		35
2013	29	1					1				1							1	33
2014	24			1															25
Otras causas externas																			
2012	4		3		17	24	18	27	14	9	9	10	8	7	5	3	3	9	170
2013			2		18	17	20	8	9	13	4	10	3	10	5	4	6	8	137
2014	4	1		1	13	32	22	18	2	6	16	12	5	1	5	3	1	10	152
Enfermedades de todas las demás enfermedades																			
2012	18	4	3	1	2	3	5	7	6	7	7	14	20	17	34	38	63	187	436
2013	17	1	1	2	3	2	6	4	6	6	14	14	26	28	35	40	56	189	450
2014	16	5	3	4	1	4	3	5	3	7	8	16	18	16	33	44	62	201	449
RAFAEL URIBE URIE	51	10	7	7	6	9	14	16	15	20	29	44	64	61	102	122	181	577	4893

Fuente: Elaboración propia a partir de datos Anexo 11 Ajuste tasas grandes causas 6/67, documento ASIS Ministerio de la Protección Social, localidad San Cristóbal 2012-2014.

La desagregación de causas de mortalidad por sexo según lo que muestra la Figura 7 en todos los grupos presentan un comportamiento diferente, las mortalidades por enfermedades del sistema circulatorio durante el año 2014 fue mayor en mujeres que en hombres superándola en un 7,11 %, a diferencia del año 2013 fue superior en hombres que en mujeres; la diferencia en el grupo de las demás causas es 25,28 % y para las neoplasias del 2,58 %, a diferencia de los grupos de mortalidades en donde significativamente mayor en hombres que en mujeres como en las enfermedades

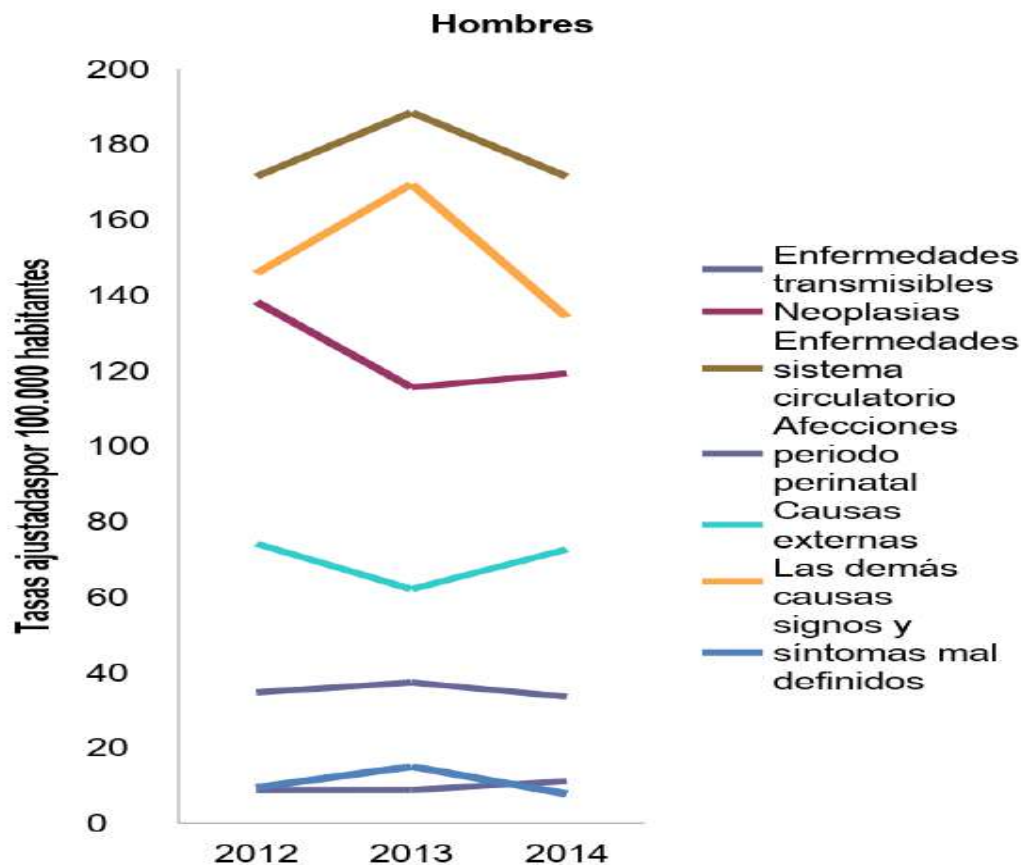
transmisibles con 10,86 %, afecciones en el periodo perinatal con 8,20 %, los de causa externa 63,06 % y los signos y síntomas 1,28 %.

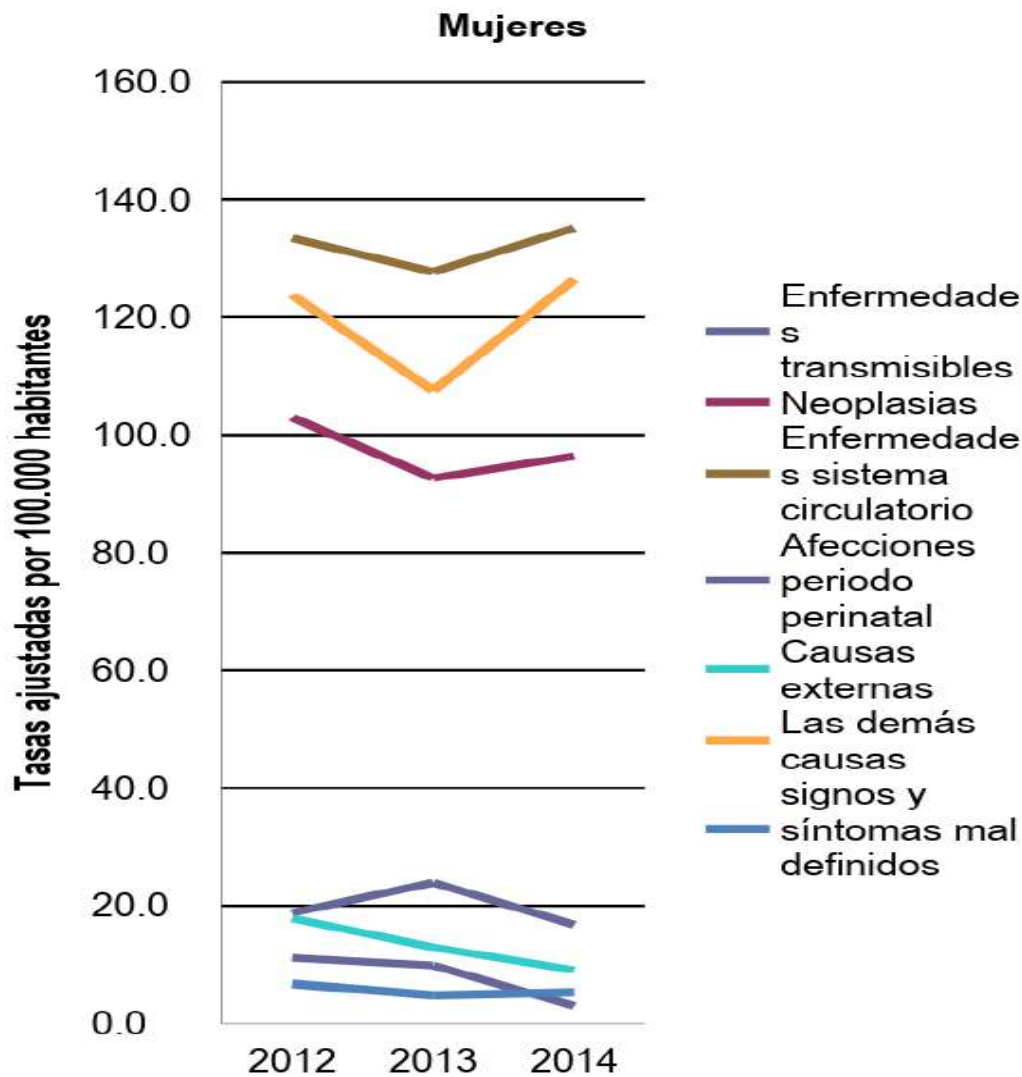
Tabla 11. Causas de mortalidad por grandes grupos según sexo, localidad de Rafael Uribe Uribe años 2012 a 2014

Año	2012			2013			2014		
GRANDES CAUSAS 6/67	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Enfermedades transmisibles	29,20	18,20	23,59	31,90	24,50	28,13	28,12	17,26	22,6
Neoplasias	108,14	102,43	105,23	93,55	94,35	93,96	96,81	99,39	98,12
Enfermedades sistema circulatorio	128,14	131,55	129,88	142,75	129,28	135,89	134,13	141,24	137,74
Afecciones periodo perinatal	8,65	9,88	9,28	8,65	8,86	8,76	10,82	2,62	6,65
Causas externas	73,53	17,68	45,06	60,56	13,03	36,36	72,47	9,42	40,42
Las demás causas	108,68	122,19	115,57	129,78	109,47	119,44	106,55	131,83	119,4
signos y síntomas mal definidos	8,65	6,76	7,69	12,98	4,69	8,76	7,03	5,75	6,38

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

Figura 7. Tasas ajustadas, mortalidad por grandes causas 6/67 por sexo, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2012 – 2014

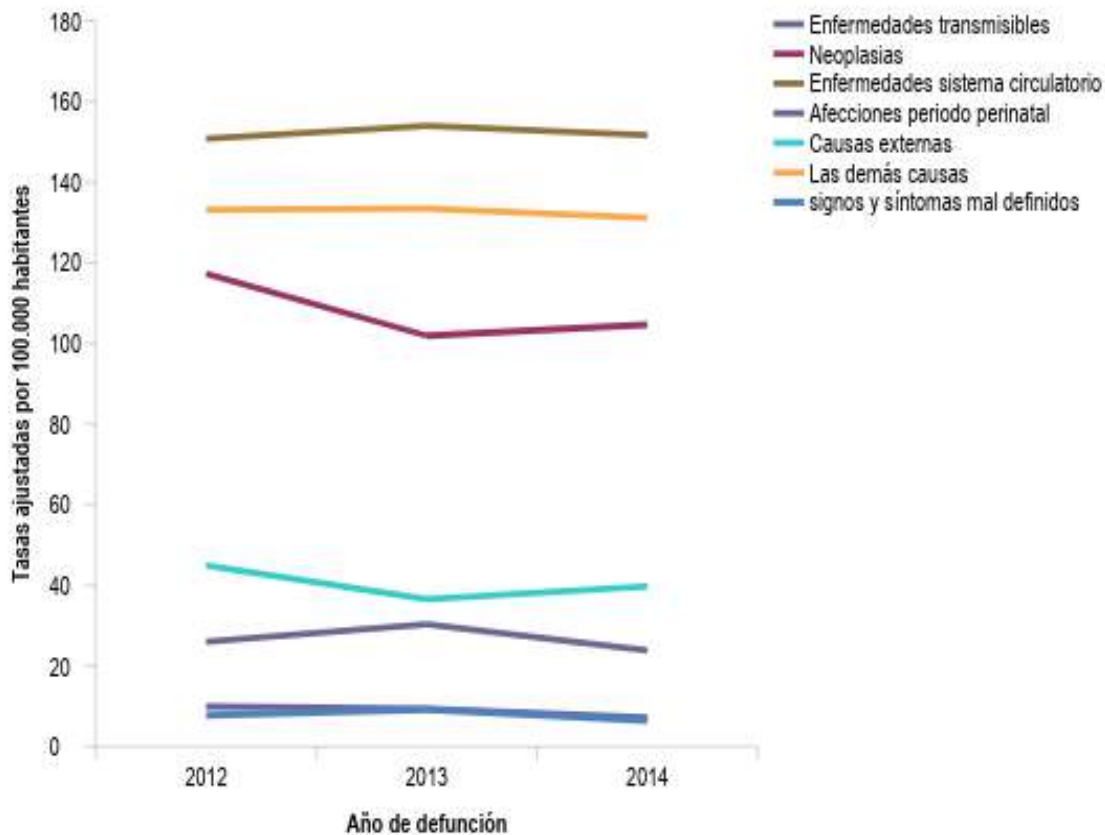




Fuente: Elaboración propia a partir de bases compartidas por SDS 08-2017 y anexos del MPSS.

La desagregación y contrastación de causas de mortalidad por grandes causas según lo que muestra la Figura 8 las mortalidades por enfermedades del sistema circulatorio presenta la tasa más alta con un leve aumento durante el año 2013, seguido de las demás causas que durante los tres años tiene el mismo comportamiento; en tercer lugar se encuentran las Neoplasias (Tumores) que ha presentado durante cada año una leve disminución, los signos y síntomas mal definidos son las que tienen las tasas más pequeñas.

Figura 8. Tasas ajustadas, mortalidad por grandes causas 6/67, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2012 – 2014



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

3.1.1.1 Mortalidad subgrupos, grandes causas 6/67

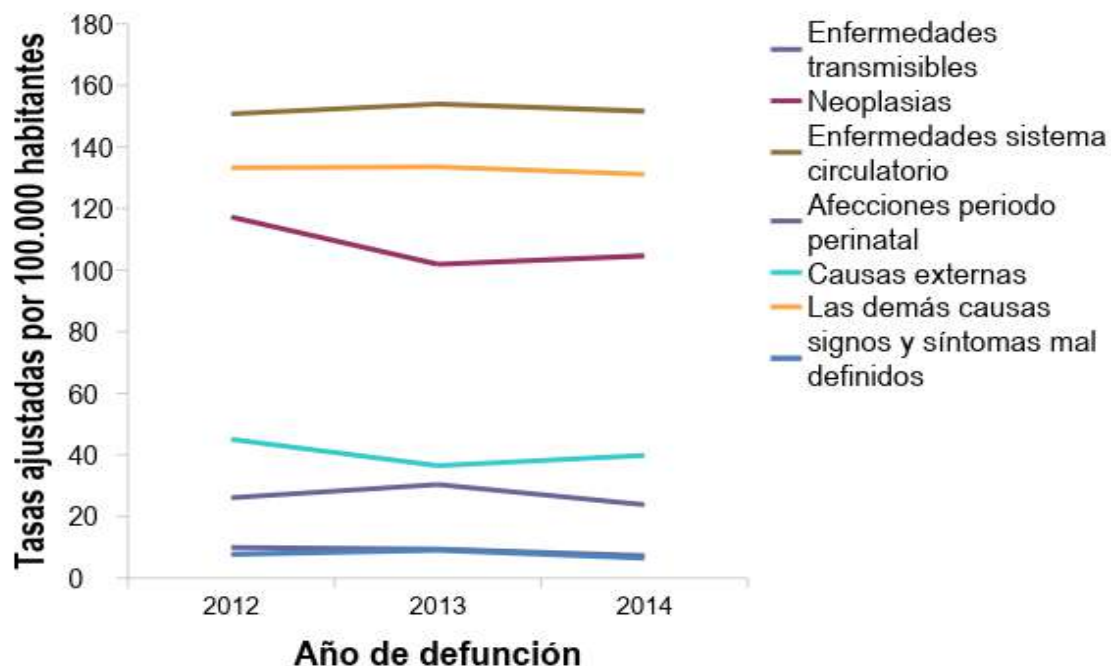
El análisis de mortalidad por subgrupos de causas 6/67 para la localidad de Rafael Uribe Uribe en el periodo 2012 a 2014 como se observa en la tabla 12 que las tasas crudas más altas se atribuyen a las enfermedades isquémicas del corazón en primer lugar, con 67,33, 70,87 y 65,42 mortalidades por 100.000 habitantes respectivamente; en segundo lugar se encuentran las enfermedades Cerebro vasculares con tasa crudas de 30,75, 34,24 y 34,83 por 100.000 habitantes y le sigue las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con tasas crudas de 31,01, 29,73 y 32,97 por 100.000 habitantes.

Tabla 12. Mortalidad por subgrupos, grandes causas 6/67, localidad de Rafael Uribe Uribe

subgrupos	hombres			mujeres		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Enfermedades isquémicas del corazón	67,33	70,87	65,42	61,88	58,91	61,20
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	29,74	37,85	25,42	31,72	30,76	43,94
Agresiones (homicidios)	36,77	29,74	36,78	2,60	3,13	2,62
Enfermedades cerebro vasculares	31,01	29,73	32,97	38,48	35,45	36,62
Tumor maligno del estómago	21,63	12,98	25,96	10,40	9,38	13,08
Resto de enfermedades del sistema digestivo	15,14	13,52	18,93	18,72	13,03	16,22
Diabetes mellitus	14,60	16,76	10,28	19,24	16,68	18,31
Enfermedades hipertensivas	11,13	11,41	15,42	11,44	13,03	17,26
Infecciones respiratorias agudas	11,90	16,76	16,23	10,92	18,25	10,95
Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	11,13	13,54	13,83	10,40	14,60	16,22

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

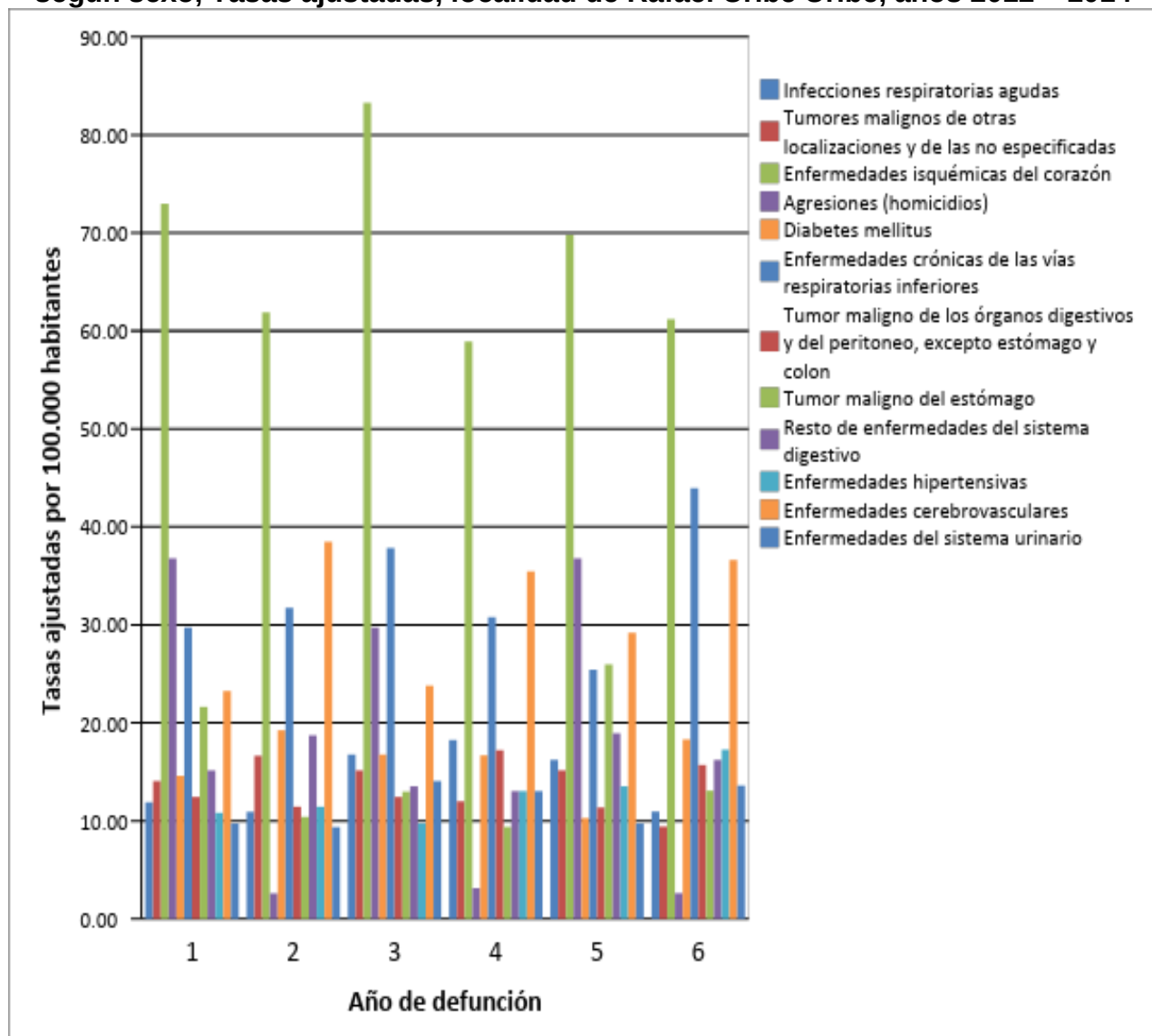
Figura 9. Tasas crudas, diez primeras causas de mortalidad por subgrupos de grandes causas 6/67, localidad de Rafael Uribe Uribe, años 2012 – 2014



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

Así como se indica en la Figura 10, Las primeras causas de mortalidad en hombres son las enfermedades isquémicas del corazón, las agresiones y el tumor maligno de estómago que para el año 2014 reportaron tasas crudas de 69,77, 36,78 y 25,96 muertes por cada 100.000 habitantes respectivamente, mientras que para las mujeres la mortalidad ocurre principalmente por las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y las enfermedades cerebro vasculares, con tasas de 61,20, 43,94 y 36,62 por cada 100.000 habitantes respectivamente, para el mismo año.

Figura 10. Primeras causas de mortalidad por subgrupos de grandes causas 6/67, según sexo, Tasas ajustadas, localidad de Rafael Uribe Uribe, años 2012 – 2014



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

4.6.3 Mortalidad infantil y en la niñez

Según lo observado en la Tabla 13 el comportamiento de mortalidad en menores de 1 año tanto para la Subred Centro Oriente como para la localidad de Rafael Uribe Uribe es similar, siendo la mortalidad por ciertas afecciones del periodo perinatal la principal causa de muerte en menores de un año, una tasa específica de 3,89 por 1.000 nacidos vivos (n=24), seguido por las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con una tasa específica de 2,43 por 1000 nacidos vivos (n=15).

Tabla 13. Mortalidad Infantil y en la Niñez específica en menores de 1 año, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2012 a 2014

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,61	0,62	0,00	0,00	0,00	0,34	0,32	0,32	0,16
Tumores (neoplasias)	0,00	0,31	0,00	0,00	0,00	0,34	0,00	0,16	0,16
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,16	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
Enfermedades del sistema circulatorio	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	0,33	0,00	0,00	0,16	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,33	0,66	0,00	0,16	0,32	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,34	0,16	0,00	0,16
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	4,88	2,47	5,93	6,23	2,64	1,69	5,53	2,55	3,89
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1,53	2,47	2,18	3,28	2,31	2,70	2,37	2,40	2,43
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,31	0,31	0,62	0,66	0,99	0,00	0,47	0,64	0,32
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,61	2,16	1,25	0,66	1,98	0,00	0,63	2,08	0,65

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

La mortalidad en los menores de 1 a 4 años como se evidencia en la tabla 13 tanto para la Subred como para la localidad, entre los años 2012 a 2014, la mayor cantidad de muertes se dieron para las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, con una tasa específica de 12,31 por 1000 nacidos vivos encontrándose por encima de la de la subred que es de 8,35 por 1000 nacidos vivos, para el año 2014 seguido de las enfermedades del sistema circulatorio con una tasa específica de 8,20 menores de 1 a 4 años por 100000, donde también la localidad se encuentra por encima de la de la Subred con tasa específica de 4,17 menores de 1 a 4 años por 100.000.

Tabla 14. Mortalidad Infantil y en la Niñez específica en niños de 1 a 4 años, Subred Centro Oriente y localidad de Rafael Uribe Uribe, 2012 a 2014

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	7,90	8,30	8,41	0,00	4,00	4,05	4,10
Tumores (neoplasias)	0,00	7,82	0,00	0,00	8,41	8,53	0,00	8,10	4,10
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	7,73	0,00	0,00	0,00	8,41	0,00	4,00	4,05	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
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	17,06	0,00	0,00	8,20
Enfermedades del sistema respiratorio	7,73	7,82	0,00	0,00	8,41	8,53	4,00	8,10	4,10
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	7,82	7,90	0,00	0,00	0,00	0,00	4,05	4,10
Enfermedades del sistema genitourinario	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	8,41	0,00	0,00	4,05	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	7,73	0,00	15,81	0,00	0,00	8,53	4,00	0,00	12,31
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	7,82	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,05	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	7,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,10
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	7,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,10

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

Como se observa en la tabla 15 la mortalidad en menores de 5 años tanto en la Subred como en la localidad de Rafael Uribe Uribe durante el periodo 2012 a 2015 la principal causa de muerte se le atribuye a ciertas afecciones del periodo perinatal, seguido de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y en tercer lugar la causas externas de morbilidad y mortalidad con una tasa específica de 76,68, 57,51 y 15,97 en menores de 5 años por 100.000 respectivamente para la localidad.

Tabla 15. Mortalidad Infantil y en la Niñez específica en niños menores de 5 años, Subred Centro Oriente y localidad de Rafael Uribe Uribe, 2012 a 2014

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	12,77	13,86	6,17	6,24	6,31	6,63	9,47	9,91	6,39
Tumores (neoplasias)	0,00	13,86	0,00	0,00	6,31	13,25	0,00	9,91	6,39
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	12,77	0,00	0,00	0,00	6,31	0,00	6,31	3,30	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
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	13,25	0,00	0,00	6,39
Enfermedades del sistema respiratorio	6,39	6,93	0,00	0,00	12,61	6,63	3,16	9,91	3,19
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	6,93	6,17	6,24	12,61	0,00	3,16	9,91	3,19
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,63	0,00	0,00	3,19
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	102,16	55,44	117,24	118,54	56,76	33,13	110,45	56,14	76,68
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	38,31	55,44	55,53	62,39	44,15	59,63	50,49	49,53	57,51
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	6,39	13,86	12,34	12,48	18,92	0,00	9,47	16,51	6,39
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	6,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,19
Causas externas de morbilidad y mortalidad	12,77	48,51	30,85	12,48	37,84	0,00	12,62	42,93	15,97

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

4.6.4 Mortalidad Materno-infantil y de la niñez

Las estimaciones de mortalidad materna, como se muestra en la tabla 16 ha tenido un comportamiento estable en la localidad y aunque se encuentra por debajo de la razón de mortalidad de la Subred Centro Oriente, si se encuentra de manera significativamente por encima de la razón de mortalidad materna del distrito; la mortalidad perinatal, infantil y en menores de cinco años han reportado comportamiento estable en la localidad durante el periodo observado y sin diferencias significativas con lo registrado a nivel de Subred y Distrito. De otra parte, para el periodo analizado se observa que las tasas de mortalidad en menores de 5 años debidas a infección respiratoria aguda – IRA, se encuentra por encima de la Subred y del Distrito, en cambio la enfermedad diarreica aguda – EDA y por desnutrición hasta llegar a 0 casos para el año 2014 encontrándose por debajo de la Subred y del Distrito.

Tabla 16. Mortalidad Infantil y Niñez y comparaciones, Subred Centro Oriente, Distrito, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2012 a 2014

Causa de muerte	Distrito	Subred	Localidad	2013	2014	2015	2016
Razón de mortalidad materna	24,5	40,00	37,30	-	-	-	-
Tasa de mortalidad perinatal	13,2	12,60	11,60	-	-	-	-
Tasa de mortalidad infantil	9,1	8,50	8,60	-	-	-	-
Tasa de mortalidad en la niñez	17,5	18,90	16,60	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	4,0	3,50	6,60	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0,5	1,20	0,00	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0,7	1,20	0,00	-	-	-	-
Proporción de muertes infantiles asociadas a la desnutrición	0,001	0,00	0,00	-	-	-	-

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

3.2 Morbilidad

4.6.5 Morbilidad general y análisis de la prestación de servicios

La presente valoración de morbilidad se genera con base en información agregada con datos suministrados por las instituciones que conforman la red de prestación de servicios de salud adscrita y no adscrita, para el periodo 2012-2016, ordenada por lugar donde se ubican los prestadores; así, se debe considerar como información de referencia, pero con alcance limitado.

Acorde con la información proveniente de los RIPS, para el periodo 2012-2016 según lo observado en la Tabla 17, el mayor reporte es de las denominadas enfermedades transmisibles, siendo las mujeres las que registran mayor número de atenciones, en el servicio de urgencias, de la red no adscrita; el segundo evento más atendido es el de síntomas, signos y afecciones mal definidos con un total de 539.910, con el mayor registro para las mujeres, realizado en consulta y de la red no adscrita.

Tabla 17. Distribución de las atenciones por evento, sexo, tipo de atención y por Red, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2012- 2016

Evento	Año	Sexo			Tipo de atención				Red		
		H	M	Total	Consulta	Hospitalización	Urgencias	Total	Adscrita	No Adscrita	Total
Atenciones originadas en el periodo	2012	247	273	520	443	65	37	545	45	475	520
	2013	235	278	513	437	88	25	550	67	446	513
	2014	246	336	582	507	109	23	639	27	554	581
	2015	152	186	338	300	30	20	350	4	334	388
	2016	180	137	317	299	1	18	318	4	131	317
	Total	1040	1230	2270	1986	293	123	2402	147	1940	2319
Cancer	2012	1008	2434	3442	317	310	76	3556	143	3298	3441
	2013	1181	2821	4002	3753	402	90	4245	105	3897	4002
	2014	2152	4664	6816	6486	613	168	7267	295	6523	6818
	2015	1769	3863	5632	5498	170	132	5800	226	5406	5632
	2016	2013	4105	6118	5981	86	224	6291	97	6019	6116
	Total	8123	17887	26010	22035	1581	690	27159	866	25143	26009
Causas externas	2012	257	244	501	301	30	198	529	106	394	500
	2013	219	158	377	231	29	147	407	36	341	377
	2014	460	436	898	496	53	382	931	226	673	899
	2015	478	518	996	643	77	315	1035	62	935	997
	2016	612	596	1208	700	65	511	1276	33	1175	1208
	Total	2026	1952	3980	2371	254	1553	4178	463	3518	3981
Enfermedades cardiovasculares	2012	7430	12933	20363	19081	1017	889	20987	3767	16612	20379
	2013	5581	8036	13617	12652	1084	723	14459	1309	12311	13620
	2014	11764	19045	30809	29134	1967	1496	32597	8332	22506	30838
	2015	9970	16632	26602	25685	738	1311	27734	7363	1981	26644
	2016	10023	16342	26365	25098	669	1978	27745	3415	22785	26200
	Total	44768	72988	117756	111650	5475	6397	123522	24186	76195	117681
Enfermedades transmisibles	2012	19854	23567	43421	36613	644	7212	44489	6218	37269	43487
	2013	15529	18407	33936	27447	692	6713	34852	3366	30604	33970
	2014	24319	29095	53414	49034	974	4979	54987	8948	44517	53465
	2015	23013	29418	52431	34926	514	18830	54270	7745	44727	25472
	2016	26937	33745	60682	37758	316	24657	62731	3293	57413	60706
	Total	109652	134232	243884	185778	3140	62391	251329	29570	214530	217100
Síntomas signos y afecciones mal definidos	2012	34570	62053	96623	87988	2358	9291	99647	17476	79399	96875
	2013	28555	47046	75601	68389	1815	8331	78535	9572	66164	75736
	2014	53217	90332	143495	137333	3028	7616	147977	30120	113776	143896
	2015	43512	77726	121238	110466	1625	13654	125745	22125	99296	121421
	2016	36674	65330	102004	90637	435	15835	106907	15709	86273	101982
	Total	196528	342487	538961	494813	9261	54727	558811	95002	444908	539910
Todas las demás enfermedades	2012	69159	99538	168697	152303	5405	19933	177641	20813	148312	169125
	2013	54569	76560	131129	116264	6069	17188	139521	9989	121346	131335
	2014	94051	132723	226774	210247	9659	22858	242764	34430	192976	227406
	2015	84491	120378	204869	181577	4434	34204	220215	28422	176839	205261
	2016	80810	113317	194127	169181	2750	37517	209448	12273	181857	194130
	Total	383080	542516	925596	829572	28317	131700	989589	105927	821330	927257

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

La desagregación por sexo indica que, durante el periodo 2012-2016, en su mayoría asisten mujeres a los servicios, sin variaciones significativas entre años, y que representan el 59.96 % de las personas atendidas en las sedes de la localidad para el año 2016.

Si bien se desconoce el régimen de aseguramiento de las personas atendidas en la localidad, la información disponible diferencia red adscrita de no adscrita; para el periodo evaluado según lo observado en la tabla 18, se evidencia disminución de las personas atendidas en la red adscrita, al pasar de 48.568 a 34.824 individuos de 2012 a 2016, mientras que la red no adscrita pasó de 285.759 a 355.835 individuos durante el mismo periodo, disminución que resulta en incremento proporcional de la atención en la red no adscrita. En este sentido, sería pertinente contar con información relacionada con el cambio en aseguramiento y en IPS de atención de los usuarios que traslada las atenciones fuera de la localidad.

Tabla 18. Distribución de la población atendida, localidad de Rafael Uribe Uribe según localidad de ubicación de la IPS y tipo de red, 2012 – 2016

Evento	Año	Red		
		Adscrita	No adscrita	Total
Afecciones originadas en periodo	2012	45	475	520
	2013	67	446	513
	2014	27	554	581
	2015	4	334	338
	2016	4	313	317
	Total	147	2122	2.269
Cáncer	2012	143	3.298	3.441
	2013	105	3.897	4.002
	2014	295	6523	6.818
	2015	226	5406	5.632
	2016	97	6019	6.116
	Total	866	25.143	26.009
Causas externas	2012	106	394	500
	2013	36	341	377
	2014	226	673	899
	2015	62	935	997
	2016	33	1.175	1.208

	Total	463	3.518	3.981
Enfermedades Cardiovasculares	2012	3.767	16.612	20.379
	2013	1.309	12.311	13.620
	2014	8.332	22.506	30.838
	2015	7.363	19.281	26.644
	2016	3.415	22.785	26.200
	TOTAL	24.186	93.495	117.681
Enfermedades Transmisibles	2012	6.218	37.269	43.487
	2013	3.366	30.604	33.970
	2014	8.948	44.517	53.465
	2015	7.745	44.727	52.472
	2016	3.293	57.413	60.706
	Total	29.570	214.530	244.100
Síntomas, signos y afecciones mal	2012	17.476	79.399	96.875
	2013	9.572	66.164	75.736
	2014	30.120	113.776	143.896
	2015	22.125	99.296	121.421
	2016	15.709	86.273	101.982
	Total	95.002	444.908	539.910
Todas las demás enfermedades	2012	20.813	148.312	169.125
	2013	9.989	121.346	131.335
	2014	34.430	192.976	227.406
	2015	28.422	176.839	205.261
	2016	12.273	181.857	194.130
	Total	105.927	821.330	927.257

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

El tipo de atención predominantemente reportado para las instituciones que prestan servicios en Rafael Uribe Uribe y que se evidencia en la (tabla 19) son las consultas, para el 2016 aumentaron en proporción durante el periodo observado en un 36,07 % (n=2.053.066), a diferencia de las hospitalizaciones y el servicio de urgencias que presenta una disminución importante, para el año 2016 fue del 0.88 % de las atenciones (n=8.152) y del 48,08 % (n= 82.542).

Tabla 19. Distribución de las atenciones según ubicación de la IPS, localidad de Rafael Uribe Uribe, por tipo de servicio, 2012 – 2016

Año	Tipo atención	Bogotá total # atenciones	Subred total # atenciones	Rafael Uribe Uribe total # atenciones
2012	Servicio de consulta	20.973.482	1.956.080	594.667
	Servicio de hospitalización	11.066	85.233	11.066
	Servicio de urgencias	49.394	438.905	49.394
2013	Servicio de consulta	655.127	2.480.218	655.127
	Servicio de hospitalización	399.464	1.424.705	399.464
	Servicio de urgencias	11.378	71.671	11.378
2014	Servicio de consulta	42.017	449.485	42.017
	Servicio de hospitalización	452.859	1.945.861	452.859
	Servicio de urgencias	844.618	2.509.542	844.618
2015	Servicio de consultas	20.576	131.834	20.576
	Servicio de hospitalización	48.206	565.107	48.206
	Servicio de urgencias	913.400	3.206.483	913.400
2016	Servicio de consulta	740.679	1.910.586	740.679
	Servicio de hospitalización	8.152	63.535	8.152
	Servicio de urgencias	82.542	415.800	82.542

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

Como se observa en la Tabla 20 la desagregación de las atenciones por grupos de enfermedades según la agrupación 6/67 muestra que la mayoría de atenciones se dan para las enfermedades clasificadas en el grupo de las demás enfermedades durante todo el periodo observado. Si se contrasta con la distribución estimada para la Subred, en

Rafael Uribe Uribe se reporta un comportamiento similar al de la Subred, con una proporción menor de atenciones para las afecciones originadas en periodo perinatal y las neoplasias. Finalmente, el grupo de signos y síntomas no definidos que abarca también los diagnósticos relacionados con acciones promocionales y preventivas, ha disminuido las atenciones en la localidad lo mismo que las reportadas en toda la Subred.

Tabla 20. Distribución de las atenciones según ubicación de la IPS, localidad de Rafael Uribe Uribe frente a la Subred Centro Oriente, según grupo de causa 6/67, 2012 – 2016

	2012	Hombre		Mujer		Total # Atenc.
	Nombre evento	# Atenc.	# Indiv.	# Atenc.	# Indiv.	
2012	Cáncer	1.728	1.008	3.969	2.434	5.697
	Enfermedades Cardiovasculares	15.624	7.430	28.482	12.933	44.106
	Enfermedades transmisibles	31.722	19.854	35.362	23.567	67.084
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	55.124	34.570	125.248	62.053	180.372
	Todas las demás enfermedades	132.524	67.572	214.298	97.580	346.822
	Total	236.722	130.434	407.359	198.567	644.081
2013	Cáncer	1.982	1.181	4.127	2.821	6.109
	Enfermedades cardiovasculares	11.295	5.581	16.507	8.036	27.802
	Enfermedades transmisibles	23.931	15.529	25.611	18.407	49.542
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	44.633	28.555	82.661	47.046	127.294
	Todas las demás enfermedades	92.976	53.312	142.449	75.206	235.425
	Total	174.817	104.158	271.355	151.516	446.172
2014	Cáncer	3.719	2.152	7.371	4.664	11.090
	Enfermedades cardiovasculares	26.486	11.764	44.750	19.045	71.236
	Enfermedades transmisibles	35.827	24.319	39.247	29.095	75.074

	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	88.989	53.217	176.970	90.332	265.959
	Todas las demás enfermedades	188.217	91.731	287.500	129.889	475.717
	Total	343.238	183.183	555.838	273.025	899.076
2015	Cáncer	2.806	1.769	6.064	3.863	8.870
	Enfermedades cardiovasculares	22.139	9.970	37.222	16.632	59.361
	Enfermedades transmisibles	33.232	23.013	39.549	29.418	72.781
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	76.867	43.512	156.788	77.726	233.655
	Todas las demás enfermedades	176.521	82.355	267.227	117.801	443.748
	Total	311.565	160.619	506.850	245.440	818.415
2016	Cáncer	2.938	2.013	5.875	4.105	8.813
	Enfermedades cardiovasculares	19.014	10.023	31.586	16.342	50.600
	Enfermedades transmisibles	37.969	26.937	44.737	33.745	82.706
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	58.436	36.674	118.060	65.330	176.496
	Todas las demás enfermedades	135.411	78.717	204.621	110.901	340.032
	Total	253.768	154.364	404.879	230.423	658.647

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

Vale anotar que la información oficial disponible no permite identificar y analizar las 10 primeras causas de morbilidad según sexo, ni los factores que podrían estar relacionados con dichas cifras.

Para hacer la valoración de individuos atendidos según el curso de vida es preciso notar que la mayor cantidad está reportada para las personas adultas y las personas mayores; la proporción de adultos ha disminuido del 36,5 % al 34,5 % del total (n=88.856 que pasa

a n=42.116), en tanto las personas mayores que representaban el 14,2 % del total en 2012, pasaron al 17,5 % en 2016.

4.6.6 Infancia

Como se observa en la Tabla 21 las atenciones a usuarios en la localidad durante su infancia se pueden observar desagregadas para tres subgrupos de edad a saber: menores de un año, de 1 a 5 años y de 6 a 11 años de edad. En menores de 1 año se pasó de reportar 9.076 atenciones en 2012 a 282 en 2016. Al mismo tiempo se observa que frente a la Subred, las atenciones a menores en Rafael Uribe Uribe corresponden al 15,27 %.

Así mismo, la cantidad de atenciones en menores de 1 a 5 años, se redujo en al pasar de 40.184 atenciones en 2012 a 36.840 en 2016, al mismo tiempo se observa que frente a la Subred, las atenciones a menores en Rafael Uribe corresponden al 42,82 %.

La atención en menores de 6 a 11 años pasa de 30.213 en 2012 a 31.283 en 2016, equivalentes al 36,38 % del total de las atenciones de la Subred en 2016.

La causa principal de atención a menores de un año y los niños de 1 a 5 años en Rafael Uribe Uribe según causa 6/67 fueron los síntomas, signos y enfermedades mal definidos para los años 2012 a 2015, en tanto que para el año 2016 disminuyó a 99 y 12.647 atenciones respectivamente para este evento.

Tabla 21. Distribución de las atenciones en salud por curso de vida primera infancia según agrupación 6/67, según ubicación de la IPS, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2012- 2016

Edad	Evento	2012	2013	2014	2015	2016
Menores de 1 año	Afecciones originadas en periodo perinatal	325	342	365	243	
	Cáncer	7	10	26	22	
	Causa externas	13	5	9	8	
	Enfermedades Cardiovasculares	16	11	31	25	

	Enfermedades transmisibles	2.362	1854	2398	1979	121
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	4.069	3.305	5842	4710	99
	Todas las demás enfermedades	2284	2270	2804	1989	62
	Total	9.076	7.797	11.475	8.976	282
De 1 a 5 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	117	98	122	50	184
	Cáncer	60	71	145	121	138
	Causa externas	62	60	86	72	83
	Enfermedades Cardiovasculares	67	90	119	86	56
	Enfermedades transmisibles	9.520	7.117	9.791	8.830	10.406
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	16.134	10.333	20.866	18.174	12.647
	Todas las demás enfermedades	14.224	10.807	16.106	14.161	13.326
	Total	40.184	28.576	47.235	41.494	36.840
De 5 a 11 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	12	9	30	17	104
	Cáncer	77	95	178	153	132
	Causa externas	56	34	76	61	71
	Enfermedades Cardiovasculares	115	136	208	138	117
	Enfermedades transmisibles	4.938	3.303	5.545	5274	6432
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	10.426	7.101	15.734	12.444	9326
	Todas las demás enfermedades	14.589	9.751	18.483	17.081	15.101
	Total	30.213	20.429	40.254	35.168	31.283
Total general		79.473	56.802	98.964	85.638	68.405

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

4.6.7 Adolescencia y juventud

Como se observa en la Tabla 22 las atenciones en estos dos cursos de vida para hacer la valoración de individuos atendidos según el curso de vida es preciso anotar que el mayor número de atenciones se presenta un aumento para el año 2016 en las personas Jóvenes, mientras que el curso de vida adolescente se presentó una leve disminución en las atenciones; por individuos atendidos se presenta el mismo comportamiento antes mencionado.

Tabla 22. Distribución de las atenciones en salud por curso de vida adolescencia y juventud según agrupación 6/67, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2012- 2016

EDAD	EVENTO	2012	2013	2014	2015	2016
De 12 a 17 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	7	9	6	6	25
	Cáncer	125	171	282	191	210
	Causa externas	52	29	92	68	78
	Enfermedades Cardiovasculares	230	201	321	223	186
	Enfermedades transmisibles	3.046	2092	3420	3197	3123
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	9.073	6.416	13683	10939	8338
	Todas las demás enfermedades	14464	9898	18084	15762	13343
	Total	26.997	18.816	35.888	30.386	25303
De 18 a 28 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	52	37	44	20	40
	Cáncer	451	494	838	706	707

	Causa externas	108	101	199	212	331
	Enfermedades Cardiovasculares	987	813	1342	1084	1428
	Enfermedades transmisibles	9.310	8.279	12.150	13.145	16.353
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	22.294	19.567	33.676	29.743	26.116
	Todas las demás enfermedades	36.796	29.638	48.279	43.816	42.566
	Total	69.998	58.929	96.528	88.726	87.541
Total general		96.995	77.745	132.416	119.112	112.844

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

4.6.8 Adultez y vejez

Como se observa en la Tabla 23 las atenciones en estos dos cursos de vida para hacer la valoración de individuos atendidos según el curso de vida es preciso anotar que el mayor número de atenciones presenta una disminución para el año 2016 en comparación con el 2015 tanto en las personas Adultas como en los mayores de 60 años.

Tabla 23. Distribución de las atenciones en salud por curso de vida Adultez y vejez según agrupación 6/67, según ubicación de la IPS, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2012- 2016

Curso de vida	2012	2013	2014	2015	2016
De 29 a 59 años	267.528	179.832	363.741	326.710	275.585
De 60 y más años	82.085	55.100	129.334	112.521	106.299
Total general	249.613	234.932	493.075	439.231	381.884

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

Según lo observado en la Tabla 24 para la localidad de Rafael Uribe Uribe el diagnóstico que más atenciones presenta es la caries de la dentina, mostrando una tendencia a la disminución del 50 % entre el 2015 y el 2016, además se evidencia que son las mujeres las que más consultan por este evento; seguido de las personas diagnosticadas con hipertensión esencial (primaria) con el mismo comportamiento por sexo que el anterior evento. En tercer lugar se encuentra la gingivitis crónica que presentó una disminución de más del 80 % del 2015 al 2016 y son las mujeres las que presentan el mayor número de atenciones.

Tabla 24. Distribución de las 10 primeras causas de morbilidad por sexo, localidad de Rafael Uribe Uribe

Causas Subgrupos	Atenciones Hombres		Atenciones Mujeres	
	2015	2016	2015	2016
Caries de la Dentina	26744	13057	36268	17919
Hipertensión Esencial (primaria)	15272	11354	28574	20375
Gingivitis Crónica	16550	3084	22115	4378
Rinofaringitis aguda (Resfriado común)	6448	7293	8625	9748
Diarrea y gastroenteritis	5952	8964	7565	10874
Lumbago no especificado	4710	4975	5732	5333
Dolor en la articulación	2321	2101	3887	3188
Amigdalitis aguda; no especificada	1972	2702	2457	3427
Gingivitis Aguda	2080	0	2821	0
Parasitosis intestinal; sin otra especificación	1606	0	1859	0

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

La morbilidad atendida en la localidad de Rafael Uribe Uribe para el servicio de consulta muestra el registro de las caries dentinas, seguida de la hipertensión esencial (primaria) y la rinofaringitis aguda (resfriado común), evidenciándose una disminución en las consultas para el 2016; sin embargo, como se observa en la Tabla 25 hay un incremento relativo en las patologías relacionadas con lumbagos no especificados; por su parte la distribución de la morbilidad tanto en el Distrito como en la Subred muestra una mayor prevalencia para las enfermedades crónicas como la hipertensión esencial (primaria) se posiciona en primer lugar, así como la obesidad y las prevalentes de la infancia toman un mayor peso porcentual en estos territorios.

Tabla 25. Distribución de las 10 Primeras causas de morbilidad atendidas en servicio de consulta, localidad de Rafael Uribe Uribe 2015-2016

	Subgrupos	Atenciones	
		2015	2016
Servicio de consulta	Hipertensión esencial (primaria)	43.043	30.486
	Caries de la dentina	60.774	29.076
	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	11.344	12.645
	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	7.192	7.933
	Gingivitis crónica	4.123	7.401
	Lumbago no especificado	0	7.236
	Infección de vías urinarias; sitio no especificado	7.485	6.690
	Hipotiroidismo; no especificado	7.945	6.169
	Obesidad; no especificada	4.394	5.003
	Dolor en articulación	5.839	4.695

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

El comportamiento de la morbilidad en las atenciones realizadas por el servicio de hospitalización según lo observado en la Tabla 26, muestra que son las infecciones de vías urinarias (sitio no especificado) las que requieren de hospitalización, seguido de las neumonías bacteriana no especificadas y en tercer lugar se encuentra la hipertensión esencial (primaria); sin otra especificación presenta una disminución relativa para el año 2016. Por su parte en el Distrito se observaron el parto único espontaneo; presentación cefálica de vértice, infección de vías urinarias sitio no especificado, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso ubicadas en las tres primeras posiciones; aunque en la Subred el orden de estas varía, siguen ubicadas en los primeros lugares.

Tabla 26. Distribución de las 10 Primeras causas de morbilidad atendidas en Servicio de hospitalización, localidad de Rafael Uribe Uribe 2015-2016

	Subgrupos	Atenciones	
		2015	2016
Servicio de hospitalización	Infección de vías urinarias; sitio no especificado	339	257
	Hipertensión esencial (primaria)	135	180
	Apendicitis aguda; no especificada	118	136
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; no especificada	105	75
	Insuficiencia cardíaca congestiva	93	60
	Neumonía; no especificada	0	59
	Neumonía bacteriana; no especificada	152	47
	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	46	40
	Calculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda	0	37
	Bronquiolitis aguda; no especificada	75	18

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

Finalmente, por tipo de servicio, la morbilidad en urgencias para el año 2016 muestra en las primeras posiciones la diarrea y gastroenteritis de presunto origen Infeccioso, rinofaringitis aguda (resfriado común) las cuales reflejan aumento en la primera y segunda causa respecto al año 2015; con respecto al comportamiento de la localidad frente al Distrito y la Subred, en primer lugar se ubica la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso. (tabla 27).

Tabla 27. Distribución de las 10 Primeras causas de morbilidad atendidos en urgencias, localidad de Rafael Uribe Uribe 2015-2016

	Subgrupos	Atenciones	
		2015	2016
Servicio de urgencias	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	6.279	11.865
	Rinofaringitis aguda [resfriado comun]	3.726	4.392
	Amigdalitis aguda; no especificada	2.001	3.304
	Lumbago no especificado	2.137	3.051
	Infeccion de vias urinarias; sitio no especificado	1.968	2.664

	Faringitis aguda; no especificada	1.126	1.836
	Migrana; no especificada	707	1.327
	Colitis y gastroenteritis no infecciosas; no especificadas	0	1.272
	Infeccion intestinal viral; sin otra especificacion	1.452	1.165
	Bronquitis aguda; no especificada	728	1.067

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

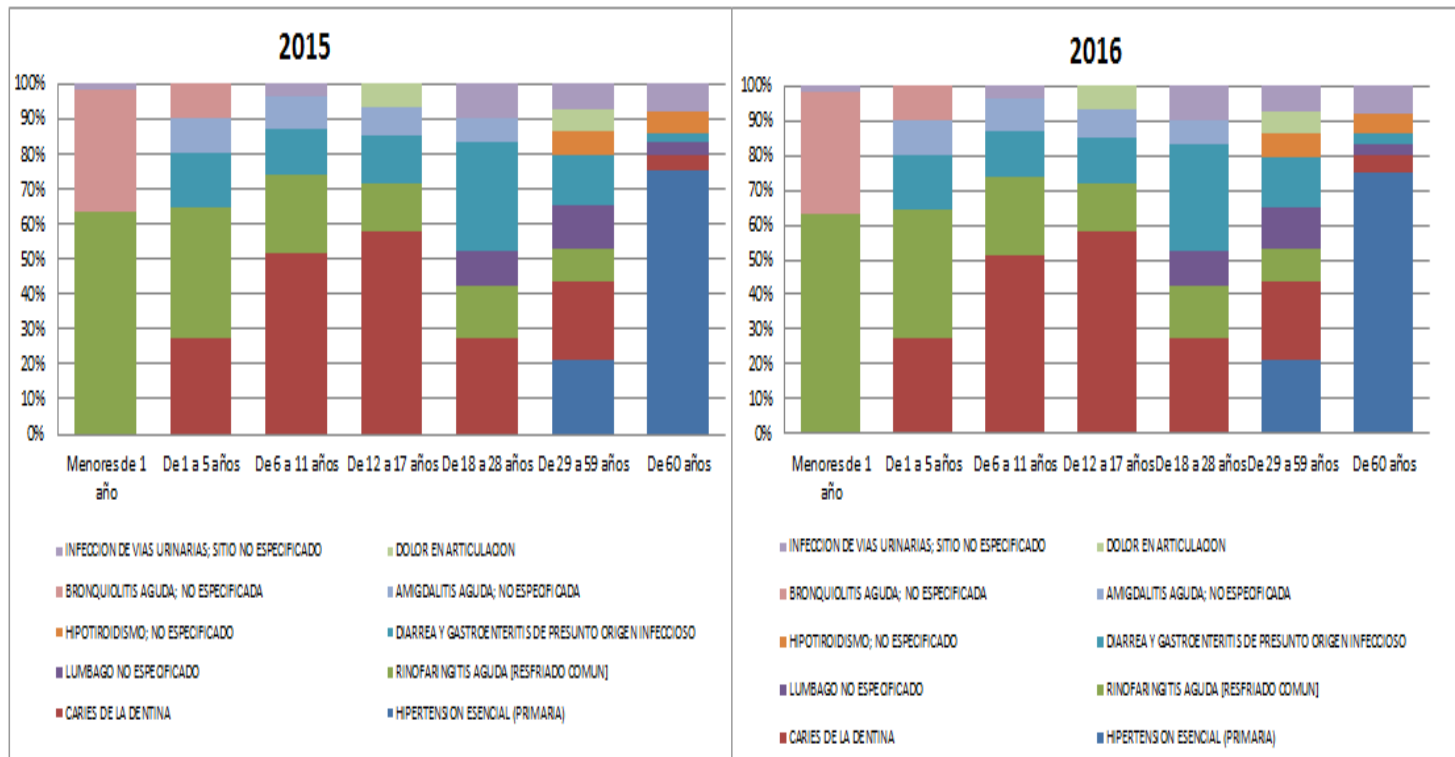
Para la localidad de Rafael Uribe Uribe por curso de vida el diagnóstico que más atenciones presenta es la caries de la dentina, mostrando una tendencia a la disminución para el 2016, seguido de las personas diagnosticadas con hipertensión esencial (primaria) y en tercer lugar se encuentra la gingivitis crónica que presento una disminución para el 2016, cabe anotar que a medida que avanza la edad de la población va cambiando la morbilidad encontrando un número importante de atenciones en las personas diagnosticadas con hipertensión esencial y las infección de vías urinarias; sitio no especificado.

En la población menor de 11 años de edad se esperaba poder ver reflejadas las enfermedades prevalentes de la infancia, sin embargo, al realizar la consolidación por todos los cursos de vida, éstas pierden peso dándole paso a otras que aunque se presentan con una alta frecuencia suelen no ser tan dañinas para la salud de los menores, ni mostrar otros diagnósticos diferenciales que pueden generar alertas frente a la salud de los mismos.

Cabe anotar que el hecho de que las enfermedades de mayor prevalencia se relacionen con salud oral y enfermedades visuales da cuenta de las EAPB tanto públicas como privadas que se ubican en la localidad.

Así pues, tanto en el Distrito como en la Subred, la morbilidad por curso de vida se comporta de acuerdo al mismo, mostrando así una distribución más amplia del estado de salud de la población en cada una de las zonas territoriales.

Figura 11. Distribución de las 10 Primeras causas de morbilidad por curso de vida, localidad de Rafael Uribe Uribe 2015-2016



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

4.6.9 Descripción de la oferta

Caracterización de la oferta de servicios de salud privada y pública

Para la localidad según el registro especial de prestadores de servicios de salud REPS para el mes de noviembre de 2016 se encontraban inscritos 80 prestadores de servicios de salud, el mayor porcentaje lo ocupan las IPS 82.5 % (n=66) y por naturaleza el 91,67 % de las IPS son privadas, mientras que el 12.5 % de los prestadores de objeto social diferente a la prestación de servicios de salud son privados (tabla 8 y mapa 4).

**Tabla 28. Prestadores de servicios de salud, según inscripción al REPS.
La localidad de Rafael Uribe Uribe 2016**

Clase prestador	total	%
Instituciones – IPS	66	82,5
Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud	10	12,5
Transporte Especial de Pacientes	4	5
Total general	80	100

Fuente: REPS. Corte de información noviembre 2015.

Para la localidad de Rafael Uribe Uribe según el registro especial de prestadores de servicios de salud REPS, para el mes de noviembre de 2016 en la cobertura de servicios de salud se encontraban inscritos 80 prestadores, el mayor porcentaje lo ocupan las IPS privadas con el 90.91 % (n=60) mientras que las IPS públicas sólo tienen el 9.09 % (n=6) (tabla 29).

**Tabla 29. Prestadores de servicios de según naturaleza jurídica,
localidad Rafael Uribe Uribe 2016**

Clase Prestador	Pública		Privada		Total general
	N	%	n	%	n
Instituciones – IPS	6	9,09	60	90,91	66
Objeto social diferente a la prestación de servicios de salud	0	0	10	100	10
Transporte especial de pacientes	0	0	4	100	4
Total general	6	7,5	74	92,5	80

Fuente: REPS. Corte de información noviembre 2015.

De acuerdo a la distribución geográfica de los prestadores en la ciudad por localidades, se observa que el 0.23 % de éstos se encuentran en la localidad de Rafael Uribe Uribe, según los servicios ofertados para la localidad se encuentran habilitados 131 servicios, los cuales corresponden a apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, consulta externa, internación, protección específica y detección temprana, quirúrgicos, móviles transporte asistencial, urgencias (tabla 30).

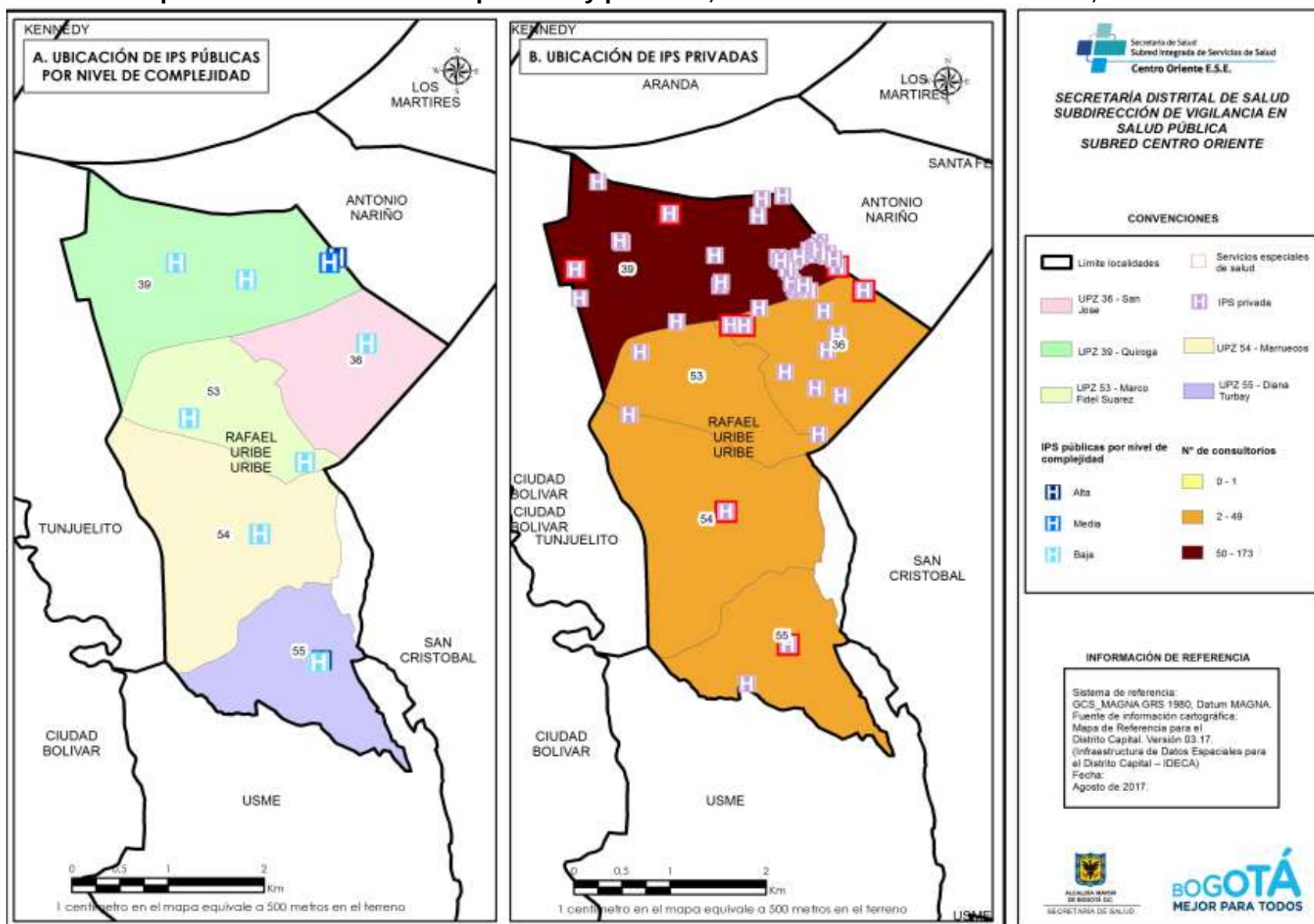
Tabla 30. Servicios habilitados IPS públicas, localidad de Rafael Uribe Uribe 2016

Servicio	Rafael Uribe Uribe	Subred
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	21	140
Consulta externa	27	183
Internación	1	39
Otros Servicios	0	3
Protección Específica y Detección Temprana	79	210
Quirúrgicos	0	39
Móviles transporte asistencial		31
Urgencias	3	10
Total general	131	655

Fuente: REPS. Corte de información noviembre 2015.

Según lo que se observa en el Mapa 4, la localidad de Rafael Uribe Uribe cuenta con centros de atención de baja complejidad en cada una de las UPZ, además de las instituciones de mediana y alta complejidad tanto pública como privada, ubicadas especialmente en la UPZ 39 Quiroga, cabe anotar que los servicios de salud de la Subred Centro Oriente están ubicados en las UPZ con menor población residente, dificultando el acceso y la cobertura de la población.

Mapa 4. Ubicación de las IPS públicas y privadas, localidad de Rafael Uribe Uribe, año 2017



Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE Localidad de Rafael Uribe Uribe, año 2017

4.6.10 Eventos de Vigilancia en Salud Pública

El sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA permite identificar los eventos de interés en salud pública, para así generar una intervención que permita la mitigación de los mismos| con el fin de disminuir la afectación en la población residente de un territorio dentro de la nación. Por tal motivo es pertinente realizar la valoración del sistema.

4.6.11 SIVIGILA Nacional

Durante el año 2016 en la localidad se presentaron 4569 casos de eventos de notificación obligatoria, la notificación en proporción a la subred fue de 31,96 % y frente al distrito del 5.1 %. Del total de eventos el 31,72 % (n=4569) corresponden a vida saludable y enfermedades transmisibles dentro de la dimensión los eventos más frecuentes fueron vigilancia integrada de la rabia humana, varicela individual, parotiditis y ESI-IRAG, seguido se encuentra la dimensión de sexualidad y derechos sexuales 3,70 % (n=667) en donde los eventos más frecuentes fueron morbilidad materna extrema y VIH/SIDA Mortalidad. La dimensión de seguridad alimentaria nutricional con el 7,50 % (n=258) en donde los eventos más frecuentes fueron: bajo peso al nacer y desnutrición aguda en niños menores de 5 años. En la tabla 31 se puede observar la proporción de notificación por dimensión en comparación con la subred y el distrito capital. En cuanto los eventos colectivos en la localidad de la dimensión de salud ambiental (Brotos por ETA) 6,01 % y en cuanto a la dimensión de vida saludable y enfermedades no transmisibles (notificación colectiva de EDA y IRA) la notificación con respecto al distrito fue de 0,16 % (tabla 31).

Tabla 31. Distribución de la proporción de los eventos de notificación individual obligatoria por dimensión plan decenal de salud, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2016

GRUPO DE EVENTOS POR DIMENSIÓN DEL PDSP	PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS FRENTE AL DISTRITO	PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS FRENTE A LA SUBRED	PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS UPZ 36 FRENTE A LA LOCALIDAD	PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS UPZ 39 FRENTE A LA LOCALIDAD	PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS UPZ 53 FRENTE A LA LOCALIDAD	PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS UPZ 54 FRENTE A LA LOCALIDAD	PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS UPZ 55 FRENTE A LA LOCALIDAD
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	4,45	31,72	27,84	31,72	27,84	21,77	26,78
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	5,47	3,70	23,41	3,70	23,41	23,70	27,46
Convivencia Social y Salud Mental	3,52	2,92	9,75	2,92	9,75	28,24	13,37
Salud Ambiental	2,75	6,01	30,69	6,01	30,69	20,79	23,76
Seguridad Alimentaria y Nutricional	5,07	7,50	28,29	7,50	28,29	22,70	25,33
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	0,24	0,16	12,12	0,16	12,12	33,33	25,76

Fuente: construcción propia con base al SIVIGILA nacional, datos entregados por la SDS julio de 2017.

En la tabla 32 se observa que los eventos de salud ambiental son los más notificados en las UPZ 36 San José y 39 Quiroga de la localidad, seguido de los eventos de vida saludable y enfermedades transmisibles donde la UPZ 55 Diana Turbay presenta la mayor notificación.

Tabla 32. Distribución de la proporción de los eventos de notificación colectiva obligatoria por dimensión plan decenal de salud, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2016

GRUPO DE EVENTOS POR DIMENSIÓN DEL PDSP	PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS FRENTE AL DISTRITO	PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS UPZ 36 FRENTE A LA LOCALIDAD	PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS UPZ 39 FRENTE A LA LOCALIDAD	PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS UPZ 53 FRENTE A LA LOCALIDAD	PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS UPZ 54 FRENTE A LA LOCALIDAD	PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS UPZ 55 FRENTE A LA LOCALIDAD
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	11,00	5,00	9,00	0,51	45,45	81,82
Salud Ambiental	1537,00	94,00	1097,00	3,45	6,12	2,47

Fuente: construcción propia con base al SIVIGILA nacional, datos entregados por la SDS julio de 2017.

4.6.12 SIVIGILA Distrital

La ciudad de Bogotá como herramienta adicional, mantiene la notificación de diversos eventos que complementa al SIVIGILA NACIONAL, los cuales permiten un monitoreo más integral del estado de salud de la población, para la localidad se presentaron 8624 casos de eventos notificación. El 35,14 % (n=4965) fue para Seguridad alimentaria y nutricional, seguido de convivencia social y salud mental con un 29,46 % (n=3605).

En relación al grupo de eventos de seguridad alimentaria y nutricional, vigilado por el subsistema de vigilancia epidemiológica SISVAN, como se muestra en la Tabla 33, la mayor notificación de casos se presentó en la UPZ 55 Diana Turbay con 26,12 % de los eventos; la UPZ 36 San José en general es la de menor aporte de casos de eventos con notificación obligatoria siendo el grupo de Vida saludable y condiciones no transmisibles el de menor proporción con 5,3 % de notificación frente a la localidad

De la misma manera para este mismo grupo de eventos de convivencia social y salud mental se observa mayor número de notificación en las UPZ 54 Marruecos 26,74 % y UPZ 39 Quiroga con 25,70 % de la notificación para la localidad; la UPZ 55 Diana Turbay representa el 23,36 %. Este grupo de eventos es vigilado por los subsistemas de vigilancia epidemiológica VESPA, LCE, SISVECOS y SIVIM, se observa que las UPZ anteriormente mencionadas aportan el 75 % del total de eventos para la localidad.

Los subsistemas DISCAPACIDAD, SISVESO y SIVISTRA vigilan los eventos del grupo de vida saludable y condiciones no transmisibles, la mayor notificación de estos eventos frente a la localidad se presentó en la UPZ 53 Marco Fidel Suarez con 28,2 %, la UPZ 36 San José fue la de menor proporción en la notificación con 5,3 % (tabla 33).

Tabla 33. Distribución de la proporción de los eventos SIVIGILA DC, por dimensión plan decenal de salud, localidad de Rafael Uribe Uribe 2016

GRUPO DE EVENTOS	SUBSISTEMAS	PROPORCIÓN DE EVENTOS FRENTE AL DISTRITO	PROPORCIÓN DE EVENTOS SUBRED FRENTE AL DISTRITO	PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS UPZ 36 FRENTE A LA LOCALIDAD	PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS UPZ 39 FRENTE A LA LOCALIDAD	PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS UPZ 53 FRENTE A LA LOCALIDAD	PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS UPZ 54 FRENTE A LA LOCALIDAD	PROPORCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS UPZ 55 FRENTE A LA LOCALIDAD
Seguridad Alimentaria y Nutricional	SISVAN	3,891545477	35,14102377	15,6629239	14,5788439	21,93111792	21,69766738	26,1294469
Convivencia Social y Salud Mental	VESPA							
	LCE	4,48	29,46	9,22	25,70	15,08	26,64	23,36
	SISVECOS							
	SIVIM							
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	DISCAPACIDAD	6,4	33,2	5,3	19,0	28,2	27,7	19,8
	SISVESO							
	SIVISTRA							

Fuente: construcción propia en base al SIVIGILA distrital, datos entregados por la SDS julio de 2017.

4.6.13 Eventos precursores

Los eventos precursores dentro de los que encontramos la diabetes mellitus y la hipertensión arterial inducen y soportan el aumento de complicaciones en salud, entre la que encontramos la enfermedad renal crónica entre otras patologías que generan una alta carga de morbilidad como de mortalidad.

Según lo evidenciado en la Tabla 34 tanto la diabetes mellitus como la hipertensión arterial durante los años analizados va en aumento, teniendo en cuenta que son enfermedades crónicas refleja la falta de adherencia a adecuados hábitos de vida, como alimentación balanceada, ejercicio y el consumo de sustancias psicoactivas además del ingreso oportuno a los programas de promoción y prevención.

Tabla 34. Prevalencia de eventos precursores, localidad de Rafael Uribe Uribe 2012-2016

Causa de muerte	Distrito	local				
			↗2013	↗2014	↗2015	↗2016
Prevalencia de diabetes mellitus	1,50	1,38			↗	↗
Prevalencia de hipertensión arterial	4,41	0,00	-	-		

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

Como se observa en la Tabla 35 durante el 2016, la subred ofreció un total de 222.592 atenciones, de las cuales el 58,75 % (n=130.794) se realizaron en las mujeres de la Subred y el 41,24 fueron atenciones en hombres observándose una leve afectación por encima en las mujeres de la población, los cuales acudieron a los servicios de consulta externa. El 62,54 % (n=139.282) corresponde a población de 60 o más años, siendo los más afectados seguidos de la población adulta con el 34,8 % (n=77.526).

Finalmente, se pudo establecer que el 93,43 % (n=207.983) de las atenciones fueron realizadas por la red no adscrita.

Tabla 35. Número de atenciones e individuos únicos atendidos por eventos precursores, localidad de Rafael Uribe Uribe Vs Subred. Años 2012 - 2016

Nombre evento	Año	Hombre		Mujer		Total # atenciones
		# Atenciones	# Individuos	# Atenciones	# Individuos	
Diabetes Mellitus (DM)	2012	152.608	41.073	189.979	51.786	342.587
	2013	139.818	40.413	163.851	48.022	303.669
	2014	169.778	46.967	202.120	57.442	371.898
	2015	111.900	37.841	124.003	43.934	235.903
	2016	91.798	33.081	130.794	49.060	222.592
Total Diabetes Mellitus (DM)		665.902		810.747		1.476.649

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

3.3 Análisis general de la morbilidad e identificación de prioridades en morbilidad

Una vez analizada la morbilidad desde diferentes aspectos y si se contrasta con la distribución estimada para la Subred, en Rafael Uribe Uribe se reporta un comportamiento similar, indicando que en el área de cobertura de la localidad predominan las enfermedades clasificadas como todas las demás enfermedades, siendo la población femenina la más afectada, seguido de los síntomas, signos y afecciones mal definidas.

Sin embargo, cabe anotar que la morbilidad desagregada por curso de vida se comporta de la misma manera para todos, siendo todas las demás enfermedades y los síntomas, signos y afecciones mal definidas las que ocupan los primeros lugares.

La caracterización de la oferta de servicios de salud privada y pública, en la localidad según el registro especial de prestadores de servicios de salud REPS para el mes de noviembre de 2016 se encontraban inscritos 80 prestadores de servicios de salud, el mayor porcentaje lo ocupan las IPS 82.5 % (n=66), por naturaleza el 91,67 % de las IPS son privadas.

Una vez valorada la morbilidad de la localidad desde diferentes aspectos, se puede indicar que en el área de cobertura de la localidad predominan las enfermedades clasificadas en de acuerdo a los grandes grupos como demás enfermedades y los síntomas, signos y afecciones mal definidas, siendo la población femenina la más afectada.

Sin embargo, llama la atención que tanto en la morbilidad general como en la desagregada por curso de vida las demás enfermedades y los síntomas, signos y afecciones mal definidas son las que ocupan los primeros lugares desde el grupo de edad de 1 a 5 años; siendo éste grupo poblacional y el ubicado entre los 12 y 17 años los que más diagnósticos relacionados con estas causas reflejan. Lo anterior, posiblemente se deba a una inadecuada adherencia a las guías de práctica clínica, protocolos y manuales de diagnóstico (CIE – 10).

Respecto al comportamiento de la morbilidad general las afecciones por problemas en salud oral y las enfermedades crónicas son las principales causas de la población atendida; es de resaltar que estas patologías deben ser tratadas de manera preventiva logrando evitar la presencia de otras de las morbilidades presentes, tales como la caries y gingivitis.

En cuanto a la mortalidad presentada en la población de la localidad, se pudo establecer una mayor afectación en mujeres, sin tener ninguna relación específica con la agrupación con grandes causas o subgrupos.

La mortalidad por grandes causas por quinquenios es mayor para el grupo de signos síntomas y afecciones mal definidas identificadas en todos los quinquenios, mientras que las enfermedades transmisibles se presentan en mayor número en la población mayor de 60 años, las neoplasias (tumores) se hacen presentes en mayor número a partir de las personas adultas y las enfermedades del sistema circulatorio son más comunes en las personas de 80 y más años.

La morbilidad por su parte muestra una mayor prevalencia en la población femenina, sin embargo, llama la atención que tanto en la morbilidad general como en la

desagregada por curso de vida las demás enfermedades y los síntomas, signos y afecciones mal definidas son las que ocupan los primeros lugares desde el grupo de edad de 1 a 5 años; siendo éste grupo poblacional y el ubicado entre los 12 y 17 años los que más diagnósticos relacionados con estas causas reflejan.

Teniendo en cuenta que la morbilidad se presenta por ocurrencia más no por residencia, no es posible establecer los principales factores condicionantes o factores de riesgo que propician la presencia de éstas, pues las condiciones sociodemográficas de las comunidades son diferentes en cada una de las UPZ de la localidad donde residen.

Para la población con discapacidad de la localidad de Rafael Uribe Uribe que se tiene caracterizado en el Aplicativo Distrital del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud se observa un total de 20.080 personas, y el total para la Subred Centro Oriente es de 46.697, la proporción más alta es 61,43 % (n=12.337) que corresponde a las personas de sexo mujer, en cuanto al curso de vida es en la vejez donde se tiene el mayor porcentaje, seguido de la adultez, situación que puede estar relacionada con las enfermedades crónicas que padece esta población dentro de la localidad. Así mismo el régimen de afiliación predominante es el subsidiado.

4. ANALISIS DIFERENCIAL DE POBLACIONES LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE

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 accesibles²⁰, 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 población 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 la 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 (21). 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 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, se 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 quedarían de la siguiente manera:

- Para la UPZ 55 -Diana Turbay- los micro territorios Valle, Molinos II, Plan 95, San Agustín, Comuneros, La Paz Cebadal, La Paz, La Paz Naranjos, Portal, Vencedores, Palermo, Cultivos – Ayacucho, Palermo Sur, Nueva Esperanza, Reconquista, Lanceros II, Lanceros I
- Para la UPZ 54 –Marruecos- los micro territorios Chircales, Socorro, Arboleda II Guiparma, Molinos, Rincón De Los Molinos, Providencia Alta, Villa Gladys, Marruecos, Bochica II, San Cayetano, Príncipe De Bochica, Puerto Rico, Altos De Los Molinos, Zarazota, La Picota, Arboleda I y Bochica I
- Para la UPZ 53 – Marco Fidel Suarez - los micro territorios de Colinas Parte Alta, Marco Fidel Alto, Colinas Parte Baja, Lomas Parte Alta, Lomas Parte Baja, Triunfo, Resurrección Norte, Marco Fidel Medio, Marco Fidel Bajo, San Jorge Bajo, Granjas, Rio De Janeiro, San Jorge Alto y Resurrección Sur.
- Para la UPZ 39 – Quiroga- los micro territorios Olaya, Quiroga Central, Centenario Libertador, Ingles, Santa Lucia, Claret - Villa Mayor, Bravo Páez y Centenario.
- Para la UPZ 36 – San José- los micro territorios Gustavo Restrepo, San José y Sosiego.

El siguiente es el apartado demográfico que da cuenta de la información del programa territorios saludables, 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.

Balance de la información

4.6.14 Población con discapacidad localidad de Rafael Uribe Uribe

Para la localidad, según la base del sistema de atención primaria en salud – APS entre 2004 a 2014 se caracterizaron 3199 personas con discapacidad, de las cuales el 49,3 son mujeres y el 50,7 son hombres. De acuerdo al ciclo vital el 40,8 corresponde a la etapa adultez, el 33 corresponde a persona mayor, el 11,3 a jóvenes, el 9,7 a infancia y el 5,3 a adolescencia. De acuerdo a la base de datos de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad para el año 2013 se obtuvieron 1659 registros, de los cuales el 50,4 % son hombres y el 49,6 % son mujeres. Al revisar por curso de vida se encontró vejez con 36 %, adultez 24,3 %, infancia 18,8 %, adolescencia 11,9 % y juventud 9,1 %. Según el régimen de afiliación a SGSSS, el 51,5 pertenece a régimen contributivo, seguido del subsidiado con 42,1, la población no asegurada con 4,4 y el régimen especial con 2,0.

Para el año 2014, las personas en condición discapacidad según el sexo son 1207 (44,6) mujeres y 971 (55,4) hombres, que pertenecen a los ciclos vitales de infancia (0 a 13 años) 197, adolescencia (14 a 17 años) 64, juventud (18 a 26 años) 183, adultez (27 a 59 años) 739 y vejez (mayores de 60 años) 994(8).

De acuerdo al nivel de escolaridad de las personas con discapacidad asesoradas, el 45 % tiene primaria, el 25 % secundaria, el 21,4 % sin ninguna educación, el 3,9 % nivel técnico, el 3,3 % pre escolar, el 1,2 % nivel superior y el 0,3 % cuenta con educación Especial (8).

Con relación al origen de la discapacidad, el 56,6 corresponde enfermedad general, el 16,7 a alteraciones hereditarias, 9,0 algún tipo de accidente, el 9 por dificultades durante el embarazo, el 6,8 por complicaciones durante el parto, con 1,3 enfermedades laborales y víctimas de violencia cada uno, en menor porcentaje se

tienen 0,6 por prestación de servicios en salud, 0,4 conflicto armado, 0,3 psicoactivos, 0,1 desastres naturales, sin registro lesiones infringidas (8).

En el año 2013 se identificaron con enfermedad laboral 1 (2.85) persona en condición de discapacidad; para el año 2014 la búsqueda activa realizada por el equipo reporto en la localidad 1(0.52) persona en condición de discapacidad. En el 2014 se reportaron 3 casos; 2 correspondiente a mordedura de animal potencialmente peligroso y 1 correspondiente a varicela individual. En el mismo año se atiende por violencia emocional a 31 personas, por violencia física 10 personas, por violencia sexual 3 personas, por violencia económica 2 personas, por negligencia 16 personas y por abandono a 6 personas.

Para el año 2013 este subsistema le fue notificado para los eventos asociados a la conducta suicida por con discapacidad 14 personas; en el año 2014 el comportamiento de la notificación en estas poblaciones, el mismo número.

En el año 2013 el subsistema de vigilancia en discapacidad en el registro único de discapacidad ingreso al sistema de personas en condición de discapacidad sin pertenencia étnica se encontraron en la base 781 personas, En el año 2014 el registro de personas con discapacidad indígena de 1434 Personas. Para tener más especificidad de los eventos registrados y la interseccionalidad, se debe buscar el documento “Documento de caracterización de población con discapacidad con énfasis en grupos étnicos víctimas e interseccionalidad”.

Las principales problemáticas evidenciadas son las limitaciones de la respuesta institucional para mejorar la calidad de vida de la población, derivadas primordialmente de disminución en el presupuesto de programas y proyectos que benefician la comunidad y la falta de espacios políticos que propendan la generación de más iniciativas o bien la superación de las existentes.

Tabla 36. Variables sociodemográficas, Población con Discapacidad, Localidad de Rafael Uribe Uribe, 2012 a 2015

Sexo	Rafael Uribe Uribe	%	Subred Centro Oriente	%
Hombre	7678	16,44	19.632	42,04
Mujer	12336	61,43	27.065	57,96
Curso de vida				
Infancia	640	1,37	1.649	3,53
Adolescencia	367	1,83	1.001	2,14
Juventud	1243	2,66	3.304	7,08
Adulthood	6.536	14,00	15.941	34,14
vejez	11.228	24,04	24.802	53,11
Régimen de afiliación				
Contributivo	7.315	15,66	15.991	34,24
Subsidiado	8.983	19,24	21.869	46,83
Régimen especial	1.947	4,17	2.979	6,38
Vinculado	512	1,10	3.102	6,64
Ninguno	1.162	2,49	2.534	5,43
No sabe	61	0,13	149	0,32
Sin dato	34	0,07	73	0,16

Fuente: Aplicativo Distrital del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud; subred Centro Oriente 2004 – 2015. (Información preliminar).

4.6.15 Población habitante de calle

Dentro de la localidad Rafael Uribe, según datos preliminares, para el año 2014 la población de Ciudadano Habitante de Calle (CHC) atendida por proyecto de énfasis CAMAD, por curso de vida se encuentra distribuida de la siguiente manera: 3 adolescentes, 41 jóvenes, 133 adultos y 3 adultos mayores. De esta población el 10 % fueron mujeres y se encuentran en mayor cantidad en el curso de vida adultez con 15 atenciones (5).

En el SIVIGILA para el año 2013 la notificación de población habitante de/en calle presentó 1 caso de tuberculosis meníngea siendo el 3.70 % de la población notificada. Para el año 2014 la notificación de personas habitantes de/en calle se dio por dengue grave 1 (14.3 %), ESI - IRAG (vigilancia centinela) 1 (0.58 %), VIH/SIDA/mortalidad por sida 1 (0.55 %). En el subsistema de SIVIM en el año 2013 se recibió notificación

por violencia emocional a 7 casos (0.38 %) de los cuales 2 fueron fallidos y 4 no se les realizó cierre, violencia física 3 casos (0.48 %) de estos, 1 caso fue fallido y 1 sin cierre, sexual 2 casos (0.58 %) los cuales fueron fallidos, económica 0 casos, negligencia 3 casos (0.41 %) de éstos 1 caso fue fallido y 2 sin cierre y por abandono 1 caso (0.74 %) al cual no se le realizó cierre. Para el año 2014 se presentó notificación por violencia emocional 1 caso (0.05 %) el cual fue fallido, por negligencia se presentó negligencia se recibió una notificación (0.05 %) el cual también fue fallido, por las demás violencias no se recibió notificación para ésta población.

La Indocumentación de muchos integrantes de estas poblaciones a causa de miedos por poseer un historial jurídicamente condenable, por perdida o simplemente porque en su interrelación social se perciben estos documentos como innecesarios, han generado barreras de acceso a los servicios de salud pues es imposible detectarlos en las diferentes bases de datos que utiliza el sistema general de salud para adicionarlos al régimen subsidiado.

4.6.16 Población recicladora, carretera y pequeña bodeguera

En la localidad de Rafael Uribe Uribe de acuerdo al censo de recicladores de oficio realizado en 2011 (1,2), residen 721 recicladores que corresponde al 5.2 % de la población de Bogotá. Con respecto a la distribución por sexo se evidencia una mayor participación de hombres en el oficio de reciclaje con el 69 % (503) mientras que el 31 % (218) son mujeres.

En esta localidad no se cuenta con datos oficiales de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos de Bogotá (UAESP) sobre distribución de la población recicladora por curso de vida, sin embargo, de acuerdo con la información registrada en el Base de datos del censo de recicladores 2012, el 68 % son personas adultas, el 18 % jóvenes, el 11% personas mayores y el 3 % adolescentes entre 14 y 17 años de edad (3).

Por parte de los equipos de respuesta inicial y complementaria del programa territorios saludables se canalizaron a servicios de salud 103 recicladores de oficio, carreteros y pequeños bodegueros, 57 hombres y 46 mujeres, distribuidos por curso de vida así:

47 % adultos, 10 % persona mayor y 7 % juventud. Asimismo, en las familias caracterizadas se abordaron niños, niñas y adolescentes quienes están expuestos a factores de riesgo relacionados con la actividad económica familia (4).

En la población recicladora abordada por el PTS se evidencian bajos niveles de escolaridad de manera que de las 73 personas canalizadas entre las etapas de ciclo vital adolescencia y persona mayor (entre 14 y más de 60 años) 39 trabajadores refieren haber cursado primaria, mientras que 14 realizaron estudios de bachillerato incompleto y solo 3 personas se graduaron de la secundaria. 11 trabajadores expresan no tener ningún grado de escolaridad (4).

Según la base de notificación del subsistema de Vigilancia de lesiones de causa externa, se identificaron 7 casos de lesiones de causa externa en la población habitante de calle con residencia en la localidad de Rafael Uribe Uribe, de los cuales 4 corresponden a lesión por arma u objeto corto punzante 6 hombres y 1 mujer, y 3 corresponden lesión por objeto contundente en el sexo masculino. En el año 2013 se notificó en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Salud Pública – SIVIGILA. 1 persona recicladora por mordedura de animales potencialmente transmisores de rabia. En la localidad, en los territorios Diana Turbay, Quiroga y Marruecos, se evidencian problemáticas relacionadas principalmente con la precarización de las condiciones en el trabajo informal de las personas que laboran en reciclaje.

4.6.17 Población víctima del conflicto armado

La Unidad para la Atención y Reparación Integral para esta población en la localidad de Rafael Uribe Uribe, hasta el mes de marzo de 2014, identificó a un número de 412.827 de personas en esta condición, sin embargo, desde esta entidad no se tiene un dato oficial de los residentes en la localidad. A pesar de ello se relacionan datos no formales compartidos por la Alta consejería en el periodo enero 2012 a marzo 2014 en la localidad. A través de los servicios prestados en los Centros Dignificar de la ciudad de Bogotá se atendieron 9876 personas en la localidad, la cual está distribuida en su mayoría en la UPZ Diana Turbay con 31.3, Seguido de la UPZ Marco Fidel Suarez con

el 29.1, en la UPZ Marruecos se encuentra el 19.9, en la UPZ Quiroga el 14.3 y el 5.3 en la UPZ San José.

Las personas víctimas del conflicto armado pertenecientes a poblaciones étnicas atendidas mediante el Programa de Territorios Saludables en periodo enero 2013 a septiembre 2014, fueron en total 1384, de las cuales el 91 no tienen vinculación a ningún grupo étnico y el 6.5 es decir 98 personas reconocen pertenecer a la población afrodescendiente, el 2,2 (16 personas) reconocen pertenecer a la población Indígena y el 0,07 dicen ser pertenecer a la población ROM y/o ser gitanos.

Al subsistema SIVISTRA en el año 2013 se identificó 1 persona en condición de desplazamiento con un accidente de trabajo. Para el año 2014 la búsqueda activa realizada por el equipo reporto en la localidad 6 de esta población con accidente de trabajo. En el año 2013 fue notificada en SIVIGILA 1 mortalidad por desnutrición.

Para el año 2013 se atendió a Personas que se identificaron como víctima del conflicto armado por violencia emocional 6 personas; violencia física 4 personas; violencia sexual 2 persona; violencia económica 1 persona y negligencia 9 personas. Para el mismo año también fueron notificados 12 eventos asociados a la conducta suicida.

En el año 2013 se notifican 14 casos de menores de 10 años con problemas de nutrición, gestantes notificaron 2 casos, 9 recién nacidos con bajo peso, 6 gestantes con bajo peso. en SISVAN escolar se identificaron 2 casos. Para el año 2014 la notificación en víctimas del conflicto armado menores de 10 años se recibió 1 caso, gestantes 23 casos, escolar 1 caso.

Las falencias frente al buen vivir de personas que integran este grupo poblacional en la localidad, tienen una relación fundamental con dos situaciones: la desintegración familiar debido al conflicto armado y las Desventajas socio-económicas que adquieren al llegar a la ciudad y repercuten en la vulneración de sus derechos entre ellos el derecho a la salud.

4.6.18 población LGBTI y persona en ejercicio de la prostitución

Frente a la cuantificación de la población LGBT en la Localidad Rafael Uribe se tienen dificultades relacionadas con la sensibilidad y confidencialidad que se tienen para exponer estos datos, así como el miedo de la población a ser expuesta por algún tipo de discriminación y la mala elaboración de las herramientas de recolección de información.

Sin embargo, utilizando las caracterizaciones realizadas por la Alcaldía local a través de proyectos de desarrollo de los Convenios 078-2013 y 116 2015, la georreferenciación de la Dirección de Diversidad sexual(6) y recorridos de identificación de población desde el componente de gestión de políticas y programas del Hospital Rafael Uribe Uribe, se ha podido establecer la ubicación territorial de esta población en el barrio San Agustín de la UPZ Diana Turbay; en los barrios Quiroga y Resurrección se concentran mujeres transgénero propietarias de peluquerías o que prestan servicios de estética. Así mismo, jóvenes gais que se agrupan alrededor del arte y la cultura mediante el apoyo de organizaciones privadas como la Corporación Casitas Bíblicas, ubicada en el barrio Palermo Sur.

Por otro lado, una de las fuentes de información que contempla población LGBT, es la Matriz de canalizaciones como apoyo a la matriz 869, instrumento utilizado para consolidar las canalizaciones generadas al interior del Programa Territorios Saludables, en esta se encuentra el siguiente reporte: Lesbianas 13 mujeres, gais 29, Bisexuales 3 personas y transgénero 12 personas.

En el año 2013, se notificaron 7 casos por el evento de mortalidad por VIH/SIDA. Frente a las personas en ejercicio de la prostitución se presentó 1 caso de tuberculosis pulmonar. En el año 2014 los eventos notificados para población LGBTI fueron de 12 casos de VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA. En el año 2014 el Sistema de Vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar maltrato infantil y presunto abuso atendió a 6 personas víctimas de violencia emocional, de violencia física se notificaron 3 casos y en violencia sexual se notificó a una persona. En abandono se notificó 1 caso y negligencia se reportaron 3 casos.

La discriminación es la causa principal que genera condiciones de vulnerabilidad en las personas de los sectores LGBTI.

Tabla 37. Variables sociodemográficas, Población LGBTI, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2012 a 2015

Sexo	Localidad	%	Subred	%
Hombre	51	13,4	224	44,7
Mujer	47	12,3	156	55,3
sin dato	1	0,3	1	0,3
Régimen				
Contributivo	34	8,9	75	19,7
Subsidiado	32	8,4	126	33,1
No asegurado	20	5,2	120	31,5
Otros	0	0,0	5	1,3
Sin Dato	13	3,4	55	14,4
Curso de vida				
Menor de 1 año	0	0,0	0	0,0
Primera infancia	0	0,0	0	0,0
Infancia	0	0,0	8	2,1
Adolescencia	1	0,3	15	3,9
Juventud	27	7,1	125	32,8
Adulthood	49	12,9	182	47,8
Vejez	11	2,9	30	7,9
Sin Dato	11	2,9	21	5,5
Nivel educativo				
Preescolar	0	0,0		0,0
Primaria	20	5,2	88	23,1
Secundaria	55	14,4	216	56,7
otro	11	2,9	33	8,7
sin dato	13	3,4	44	11,5

Fuente: Base de datos SDS, Programa territorios saludables descarga 07-17-2017.

4.6.19 Población étnica

4.6.20 Comunidades indígenas

En la localidad de Rafael Uribe Uribe para el año 2005 residían un total de 711 personas que se auto reconocían como indígenas, lo que representa un 0.1 de la población de la localidad, aportando el 4.7 del total de la población indígena de Bogotá D.C (15.032 personas). Al analizar otras fuentes estadísticas, como los datos del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural – SISPI, de la Secretaría de Salud se identifican 165 personas residentes en la localidad como pertenecientes a etnias indígenas (9).

La concentración de población indígena por barrios se evidencia con mayor proporción en las UPZ Diana Turbay (Rincón del Valle, Nueva Esperanza, Lanceros y Palermo), Marruecos (Bochica), Marco Fidel Suarez (Rio de Janeiro, El Pesebre, Granjas de San Pablo, Lomas y Resurrección), San José (Quiroga, Olaya y Gustavo Restrepo) (10).

En la población indígena de la localidad se encuentra predominio de sexo masculino con un índice de masculinidad de 114 (por cada 100 mujeres hay 114 hombres), siendo menor al índice de masculinidad de la población indígena a nivel distrital que para el mismo año fue de 100.2 de las 363 mujeres indígenas de la localidad de Rafael Uribe Uribe el 64 se encuentran en edad fértil. En la población indígena por cada 100 mujeres en edad fértil hay 14 niños menores de 5 años. En la localidad la etapa de ciclo vital que más predomina es la de adultez con el 42, seguido de la etapa de infancia y juventud cada una con el 20, la etapa de ciclo con menor predominancia es la etapa de persona mayor con el 6(9).

el 52,9 de la población indígena pertenece al régimen subsidiado, en contraste al 7,64 que pertenece al régimen contributivo y el 21,0 que pertenece al régimen especial en salud, por otro lado, se evidencia que el 17,8 de la población reportada en la base SISPI no cuenta con aseguramiento.

Situación de alta vulnerabilidad social y económica en las comunidades indígenas debido al desplazamiento por el conflicto armado interno, el desarraigo cultural y la vivencia de situaciones precarias que producen la violación de los derechos económicos, sociales y culturales son las principales problemáticas exaltadas por la comunidad.

4.6.21 Comunidad Afrocolombiana

En la localidad de Rafael Uribe Uribe, según datos del censo general 2005, residían 5.140 personas que se autor reconocían como población negra, mulata, afro colombiana o afrodescendiente, lo que representa un 1,39 % de la población total de la localidad. La estructura de la población en la localidad indica que hay un porcentaje bajo de población infantil, Mostrando una mayor representación de la población en

edades intermedias y una fuerte reducción en la cúspide que corresponde a una población joven, en este caso, los menores de 24 años representan el 48 de toda la población y las personas mayores representan 3,3.

En la localidad se encuentra población concentrada en su mayoría en las UPZ-Diana Turbay (La Paz Naranjos y la Paz Cebadal), Marco Fidel Suarez (Rio de Janeiro, El Pesebre, Granjas de San Pablo, Lomas, San Jorge) y en menor proporción en la UPZ San José/Quiroga (Quiroga, El Claret y Santa Lucia)

Para los años 2012 a 2014 se registraron con enfoque diferencial, las acciones en salud a 477 personas afrodescendientes de las cuales el 44 % son adultos entre los 29 y 59 años de edad, seguido de la etapa juventud y primera infancia. El 65 % de la población afrodescendiente atendida por el PTS es mujer.

Se definió como situación en torno a la cual giran la mayoría de las problemáticas de la población Afrodescendiente la ausencia de acciones institucionales que enfrenten de manera efectiva los fenómenos asociados al choque por el ingreso abrupto y la permanencia en la ciudad. Dentro de esta incorporación forzada a Bogotá este grupo poblacional tiene que lidiar con procesos de extrañamiento y desarraigo cultural; obligando a estas personas a ubicarse en zonas marginales y con altas problemáticas sociales.

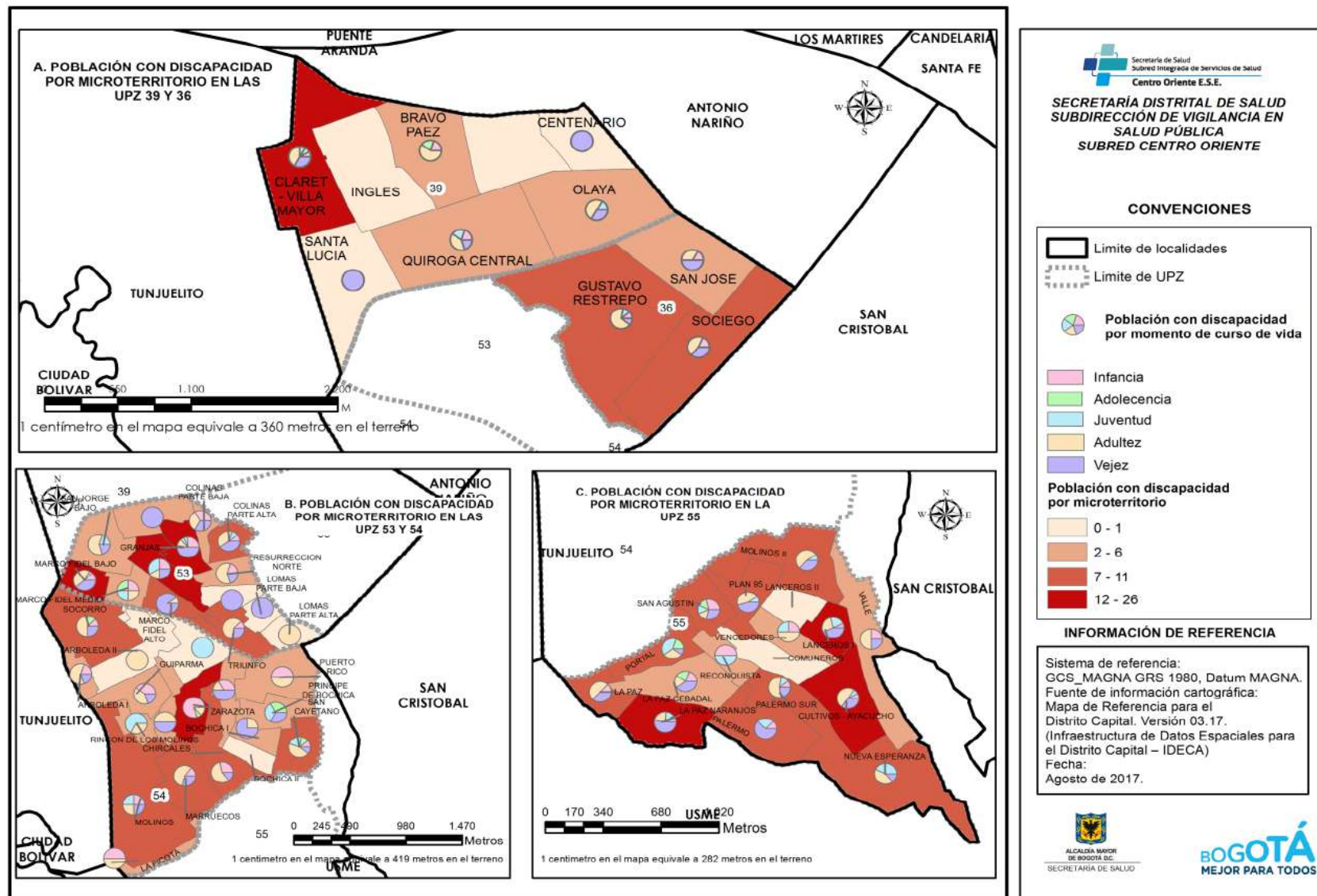
Relación de la población con su territorio

El análisis geográfico de las poblaciones parte de la especialización de la base poblacional del programa Territorios saludables brindada por la Secretaría de salud, a corte junio 2012 – junio 2016. Con relación a esta fuente de datos, es importante anotar que se encontraron discrepancias relevantes en las cantidades de individuos, expuestas por las salidas consultadas en la página oficial de la Secretaría, cuyo origen es la base nombrada anteriormente, seguramente por procesos diferentes de depuración y manejo.

Como método de sistematización y síntesis se acuerda organizar la georreferenciación de las poblaciones en cuatro mapas de la siguiente manera: mapa de poblaciones de

inclusión desagregadas que incluye víctimas del conflicto armado, personas en ejercicio de la prostitución, ciudadano habitante de calle y población recicladora; mapa de población con discapacidad por momento de curso de vida; mapa de población étnica que agrupa las comunidades indígenas, afrocolombianas y ROM o gitana; y mapa de población por identidad de género.

Mapa 5. Población con discapacidad por microterritorio, localidad de Rafael Uribe Uribe

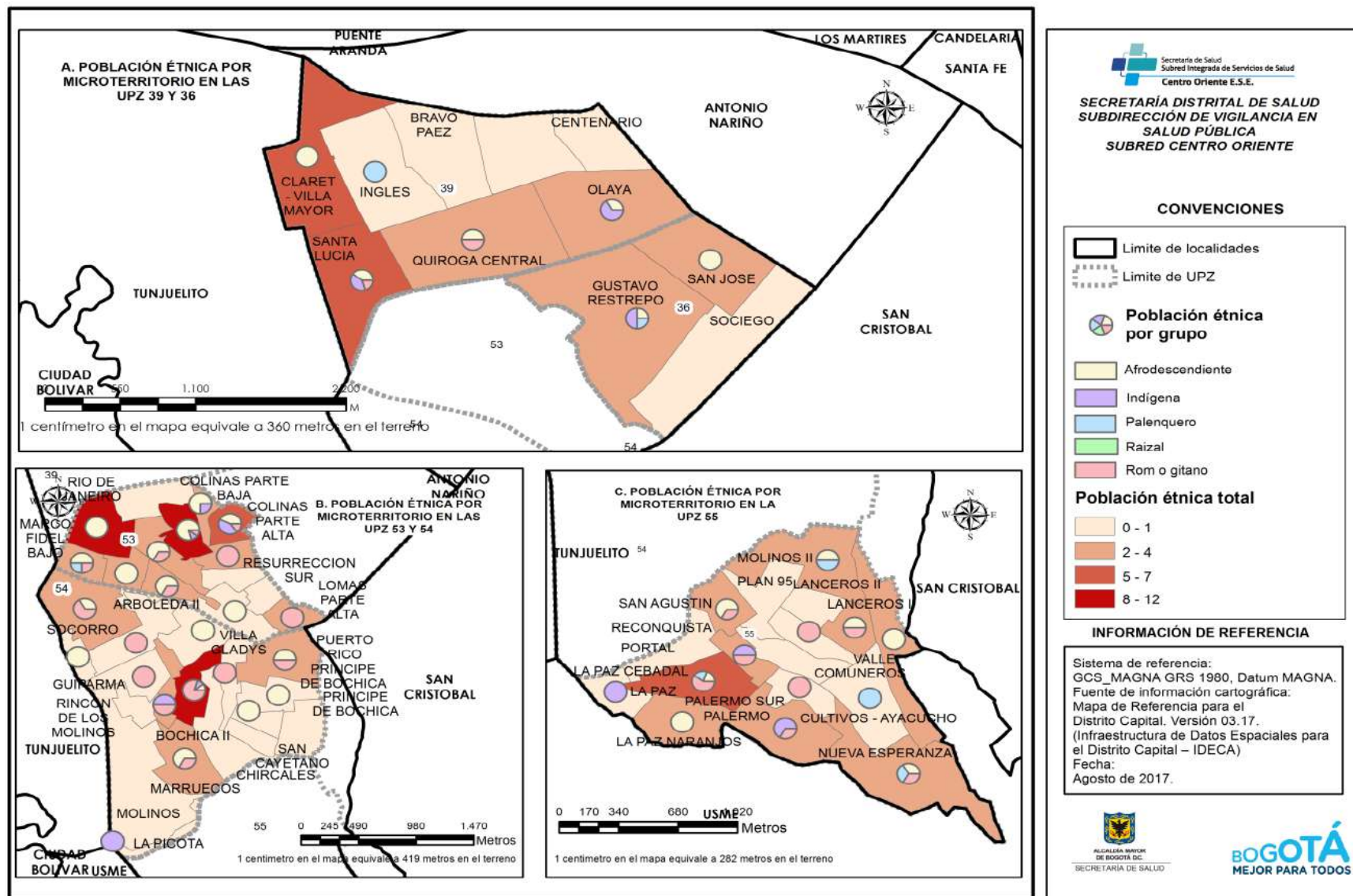


Fuente: Equipo ACCVSyE a partir de la base de datos poblacional APS, Secretaría Distrital de Salud, 2012-2016.

Se puede observar mayor concentración de población con discapacidad en las UPZ de Diana Turbay y Marco Fidel Suarez, seguida de la UPZ Marruecos. En el caso de estratificación social, se debe tener en cuenta que las mencionadas zonas se encuentran en estrato 1 y 2 principalmente, afectando las condiciones de vida optima de las personas con discapacidad, especialmente en la UPZ Marruecos y Diana Turbay. El curso de vida más recurrente en las zonas menos empinadas son los de vejez y adultez, mientras que en las altas de la UPZ 55 hay un importante aumento en los cursos de vida juventud e infancia.

En cuanto a la topografía de la localidad, las UPZ también presentan pendientes fuertes -UPZ 55 y 53- las cuales pueden afectar la movilidad, perjudicando el acceso a los centros de salud y otros escenarios de participación de las personas con movilidad reducida.

Mapa 6. Población Étnica por microterritorio, localidad de Rafael Uribe Uribe

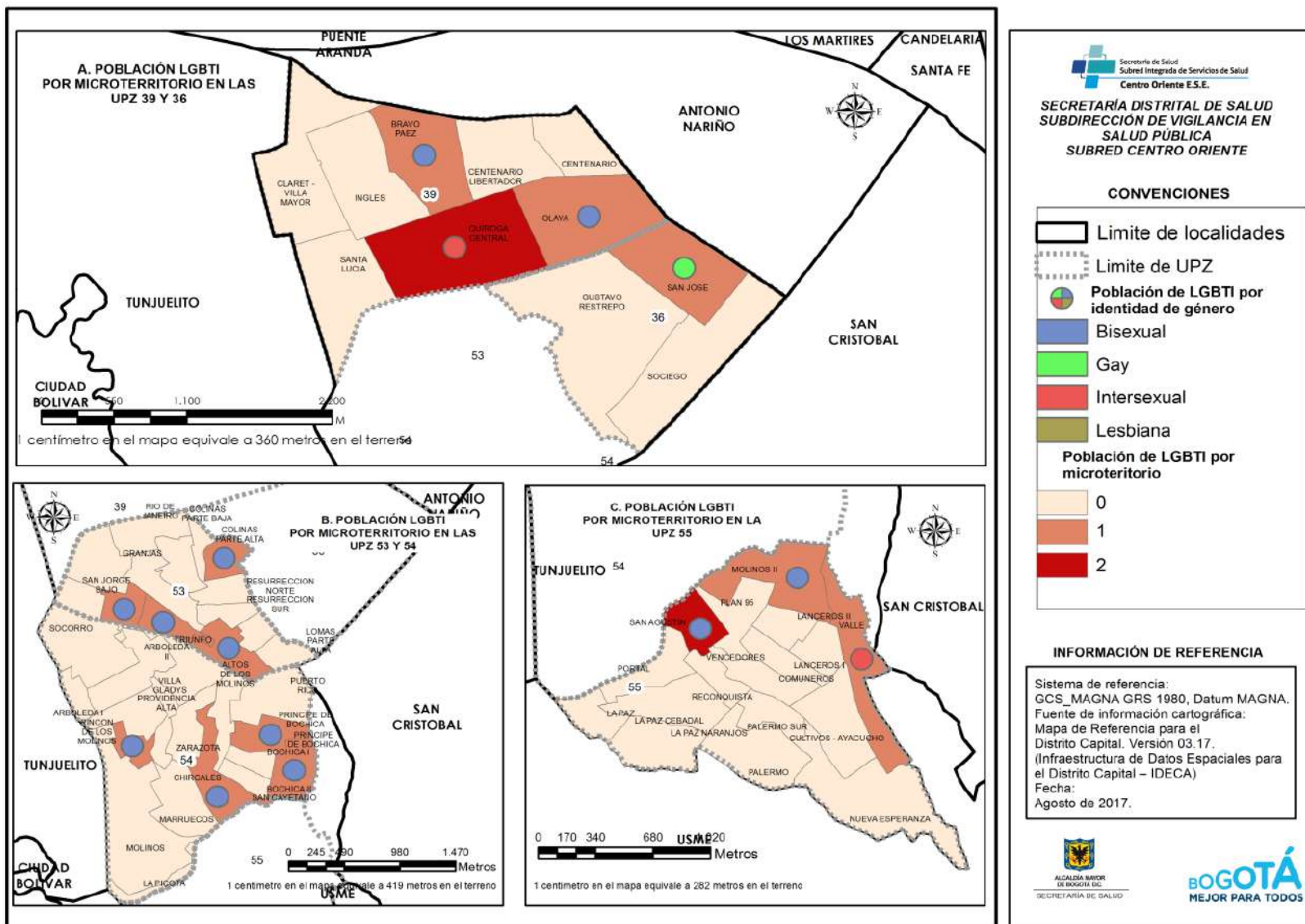


Fuente: Equipo ACCVSyE a partir de la base de datos poblacional APS, Secretaría Distrital de Salud, 2012-2016.

En la localidad se encuentra mayor proporción de Afrodescendientes en Marco Fidel Suarez, Quiroga y Marruecos. La población étnica Rom o gitana se encuentra más concentrada en la UPZ de Marruecos y Marco Fidel Suarez. La población indígena y palenquera está más concentrada en Diana Turbay.

La distribución de la población étnica en la localidad de Rafael Uribe Uribe se da según aspectos económicos y culturales o familiares. Los económicos son tenidos en cuenta mayor mente por la población afrodescendiente, mientras que las comunidades indígenas toman la decisión de residencia por motivos vinculados con lo familiar o lo comunitario.

Mapa 7. Población de LGTBI por microterritorio, localidad de Rafael Uribe Uribe

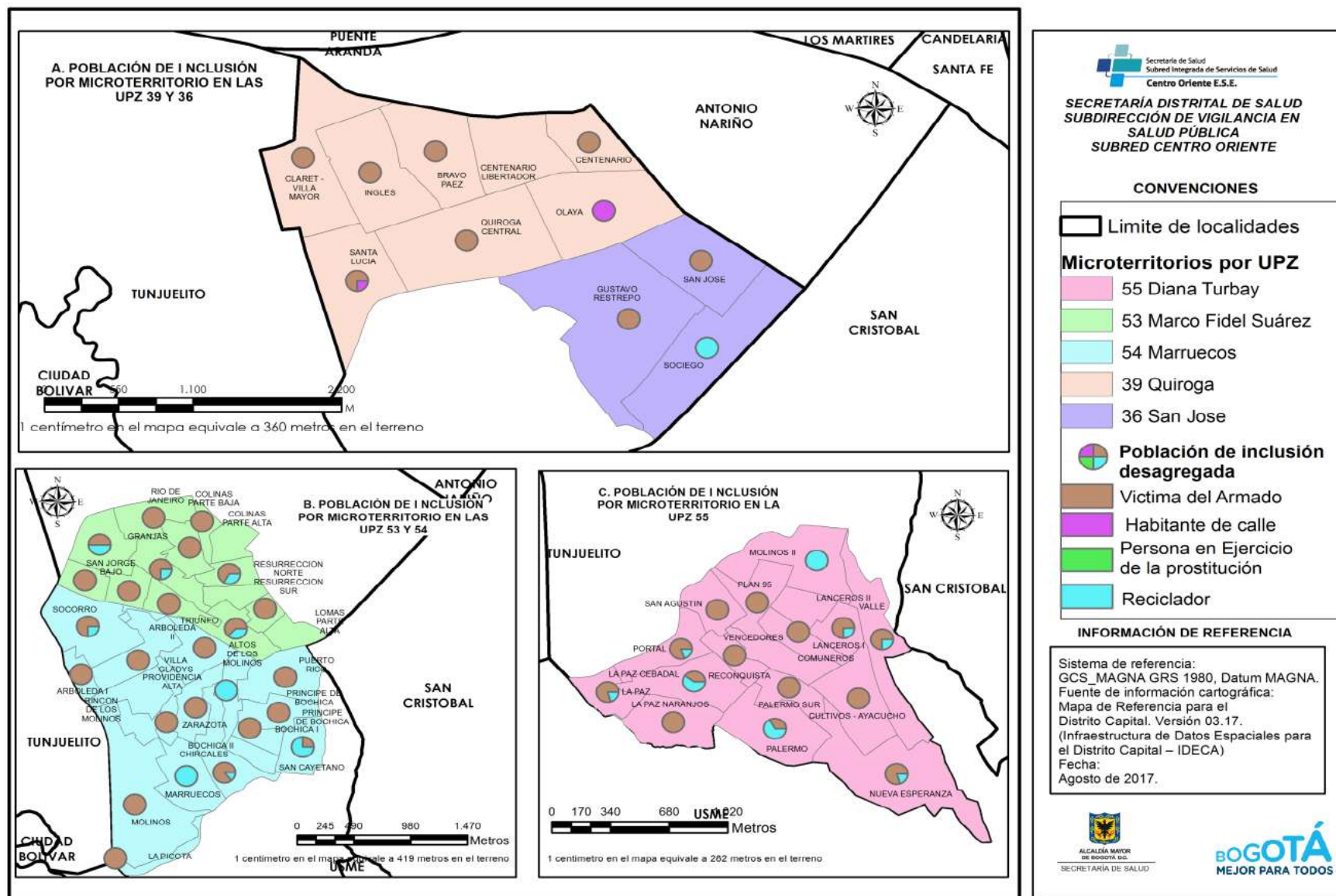


Fuente: Equipo ACCVSyEa partir de la base de datos poblacional APS, Secretaría Distrital de Salud, 2012-2016.

En la localidad de Rafael Uribe Uribe se ubica mayor población LGBTI en la UPZ Quiroga en el Microterritorio de Quiroga Central y en la UPZ Diana Turbay en el micro territorio de San Agustín. Este aspecto también fue identificado por la mesa de interinstitucional LGBTI de Rafael Uribe Uribe. La identidad de género más predominante en la localidad es Bisexual.

Así mismo la mesa de interinstitucional LGBTI identificó problemáticas como la poca presencia de las Instituciones distritales especialmente en los sectores donde la topografía se presenta como una barrera de movilidad, generando percepción de inseguridad y abandono institucional. Así mismo se identifica ejercicio de prostitución por parte de las mujeres transgénero.

Mapa 8. Población de Inclusión por microterritorio, localidad de Rafael Uribe Uribe



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

Para la población en ejercicio de la prostitución la base APS de los años 2013, 2014 y 2015 facilitada por Secretaría de Salud Distrital (22), no cuenta con información, por lo tanto no se puede especializar; sin embargo según otras fuentes como unidades de análisis, ejercicios de cartografía social con esta comunidad y resúmenes de la operación Plan Territorios Saludables encontrados en la página oficial de la Secretaría, si hay este tipo de actividad.

La ubicación de donde se ejerce la prostitución en la localidad es en el barrio Santa Lucia y San José. Las problemáticas relacionadas a esta actividad dentro de los establecimientos son enfermedades respiratorias por el consumo de cigarrillo, ingesta de alcohol adulterado y riesgo a enfermedades infecciosas por malas condiciones higiénicas. En cuanto al tema de inseguridad por su horario de trabajo esta población es más vulnerable a atracos en la calle después de terminar su horario de trabajo.

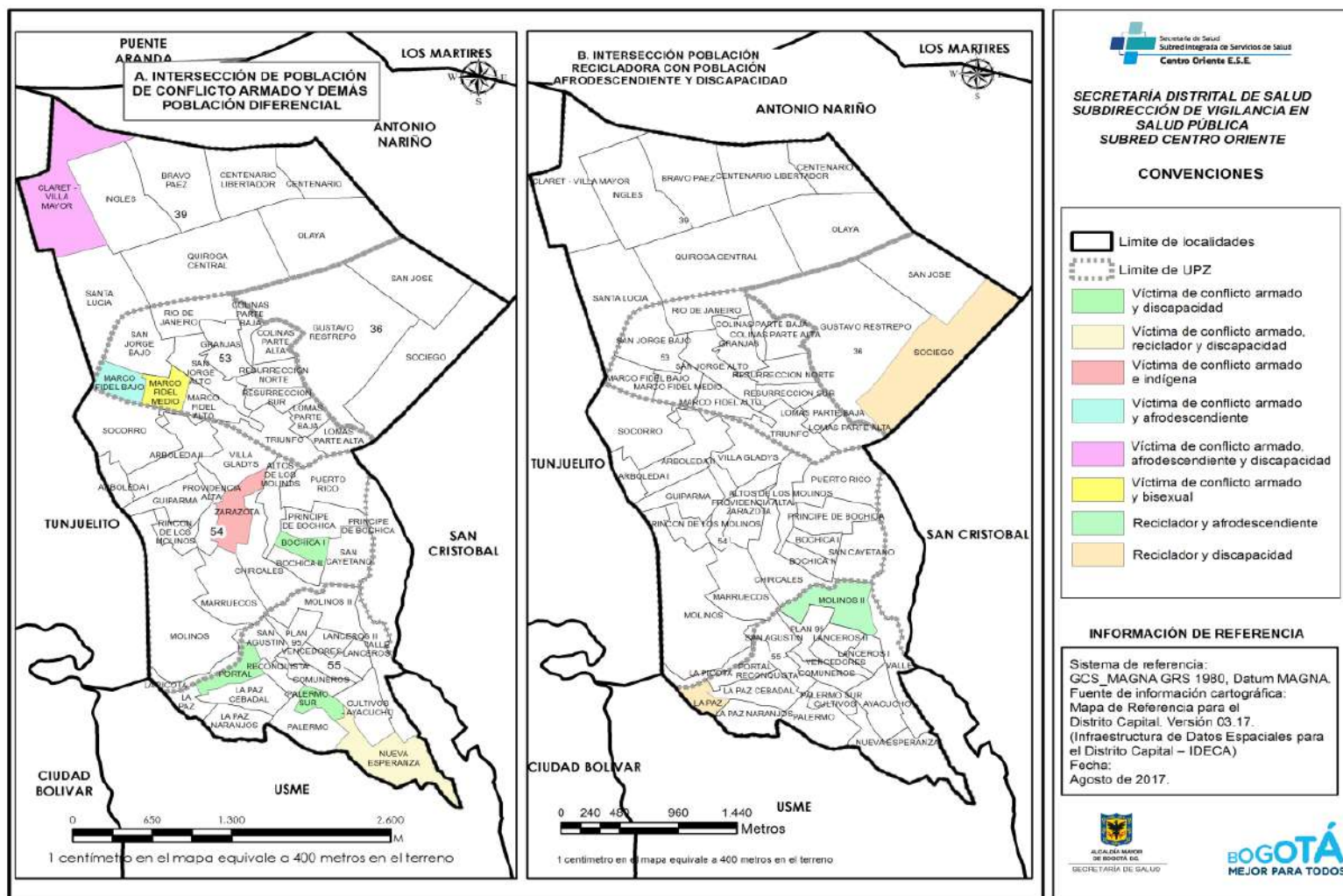
Según lo registrado en la Base APS de los años 2013, 2014 y 2015 se encontró población víctima del conflicto en la mayor parte de la localidad.

En cuanto a población habitante de calle solo está presente en Santa Lucia y Olaya por su dinámica comercial en la localidad.

La población recicladora se encuentra en las UPZ de San José, Marco Fidel Suarez Marruecos y Diana Turbay, constatándolo con la estratificación socio económico se observa que en las UPZ de Quiroga Y San José de estrato 3, hay menos población, mientras en la UPZ de Diana Turbay con estrato 1 y se encuentra más población.

Interseccionalidades entre las poblaciones

Mapa 9. Interseccionalidades entre víctimas del conflicto, recicladores y otras poblaciones diferenciales y de inclusión, localidad de Rafael Uribe Uribe



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

En la Tabla se puede observar que hay población en discapacidad que también es víctima del conflicto armado en mayor proporción, después sigue población étnica que además es víctima de conflicto armado en Colombia, evidenciando una realidad que afecta a estas comunidades en nuestro país, también se observa un caso donde víctima del conflicto armado y bisexual y un caso de reciclador. Otra intersección relevante es la población recicladora con discapacidad con 2 casos y afrocolombiano con un caso.

Tabla 38. Distribución de la población diferencial y de inclusión con Interseccionalidades

Distribución y cantidad de población diferencial con Interseccionalidades por individuo

Micro-territorio	Reciclador y afrocolombiano	Reciclador y discapacidad	Víctima de conflicto armado y afro-descendiente	Víctima de conflicto armado y discapacidad	Víctima de conflicto armado e indígena	Víctima de conflicto armado y bisexual	Víctima de conflicto armado y reciclador
Palermo Sur				1			
Bochica I				1			
Gustavo Restrepo			1		1		
Nueva Esperanza				1			1
Sociego		1					
Claret - Villa Mayor			1	2			
La Paz		1					
Molinos II	1						
Portal				1			
Marco Fidel Bajo			1				
Marco Fidel Medio						1	
Zarazota					1		

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

Caracterización sociodemográfica

Población con Discapacidad

Para la población con Discapacidad de la localidad de Rafael Uribe Uribe se han Identificado ⁽²³⁾, 20.014 personas, y el total para la Subred Centro Oriente es de 46.697. Según lo evidenciado en la tabla 36, la proporción más alta es 61,43 %(n=12.336) que corresponde a las personas de sexo mujer. En cuanto al curso de vida es en la vejez donde se tiene el mayor porcentaje, seguido de la adultez; situación que puede estar relacionada con las enfermedades crónicas que padece esta población dentro de la localidad. Así mismo el régimen de afiliación predominante es el subsidiado.

Población ciudadano habitante de calle

De acuerdo con la Tabla 37, para la localidad de Rafael Uribe Uribe se encuentran caracterizados 707 habitantes de calle, en donde se ve reflejado con relación a la distribución por sexo que el mayor número de esta población son hombres con el 5.93 % (n= 580), mientras que el 1.30 %(n=127) son mujeres; En cuanto al curso de vida del habitante de calle el 71,71 %(n=507) corresponde a las personas adultas, seguido por el 17,53 %(n=124) correspondiente a la población juventud. Es importante señalar que en las otras etapas de curso de vida también hay un porcentaje menor de esta población, hecho preocupante pues se encuentra población de primera infancia e infancia en un entorno inadecuado para su desarrollo (24).

Teniendo en cuenta el régimen de afiliación para esta población, predomina los que no tienen ningún tipo de afiliación seguido de los que están en el régimen subsidiado y otro grupo numeroso se encuentra registrado como sin dato.

Por otra parte, analizando el nivel educativo, el 46.53 % (n=329) de la población curso hasta secundaria, el 27.43 % (n=194) termino primaria.

Tabla 39. Variables sociodemográficas, Población Habitante de calle, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2012 a 2015

Sexo	Localidad	%	Subred	%
Hombre	580	5,93	7.428	75,9
Mujer	127	1,3	2.358	24,1
sin dato	0	0	0	0
Régimen				
Contributivo	58	0,6	316	3,2
Subsidiado	228	2,3	2028	20,7
No asegurado	269	2,7	1592	16,3
Otros	28	0,3	141	1,4
Sin Dato	124	1,3	1087	11,1
Curso de Vida				
Menor de 1 año	0	0	11	0,1
Primera infancia	15	0,2	104	1,1
Infancia	16	0,2	94	1
Adolescencia	11	0,1	278	2,8
Juventud	124	1,3	1849	18,9
Adulthood	507	5,2	6726	68,7
Vejez	33	0,3	637	6,5
Sin Dato	1	0	87	0,9
Nivel Educativo				
Preescolar	0	0		0
Primaria	194	2	2307	23,6
Secundaria	329	3,4	3627	37,1
otro	22	0,2	426	4,4
sin dato	162	1,7	3426	35

Fuente: Base de datos SDS, Programa territorios saludables descarga 07-17-2017

Población recicladora, carretera y pequeña bodeguera

La población recicladora de la localidad Rafael Uribe según la base APS de la Subred Centro oriente y que se ve reflejada en la tabla 38 donde se encuentra que el 5.04 % (n=48) mujeres por lo que se concluye que en esta localidad la población dedicada al reciclaje son mujeres.

Para la población en la localidad se evidencia que por curso de vida se encuentra en mayor porcentaje Adulthood y en menor porcentaje el curso de vida menor de un año y adolescencia. La condición de aseguramiento de la población recicladora de la

localidad de Rafael Uribe Uribe se ubica en un 4.49 % (n=51) en el régimen Subsidiado, en el segundo lugar con el 1.41 % (n=16) corresponde a los registrados a los no asegurados y en tercer lugar los registrado como sin dato con el 0.88 % (n=10). En cuanto al nivel educativo para esta población no se encuentra reportado en esta base pero por la evidenciado desde salud pública es importante resaltar el bajo nivel de escolaridad afectando el desarrollo económico de esta población en la vida cotidiana.

Tabla 40. Variables sociodemográficas, Población Reciclador de oficio, Localidad de Rafael Uribe Uribe, 2012 a 2015.

Sexo	Localidad	%	Subred	%
Hombre	40	4,20	666	69,96
Mujer	48	5,04	267	28,05
sin dato	0	0	0	0
Régimen				
Contributivo	11	0,97	91	8,0
Subsidiado	51	4,49	467	41,1
No asegurado	16	1,41	425	37,4
Otros	0	0,00	20	1,8
Sin Dato	10	0,88	133	11,7
Curso de vida				
Menor de 1 año	0	0,00	19	2,0
Primera infancia	13	1,36	38	4,0
Infancia	17	1,77	35	3,7
Adolescencia	0	0,00	0	0,0
Juventud	12	1,25	104	10,9
Adultez	35	3,65	615	64,2
Vejez	14	1,46	102	10,6
Sin Dato	3	0,31	45	4,7

Fuente: Base de datos SDS, Programa territorios saludables descarga 07-17-2017.

Bodegueros

Según lo evidenciado en tabla 39. La población Bodeguera de la localidad Rafael Uribe según la base de APS de la subred Centro oriente se ve reflejada en la tabla donde

se encuentra que el 13.92 % (n=11) son hombres por lo que se concluye que en esta localidad la población dedicada al bodegaje son hombres, así mismo la población bodeguera caracterizada es menor, teniendo un comportamiento similar a la población recicladora.

Para la localidad Rafael Uribe se evidencia que la población por curso de vida se encuentra en mayor porcentaje los correspondientes a Adulthood y el menor porcentaje se presenta en el curso de vida menor de un año y adolescencia. Encontrándose expuestos a factores de riesgo relacionados con la actividad económica familiar de manera que en el espacio de la vivienda se realizan tareas del proceso productivo como la selección del material o el almacenamiento y ocasionalmente permanecen en el lugar de trabajo de los padres en acompañamiento. la condición de aseguramiento de la población recicladora de la localidad de Rafael Uribe Uribe se encuentra en un 10.13 % (n=8) sin dato, en el segundo lugar con el 24.27 % (n=168) corresponde a los registrados sin dato y en tercer lugar se encuentra los no asegurados con el 8.86 % (n=7). En cuanto al nivel educativo para esta población se encuentra bajos niveles de escolaridad afectando el desarrollo en la vida cotidiana, ya que el 10.13 % (n=8) pertenecen al nivel escolar primaria, seguido por el 8.86(n=7) sin dato y un menor porcentaje corresponde al 5 % (n=5) del nivel educativo secundaria.

Tabla 41. Variables sociodemográficas, población bodeguera, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2012 a 2015

Sexo	Localidad	%	Subred	%
Hombre	11	13,92	39	49,37
Mujer	10	12,66	40	50,63
sin dato	0	0	0	0
Régimen				
Contributivo	5	6,33	27	34,18
Subsidiado	7	8,86	27	34,18
No asegurado	1	1,27	6	7,59
Otros	0	0,00	0	0,00
Sin Dato	8	10,13	19	24,05
Curso de vida				
Menor de 1 año	3	3,80	8	10,1
Primera infancia	0	0,00	9	11,4
Infancia	1	1,27	5	6,3

Adolescencia	0	0,00	3	3,8
Juventud	2	2,53	11	13,9
Adultez	9	11,39	25	31,6
Vejez	4	5,06	12	15,2
Sin Dato	2	2,53	8	10,1
Nivel educativo				
Preescolar	0	0,00	0	0,0
Primaria	8	10,13	20	4,80
Secundaria	5	6,33	32	7,67
Técnico	0	0,00	5	1,20
otro	1	1,27	2	0,48
sin dato	7	8,86	20	4,80

Fuente: Base de datos SDS, Programa territorios saludables descarga 07-17-2017

Personas en ejercicio de la prostitución

Según lo observado en el total de esta población corresponde a 79 personas caracterizadas, encontrándose que el mayor porcentaje que ejercitando la prostitución corresponde al 17.75 % (n=74) a las mujeres.

La población en ejercicio de la prostitución pertenece en un 12 % (n=50) al curso de vida adultez, seguido de la juventud con un 6 % (n=25) y en un menor porcentaje se encuentra personas del curso de vida vejez.

La población en ejercicio de la prostitución el porcentaje más alto pertenece al régimen subsidiado, seguido de la población no asegurada, encontrando que este grupo de no está accediendo de forma regular a los servicios de salud, situación que preocupa debido a que los porcentajes más altos por curso de vida pertenece a la población joven y adulta, no asisten a los programas de promoción y prevención, planificación familiar, medidas preventivas de la ETS, convirtiéndose en un problema de salud pública. En un menor porcentaje se encuentran los que pertenecen al régimen contributivo y los que se reportan sin dato.

Según lo observado el nivel de escolaridad de esta población es bajo, ya que el mayor número de personas caracterizadas se encuentran con nivel de escolaridad primaria,

seguido de las personas con nivel tecnológico, haciendo que no cuenten con mejores oportunidades de desarrollo económico.

Tabla 42. Variables sociodemográficas, población en ejercicio de la prostitución, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2012 a 2015

Sexo	Localidad	%	Subred	%
Hombre	5	1,20	78	18,71
Mujer	74	17,75	339	81,29
sin dato	0	0	0	0
Régimen				
Contributivo	10	0,1	49	11,75
Subsidiado	35	0,4	167	40,05
No asegurado	31	0,3	184	44,12
Otros	0	0,0	2	0,48
Sin Dato	3	0,0	15	3,60
Curso de vida				
Menor de 1 año	0	0,0	0	0,00
Primera infancia	0	0,0	0	0,00
Infancia	0	0,0	0	0,00
Adolescencia	1	0,2	6	1,44
Juventud	25	6,0	139	33,33
Adultez	50	12,0	124	29,74
Vejez	3	0,7	4	0,96
Sin Dato	0	0,0	9	2,16
Nivel educativo				
Preescolar	0	0,0		0,0
Primaria	14	0,1	117	28,06
Secundaria	47	0,5	227	54,44
Técnico	1	0,0	4	0,96
otro	0	0,0	2	0,48
Sin dato	17	0,0	65	15,59

Fuente: Base de datos SDS, Programa territorios saludables descarga 07-17-2017

4.6.22 Población víctima del conflicto armado

Para la Subred Centro Oriente la población caracterizada desde las bases de APS corresponde a un total de 10.877, referenciada en la Tabla 41, observando que en la localidad de Rafael Uribe Uribe, el total de esta población es de 2.244, el mayor porcentaje es el de la población femenina en comparación con la población masculina.

La población víctima del conflicto armado caracterizado por curso de vida el porcentaje más alto corresponde a los adultos con un 9.2 % (n=999), seguido por la población joven con el 4.1 % (n=439), por lo tanto, son laboralmente activos y tienen que desempeñarse en la informalidad, para poder suplir sus necesidades básicas.

En la población víctima del conflicto armado se observa hay un porcentaje importante 13.6 % (n=1472) de los registros sin dato para el régimen de afiliación, además se encuentra que otro grupo significativo de esta población se encuentra no asegurada, convirtiéndose en un problema de salud pública, porque no acceden de manera periódica a los servicios de salud, a los programas de promoción y prevención.

En cuanto al nivel de escolaridad de la población víctima del conflicto armado los porcentajes más alto se encuentra en el nivel primaria y secundaria, aunque llama la atención que hay un porcentaje significativo en la población donde no se registra dato, existiendo la posibilidad de ubicación laboral en empleos formales y que contribuyendo a una estabilidad económicamente para sus familias, pero que según lo evidenciado por el régimen de afiliación no se está efectuando, porque el porcentaje de esta población que pertenece al régimen contributivo es mínimo, la mayor proporción se presenta en los registros sin datos con el 13.6 % (n=1.472) de la población víctima del conflicto armado de la subred Centro Oriente.

Tabla 43. Variables sociodemográficas, población víctima del conflicto armado, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2012 a 2015

Sexo	Localidad	%	Subred	%
Hombre	915	18,6	4.917	44,7
Mujer	1.329	22,3	5.960	55,3
Régimen				
Contributivo	209	1,9	2.252	20,8
Subsidiado	379	3,5	2.728	25,2
No asegurado	173	1,6	1.182	10,9
Otros	13	0,1	115	1,1
Sin Dato	1.472	13,6	4.699	43,4
Curso de vida				
Menor de 1 año	15	0,1	271	2,5
Primera infancia	119	1,1	1781	16,4

113

Infancia	301	2,8	2157	19,9
Adolescencia	214	2,0	1159	10,7
Juventud	439	4,1	1618	14,9
Adulthood	999	9,2	3180	29,4
Vejez	138	1,3	604	5,6
Sin Dato	21	0,2	57	0,5
Nivel educativo				
Preescolar	0	0,0		0,6
Primaria	830	7,7	3.683	34,0
Secundaria	746	6,9	3.418	31,6
otro	58	0,5	433	4,0
sin dato	612	5,7	3.442	31,8

Fuente: Base de datos SDS, Programa territorios saludables descarga 07-17-2017.

SECTOR LGBTI

LGBTI: Es la sigla compuesta por las iniciales de las palabras Lesbianas, Gais, Bisexuales y Transexuales. En sentido estricto agrupa a las personas con las orientaciones sexuales e identidades de género relativas a esas cuatro palabras, así como las comunidades formadas por ellas.

En la localidad de Rafael Uribe Uribe se tienen caracterizada desde APS 99 personas que corresponde a la población LGBTI.

Según lo referenciado en la Tabla 42 la población LGBTI de la localidad de Rafael Uribe Uribe se encuentran caracterizadas 99 personas, la proporción más alta corresponde a hombres con 13.4 % (n=51) de la totalidad de la población LGTBI de la Subred Centro oriente; en cuanto al régimen de afiliación al sistema de salud el mayor porcentaje se encuentra en el contributivo 8.9 % (n=34), seguido del subsidiado con un 8.4 % (n=32). Por curso de vida la población LGBTI de la localidad de Rafael Uribe Uribe tiene la mayor proporción en la adultez, seguido por la juventud, así mismo el nivel de escolaridad el porcentaje más alto es para las personas con secundaria.

Tabla 44. Variables sociodemográficas, población LGBTI, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2012 a 2015

Sexo	Localidad	%	Subred	%
Hombre	51	13,4	224	44,7
Mujer	47	12,3	156	55,3
sin dato	1	0,3	1	0,3
Régimen				
Contributivo	34	8,9	75	19,7
Subsidiado	32	8,4	126	33,1
No asegurado	20	5,2	120	31,5
Otros	0	0,0	5	1,3
Sin Dato	13	3,4	55	14,4
Curso de vida				
Menor de 1 año	0	0,0	0	0,0
Primera infancia	0	0,0	0	0,0
Infancia	0	0,0	8	2,1
Adolescencia	1	0,3	15	3,9
Juventud	27	7,1	125	32,8
Adultez	49	12,9	182	47,8
Vejez	11	2,9	30	7,9
Sin Dato	11	2,9	21	5,5
Nivel educativo				
Preescolar	0	0,0		0,0
Primaria	20	5,2	88	23,1
Secundaria	55	14,4	216	56,7
otro	11	2,9	33	8,7
sin dato	13	3,4	44	11,5

Fuente: Base de datos SDS, Programa territorios saludables descarga 07-17-2017

Población con pertenencia étnica

El enfoque diferencial étnico es aquel que identifica y actúa sobre las necesidades diferenciales de atención y protección que deben tener las políticas públicas y el accionar estatal en su conjunto para la protección de los derechos individuales y

colectivos de los grupos étnicos que habitan en nuestro país. Refiere un origen y unas características que pueden estar o no presentes, como el idioma, gobierno propio, rasgos físicos, territorio común y niveles comunes de acceso a servicios. (5). La etnia se considera producto histórico y cultural que ha atravesado una fuerte carga de violencia y discriminación a continuación se muestra los diferentes grupos étnicos existentes en Bogotá.

El enfoque diferencial étnico contempla tres grupos humanos:

- Pueblos indígenas.
- Afrocolombianos, negros, palanqueros y raizales.
- Room.

Según la tabla 43, en la localidad de Rafael Uribe Uribe la población étnica, el porcentaje más alto está representado por las mujeres con el 16.1 % (n=1.089), mientras que los hombres Constituyen el 12.2 % (n=825) de la población étnica de la Subred centro oriente.

En cuanto al régimen de afiliación se evidencia que esta población según la caracterización de APS el porcentaje más significativo pertenece a las personas registrada sin dato con el 18.8 % (n=1.273), seguido del régimen contributivo con el 13.7 % (n=263) de la población étnica de la Subred Centro Oriente.

A sí mismo la población étnica por curso de vida se encuentra concentrada en adultez con el 11,9 % (n=803), seguido de la población joven con el 6.0 % (n=403), por lo anterior es población económicamente activa que no por el régimen de afiliación al servicio de salud no se encuentra ubicada laboralmente a un trabajo formal, además se observa que la proporción más alta de esta población tiene nivel educativo secundaria por lo que hace que tengas más posibilidades laborales.

Tabla 45. Variables sociodemográficas, población étnica, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2012 a 2015

Sexo	Localidad	%	Subred	%
Hombre	825	12,2	3.027	44,7
Mujer	1.089	16,1	3.745	55,3
Régimen				
Contributivo	263	13,7	953	14,2
Subsidiado	222	11,6	1.214	18,1
No asegurado	148	7,7	945	14,1
Otros	10	0,1	57	0,8
Sin dato	1.273	18,8	3.547	52,8
Curso de Vida				
Menor de 1 año	38	0,6	119	1,8
Primera infancia	159	2,3	578	8,5
Infancia	207	3,1	747	11,0
Adolescencia	130	1,9	427	6,3
Juventud	403	6,0	1.115	16,5
Adultez	803	11,9	2.040	30,1
Vejez	155	2,3	346	5,1
Nivel Educativo				
Preescolar	4	0,1	39	0,6
Primaria	517	7,6	1.913	28,2
Secundaria	622	9,2	1.901	28,1
Técnico	29	0,4	120	1,8
Tecnológico	0	0,0	5,0	0,1
Universitario	43	0,6	123	1,8

Fuente: Base de datos SDS, Programa territorios saludables descarga 07-17-2017.

Análisis de necesidades por población

4.6.23 Población priorizada (población con discapacidad)

Como se ha comentado anteriormente, la Localidad se localiza un 70 % de su territorio en zonas de pendiente pronunciada (25) que dificulta la movilidad y la accesibilidad de la población con discapacidad a cualquier servicio social o de salud. Estas barreras se acrecientan teniendo en cuenta que en comparación a otras localidades de la capital, la oferta e infraestructura instalada de servicios de salud es mucho menor para la

cantidad de la población residente (26), incrementando los riesgos en salud al limitar la oferta de consulta externa especializada, que en la población con discapacidad es de los servicios más solicitados.

En un segundo escenario se enfatiza en las falencias de la respuesta institucional para mejorar la calidad de vida de la población, derivadas primordialmente de disminución en el presupuesto de programas y proyectos que benefician la comunidad y falta de espacios políticos que propendan la generación de más iniciativas o bien la superación de las existentes. El impacto negativo desde este ámbito se incrementa por la incapacidad de los actuales proyectos de suplir las necesidades de cada ciclo vital, ejemplo de ello son los bonos para personas con discapacidad que son limitados y sus beneficiarios no se encuentran en todos los grupos etarios (27).

Se ha detectado en la población con discapacidad lesiones causadas por eventos violentos de delincuencia como atracos y robos, por situaciones que procuran barreras físicas en los espacios destinados al tránsito peatonal; como invasión del espacio y deterioro de aceras y por uso inadecuado de las ayudas técnicas. También se detectan problemas en la salud mental, producto del aislamiento, la dependencia y el miedo (27). Por otro lado, aún existen limitantes actitudinales relacionados con estereotipos y estigmas o prejuicios que subvaloran las capacidades de las personas con alguna discapacidad física o cognitiva. En este orden de ideas se encuentra estreches en el campo laboral y la falta de transporte adecuado. Por supuesto las falencias en las condiciones sociales que favorecen un buen nivel de vida son un factor generador de muchas de las inequidades.

Estas problemáticas revisten importancia por repercutir en el aumento de acciones de dependencia o limitaciones en la autonomía de las personas con discapacidad. Además, puede modificar la condición de discapacidad en término de grado de severidad y tipo, especialmente en lo que se refiere a la adquisición de medicamentos y acceso a servicios especializados. Por otra parte, una identificación inoportuna de condiciones de salud puede resultar en la generación de algún tipo de discapacidad.

4.6.24 Población ciudadano habitante de calle

En la localidad la presencia de la población es recurrente en la zona norte donde se brindan mayores factores de permanencia, como actividades comerciales e industriales que facilitan el material de reciclaje, así como espacios donde pueden pernoctar, activar sus dinámicas sociales, alimentarse y, en algunos casos, consumir SPA. También es un factor de permanencia la accesibilidad a algunos servicios de salud como los proporcionados por el CAMI del OLAYA donde se atiende el mayor número de casos.

El ciudadano habitante de calle –CHC-, como factor detonante de sus dificultades en salud, posee en la mayoría de los casos ruptura total de redes de apoyo sociales e institucionales, dificultando su estabilidad emocional y limitando su incursión a ambientes saludables. De tal forma, la exclusión social, así como la discriminación se han naturalizado en el imaginario de los habitantes de la localidad, que ven en su sola presencia un problema, obligándolos a un nomadismo urbano regulado también por fuentes de reciclaje y sectores de consumo. En gran medida la descrita afectación en la convivencia ciudadana se debe al desconocimiento comunitario e institucional del fenómeno de habitabilidad en calle, que genera imaginarios de temor y percepción de inseguridad entorno a la población.

La dificultad en la atención de las entidades sociales se da en gran medida por la falta de documentos de identidad de los CHC, haciendo imposible su registro en las bases de datos y complicando la activación de las rutas de atención, situación preocupante ya que las dinámicas de violencia y escases propias de su contexto, lo hacen un demandante inmediato de los servicios en salud.

4.6.25 Bodegueros recicladores y carreteros

En la localidad, en los territorios Diana Turbay, Quiroga y Marruecos, se evidencian problemáticas relacionadas principalmente con la precarización de las condiciones en el trabajo informal de las personas que laboran en reciclaje.

Se evidencia que los grupos presentan precarias condiciones de trabajo a causa del bajo nivel de ingresos, a no contar con afiliación al sistema general de seguridad social, y a los bajos niveles de escolaridad que se presentan en dicha población. En su gran mayoría tan solo cuentan con educación básica primaria; en algunos casos tienen educación secundaria incompleta o no poseen ningún nivel de estudios. Ello genera como situación problemática la precariedad en las condiciones económicas que inciden en su calidad de vida, ya que su ingreso se estima en un 78 % menos de un salario mínimo legal vigente de acuerdo con la información brindada por la Unidad Administrativa de Servicios Públicos de Bogotá (UAESP).

Los riesgos laborales aumentan teniendo en cuenta que deben realizar largas jornadas de trabajo y que los desempeños de sus actividades les exigen para movilizar sus carretas un considerable esfuerzo, que repercute en su condición física y en el desarrollo de enfermedades crónicas de movilidad, y en algunos casos generando condiciones incapacitantes.

Se observa que este oficio es una actividad de tradición familiar que se ha venido llevando a cabo de generación en generación, lo que ha perpetuado la deficiente situación económica de las familias y a su vez limita la adquisición de competencias laborales que les permitan ingresar al trabajo formal. Esta situación se intensifica debido al modelo económico y social excluyente que genera barreras de acceso laboral para esta población. Finalmente, en relación con los factores que acrecientan esta problemática se encuentran el consumo de sustancias psicoactivas y el entorno hostil en torno al desarrollo de dichos oficios o labores.

Se ve necesario abrir espacios institucionales de acompañamiento que apoyen el acceso a la educación media y técnica o superior de adolescentes, jóvenes y adultos que ejercen el oficio o son hijos de recicladores.

Falta de oportunidades para el empleo formal, y por otro lado, las deficientes condiciones de vida y las dificultades de acceso a servicios de protección social, laboral y de salud. A este último aspecto se le suma el desconocimiento de los riesgos

laborales a los cuales se encuentran sometidos, y la necesidad de adoptar estrategias educativas y de prevención.

Frente a las acciones de prevención se hace necesario mejorar el conocimiento sobre protección adecuada para el manejo de estos residuos, complementándola con ayudas para la dotación de accesorios de protección como guantes y mascarillas.

Es importante incentivar la afiliación de este colectivo a la seguridad social. Ello permitiría mejorar sustancialmente su acceso al sistema de salud, así como a los mecanismos de prevención de riesgos profesionales. Esto haría posible un seguimiento de las condiciones a las cuales se hallan sometidos los trabajadores.

4.6.26 Personas en ejercicio de prostitución

Los riesgos generados en salud para la población son dependientes de las dinámicas comerciales propias del sector de la venta de bebidas alcohólicas legal o ilegalmente como: exposición a consumo problemático de sustancias psicoactivas, exposición a contaminación auditiva y ambiental por humo de cigarrillo, ambiente laboral violento, trastornos mentales derivados de presencia de situaciones de estrés y ansiedad prolongadas.

Como situaciones directamente relacionadas con el ejercicio de la prostitución, resalta la falta de vinculación al sistema de salud, ya que los dueños o administradores de la mayoría los lugares nocturnos donde laboran las mujeres no aceptan que allí se desarrollan estas actividades no asumiendo ninguna responsabilidad laboral. A nivel individual el factor económico limita la oportunidad de afiliación como independientes en sistema contributivo.

Se encuentra gran exposición a ETS por uso inapropiado de barreras de protección e ignorancia sobre prevención de actividades de alto riesgo. De igual forma, el carácter ilegal de la actividad y la poca injerencia institucional sobre la misma, expone a las mujeres a situaciones esclavizantes o a posible trata de personas. El anterior panorama es agravado por la incursión de extranjeras que de manera ilegal residen en

el país y encuentran en la prostitución la única forma de supervivencia volviéndolas aún más vulnerables y accesibles a bandas o grupos de explotación sexual.

En contra posición a la citada mención de la corte, en unidades de análisis realizadas a representantes de la comunidad, se han identificado en la localidad condiciones de vulnerabilidad, inherentes al ejercicio de la prostitución en centros de entretenimiento nocturnos de la localidad de Rafael Uribe Uribe donde es difícil el acceso de las autoridades e instituciones, incidiendo así en la aparición de enfermedades de transmisión sexual, procesos de re-victimización y afectaciones en sus proyectos de vida.

El carácter clandestino de esta actividad en la localidad expone a la población a riesgos físicos y emocionales. Las problemáticas físicas en salud, se derivan de violencias físicas presentadas dentro de los lugares de encuentro o “reservados”, en los cuales las instituciones no pueden ejercer actividades de control y protección, y ETS producto de falta de conocimiento de barreras de protección. Por otro lado, las dificultades en salud mental se establecen en torno a violencia emocional y pocas redes primarias de apoyo.

Las personas que ejercen la prostitución en esta localidad, refieren que se encuentran desprotegidas por el SGSSS, pues los ingresos percibidos son pocos para hacer aportes voluntarios al mismo y sus ganancias son destinadas a cubrir necesidades básicas propias y de sus familias. De otro lado, estas personas viven en sitios lejanos de la ciudad, lo que les implica trabajar más horas para percibir más dinero y poder solventar todas sus necesidades.

Es común encontrar mujeres procedentes de otras partes del país o de otros países en especial Venezuela, víctimas del conflicto armado, de violencia familiar y en circunstancias económicas que ponen en riesgo la supervivencia personal y de sus familias. Estas situaciones dificultan la atención en salud pues deben realizar mayores trámites para acceder a los servicios gratuitos, que en algunos casos no se gestionan por miedo a la deportación.

En resumen, los riesgos generados en salud para la población son dependientes de las dinámicas comerciales propias del sector de la venta de bebidas alcohólicas legal o ilegalmente como: exposición a consumo problemático de sustancias psicoactivas, exposición a contaminación auditiva y ambiental por humo de cigarrillo, ambiente laboral violento, trastornos mentales derivados de presencia de situaciones de estrés y ansiedad prolongadas.

4.6.27 Población víctima de conflicto armado

Las falencias frente al buen vivir de personas que integran este grupo poblacional en la localidad, tienen una relación fundamental con dos situaciones: la desintegración familiar debido al conflicto armado y las Desventajas socio-económicas que adquieren al llegar a la ciudad y repercuten en la vulneración de sus derechos entre ellos el derecho a la salud.

Como consecuencia de su condición de desplazados por la violencia y la entrada violenta a la ciudad, se ve comprometida su integridad emocional y mental por diferentes situaciones estresantes, discriminación, violencia intrafamiliar, dificultades para adaptarse al medio urbano. También se detecta bajo peso por el cambio drástico de alimentación y las limitantes para adquirir nutrientes por falencias económicas ⁽²⁸⁾. Los lugares a los que por lo general acceden para vivir se encuentran en sectores de constantes precipitación o temperatura demasiado variable que significan un alto riesgo para la adquisición de dificultades respiratorias y gastrointestinales.

Una problemática relevante que se expone es la barrera de acceso a los servicios de salud, relacionada con dificultades en los trámites administrativos de cambio de EPS, teniendo en cuenta que la población víctima en muchos casos se encuentran aún vinculada a la EPS de su lugar de origen, generándose dificultades para el proceso de desafiliación.

Además, otra problemática importante para estas comunidades es su relación con el sector del trabajo informal en el cual las condiciones laborales son deficientes y no hay

vinculación a una aseguradora de riesgos profesionales y en muchos casos ni siquiera a EPS.

De tal forma sus falencias no se superarán si no se suple la necesidad de construir espacios de Socialización y educación sobre exigibilidad de derechos en salud, rutas de atención y portafolio de servicios.

Así mismo hay carencia en cuanto a la ejecución de jornadas inter institucionales en donde se realice reconocimiento de la población que posee alguna dificultad administrativa o burocrática para la afiliación a alguna EPS o ARL que opere en Bogotá para, en lo posible brindar respuestas inmediatas además de conocer la magnitud real del problema (27).

4.6.28 Sector LGBTI

Frente a la cuantificación de la población LGBT en la Localidad Rafael Uribe se consideran dificultades relacionadas con la sensibilidad y confidencialidad que se tienen para exponer estos datos, así como el miedo de la población a ser expuesta por algún tipo de discriminación y la mala elaboración de las herramientas de recolección de información. Sin embargo, utilizando las caracterizaciones realizadas por la Alcaldía local a través de proyectos de desarrollo de los Convenios 078-2013 y 116 2015, la georreferenciación de la Dirección de Diversidad sexual y recorridos de identificación de población desde el componente de gestión de políticas y programas del Hospital Rafael Uribe Uribe, se ha podido establecer la ubicación territorial de esta población en el barrio San Agustín de la UPZ Diana Turbay; en los barrios Quiroga y Resurrección se concentran mujeres transgénero propietarias de peluquerías o que prestan servicios de estética. Así mismo, jóvenes gais que se agrupan alrededor del arte y la cultura mediante el apoyo de organizaciones privadas como la Corporación Casitas Bíblicas, ubicada en el barrio Palermo Sur.

4.6.29 Población con pertenencia étnica

Comunidades Indígenas

Las problemáticas de la población en la localidad giran en torno a la doble condición de la mayoría de sus integrantes como comunidad indígena y personas víctimas del conflicto armado interno. Estos masivos desplazamientos por la guerra y otros tantos motivados por razones económicas y por búsqueda de oportunidades laborales y/o educativas, ponen al descubierto la vulnerabilidad socioeconómica de las comunidades étnicas.

Como factores principales identificados, se reconocen barreras de acceso en salud y a los servicios sociales; dificultades en la prevención y tratamiento de las enfermedades corporales, postizas y/o espirituales desde la medicina ancestral de cada pueblo indígena. Así mismo se encuentran limitantes para ejercer una alimentación natural y originaria de los territorios ancestrales, para aplicar la medicina ancestral y la botánica, condiciones que desfavorecen su unidad como comunidad y la disminuye la posibilidad de mejorar sus condiciones de vida.

El tema de dificultades en el aseguramiento es una constante entre los indígenas que no se encuentran dentro de los cinco pueblos con registro en la ciudad o poseen dificultades en la desvinculación de sus EPS primarias o territoriales haciendo imposible la generación de un nuevo servicio en una IPS del régimen contributivo o subsidiado en Bogotá.

Comunidad Afrocolombiana

La población Afro-descendiente llega a la localidad intentando superar situaciones de violencia y difíciles condiciones económicas, por lo que su desplazamiento no solo se debe al conflicto armado interno sino también a la idea de mejorar sus condiciones de vida al aumentar la accesibilidad a los servicios de educación, servicios sociales y a la nueva oferta laboral que puede brindar la capital. Sin embargo, al incursionar en la ciudad, esta fragilidad social genera fuertes choques por los que las comunidades se ven obligadas a habitar las zonas marginales de la localidad con mayores deficiencias

en infraestructura y servicios y con más fenómenos sociales negativos, como delincuencia y consumo de SPA.

De tal forma, los procesos de rápida asimilación de dinámicas urbanas a los que se ve forzada la población afrocolombiana han derivado en extrañamiento y desarraigo cultural que, junto a formas de discriminación racial fraguadas por la comunidad y los sistemas locales, son alentados, sobre todo a los miembros en curso de vida adolescencia y juventud de esta comunidad a engrosar las problemáticas de actos delincuenciales, y de consumo ya mencionadas.

Se ha podido determinar que son altos los niveles de desempleo entre la población activamente económica y la deserción escolar entre la población más joven, lo que Propicia exposición a situaciones de vulnerabilidad extrema, debido a la falta de recursos y al fortalecimiento de las potencialidades.

En síntesis, la población afrodescendiente de la localidad 18 presenta las siguientes características:

- La condición de víctimas del conflicto armado interno acompaña a un gran porcentaje de esta población, acentuando su estado de vulnerabilidad y de garantía de derechos fundamentales.
- La mayoría de personas con pertenencia étnica afro provienen de Buenaventura, Cauca, Nariño, Choco y en menor proporción de la costa caribe, territorios azotados por el conflicto actual desatado por grupos criminales y de delincuencia organizada.
- Adolecen de explotación laboral o desempleo y poseen barreras de tipo económico frente al sistema de educación superior. También están expuestos a acciones de discriminación racial social e institucional.

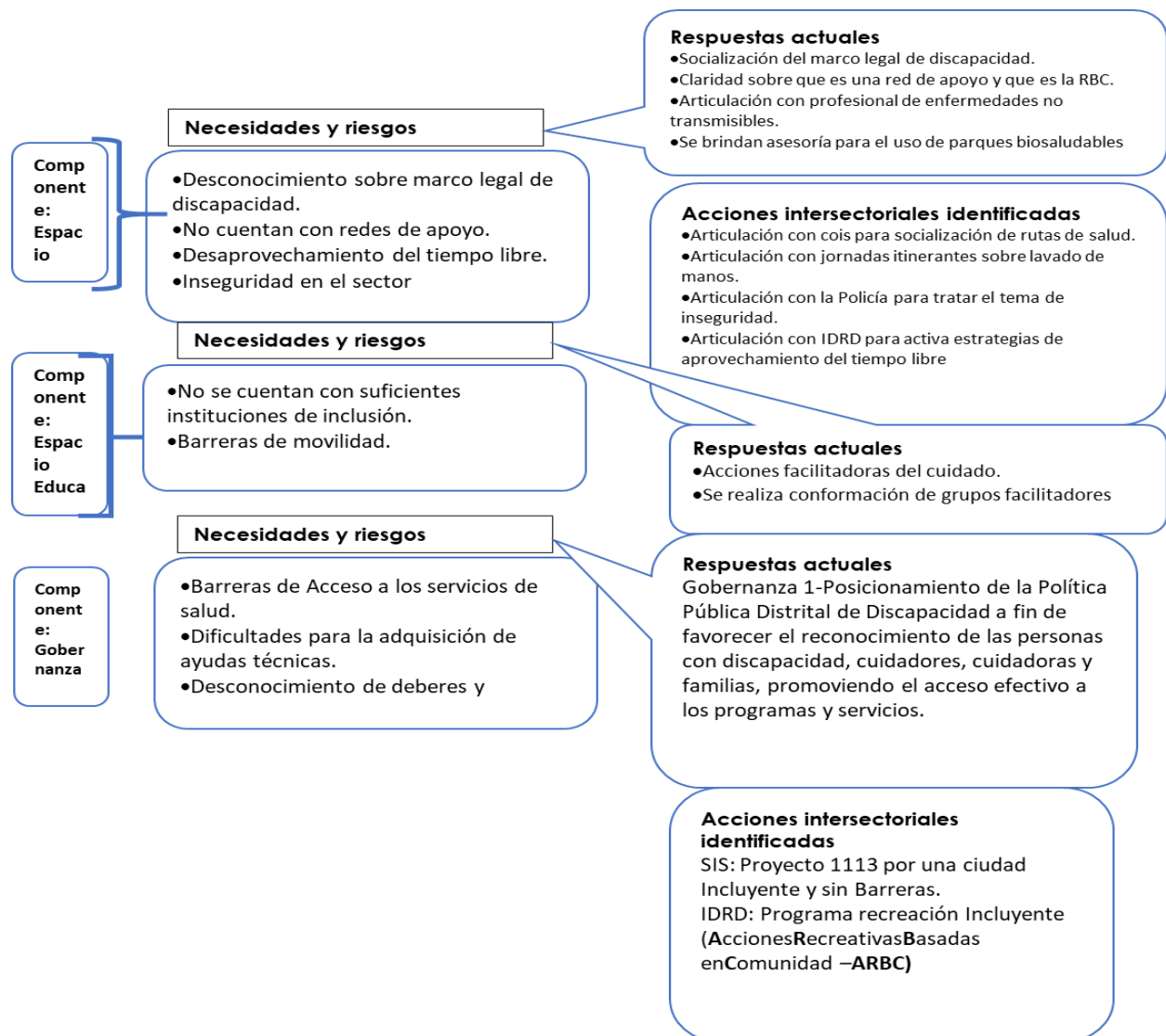
4.6.30 Población priorizada (población con discapacidad)

Para la población con discapacidad desde espacio público se realizaron en el barrio Marco Fidel Suarez, acciones como asesoría del uso de parques biosaludables, rutas

de salud y socialización del marco legal de discapacidad. Desde gobernanza se trabajó en cuatro UPZ que son San José, Quiroga, Marruecos y Marco Fidel Suarez, donde se buscó posicionar la política de discapacidad para el reconocimiento de las personas con discapacidad.

También espacio educación realiza acciones facilitadoras del cuidado y conformación de grupos facilitadores en los colegios Alexander Fleming y Enrique Olaya Herrera (figura12).

Figura 12. Necesidades y Respuesta actual de la población con Discapacidad



Fuente: Construcción propia equipo ACCVSyE Unidad de análisis con espacios de vida cotidiana y Gobernanza componente I, Año 2017.

Al cotejar estos resultados con los mapeos anteriormente realizados a partir de la base poblacional del programa Territorios saludables brindada por la Secretaría de Salud, a corte junio 2012 – junio 2016, se halla que a pesar de ubicarse la UPZ Diana Turbay en las que poseen mayor cantidad de población con algún tipo de discapacidad reportada, no se verifica respuesta en el territorio. Además, teniendo en cuenta que su topografía presenta pendientes pronunciadas que afectan la movilidad en el espacio público limitando el desplazamiento a los centros de atención y la inadecuada infraestructura arquitectónica –aceras deterioradas o sin acceso- se pauperizará la calidad de vida de los habitantes con esta problemática, pudiéndose aumentar el nivel de dependencia y la comorbilidad de las personas con discapacidad (mapa 10).

Experiencia de respuesta exitosa

Desde el sector salud las acciones de la subred Centro oriente en la localidad, promueven el mantenimiento de una adecuada calidad de vida tanto de las personas con discapacidad, como de su grupo familiar. Adicionalmente se realizan acciones tendientes a generar la inclusión y participación social. Sin embargo, la población residente en la localidad, no conoce los programas y servicios que se generan desde los diferentes sectores por lo que se llevó a cabo en el mes de noviembre del 2017, la jornada circuito de divulgación de la oferta institucional, la cual fue planeada desde el Consejo Local de Discapacidad bajo el liderazgo del sector Salud.

Para la jornada circuito de divulgación de la oferta institucional se logró la movilización y participación de un número importante de personas con discapacidad, cuidadores, cuidadoras, quienes pudieron conocer a profundidad que acciones, programas y servicios que prestan las entidades en la localidad. La participación de la población fue positiva, ya que en actividades realizadas durante el año no se había logrado una movilización significativa de la población en la localidad; esto gracias a la articulación intersectorial que promovió la participación de la población que hace uso de los servicios de cada uno de los sectores. Dicha actividad permitió reconocer las necesidades e inquietudes más sentidas de la población, direccionando a las personas de acuerdo a estas. Para lograr la participación se generaron estrategias de

convocatoria desde cada uno de los sectores. De igual manera se configuró una estrategia de difusión desde cada uno de los sectores y representantes de la comunidad que hacen parte del consejo de discapacidad, en articulación con la oficina de comunicaciones de la Alcaldía local. Para el desarrollo de esta actividad se contó con la articulación de las entidades que hacen parte del Consejo Local de Discapacidad junto con los Representantes al Consejo Local.

Ciudadano habitante de calle

Las acciones para habitante de calle se desarrollaron en las UPZs Olaya, Gustavo Restrepo y Diana Turbay desde espacio público detectando de forma temprana ITS, fortaleciendo prácticas de autocuidado a través de escuchas activas y tamizajes en VIH y Sífilis.

Figura 13. Necesidades y respuesta para la población ciudadano habitante de calle



Fuente: Construcción propia equipo ACCVSyE Unidad de análisis con espacios de vida cotidiana y Gobernanza componente I, Año 2017.

Hay que hacer la aclaración que en las bases de datos solo se identifica población en el Olaya y Santa Lucia, en este caso el barrio Olaya se dio respuesta según ubicación de población lo demás demuestra que el fenómeno no está cuantificado en las bases. Desde gobernanza se borda las acciones en el Parque del Olaya, Primera de Mayo y el Colegio Distrital Clemencia Caicedo con jornadas de desarrollo personal y articulación con espacio público.

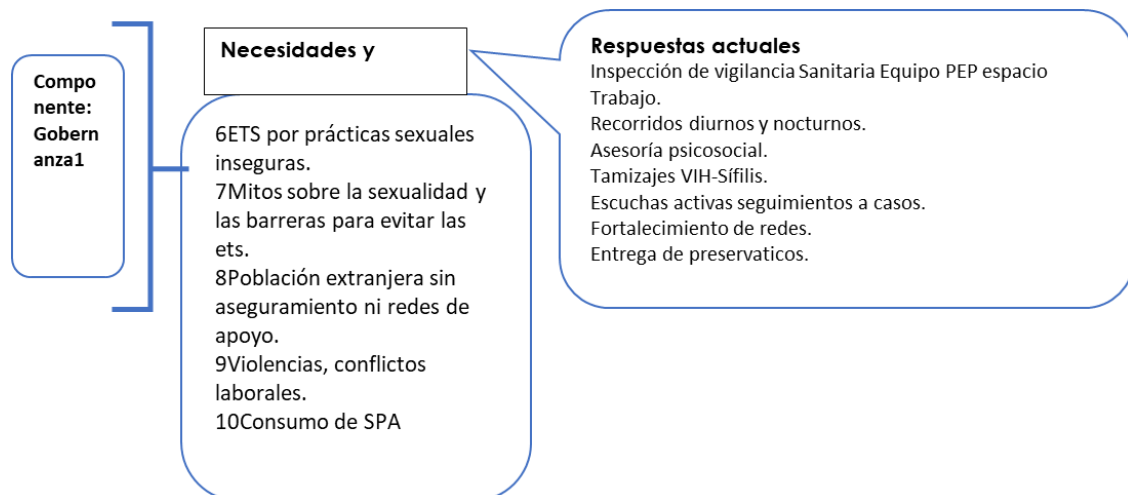
4.6.31 Bodegueros recicladores y carreteros

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.

4.6.32 Personas en ejercicio de prostitución

La población en ejercicio de prostitución, cuyas acciones se realizan en el Barrio de Santa Lucia, pues este sector se concentra casas o bares donde se ejerce la prostitución, sin embargó en las bases no se evidencia la problemática. Las acciones realizadas son recorridos diurnos y nocturnos, tamizajes de VIH y Sífilis, entrega de preservativos y fortalecimiento de redes.

Figura 14. Necesidades y respuesta Población Persona en ejercicio de la prostitución



Fuente: Construcción propia equipo ACCVSyE Unidad de análisis con espacios de vida cotidiana y Gobernanza componente I, Año 2017.

Para la población en ejercicio de la prostitución la base APS de los años 2013, 2014 y 2015 facilitada por Secretaría de Salud Distrital²⁹, no cuenta con información, por lo tanto no se puede especializar; sin embargo según otras fuentes como unidades de análisis, ejercicios de cartografía social con esta comunidad si hay este tipo de actividad. Según esto la ubicación de donde se ejerce la prostitución en la localidad es en el barrio Santa Lucia y San José. Las problemáticas relacionadas a esta actividad dentro de los establecimientos son enfermedades respiratorias por el consumo de cigarrillo, ingesta de alcohol adulterado y riesgo a enfermedades infecciosas por malas condiciones higiénicas e inseguridad.

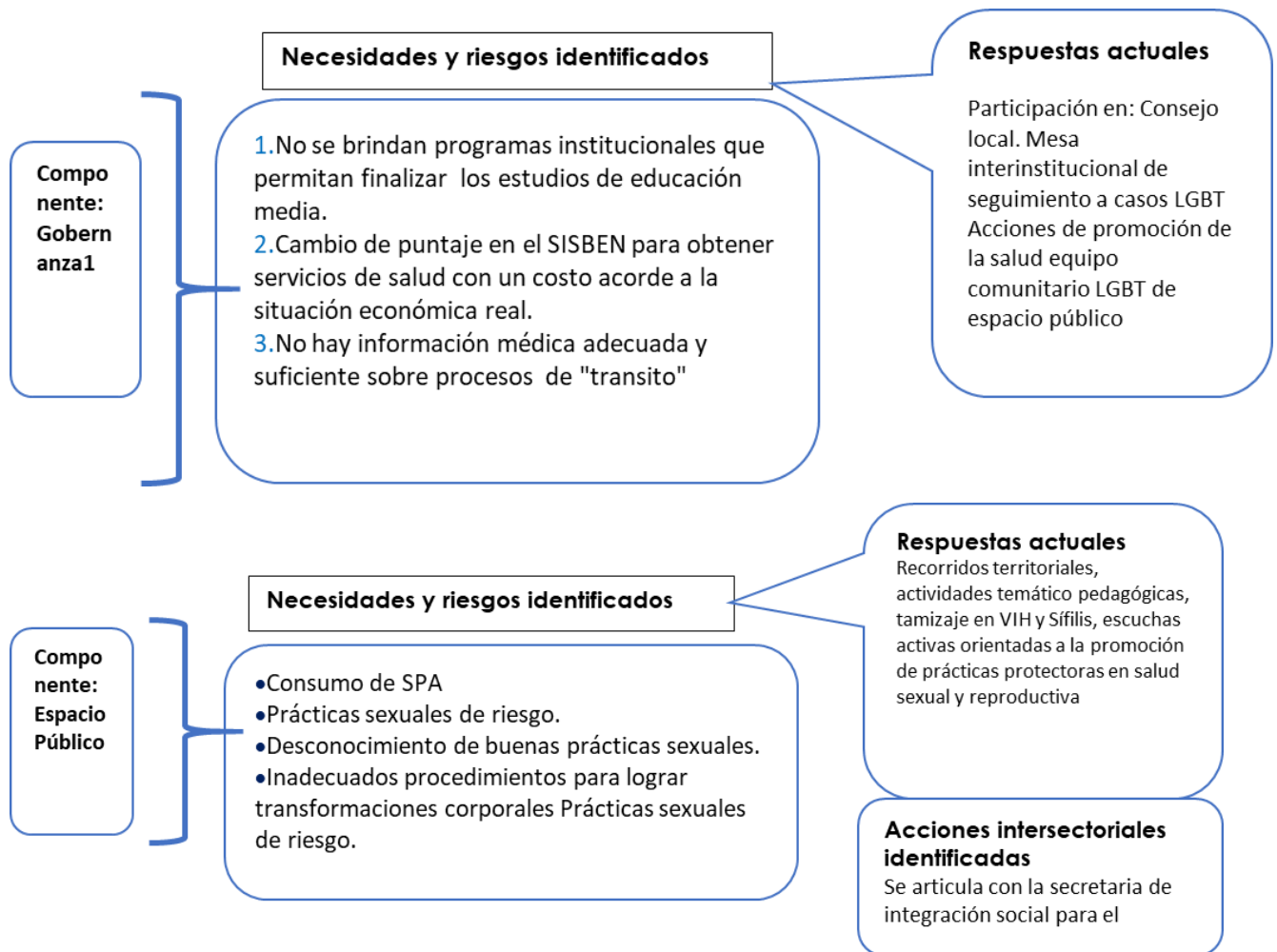
4.6.33 Víctimas de conflicto armado

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.

4.6.34 Sector LGBTI

Las acciones de respuesta para la población LGBTI en espacio público se enfatizaron en la UPZ Diana Turbay; su propuesta tuvo un componente pedagógico y uno de intervención con tamizaje en VIH y Sífilis y escuchas activas orientadas a la promoción de prácticas protectoras en salud sexual y reproductiva. Por otro lado, gobernanza 1 reconoce en la mayoría de las UPZ necesidades como la falta de programas institucionales que permitan finalizar los estudios de educación media. Las barreras de atención en salud y la falta de información médica sobre los procesos de tránsito.

Figura 15. Necesidades y Respuesta actual para la población LGBT por componente



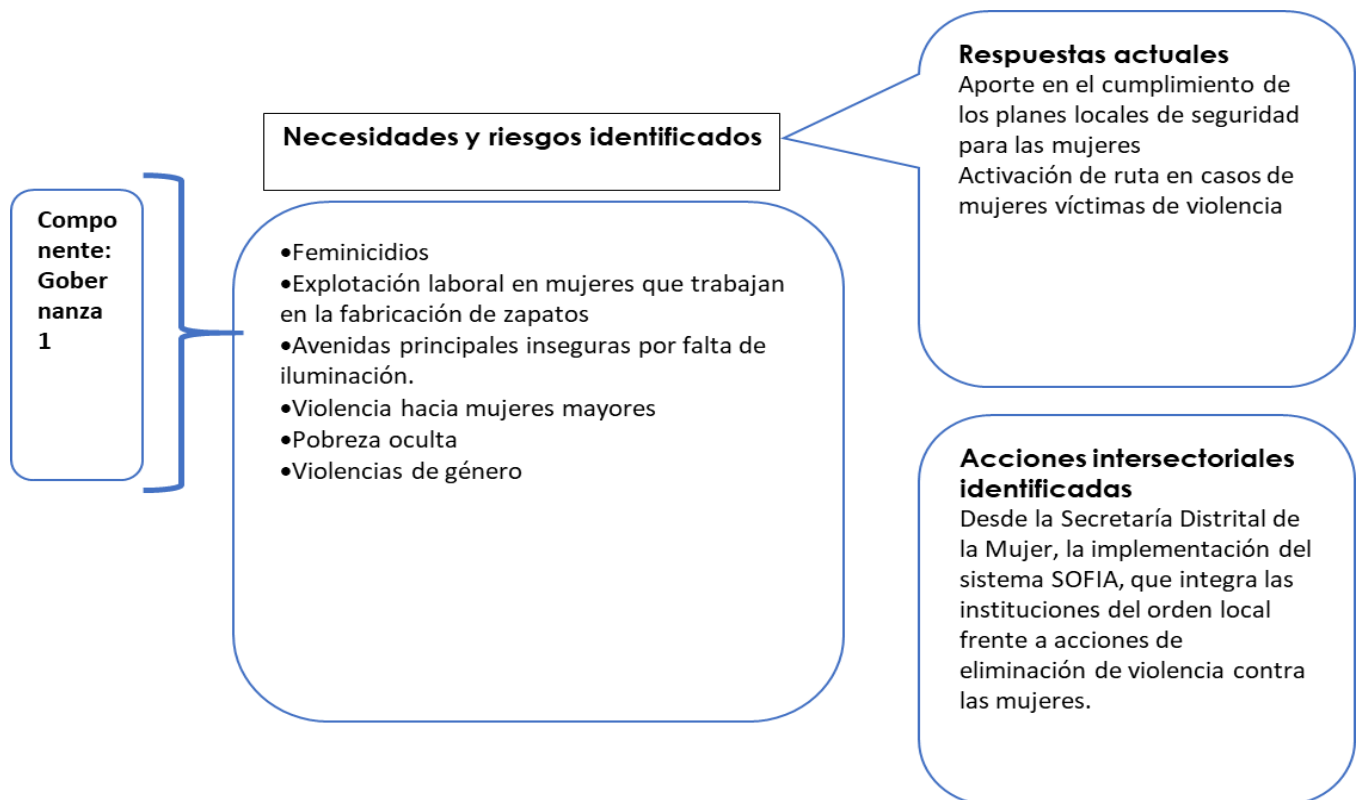
Fuente: Construcción propia equipo ACCVSyE Unidad de análisis con espacios de vida cotidiana y Gobernanza componente I, Año 2017.

Si bien, de acuerdo con el mapeo de la ubicación de la población, alguna respuesta se llevó a cabo en donde se había identificado población LGBT, no se da algún proceso de solución a problemáticas recurrentes y que inciden de manera preponderante en la situación de salud como el consumo problemático de SPA, las dificultades en la afiliación y estadía tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo y los Inadecuados procedimientos para lograr transformaciones corporales en los procesos de tránsito.

4.6.35 Política pública de mujer y equidad de género

Durante las unidades de análisis, se pudo tener la oportunidad de revisar las acciones en beneficio de la mujer y la equidad de género que se encuentran concentradas en los barrios de Diana Turbay y Santa Lucia, donde se realizan activación de rutas para casos de violencia e implementación de SOFIA de la Secretaría de la Mujer.

Figura 16. Necesidades y respuesta para la población mujer y genero.

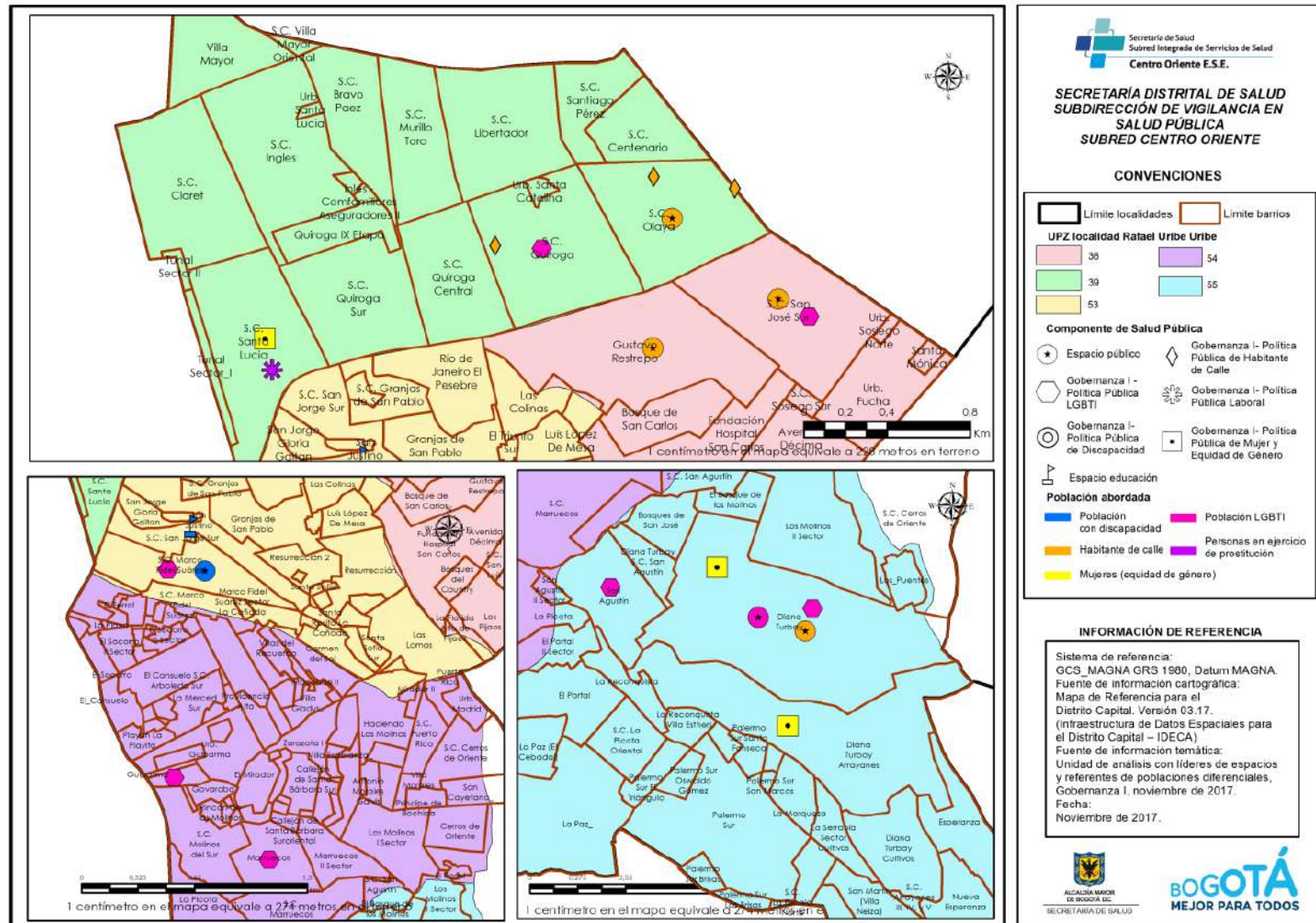


Fuente: Construcción propia equipo ACCVSyE Unidad de análisis con espacios de vida cotidiana y Gobernanza componente I, Año 2017.

4.6.36 Población étnica

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.

Mapa 10. Ubicación de la respuesta para las poblaciones diferenciales



Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE, unidad de análisis con líderes de espacios diferenciales Gobernanza I, noviembre de 2017.

5. 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 (30).

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.

5.2 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 (31).

4.6.37 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 descritas en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Estructura operativa espacio vivienda, Subred Centro Oriente, 2017

Acción integrada	Componente	Escenario de operación
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
	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
	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
	Salud ambiental en familiar con componente étnico	Viviendas – Pagadarios
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
	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

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

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.

4.6.38 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.

Acción integradora 1 Cuidado para la salud familiar - Gestión del riesgo

Desde este componente se aplica un instrumento de identificación de alertas a la población más vulnerable de Capital Salud, para el reconocimiento del riesgo mediante visitas de seguimiento en campo a los usuarios priorizados inasistentes a los servicios de Protección específica y Detección temprana, para su caracterización y agendamiento de cita correspondiente. Los barrios de la localidad en donde se desarrollaron las acciones se enuncian en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Barrios abordados componente gestión de riesgo, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2017

UPZ	Barrios
36 San José	Los Pijaos, Sosiego Sur, Santa Mónica, Urb. Fucha, Fundación Hospital San Carlos, Avenida Décima II Sector
39 Quiroga	Tunal Sector I, Villa Mayor, Santa Lucia, Claret, Murillo Toro, Ingles, Bravo Páez, Centenario, Quiroga Sur y Olaya
53 Marco Fidel Suárez	Marco Fidel Suárez I, El Triunfo, Alameda del Sur, Terrazas de San Jorge, Las Lomas, San Jorge Sur, Granjas de San Pablo, Resurrección, Las Colinas, Río de Janeiro, El Pesebre, Marco Fidel Suárez Sector La Cañada, Las Colinas-Sector Divino Niño

54 Marruecos	Callejón de Santa Bárbara III Etapa Urb. Hacienda los Molinos Macondo II Villa Gladys, La Providencia Rincón de los Molinos Los Molinos Parcelación 80 y 81 El Puerto La Loma de San Carlos El Socorro El Consuelo Avenida Caracas La Picota Los Chircales Puerto Rico Bosques de la Hacienda, Puerto Rico El Rosal Marruecos El Portal II Sector
55 Diana Turbay	El Bosque de los Molinos, La Paz, San Agustín Palermo Sur Los Arrayanes La Paz (El Cebadal) Palermo Sur El Triángulo Palermo Sur San Marcos Los Puentes Diana Turbay, La Fiscala Norte Palermo Sur La Serranía Sector Cultivos, La Picota Oriental El Portal Los Molinos II Sector, Cerros de Oriente San Cayetano

Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSE - 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 46 permite observar que la gestión de riesgo se adelanta principalmente para residentes de la UPZ 39 Quiroga y los programas para los cuales se hace más gestión son higiene oral y detección de cáncer cérvico uterino; si bien la efectividad es similar entre las UPZ, la mayor efectividad alcanzada en acceso a los programas se da para el control de crecimiento y desarrollo y detección de cáncer cérvico uterino.

Tabla 46. Acceso a programas componente de gestión de Riesgo según Localidad y UPZ, Rafael Uribe Uribe 2017

Programa		UPZ 36	UPZ 39	UPZ 53	UPZ 54	UPZ 55	Localidad
Control prenatal (captación temprana antes de la semana 12)	Num	1	5	0	2	6	14
	Denom	2	8	1	4	8	23
	Indicador	50,0	62,5	0,0	50,0	75,0	60,9
Crecimiento y desarrollo	Num	25	143	85	133	153	539
	Denom	44	249	146	225	262	926
	Indicador	56,8	57,4	58,2	59,1	58,4	58,2
Higiene oral (control placa bacteriana)	Num	74	234	168	137	148	761
	Denom	158	595	365	388	369	1875
	Indicador	46,8	39,3	46,0	35,3	40,1	40,6
Programa del joven	Num	23	127	76	103	152	481
	Denom	95	349	181	277	363	1265
	Indicador	24,2	36,4	42,0	37,2	41,9	38,0
Planificación familiar	Num	8	36	18	30	40	132
	Denom	18	82	46	66	71	283
	Indicador	44,4	43,9	39,1	45,5	56,3	46,6
Programa CCU (21 -69)	Num	60	289	107	190	227	873

	Denom	124	605	240	372	434	1775
	Indicador	48,4	47,8	44,6	51,1	52,3	49,2
Programa tamizaje visual	Num		3	0	2	4	9
	Denom		7	1	4	5	17
	Indicador		42,9	0,0	50,0	80,0	52,9
Programa del adulto	Num	14	65	32	39	42	192
	Denom	30	141	72	69	89	401
	Indicador	46,7	46,1	44,4	56,5	47,2	47,9
Programa cáncer de mama	Num						
	Denom	1					1
	Indicador	0,0					0,0
Crónico (resolutivo)	Num	2	7	4	4	3	20
	Denom	3	12	6	12	9	42
	Indicador	66,7	58,3	66,7	33,3	33,3	47,6
Total general	Num	207	909	490	640	775	3021
	Denom	475	2048	1058	1417	1610	6608
	Indicador	43,6	44,4	46,3	45,2	48,1	45,7

Fuente: Elaboración equipo ACCVSE con base en Matriz espacio vivienda Gestión de riesgo. Num: Numerador Denom: Denominador, (corte abril –diciembre de 2017)

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.

Las acciones familiares que se generan a partir de los eventos epidemiológicos permiten la atención integral a las familias en donde se reportan 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 los eventos reportados. No obstante, se evidencia mejor comportamiento para las UPZ 54 Marruecos y 55 Diana Turbay, para los indicadores observados.

Tabla 47. Indicadores de operación en acciones familiares, según localidad y UPZ, Rafael Uribe Uribe, 2017

Indicador		UPZ 36	UPZ 39	UPZ 53	UPZ 54	UPZ 55	Localidad
% de casos de MME con seguimiento (Vivienda)	Num	10	39	26	51	49	175
	Denom	42	115	105	139	132	533
	Indicador	0,238	0,339	0,248	0,367	0,371	0,328
Índice de mortalidad perinatal por MME	Num	2	0	1	0	2	5
	Denom	42	115	105	139	132	533
	Indicador	0,048	0,000	0,010	0,000	0,015	0,009
% de casos de Sífilis Gestacional con seguimiento (Vivienda)	Num	2	2	2	2	4	12
	Denom	3	6	6	7	13	35
	Indicador	0,667	0,333	0,333	0,286	0,308	0,343
Porcentaje de gestantes diagnosticadas con tratamiento	Num	2	1	2	2	2	9
	Denom	2	2	2	2	4	12
	Indicador	1,000	0,500	1,000	1,000	0,500	0,750
Índice de Sífilis Congénita por Sífilis Gestacional	Num	1	1	2	2	1	7
	Denom	2	2	2	2	4	12
	Indicador	0,500	0,500	1,000	1,000	0,250	0,583
Porcentaje de gestantes que asisten a control prenatal después del seguimiento por vivienda	Num	2	2	2	1	4	11
	Denom	2	2	2	2	4	12
	Indicador	1,000	1,000	1,000	0,500	1,000	0,917
% de casos de Bajo peso al nacer con ganancia de peso para la edad	Num	2	8	5	7	33	55
	Denom	6	9	12	14	35	76
	Indicador	0,333	0,889	0,417	0,500	0,943	0,724
% de casos de DNT aguda con ganancia de peso para la edad	Num	2	10	7	7	10	36
	Denom	3	10	7	7	10	37

	Indicador	0,667	1,000	1,000	1,000	1,000	0,973
Porcentaje de casos de DNT aguda que ingresaron a programas sociales después del seguimiento y canalización por vivienda	Num	3	10	7	6	8	34
	Denom	3	10	7	7	10	37
	Indicador	1,000	1,000	1,000	0,857	0,800	0,919

Fuente: Elaboración equipo ACCVSE con base en Matriz espacio vivienda_Familias (Corte Abril - Diciembre de 2017).

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.

Durante la vigencia 2017 se abordaron este tipo de instituciones en la UPZ 55 Diana Turbay; aunque 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 y su necesidad de atención institucional, es pertinente avanzar en su apropiación por su relevancia para la prevención de mortalidades evitables en esta población. Adicionalmente, 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 dos terceras partes de los menores valorados muestran mejora en la calidad de su higiene oral, relevante para garantizar desarrollo armónico de los menores (tabla 48).

Tabla 48. Indicadores de operación en hogares comunitarios y de bienestar, localidad de Rafael Uribe Uribe, 2017

Indicador	Numerador	Denominador	Indicador
Proporción de los hogares que hacen un manejo adecuado de las basuras	38	38	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	37	38	97,4
Proporción de madres que conocen al menos dos signos que indiquen la necesidad de buscar ayuda fuera del hogar para un niño con diarrea	33	38	86,8
Proporción de las madres que conocen al menos un signo de alarma de neumonía en niños	34	38	89,5
Proporción de niños de cinco años con esquema completo de vacunación según PAI.	38	38	100,0
Proporción de los niños menores de 5 años que disminuyeron el índice de placa bacteriana	243	348	69,8
Proporción de niños menores de cinco años que están vinculados al programa de crecimiento y desarrollo	389	522	74,5

Fuente: Elaboración equipo ACCVSE con base en Matriz espacio vivienda_Instituciones (Corte abril – diciembre de 2017).

Salud ambiental en familiar con componente étnico

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. 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 Instituciones de Persona Mayor (IPM) abordadas, que en Rafael Uribe Uribe se estima en 14,3 %, equivalente a 1 de 7 IPM abordadas, en la UPZ 39 Quiroga.

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 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 Seguimientos a TB. En coherencia con lo cual se ha garantizado respuesta para las personas identificadas en la penitenciaría La Picota, ubicada en la localidad (tabla 49).

Tabla 49. Indicadores de cuidado para las personas con privación de la libertad, localidad de Rafael Uribe Uribe 2017

Indicador	Numerador	Denominador	Indicador
Proporción de personas con prueba rápida positiva para sífilis con tratamiento completo	12	12	100
Proporción de personas con diagnóstico confirmado de tuberculosis con tratamiento	34	34	100
Proporción de personas identificadas con VIH/SIDA con tratamiento antirretroviral		0	

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

5.2.3 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 occidente, la atención a privados de la libertad hacia el sur y el cuidado de menores de edad y de las familias en la franja suroriental 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.

5.3 Espacio educación

El propósito del espacio es fomentar la salud y el bienestar en niños, niñas, adolescentes y jóvenes favoreciendo prácticas cotidianas, entornos y estilos de vida saludables en el contexto 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 a través de cinco (5) grandes componentes los cuales se describirán a continuación:

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. Equipo conformado por un (1) Psicólogo y una (1) profesional enfermera en articulación con equipo Interdisciplinario.

En la localidad de Rafael Uribe Uribe, se evidencia que el porcentaje de personas con modificaciones positivas entorno a la re significación de prácticas y hábitos de salud mental fue del 81,38 % de la población intervenida donde se logró mejorar sus hábitos

de salud mental desde una perspectiva comunitaria ligada a la cotidianidad, a través de grupos conversacionales para brindar herramientas en la identificación de riesgos en salud mental y la construcción de estrategias para la sana convivencia.

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 Proyecto de Educación para la Sexualidad y construcción de ciudadanía (PESCC). El segundo eje es promoción de vida saludable, en donde se realizan actividades con docentes en temas relacionados con sexualidad, derechos sexuales y reproductivos; equipo conformado por Una (1) Enfermera y apoyo un (1) Psicólogo.

El porcentaje de personas con modificaciones positivas en torno a los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes y jóvenes fue de 75,1 %; se priorizaron acciones de promoción en torno al desarrollo de habilidades para el reconocimiento y cuidado del cuerpo y el fortalecimiento de autoestima.

Componente disfrutarte

El componente Disfrutarte tiene dos ejes los cuales se desarrollan acciones de gestión con los directivos, docentes para lograr la identificación de necesidades, en temas relacionados con seguridad alimentaria y nutricional y actividad física. El equipo está conformado por una (1) Nutricionista y Una (1) Enfermera.

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 70,12 % 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

En este componente se trabaja con la comunidad educativa los siguientes aspectos acorde con las necesidades de la institución; 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, para 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, el equipo está conformado por un (1) Odontólogo y apoyado Una (1) Enfermera.

El porcentaje de escolares con mejores prácticas en salud oral en la localidad de Rafael Uribe Uribe fue de 80,2 %, en este componente se verificó 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 explorararte

De acuerdo a los riesgos colectivos identificados que están generando impacto negativo sobre el entorno ambiental escolar, implementan acciones concertadas con la institución que permitan disminuir la presentación de las mismas y ubicar los puntos críticos: a través del trabajo por diferentes líneas ambientales del programa el equipo está conformado por un (1) Técnico Ambiental, Una (1) Fisioterapeuta y/o Una (1) nutricionista.

El indicador de porcentaje de puntos críticos recuperados en instituciones educativas fue del 43,47 % en las instituciones abordadas de la localidad de Rafael Uribe Uribe; se abordó primera, segunda, tercera y cuarta sesión en las instituciones educativas.

Componentes acompañarte

En la localidad de Rafael Uribe Uribe, se evidencio que el porcentaje de personas con modificaciones positivas entorno a la resignificación de prácticas y hábitos de salud

mental fue del 81,3 % 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 75,1 %; 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 70,1 % de los participantes que mejoraron su percepción d 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

El porcentaje de escolares con mejores prácticas en salud oral en la localidad de Los Mártires fue de 80,2 %, 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 43,4 % en las instituciones abordadas de la localidad de Rafael Uribe Uribe; 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 Trasmisibles 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 91,6 % 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 23 colegios abordados desde el espacio (ver tabla 50) 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.

Tabla 50. Colegios abordados, localidad de Rafael Uribe Uribe, vigencia abril 2017- febrero 2018

CANTIDAD	LOCALIDAD RAFAEL URIBE	COMPONENTES ABORDADOS				
	COLEGIOS ABORDADOS VIGENCIA ABRIL 2017 - FEBRERO 2018	ACOMPañARTE	AMARTE	DISFRUTARTE	CUIDARTE	EXPLORARTE
1	COLEGIO CLEMENCIA HOLGUIN DE URDANETA (IED)	X	X	X	X	X
2	COLEGIO GUSTAVO RESTREPO (IED)	X	X	X	X	X
3	COLEGIO ANTONIO BARAYA (IED)	X	X	X	X	X
4	COLEGIO COLOMBIA VIVA (IED)	X	X	X	X	X
5	COLEGIO RAFAEL DELGADO SALGUERO (IED)	X	X	X	X	X
6	COLEGIO ALEXANDER FLEMING (IED)	X	X	X	X	X
7	COLEGIO REINO DE HOLANDA (IED)	X	X	X	X	X
8	COLEGIO REPUBLICA FEDERAL DE ALEMANIA (IED)	X	X	X	X	X
9	COLEGIO MARIA CANO (IED)	X	X	X	X	X
10	COLEGIO ALFREDO IRIARTE (IED)	X	X	X	X	X
11	COLEGIO ENRIQUE OLAYA HERRERA (IED)	X	X	X	X	X
12	COLEGIO PALERMO SUR (IED)	X	X	X	X	X
13	COLEGIO MANUEL DEL SOCORRO RODRIGUEZ (IED)	X	X	X	X	X
14	COLEGIO LICEO FEMENINO MERCEDES NARIÑO (IED)	X	X	X	X	X
15	COLEGIO MARRUECOS Y MOLINOS (IED)	X	X	X	X	X
16	INSTITUTO NUESTRA SEÑORA DE LA SABIDURIA PARA SOR	X	X	X	X	X
17	EL PORTAL FUNDACION	X	X	X	X	X
18	COLEGIO HERMANOS BELTRAN	X	X	X	X	X
19	GIMNASIO SAN JOSE	X	X	X	X	X
20	COLEGIO BRAVO PAEZ	X	X	X	X	X
21	COLEGIO LIBERTADOR	X	X	X	X	X
22	COLEGIO ALEJANDRO OBREGON	X	X	X	X	X
23	COLEGIO CLEMENCIA CAICEDO	X	X	X	X	X

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

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

5.4 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 ésta 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. Ésta 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)

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

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 Indicadores Espacio Trabajo 2017.

El accionar del espacio se desarrolla a través de dos (2) acciones integradas en donde el proceso de captura de la información se inicia con el abordaje de los tecnólogos en salud ocupacional, quienes registran la información de básica de georreferenciación, características y de antecedentes en salud de los trabajadores, valoración de los riesgos en el entorno del trabajo y generación de plan de acción frente a los riesgos a intervenir, para finalizar con una evaluación de la implementación del plan de acción el cual permite registrar el impacto de las acciones realizadas por los profesionales.

5.4.1 Desvinculación progresiva de los niños, niñas y adolescentes de las peores formas del trabajo infantil

La ejecución en la Acción Integrada uno, se encuentran las siguientes fases: Identificación y caracterización, es un proceso que contiene la captura de la información básica de georreferenciación, características de la actividad que desempeñan, antecedentes en salud de los niños, niñas y adolescentes, la cual puede ser realizada por el profesional en Trabajo Social o el Tecnólogo en Salud Ocupacional. Dentro de la misma caracterización el Tecnólogo en S.O., hace la valoración de los

riesgos en el entorno del trabajo. El profesional Social construye el familiograma y genera un plan de trabajo con la familia, y continúa el proceso hasta el cierre y realiza la canalización a nivel intersectorial para promover la desvinculación laboral.

En relación a los adolescentes la captación y caracterización la realiza el Tecnólogo en Salud Ocupacional y continua el proceso el perfil de Psicología, también participa el perfil de enfermería y el tecnólogo en salud ocupacional quien trabaja en la promoción del trabajo protegido y la mitigación del riesgo desde la implicación que tiene en la salud del adolescente.

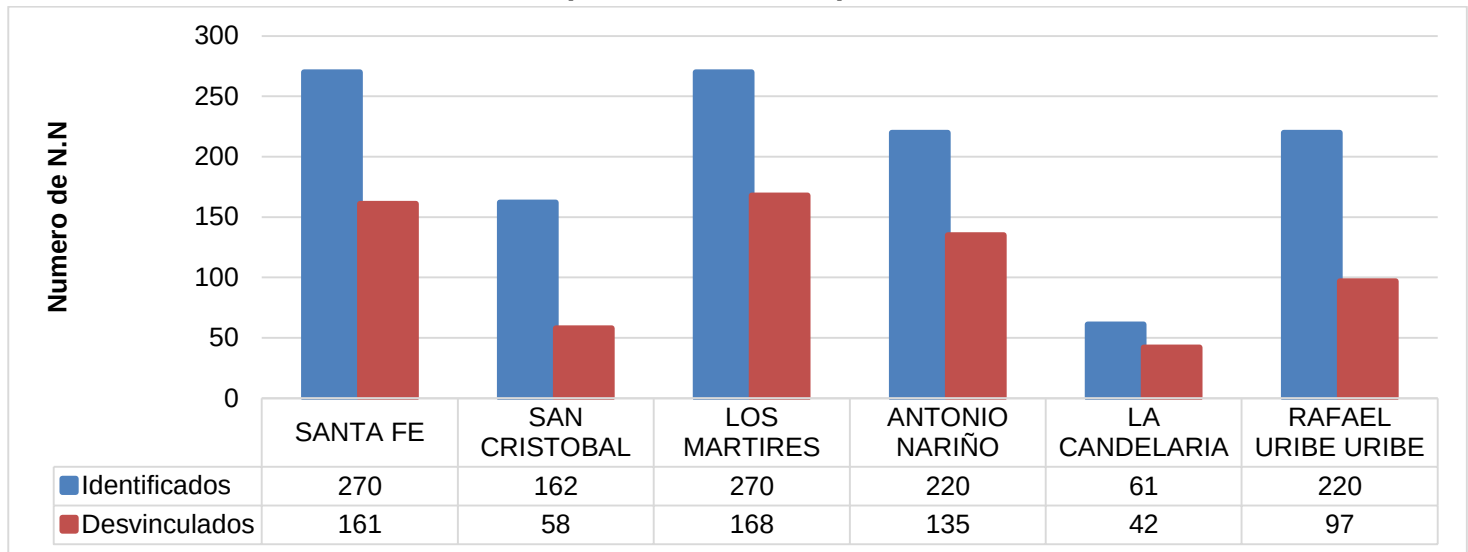
5.4.2 Estrategia de entornos laboralmente saludables para la promoción de autocuidado y gestión del riesgo en salud

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 continua un Especialista en Salud Ocupacional, hasta finalizar con la evaluación. Dentro de éste 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 Rafael Uribe Uribe.

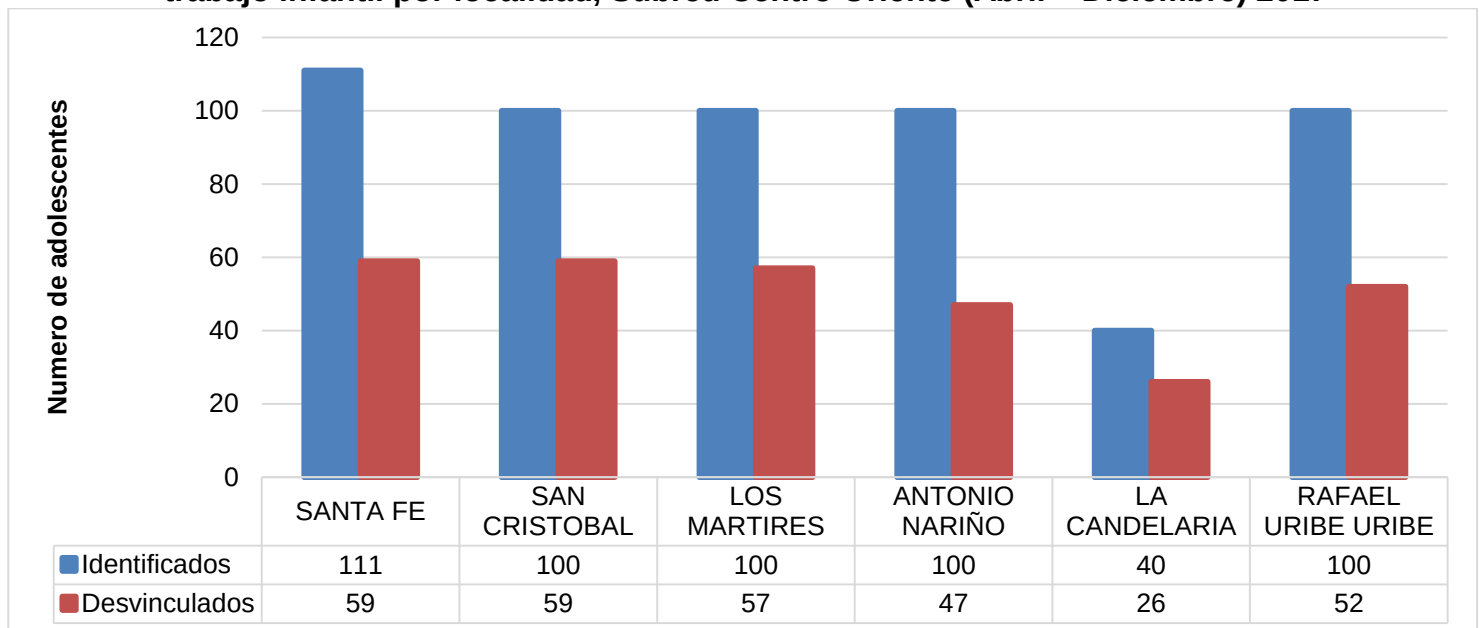
Para la localidad Santa Fe se logró el 44,09 % de niños y niñas con desvinculación de las peores formas de trabajo, donde los equipos identificaron 220 niños, niñas y adolescentes y se logró desvincular 97 (figura 18).

Figura 17. Niños y niñas trabajadores con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil por localidad, Subred Centro Oriente (Abril – Diciembre) 2017



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

Figura 18. Adolescentes con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil por localidad, Subred Centro Oriente (Abril – Diciembre) 2017



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

Sobre los adolescentes identificados para la localidad de Rafael Uribe Uribe se logró desvincular al 52 % de las peores formas de trabajo a través de acciones de orientación y prevención psicosocial con enfoque laboral (figura 52).

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

Localidad	Trabajadores afectados por las condiciones de trabajo en las UTIS	TOTAL TRABAJADORES	INDICADOR
SANTA FE	81	1108	7,31
SAN CRISTOBAL	77	933	8,25
LOS MARTIRES	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 Indicadores Espacio Trabajo 2017.

Del total de UTIS caracterizadas por el equipo, se observa para la localidad de Rafael Uribe Uribe que el 27,61 % (n=119) de los trabajadores informales presentaron afectación por las condiciones de trabajo en UTIS (3).

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

Localidad	Nº UTIS que implementaron la estrategia	Total UTIS	Porcentaje
SANTA FE	458	1291	35,48
SAN CRISTOBAL	447	739	60,49
LOS MARTIRES	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 Indicadores Espacio Trabajo 2017.

El porcentaje de UTIS que implementan la estrategia de entornos saludables laborales para la localidad de Rafael Uribe Uribe es de 112,81 % (n=643), esto por una adición

de 38 UTIS para la localidad de Rafael Uribe Uribe 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).

Durante el periodo abril diciembre 2017 se han desarrollado 2 centros de escucha donde se realizó la aplicación de 148 pruebas rápidas de las cuales 74 pruebas fueron de VIH y 78 pruebas fueron de sífilis, de las cuales se aplicó 23 personas extranjeras con nacionalidad venezolana. De estas 148 pruebas aplicadas ninguna fue reactiva para VIH y ninguna positiva para sífilis. Durante el desarrollo de los dos centros de escucha participo una población total de 148 personas ya sea en ejercicio de la prostitución o vinculados a este ejercicio.

4.6.39 Resultados

La buena acogida de los empleadores y trabajadores frente a las acciones del programa ha permitido realizar acciones de educación y abordaje de población de personas en ejercicio de prostitución por medio de centros de escucha, resaltando acciones con ciudadanos venezolanos

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

4.6.40 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 generar responsabilidad en prácticas saludables por parte de los participantes.

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

Tabla 54. 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		Ingeniero Ambiental	Un equipo para la Subred
			Trabajador Social	
			Profesional en Artes	
			Gestores Comunitarios - 6	
			Ingeniero Ambiental	Un equipo para la Subred
			Trabajador Social	
			Gestores Comunitarios	

			Enfermero Profesional	Un equipo para la Subred
			Fisioterapeuta	
			Ingeniero Ambiental	
			Auxiliar de Enfermería	
	Vincúlate		Psicólogo	Un equipo por cada dos localidades
			Trabajador Social	
			Terapeuta Ocupacional	
			Gestor Comunitario	
			Psicólogo	Un equipo por cada dos localidades
			Trabajador Social	
			Terapeuta Ocupacional	
			Enfermero Profesional	
			Gestor Comunitario	
	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 servicios, intervenciones breves y acciones de animación socioculturales teniendo en cuenta aproximaciones poblacionales diferenciales.	Terapeuta Ocupacional Agente de cambio Psicólogo Ingeniero Ambiental Trabajador Social Enfermero Profesional Médico Gestor Comunitario
		Rehabilitación Basado en Comunidad		
		LGTBI - Habitante de Calle		
		Persona Mayor		
		Juventud		
		Barras Futboleras		

		* Iniciativa comunitaria para la materialización del conocimiento construido en las sesiones. * Verificación de las capacidades de autogestión y liderazgo de los participantes.	
	Crónicos		
	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 veinticinco (25) jornadas al mes con un aproximado de cuatro (4) por localidad perteneciente a la Subred; con una ejecución de dos (2) jornadas al día abordando dos (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 cuatro (4) puntos distribuidos en el recorrido de la ciclo vía de la Subred, para lo cual se realiza articulación con el IDRD y Aguas de Bogotá, y siete (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 UBA 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.

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.

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 que componen las UPZ 54 – Marruecos y 96 – Lourdes, las cuales fueron priorizadas desde SDS mediante la revisión de diagnósticos rápidos por microterritorio.

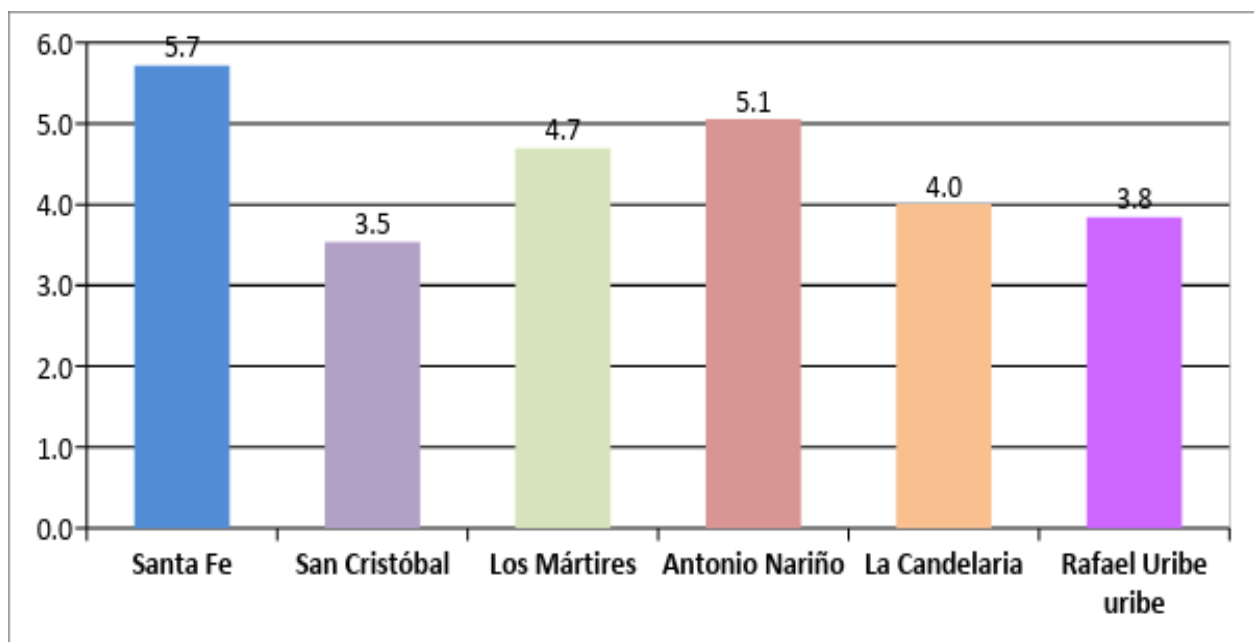
Esta acción busca más que obtener un resultado o ejecución, poder generar una línea base de estas condiciones para la intervención acorde a las necesidades comunitarias en futuras vigencias.

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 ser canalizados para seguimiento por parte de las EAPB de acuerdo a los hallazgos de las valoraciones, estableciendo las alertas correspondientes (figura 19).

Figura 19. Distribución población con riesgo alto. Cuídate, Sé Feliz. Subred Centro Oriente. Año 2017



Fuente: Elaboración propia Equipo ACCSVyE, Espacio Público, a partir de Matriz de Resultados (Corte abril –diciembre de 2017). Enero 2018.

Como se observa en la Figura 19 la localidad con mayor afectación en la población por enfermedades crónicas no transmisibles es Santa Fe con un 5,7 % (n:401 – Población: 7019), seguido de Antonio Nariño con 5,1 % (n: 265 – Población: 5263), situación que refleja el comportamiento de la pirámide poblacional para cada uno de las localidades,

teniendo en cuenta que estas han venido presentando una estreches en su base (figura 1).

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.

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 55. Distribución Jóvenes con Consumo Inicial de SPA. SOJU.
Subred Centro Oriente. Año 2017**

Localidad	Jóvenes	Familias	Grupos	Sesiones	Superación Consumo Inicial	Mejoramiento Calidad de Vida
Santa Fe	327	234	16	24	127	74
San Cristóbal	364	235	13	36	109	107
Los Mártires	464	324	21	24	172	104
Antonio Nariño	150	104	9	12	64	24
La Candelaria	150	104	9	12	64	24
Rafael Uribe Uribe	250	194	14	12	87	54

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

Para la localidad de Rafael Uribe Uribe según la Tabla 55, al 77,6 % (n=194) de las familias se les realizó seguimiento por el riesgo dado por las condiciones de vulnerabilidad presentes en la misma, no sólo para el joven sino también para los demás integrantes. En relación a los grupos conformados, la localidad presenta que con el 5,6 % (n= 14) de los participantes se realizaron grupos para el fortalecimiento de habilidades para la vida con un total de 12 sesiones durante el ciclo del programa.

De acuerdo a la evaluación de superación inicial de consumo, se observa que con el 34,8 % (n= 87) se logró dicho objetivo; evidenciándose un mejoramiento en la calidad de vida de los jóvenes del 21,6 % (n= 54).

Acogida

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.

Comunidades promotoras y protectoras de la salud

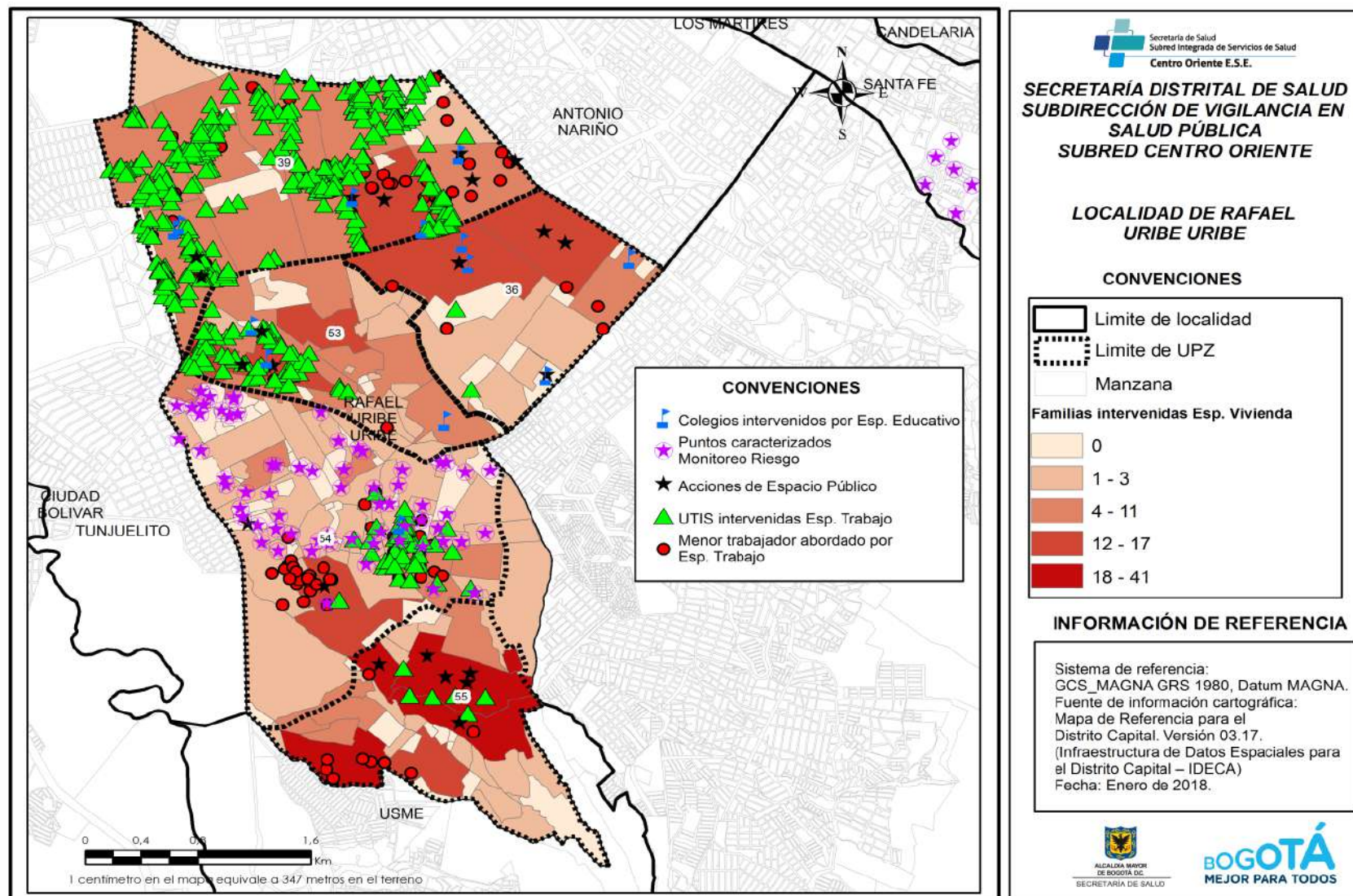
Teniendo en cuenta las características con que se desarrollan estas actividades, no existe un seguimiento a las actividades que permitan la medición del impacto en la comunidad frente a los componentes a ejecutar.

Sin embargo, existen tres componentes que permiten establecer la cobertura 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 25,6 % (n=21) y 74,4 % (n=61) respectivamente.

En el (Mapa 11) se observa las acciones de salud pública, se muestra mayor intervención de UTIS de espacio trabajo en la UPZ de Quiroga, con algunas intervenciones a menores trabajadores en la UPZ de Marruecos, mientras en la UPZ de Diana Turbay espacio vivienda realizo más intervenciones de familias, en cuanto a riesgo hay solo puntos caracterizados en la UPZ de Marruecos.

Mapa 11. Mapa de acciones en salud Pública. Subred Centro Oriente



Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE Localidad de Rafael Uribe Uribe, año 2018.

5.5 Gobernanza

Balance del proceso por componentes y localidades

Posicionamiento de las Políticas Públicas, a través de la interlocución en espacios de coordinación de las mismas, donde se han generado acuerdos como respuestas a las acciones contempladas a los planes operativos, dando respuesta y cumplimiento a partir del accionar del Plan de intervenciones colectivas y de los profesionales que lideran las políticas, por otra parte se han movilizad las problemáticas identificadas y priorizadas en la Subred, encontrando aportes frente a la puesta en marcha de posibles soluciones a las mismas. A través del seguimiento al plan estratégico se avanzó para la vigencia en las siguientes actividades y subactividades por componentes.

4.6.41 Componente 1: Posicionamiento de las políticas públicas en el marco de la Gobernanza, que favorezcan la salud y la vida.

Direccionamiento estratégico

Actividad:

Reunión Equipo de gobernanza componente 1 y 2. Mensualmente se realizaron reuniones de articulación entre el componente 1 y 2, con el fin de organizar y orientar al equipo frente a los aspectos técnicos de los lineamientos y a los procesos técnicos administrativos al interior de la Subred.

Actividad:

Actualización y análisis del mapeo de sectores y actores sociales. Inicialmente se realizó acercamiento a los actores con el fin de conocer las dinámicas locales, espacios que se encontraban funcionando y los insumos de las acciones de cada actor con el fin de elaborar la matriz de mapa de actores, el equipo de componente 1 se reunió con el fin de planear las fases para llevar a cabo este proceso y marchar al mismo ritmo en todas las localidades de la Subred. **Resultado.** Se identificaron los actores generales presentes en las localidades, posteriormente se avanzó en la identificación de los

actores claves, teniendo en cuenta el tema priorizado. Este insumo sirvió para reconocer los actores con los cuales se debían fortalecer relaciones y generar alianzas. Como producto se elaboró Documento análisis mapa de actores.

Actividad:

Interlocución entre grupos, sectores sociales y gobierno local que busca interrelación entre los diferentes actores para la identificación de intereses, poderes y reconocimiento del modo de gestión local para avanzar hacia mayor inclusión de la población, buscando espacios de deliberación y acuerdo públicos. Se inició la participación en los espacios que se encontraban funcionando en las localidades con el fin de conocer si contaban con plan de acción y hacia donde estaban dirigidas sus acciones, cada uno de los miembros del equipo analizó los actores locales y definió el poder, posición e interés a partir de la temática identificada para cada localidad. Por otra parte, se desarrollaron encuentros para abordar temáticas como identificación de problemáticas, respuestas y propuestas. De igual forma se realizaron reuniones en los meses de septiembre, diciembre, enero y febrero para conocer los equipos de cada dependencia, los espacios en los que se participaba y se socializó el proceso desarrollado desde gobernanza y los productos de análisis de mapa de actores y la propuesta de abordaje con el fin de recibir aportes que fortalecieran dicha propuesta.

Resultado: Elaboración del documento de acuerdos de cada una de las localidades de la Subred.

Agenciamiento en instancias locales de decisión y coordinación intersectorial**Actividad:**

Reconocer y analizar las necesidades y problemáticas de los procesos de caracterización social y ambiental identificados desde los diferentes espacios de vida, vinculando los actores a la solución de las problemáticas que no pueden ser resueltas a través de la operación de los espacios, según el mapeo y análisis de actores (intereses/poderes), realizados en el primer momento. Se lleva a cabo reunión con el equipo del componente 1, con el fin de definir la metodología a desarrollar con

los equipos de los espacios para identificación de problemáticas. Por otra parte, se realiza acercamiento con el referente de espacios para la organización de cronograma de participación en reuniones de los mismos, para la identificación de problemáticas a partir de las acciones desarrolladas por los equipos con la comunidad, en las Instituciones educativas, con las familias y en las Unidades de trabajo informal. Sistematización de la información por espacios y localidad, que recoge la información relacionada con las problemáticas, tiempo de ocurrencia, los lugares donde se han identificado las situaciones que afectan las condiciones de vida de la población, los actores a intervenir frente a la solución de las mismas, y las propuestas a partir del accionar institucional.

Actividad:

Participar en las instancias locales de coordinación de las políticas públicas (instancias locales de coordinación normadas desde las políticas públicas distritales) para la implementación, seguimiento y monitoreo de los planes de acción local (salud oral y cursos de vida deben articularse con programas para visibilizar las acciones de implementación de la política). Participación en instancias locales desarrollando acciones de Agenciamiento de acuerdos en respuesta a las acciones contempladas en los planes de acción y a las necesidades de la población en espacios como: Consejo Local de Gobierno, Consejo Local de Planeación, Consejo Local de Política Social. Unidad de Apoyo Técnico, Comisión Local Intersectorial de Participación, Consejo Local de Seguridad y Comité de Derechos Humanos y en los espacios de coordinación de las políticas en las seis localidades que hacen parte de la subred.

Actividad:

Responder a la función de la secretaría técnica de acuerdo a la política pública de discapacidad, salud mental y Seguridad Alimentaria y Nutricional. Se desarrolla el alistamiento de las reuniones cuyas secretarías técnicas están a cargo de la Subred, organizando la agenda a ejecutar a partir de lo contemplado en el plan de acción del espacio, con el fin de hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades registradas

en el mismo, por otra parte, se hace la respectiva convocatoria a través de medios de comunicación como el correo, oficios, whatsapp entre otros.

Durante la vigencia se llevan a cabo las reuniones, desarrollando las agendas propuestas según lo contemplado en el plan de acción, de igual forma se realiza el seguimiento y evaluación a las acciones en coordinación con los actores que asisten a los mismos. Por otra parte, y para el mes de febrero se inicia la definición del plan operativo para el año 2017.

Actividad:

Estructurar propuestas de abordaje intersectorial para la solución de las necesidades y problemáticas identificadas. Como se mencionó anteriormente se realiza reunión con referentes de espacios con el objetivo de definir las propuestas de abordaje intersectorial a partir de la identificación de necesidades y la priorización de problemáticas, se hace presentación de avances de construcción de las mismas y los ejercicios de interlocución a nivel local para la identificación de aportes y recomendaciones de las oficinas de planeación de las alcaldías, de las Juntas administradoras locales, Los Consejos locales de Política Social entre otros. Se definen los insumos que fueron tenidos en cuenta para la elaboración de la propuesta, el POAI, revisión de plan de desarrollo aprobado y fuentes de financiación; posteriormente se envió matriz de propuestas a cada uno de los espacios para ser alimentadas y por último se avanzó en la definición de propuestas por cada una de las localidades de la subred.

Resultado: Documento de Propuesta de Abordaje Intersectorial de las localidades de Santa Fe, Candelaria, Mártires, San Cristóbal, Antonio Nariño y Rafael Uribe.

Actividad:

Gestión intersectorial de rutas desde la estrategia de canalización. En plataforma SIRC, se efectúa el seguimiento de los casos reportados a los sectores que participan en esta estrategia, se realiza gestión de la respuesta a las necesidades identificadas en los espacios de vida cotidiana con los sectores que no participan en la estrategia módulo

SIRC. El módulo SIRC, para la intersectorial no cuenta con el variable cierre de caso, por lo general quedan en trámite o rechazados. Se participa en reuniones con los espacios de vida cotidiana y en espacios locales de las 6 localidades de influencia de la Subred. **Resultado:** Base de datos generada por SDS. Resultados reportados en informes entregados vía correo los días 15 de cada mes, diligenciamiento mensual de tableros de control. Informes trimestrales y semestrales.

Agenciamiento en instancias locales de Decisión y coordinación intersectorial. **Actividad:**

Reconocer y analizar las necesidades y problemáticas de los procesos de caracterización social y ambiental identificados desde los diferentes espacios de vida, vinculando los actores a la solución de las problemáticas que no pueden ser resueltas a través de la operación de los espacios, según el mapeo y análisis de actores (intereses/poderes), realizados en el primer momento. Se lleva a cabo reunión con el equipo del componente 1, con el fin de definir la metodología a desarrollar con los equipos de los espacios para identificación de problemáticas. Por otra parte, se realiza acercamiento con el referente de espacios para la organización de cronograma de participación en reuniones de los mismos, para la identificación de problemáticas a partir de las acciones desarrolladas por los equipos con la comunidad, en las Instituciones educativas, con las familias y en las Unidades de trabajo informal.

Sistematización de la información por espacios y localidad, que recoge la información relacionada con las problemáticas, tiempo de ocurrencia, los lugares donde se han identificado las situaciones que afectan las condiciones de vida de la población, los actores a intervenir frente a la solución de las mismas, y las propuestas a partir del accionar institucional.

Actividad:

Participar en las instancias locales de coordinación de las políticas públicas (instancias locales de coordinación normadas desde las políticas públicas distritales) para la implementación, seguimiento y monitoreo de los planes de acción local (salud oral y cursos de vida deben articularse con programas para visibilizar las acciones de

implementación de la política). Participación en instancias locales desarrollando acciones de agenciamiento de acuerdos en respuesta a las acciones contempladas en los planes de acción y a las necesidades de la población en espacios como: Consejo Local de Gobierno, Consejo Local de Planeación, Consejo Local de Política Social. Unidad de Apoyo Técnico, Comisión Local Intersectorial de Participación, Consejo Local de Seguridad y Comité de Derechos Humanos y en los espacios de coordinación de las políticas en las seis localidades que hacen parte de la subred.

Actividad:

Responder a la función de la secretaría técnica de acuerdo a la política pública de discapacidad, salud mental y Seguridad Alimentaria y Nutricional. Se desarrolla el alistamiento de las reuniones cuyas secretarías técnicas están a cargo de la Subred, organizando la agenda a ejecutar a partir de lo contemplado en el plan de acción del espacio, con el fin de hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades registradas en el mismo, por otra parte, se hace la respectiva convocatoria a través de medios de comunicación como el correo, oficios, whatsapp entre otros.

Durante la vigencia se llevan a cabo las reuniones, desarrollando las agendas propuestas según lo contemplado en el plan de acción, de igual forma se realiza el seguimiento y evaluación a las acciones en coordinación con los actores que asisten a los mismos. Por otra parte, y para el mes de febrero se inicia la definición del plan operativo para el año 2017.

Actividad:

Estructurar propuestas de abordaje intersectorial para la solución de las necesidades y problemáticas identificadas. Como se mencionó anteriormente se realiza reunión con referentes de espacios con el objetivo de definir las propuestas de abordaje intersectorial a partir de la identificación de necesidades y la priorización de problemáticas, se hace presentación de avances de construcción de las mismas y los ejercicios de interlocución a nivel local para la identificación de aportes y recomendaciones de las oficinas de planeación de las alcaldías, de las Juntas administradoras locales, Los Consejos locales de Política Social entre otros.

Se definen los insumos que fueron tenidos en cuenta para la elaboración de la propuesta, el POAI, revisión de plan de desarrollo aprobado y fuentes de financiación; posteriormente se envió matriz de propuestas a cada uno de los espacios para ser alimentadas y por último se avanzó en la definición de propuestas por cada una de las localidades de la subred.

Resultado: Documento de Propuesta de Abordaje Intersectorial de las localidades de Santa Fe, Candelaria, Mártires, San Cristóbal, Antonio Nariño y Rafael Uribe.

Actividad:

Gestión intersectorial de rutas desde la estrategia de canalización. En plataforma SIRC, se efectúa el seguimiento de los casos reportados a los sectores que participan en esta estrategia, se realiza gestión de la respuesta a las necesidades identificadas en los espacios de vida cotidiana con los sectores que no participan en la estrategia módulo SIRC. El módulo SIRC, para la intersectorial no cuenta con el variable cierre de caso, por lo general quedan en trámite o rechazados. Se participa en reuniones con los espacios de vida cotidiana y en espacios locales de las 6 localidades de influencia de la Subred. **Resultado:** Base de datos generada por SDS. Resultados reportados en informes entregados vía correo los días 15 de cada mes, diligenciamiento mensual de tableros de control. Informes trimestrales y semestrales.

5.5.2 Componente 2: Análisis y gestión del conocimiento sobre condiciones de salud y calidad de vida

Actividad:

Construcción del plan de análisis, acorde a las necesidades del territorio. Se realizó un plan de análisis del Documento de análisis de condiciones de salud y calidad de vida donde se incluyeron las variables a utilizar definiendo las fuentes y articulaciones.

Producto Matriz de plan de análisis elaborada y soporte de envío por correo electrónico a la Secretaría Distrital de Salud.

Actividad:

Gestión de datos a partir de la información secundaria. Se realizó el seguimiento y monitoreo de los indicadores por medio de la alimentación y actualización de la matriz de forma mensual. Por otra parte, se realizó informe trimestral de seguimiento a las metas del Plan Territorial de Salud. Se elaboró el plan de trabajo con el cronograma de planeación del COVE local durante la vigencia y se realizó la publicación. Se construyó de forma mensual el informe del Comité de Vigilancia Epidemiológica local COVE los cuales fueron publicados. De igual forma se realizó la planeación, convocatoria y apoyo metodológico del COVE local con vigilancia epidemiológica, espacios y programas.

Resultados: * Seis envíos de matriz de indicadores por correo electrónico a la Secretaría Distrital de Salud

- Dos informes de seguimiento a las metas del Plan Territorial de Salud
- Un plan de trabajo, cronograma y publicación
- Siete informes de COVE local
- Siete planeaciones de COVE local.

Actividad:

Transformación y análisis de los datos: frente a esta actividad se desarrolla lo siguiente: Talleres de georreferenciación y geocodificación enviando los soportes a la Secretaría Distrital de Salud. Participó de forma activa en las reuniones mensuales de la estructuración y estandarización de la información con los referentes distritales y locales.

Por otra parte, se realizó la entrega de tablas y shapes con la información cargada, con oportunidad y calidad a la Secretaría Distrital de Salud. Se realizó la georreferenciación de las bases de nacimientos y defunciones las cuales se enviaron la Secretaría Distrital de Salud. De igual forma se realizó envío a la Secretaría Distrital de Salud las tablas de verificaciones de ajustes realizados de AD&EEVV y se realizó cartografía a demanda y georreferenciación bases de datos las cuales fueron enviadas a la Secretaría Distrital de Salud.

Productos: *Nueve talleres de georreferenciación

- Seis reuniones con referentes distritales
- Siete envíos de tablas y dos shapes
- 14 envíos de bases de datos de nacimientos y defunciones
- Dos envíos de tablas de verificación en la vigencia
- 135 cartografías a demanda.

Actividad:

Generación y socialización de informes con análisis cualitativo y cuantitativo. Se desarrolló lo siguiente: Elaboración del capítulo I acerca de la caracterización del contexto territorial y demográfico y fue enviado por correo electrónico a la Secretaría Distrital de Salud. Se elaboró el capítulo II acerca del análisis de condiciones de vida (determinantes) y fue enviado por correo electrónico a la Secretaría Distrital de Salud, de igual forma se construyó el capítulo III acerca del análisis de indicadores de mortalidad y fue enviado por correo electrónico a la Secretaría Distrital de Salud, se elaboró el capítulo III acerca del análisis de indicadores de morbilidad y fue enviado por correo electrónico a la Secretaría Distrital de Salud. De igual forma se elaboró el capítulo IV acerca de la consolidación y análisis de priorización de necesidades y fue enviado por correo electrónico a la Secretaría Distrital de Salud. Se construyó el capítulo V acerca de las intervenciones en salud pública y fue enviado por correo electrónico a la Secretaría Distrital de Salud. Se elaboró el anexo operativo Bogotá Rural (capítulo I, II, III) y fue enviado por correo electrónico a la Secretaría Distrital de Salud. Por otra parte, se realizó un plan de difusión y se concertaron espacios para la misma.

Finalmente se elaboró el documento de Sala Situacional condiciones crónicas fase de trabajo y decisión con las respectivas actividades que se requirieron (revisión bibliográfica, reuniones, unidades de análisis, concertación de espacios y diseño de herramientas para recolección de información).

Productos.

- Elaboración y envío de los capítulos I, II, III, IV y V

- Elaboración y envío del anexo operativo Bogotá Rural
- Participación en 12 espacios, donde se realizó la divulgación del documento
- Documento de Sala T y un boletín de Sala D.

5.6 Programas y acciones de interés en salud pública

4.6.42 5.6.2 Balance cualitativo y cuantitativo de los procesos para el cuidado de la salud individual y colectiva

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.

Cuadro 3. Balance cualitativo y cuantitativo de los procesos para el cuidado de la salud individual y colectiva

Upz/ localidad	Espacio o proceso	Acción integrada	Acciones desarrolladas	Coberturas
Rafael Uribe Uribe	Programas y acciones de interés en salud pública Programas y acciones de interés en salud pública	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.	Caracterización y priorización de las IPS. Elaboración y socialización del Plan de Direccionamiento técnico en las IPS. Elaboración de Caja de Herramientas, asistencia técnica, definición de directorio de actores. Seguimiento y Activación de rutas, gestión de insumos, medicamentos y biológicos. Seguimiento a pacientes y a cohortes. Realización de jornadas y campañas.	PAISP: 14 IPS (8 públicas y 6 privadas) TRANSMISIBLE S: 23 IPS (8 públicas y 15 privadas)

Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE matriz de resultados espacio público 2017

Tabla 56. Acciones para el cuidado de la salud individual y colectiva

Acción intergrada	Producto	Unidad de medida	Meta		% De cumplimiento al 31 de marzo de 2017
			Programado	Ejecutado	
Programa Ampliado de Inmunización	Planificación y organización para la gestión operativa de programas y acciones de interés en salud pública	Planes de acción implementados, monitoreados y evaluados	42	42	100
	Asistencia y direccionamiento técnico para el desarrollo de capacidades en IPS públicas y privadas en programas y acciones de interés en salud pública.	Plan de fortalecimiento técnico institucional de las IPS que integre las AISP, implementado con modificación positiva en capacidades técnicas	42	42	100
	Gestión de insumo, biológicos y medicamentos en programas y acciones de interés en salud pública.	Tablero de control con seguimiento a la gestión de insumos y medicamentos relacionada con las acciones y programas de interés en salud pública por Subred.	42	42	100
	Gestión de la información de programas y acciones de interés en salud pública.	Tablero de control con seguimiento y análisis de indicadores de programas y acciones de interés en salud pública para la toma de decisiones.	42	42	100
	Coordinación con Actores institucionales, sociales, comunitarios y entes territoriales	Tablero de control con seguimiento a las intervenciones con otros sectores y espacios de vida.	42	42	100

Programa de eventos Transmisibles	Subred Integrada de Prestación de Servicios de Salud con plan integral e integrado para la operación de programas y acciones de interés en salud pública por localidad y seguimiento mensual	Plan implementado por Subred Integrada de Prestación de Servicios de Salud desagregado por localidad y de acuerdo a lineamientos	42	42	100
	IPS priorizadas por localidad con Plan de fortalecimiento técnico institucional que integre los programas y acciones de interés en salud pública, implementado y con seguimiento	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con plan implementado por localidad y de acuerdo a lineamientos	42	42	100
	Subred con tablero de control por localidad para gestión de insumos, biológicos y medicamentos en programas y acciones de interés en salud pública.	Tablero de control por localidad para la gestión de insumos y medicamentos de acuerdo a lineamientos	42	42	100
	IPS priorizadas por localidad con gestión de la información bajo cumplimiento de criterios de calidad, oportunidad, con énfasis en aquellas de obligatorio cumplimiento	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por localidad con gestión adecuada de la información de acuerdo a los lineamientos.	42	42	100
	Instituciones sociales, comunitarias y entes territoriales con acciones coordinadas para la atención integral	Informe de acciones coordinadas de acuerdo a lineamientos. Tablero de control con seguimiento a las intervenciones con Instituciones sociales, comunitarias y entes territoriales	42	42	100

Acciones de Interés en Salud Pública	Subred Integrada de Prestación de Servicios de Salud con plan integral e integrado para la operación de programas y acciones de interés en salud pública por localidad y seguimiento mensual	Plan implementado por Subred Integrada de Prestación de Servicios de Salud desagregado por localidad y de acuerdo a lineamientos	42	42	100
	IPS priorizadas por localidad con Plan de fortalecimiento técnico institucional que integre los programas y acciones de interés en salud pública, implementado y con seguimiento	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con plan implementado por localidad y de acuerdo a lineamientos	42	42	100
	Subred con tablero de control por localidad para gestión de insumos, biológicos y medicamentos en programas y acciones de interés en salud pública.	Tablero de control por localidad para la gestión de insumos y medicamentos de acuerdo a lineamientos	42	42	100

Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE matriz de resultados espacio público 2017

Desde el proceso de Gestión de programas y acciones de interés en Salud Pública se realiza seguimiento mensual a la ejecución del plan programático y presupuestal a través de reuniones mensuales con el equipo y de pre auditoría, donde se adelanta el análisis de las intervenciones realizadas y se verifica el cumplimiento de las acciones de manera mensual verificando calidad, pertinencia y oportunidad; para el periodo septiembre de 2016 a marzo de 2017 se logró cumplir con el 100 % de las acciones, actividades y productos definidos en el plan programático logrando una ejecución presupuestal según lo programado.

Para la vigencia se logró realizar la caracterización y aplicación de listas de chequeo por cada acción y programa al 100 % de las IPS priorizadas; es decir de un total de 55 IPS para acciones, 51 IPS para el Programa Ampliado de Inmunizaciones y de 712 para el programa de eventos transmisibles. Con relación a la acción integradora de

Acciones se construyeron planes de direccionamiento técnico para 51 IPS con la socialización del mismo al 100 %, así como la entrega de caja de herramientas para la asistencia técnica a 50 de ellas. Se elaboró e implementó el tablero de indicadores por localidad realizando un seguimiento y análisis del mismo para el periodo diciembre de 2016 – febrero de 2017.

Para el proceso transversal de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública la articulación va enfocada al fortalecimiento del proceso de activación de rutas, de manera articulada con el proceso de gobernanza; por otra parte se avanza en la participación en espacios locales tales como comité SAN, Consejo red buen trato, COLEV y COLIA, CLOPS y CLG para posicionar los programas y las acciones y determinar alianzas para la gestión e identificación integral del riesgo y la intervención oportuna. Con relación a la disponibilidad del talento humano desde el inicio de la vigencia se contó con el talento humano requerido para el desarrollo de las actividades y productos acorde con los lineamientos y anexos técnicos.

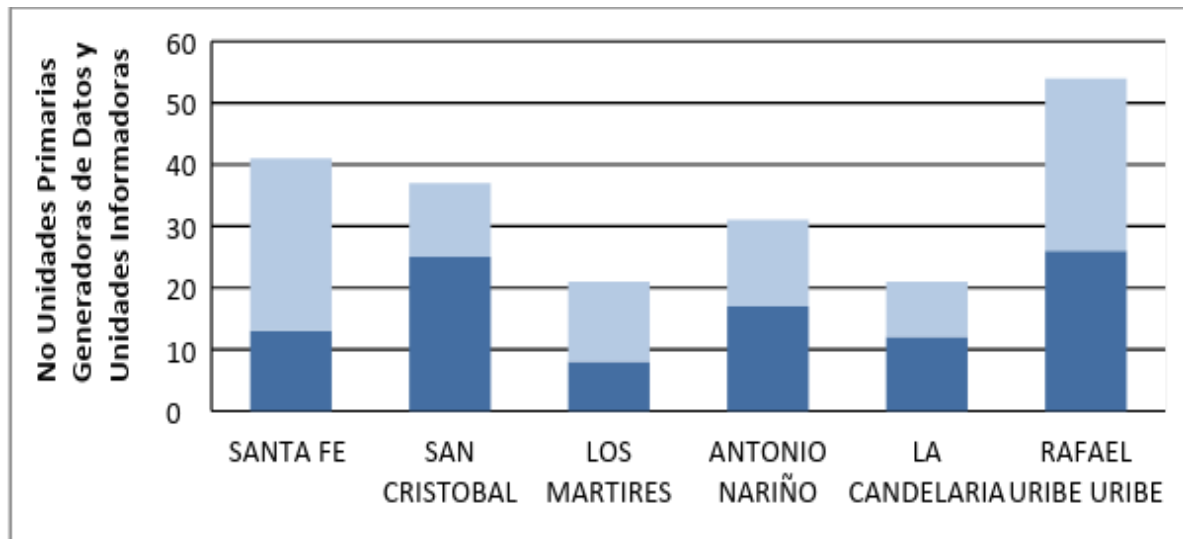
5.7 Vigilancia en salud pública epidemiológica

4.6.43 5.6.1. Balance cualitativo y cuantitativo de resultados consolidados por línea de intervención

Componente transmisible SIVIGILA

La Red de Vigilancia en Salud Pública de la Subred Centro Oriente, durante el periodo septiembre 2016 a marzo 2017, contó con 205 instituciones que notificaron eventos de interés en Salud Pública al sistema de información SIVIGILA, de las cuales un 49,3 % (n=101) son Unidades Primarias Generadoras de Datos-UPGD y un 50,7 % (n=104) Unidades informadoras- UI, distribuidas en las localidades Santa Fe, San Cristóbal, Los Mártires, Antonio Nariño, La Candelaria y Rafael Uribe (figura 20).

Figura 20. Unidades Primarias Generadoras de Datos y Unidades Informadoras activas en el SIVIGILA, Subred Centro Oriente, septiembre 2016 a marzo 2017



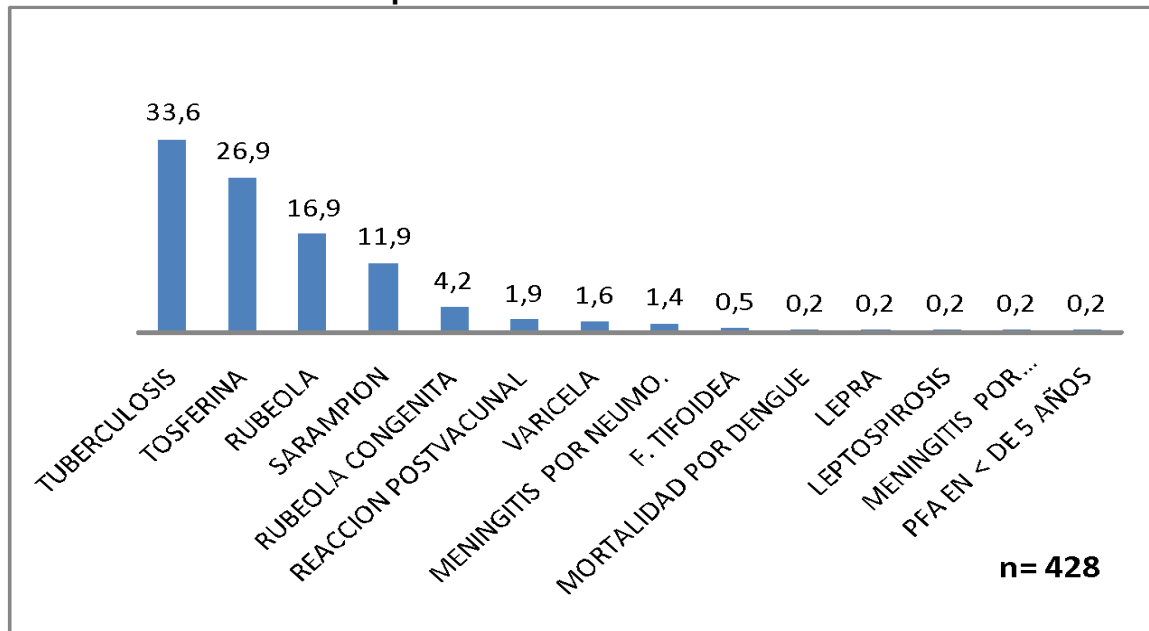
Fuente: Base SIVIGILA, Subred Centro Oriente, agosto 2016 a marzo 2017.

Durante el periodo evaluado, se contó con información oportuna suministrada por las UPGD y UI, ubicadas en las localidades de influencia de la Subred Centro Oriente, lo que permitió realizar el seguimiento y la evaluación constante del comportamiento en la notificación de los eventos de interés en Salud Pública. En el mes de septiembre de 2016, se realizó la actualización de la caracterización en el sistema de información SIVIGILA al 100,0 % de las unidades de Servicios de Salud que conforman la Subred. De igual manera, para el mes de marzo de 2017, se realizó la instalación del SIVIGILA 2017 versión 1.2.0, así como la actualización de la caracterización al 100,0 % (n=101) de las UPGD que conforman la red de VSP.

Transmisibles:

Es de resaltar que para el periodo septiembre 2016 a marzo 2017, se fortalecieron las actividades que permitieron identificar el riesgo, control y mitigación de los eventos de interés en salud pública, a través de las investigaciones epidemiológicas de campo, dando respuesta de manera oportuna, tomando como herramienta fundamental los protocolos y documentos técnicos de la vigilancia en salud pública. Las localidades que demandaron mayor intervención fueron San Cristóbal y Rafael Uribe, teniendo como eventos de mayor incidencia, tuberculosis, tosferina y rubeola.

Figura 21. Distribución porcentual de las Investigaciones Epidemiológicas de Campo según evento, Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente. Septiembre 2016 a marzo 2017



Fuente: Base de datos preliminar IEC, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, 2016 – 2017.

Dentro de las acciones de control y búsqueda activa de personas susceptibles, para los eventos prevenibles por vacuna, se realizaron 264 actividades; de la misma forma se garantizó de manera oportuna la entrega de quimioprofilaxis (116) a los contactos de los casos probables de tosferina y de meningitis por Meningococo. Con relación a los análisis del evento de mortalidad por tuberculosis, durante el periodo se realizaron 18 comités distritales, los cuales permitieron establecer planes de mejora teniendo en cuenta los hallazgos encontrados en las demoras analizadas, fortaleciendo la adherencia a guías de manejo y la calidad de la atención a nivel institucional. Como también a través de la participación en mesas de trabajo (2) con el programa de transmisibles y comité mensual PAI (7), se desarrollaron estrategias que permitieron consolidar la información y realizar procesos de reinducción.

Salud sexual y reproductiva

Para la Vigilancia en Salud Pública de los eventos en salud sexual y reproductiva (SSR) y salud materna e infantil (SMI) en el periodo correspondiente a septiembre 2016

- marzo 2017 se realizó la recopilación, análisis, desarrollo y fortalecimiento de los eventos de Salud Sexual y Reproductiva en la sub red centro oriente logrando hacer parte de las metas establecidas en los objetivos del milenio.

Para la Sub Red Centro Oriente, se refleja una razón de MM de 43,5 por 100.000 N. V, cabe resaltar que los seis casos residentes en la red centro oriente correspondientes a muertes maternas tempranas ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación, aunque se encuentran localidades que no presentaron casos no se da cumplimiento a la meta distrital. Para este periodo se realizaron 47 Investigaciones epidemiológica de Campo de Mortalidad Perinatal de las cuales: 26 fueron inefectivas (Dirección errada o no aceptan visita) y 21 efectivas, con una tasa de 12,4 X 1.000N.V, ubicándose por debajo de la meta Distrital, para este periodo se realizaron 21 análisis distrital de mortalidad perinatal en el periodo se realizó el análisis de 21 casos de Mortalidad perinatal residentes de la localidad de los cuales 17 casos fueron clasificados como muerte perinatal evitable- intervenible y los casos restantes clasificados como muerte perinatal inevitable.

De acuerdo al número de casos residentes de sífilis gestacional por la Red centro Oriente se realizaron 60 investigaciones epidemiológicas de campo de las cuales: 42 fueron efectivas y 18 inefectivas, encontrándose fallas estructurales en el diagnóstico, tratamiento oportuno de los casos sin desconocer la importancia del seguimiento de los casos. Del total se intervinieron 16 casos de sífilis congénita de las cuales 12 fueron efectivas y 4 inefectivas, evidenciándose un incremento para los dos eventos en los meses de febrero y marzo, para este periodo se realizaron 5 casos análisis distrital de Sífilis congénita. Se realizaron 3 unidades de análisis distritales de Mortalidad por SIDA, un caso de transmisión vertical por VIH y 6 de Morbilidad Materna Extrema.

Se realizó fortalecimiento a las UPGD a través de Acompañamientos técnicos (30), Capacitaciones (28) e inducciones (7), durante este periodo se continúan con las estrategias que se vienen desarrollando para controlar el indicador, depuración de base de datos por ocurrencia y residencia articulación con el proceso de EEVV, SIVIGILA, SSR Y SMI, las asesorías a los espacios, familias gestantes sobre la

maternidad segura, el acceso a los servicios de salud y calidad en la prestación de los mismos, desde el área de Salud Pública se realiza seguimiento por espacios.

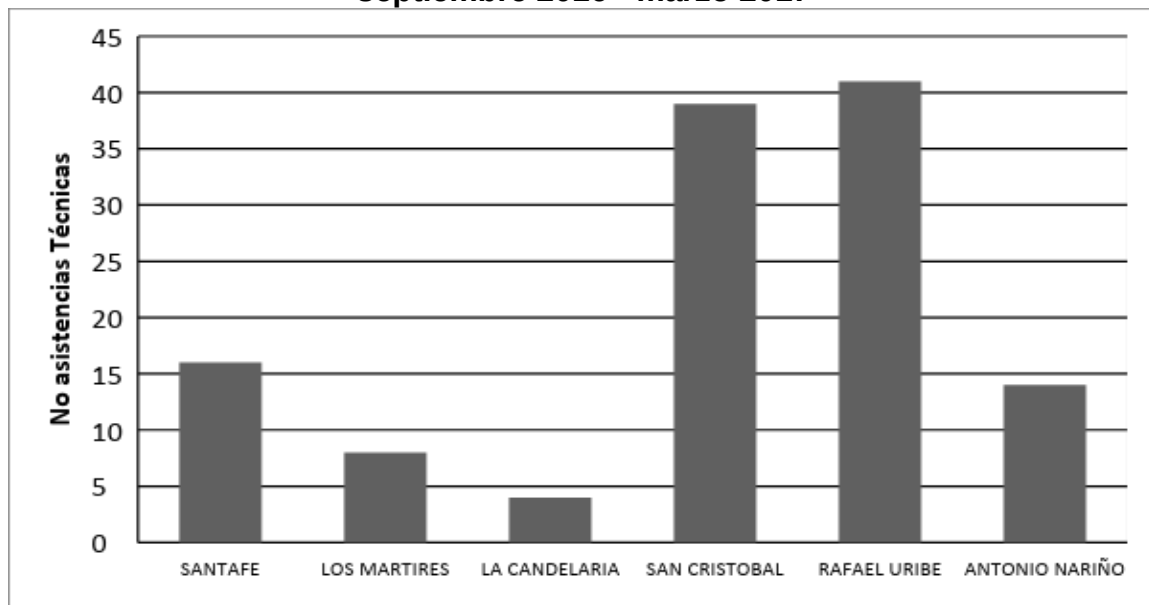
Enfermedad respiratoria aguda:

Para la vigencia correspondiente a agosto 2016 - marzo 2017, se logró la consolidación de la Subred Centro Oriente, se realizó informe trimestral acumulado de Infección respiratoria aguda por cada una de las 6 localidades que conforman la sub red para el tercer y cuarto trimestre de 2016 en donde se analizó el comportamiento de la notificación de IRAG inusitado, Vigilancia Centinela ESI-IRAG, morbilidad y mortalidad por IRA y mortalidad por Neumonía. Teniendo en cuenta que la Convocatoria y realización de las unidades de análisis de mortalidad por IRA se realizan por ocurrencia 23 análisis, todos los análisis cuentan con convocatoria, acta final y soportes.

Para el periodo analizado se realizaron un total de 18 Intervenciones Epidemiológicas de campo de eventos de IRAG Inusitado y mortalidad por IRA. Las Localidades de Rafael Uribe y Antonio Nariño aportan el mayor número de casos intervenidos con el 44,4 % (n=8) y 33,3 % (n=6) respectivamente, las localidades de Santafé, Los mártires, La candelaria y Antonio Nariño aportan cada uno el 5,5 % (n=1) de los casos.

La sub Red Centro Oriente cuenta con 17 salas ERA de IPS públicas y privadas, durante la vigencia se realizó asistencia técnica de manera mensual a cada una de las Salas ERA donde se verifico funcionalidad, cumplimiento en la notificación y se realizó socialización de circulares y demás información relacionada, para el fortalecimiento la estrategia en la Subred. Para el mes de septiembre se cerraron dos Salas ERA por habilitación en la localidad de Santa Fe y para el mes de octubre se cerró una sala ERA en la localidad Candelaria.

Figura 22. Distribución asistencias técnicas sala ERA subred Centro Oriente, septiembre 2016 - marzo 2017



Fuente: Base Datos Salas ERA

Zoonosis:

Durante el período de tiempo comprendido entre septiembre de 2016 y marzo de 2017 se realizaron actividades relacionadas con el evento de Vigilancia integrada de la rabia humana (código 307) en la subred Centro Oriente. Se recibieron 2215 notificaciones de agresiones, de las cuales el 83,79 % (n= 1856) fueron ocasionadas por caninos, el 14,40 % (n= 319) por felinos, el 1,31 % (n= 29) por roedores pequeños, el 0,36 % (n= 8) por humanos, y el 0,05 % (n=1) para el caso de ovino – caprino, bovino y equino respectivamente. Se realizó la correspondiente confirmación telefónica de la ubicación del agresor para el caso de caninos y felinos, con el fin de solicitar la IEC al área de vigilancia sanitaria y realimentar a la UPGD de forma oportuna sobre el estado final del animal.

Se realizaron 15 capacitaciones al equipo médico y personal a cargo de la notificación del evento 307, y 18 asistencias técnicas teniendo en cuenta las falencias evidenciadas en la notificación al SIVIGILA, diligenciamiento de la ficha, clasificación del tipo de exposición y tratamientos antirrábicos ordenados. Se participó en el COVECOM del mes de diciembre en un hogar de personas de la tercera edad, socializando

recomendaciones para evitar agresiones por animales y acciones a tener en cuenta cuando éstas ocurren. Se elaboraron los informes BAI correspondientes a III y IV trimestre del año 2016, los tableros de control mensuales en donde se evidenciaban los seguimientos de animales agresores observables remitidos según localidad de ubicación y el movimiento de la vacuna antirrábica en cada UPGD. Los soportes para la entrega de la vacuna antirrábica (fichas de notificación) en SDS fueron remitidos mensualmente vía correo electrónico por antigua ESE, teniendo en cuenta que los centros de acopio siguen siendo los mismos.

Componente no transmisible

SIVIM

Para el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Violencia Sexual (SIVIM) de la Sub red Centro Oriente, se tiene en cuenta el período de la vigencia comprendida a partir del mes de septiembre de 2016, hasta el mes de marzo de 2017; se realiza una descripción de productos y meta realizada, de acuerdo con lo establecido en la guía operativa generada desde nivel central.

En cuanto al seguimiento de casos prioritarios y de casos control, se tiene en cuenta según meta establecida en negociación con el referente desde Secretaría Distrital de Salud. El seguimiento a casos prioritarios durante la vigencia programada tiene el criterio de víctimas de violencia sexual, víctimas con riesgo vital, maltrato o violencia ejercida contra persona en condición o situación de desplazamiento; igualmente el inicio de seguimiento debe iniciarse en un tiempo no mayor a 48 horas después de captado el caso. Para la vigencia se tiene en cuenta un total de 1666 casos prioritarios. Se programa seguimiento de casos controles los cuales son otros tipos de violencia no mencionados como criterios de caso prioritario. Se tiene en cuenta un número de 399 casos control.

Se realiza radicado de informe para el día 15 de noviembre de 2016, el cual contiene información correspondiente a los meses de enero a septiembre de 2016. El día 28 de febrero de 2017, se realiza radicado de informe anual 2016. Se tiene en cuenta la depuración mensual de la base de datos del SIVIM así como el seguimiento a demanda

de los casos de intoxicación en menores de 5 años asociada a negligencia, reportes de línea 106 o CRUE. Se realiza visitas de asistencia técnica SIVIM según revisión de notificación de las instituciones y solicitudes específicas, este proceso se realiza por referente SIVIM en cada una de las Localidades de la Sub red. Se realiza asistencia y participación en los Comités de atención a víctimas de manera mensual en cada una de las Localidades de la Sub red. Estos comités son dirigidos desde la Secretaría de Integración Social de cada Localidad del Distrito.

SISVECOS

Para el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la de la conducta suicida (SISVECOS) de la Sub red Centro Oriente, se tiene en cuenta el período de la vigencia comprendida a partir del mes de septiembre de 2016, hasta el mes de marzo de 2017; se realiza una descripción de productos y meta realizada, de acuerdo con lo establecido en la guía operativa generada desde nivel central.

Para la vigencia se realizó un total de 553 IEC para los cuales aplicaba la definición de caso de conducta suicida, ideación, amenaza, intento y suicidio consumado. Se realizaron un total de 41 asistencias técnicas a UPGD y UI. Se realiza envío de 2 informes trimestrales, donde se reporta el número de casos por localidad. Se realizan 14 espacios de sensibilización a los profesionales de las UPGDS y UI de la subred centro oriente en la temática de conducta suicida, denominados espacios de articulación donde se fortalece el conocimiento en el proceso de notificación, identificación y manejo de la conducta suicida. Mensualmente se realizó cruce SIVIGILA-SISVECOS permitiendo la identificación y atención de casos atendidos en urgencias por las diferentes UPGD.

SISVAN

El Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional de la Subred Centro Oriente, contó con 66 instituciones que notificaron eventos de interés; los cuales hacen referencia al bajo peso al nacer, desnutrición aguda moderada o severa y la mortalidad por o asociada a desnutrición. Dentro de estas 66 están incluidas aquellas instituciones que

notifican información útil para el seguimiento a indicadores nutricionales e intervenciones en menores, gestantes y persona mayor.

Se realizó visita de asesoría y asistencia técnica al 100 % de las unidades notificadoras, lo cual permitió contar con información de manera oportuna, realizar seguimiento a indicadores nutricionales e intervención según protocolos de vigilancia y lineamiento técnico de SDS. Se realizaron 462 caracterizaciones individuales de riesgo a recién nacidos con bajo peso al nacer y a menores de 5 años con diagnóstico de desnutrición realizando educación en temas relacionados con alimentación y cuidados generales de este grupo de edad.

Como parte de las acciones que permiten el mejoramiento en la notificación de eventos y grupos objeto de la vigilancia, se realizó un censo de equipos antropométricos junto con taller de estandarización en toma de medidas antropométricas dirigido a profesionales que realizan valoración a la población de interés de manera que permita aumentar la validez y confiabilidad de la información.

Crónicos: En la vigencia de septiembre de 2016 a marzo de 2017, el proceso de crónicos de la Subred Centro Oriente se desarrolló proceso de notificación eventos 115 cánceres menores de 18 años y 155 cáncer de cuello uterino y mama, dando cumplimiento a lo establecido en los protocolos de vigilancia. Se realizaron un total de (n=30) unidades de análisis en las diferentes instituciones que son referentes para cáncer tales como El Instituto Nacional de Cancerología y Fundación Hospital La Misericordia, bajo la metodología de las cuatro demoras, para el desarrollo de las unidades de análisis pendientes correspondientes a la Misericordia se generó una estrategia avalada por Instituto Nacional de Salud, la cual corresponde en realizar el análisis de manera aleatoria.

Se llevó a cabo proceso de búsqueda activa institucional. Se realizó seguimiento mensual a los casos residentes con diagnóstico de cáncer con el objetivo de identificar posibles barreras de acceso en tratamiento y estos casos se canalizan a cada EAPB y al referente de programas de la Subred. Frente al proceso de asistencias técnicas se realizó un total de (n=18) a las diferentes UPGDS de las 6 localidades. De forma

mensual se efectuó articulación con SIVIGILA y Estadísticas Vitales, garantizando el proceso de concordancia de la información.

SIVISTRA

Durante la vigencia septiembre 2016 a marzo 2017 el equipo SIVISTRA de la Subred Centro Oriente estuvo conformado por 1 ingeniero químico y/o ambiental y 2 fisioterapeutas especialistas en salud ocupacional tiempo completo; se contó con los insumos requeridos para realizar el trabajo de campo y administrativo. Se realizó investigación de 450 eventos en salud distribuidos de la siguiente manera: 100 accidentes, 345 enfermedades y 5 condiciones peligrosas probables de origen ocupacional, y la caracterización de 160 unidades de trabajo informal con riesgo químico.

Las localidades con mayor abordaje fueron Santafé y San Cristóbal y la de menor cobertura fue Candelaria; el ciclo vital que tuvo mayor frecuencia en las investigaciones de salud con un 47.7 % (174) fue de 27 a 49 años, el régimen fue el subsidiado con 46.6 % (170); las ocupaciones más representativas fueron peluqueros con el 29,4 % (51), mecánicos con 28,9 % (50) y bici taxistas con 16,1 % (28). Las patologías más frecuentes fueron las dorsolumbalgias, los trastornos de tejidos blandos y el síndrome del túnel del carpo y en accidentes las heridas, contusiones y aplastamientos

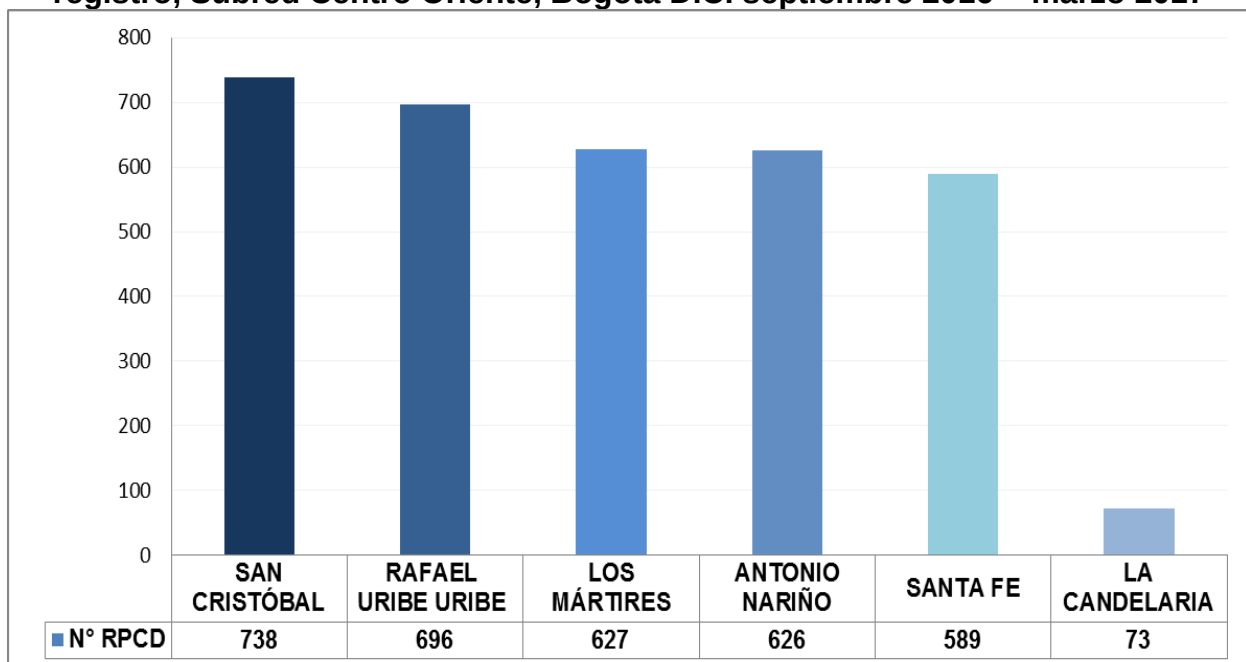
Se realizaron 70 sesiones de asistencia técnica y administrativa a las UPGD, logrando en un 60 % proceso de notificación regular, se obtuvo la notificación de 12 usuarios con probables eventos de origen ocupacional. Se realizó mensualmente articulación con el equipo de espacio de trabajo a quienes se les realizó acompañamiento técnico en temas de interés de SIVISTRA logrando la notificación de 147 eventos de los cuales se investigaron 88, se descartaron 7 y se encontraron fallidos 34, dando en total respuesta a 129 eventos que equivale al 87,7 %. Se realizó articulación mensual con SIVELCE y ocasional con espacio público, BAI y vigilancia en discapacidad y comunitaria, se participó en las reuniones mensuales de vigilancia para fortalecimiento técnico en temas de interés en salud pública. Participación en la realización del boletín distrital.

Entre las dificultades se evidencia la desactualización de la circular 002 de 2014 la cual es un mecanismo legal para favorecer la notificación de los eventos por parte de las UPGD y el no tener avances en el aplicativo por parte de SDS, la recuperación del espacio público por parte del gobierno local hace que los trabajadores informales se creen imaginarios y restrinjan las intervenciones de salud pública en las unidades de trabajo informal.

Discapacidad

Se realizaron en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE un total de 3349 Registros para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, distribuidos por localidad de la siguiente manera: Santa Fe 589 registros, San Cristóbal 738 registros, Los Mártires 627 registros, Antonio Nariño 626 registros, La Candelaria 73 registros y Rafael Uribe Uribe 696 registros. Estos registros de discapacidad fueron realizados a partir de las cinco estrategias para la captación de personas con discapacidad en la Subred, resaltando que el mayor aporte se generó por la estrategia de visitas institucionales (figura 23).

Figura 23. Distribución de la población con discapacidad, según localidad de registro, Subred Centro Oriente, Bogotá D.C. septiembre 2016 - marzo 2017



Fuente: Aplicativo Distrital del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud; subred Centro Oriente septiembre 2016 - marzo 2017.

Durante dicho período se realizaron diferentes reuniones entre VSP Discapacidad, Gobernanza, Discapacidad, Espacios de Vida Cotidiana y otros sub sistemas de VSP, con el fin de articular las acciones encaminadas a la identificación y canalización de población con Discapacidad que contribuyeron a la realización de los Registros para la localización y caracterización de personas con Discapacidad. En cuanto a la PARTICIPACIÓN EN ESPACIOS DE GESTIÓN Y ANÁLISIS, se contó con 89 reuniones en las cuales se realizó la Socialización del proceso de vigilancia en salud Pública de la discapacidad.

SIVELCE

En cuanto a la red de vigilancia del subsistema SIVELCE se establece línea de base del subsistema teniendo en cuenta las UPGD y UI y su volumen de notificación, se realizan mensualmente los tableros de control, que dan cuenta del comportamiento de la notificación según UPGD en términos de oportunidad y calidad del dato, con su respectivo envío email. Se desarrollan 28 actividades de asesoría y asistencia técnica a las UPGD, con sus respectivos informes bimensuales enviados a SDS. Se asiste a 6 capacitaciones específicas necesarias para la operación del subsistema convocadas por SDS.

Con respecto al componente de información del subsistema, se realiza pre crítica de la información al 100 % de las fichas de notificación recepcionadas, se realiza ajuste y depuración de las bases de datos de manera mensual, con su respectivo envío vía correo electrónico a SDS. De manera mensual se verifican RIPS de acuerdo a criterios de diagnóstico CIE10 que corresponde a eventos de lesión de causa externa, para la elaboración y radicación de la BAI de manera trimestral. Para la temporada de vigilancia intensificada de pólvora de fin de año, se cumple con la elaboración, ajuste y depuración de la base de datos específica con 17 casos y realización de 11 IEC.

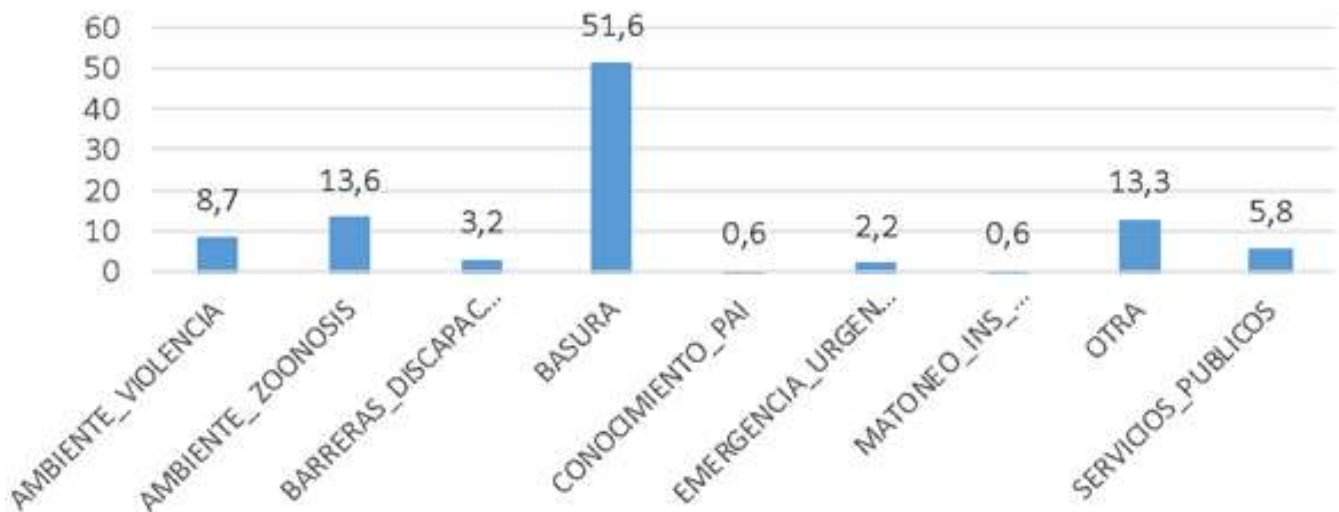
Se realizan 2 informes trimestrales, 7 informes mensuales, 3 informes bimensuales y 7 boletines epidemiológicos para la vigilancia intensificada de pólvora. Se elabora y radica 1 plan de contingencia para la temporada vigilancia intensificada de pólvora. Se realizan durante la vigencia 32 acciones de prevención y socialización de lesiones de

causa externa y articulaciones con los demás subsistemas y áreas de salud pública. Se da cumplimiento al 100 % de los productos planteados para la vigencia.

Vigilancia comunitaria

La Vigilancia Comunitaria en Salud Pública fortalece estrategias, acciones e intervenciones colectivas orientadas a la sensibilización de las comunidades mediante un enfoque participativo y de derechos. La fuente primaria de información para la Vigilancia Comunitaria son las notificaciones que realizan las unidades informadoras - UI-. Desde septiembre de 2016 se ha avanzado en la identificación y caracterización de UI correspondientes a juntas de acción comunal, líderes comunitarios y organizaciones sociales de base. Los reportes colectivos generan procesos de sensibilización, movilización y empoderamiento con la comunidad buscando la transformación social de la realidad presentada. Finalmente se realizan seguimientos de lo captado a partir de los encuentros con la comunidad. Se describe a continuación el comportamiento de la notificación según SSC y PCO entre septiembre 2016 a febrero 2017.

Figura 24. Proporción situaciones socioculturales y problemáticas colectivas notificadas a VCSP Subred integrada de servicios de salud Centro Oriente, julio 2016 - febrero 2017



Fuente: Base de datos preliminar de situaciones socioculturales y problemáticas colectivas VCSP Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente julio a diciembre 2016.

En el Grupo de Monitoreo Participativo se priorizo el trabajo con persona mayor de casa cultural BAKATA, desarrollando temáticas con de los 10 mandamientos del auto cuidado. Se desarrollaron 9 Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria **COVECOM**, en las localidades que componen la Sub Red. Las temáticas abordadas fueron: prevención en enfermedades y promoción en salud; embarazo en adolescentes, prácticas de auto cuidado, uso de pólvora, enfermedades transmitidas por vectores y TB. Además, manejo de residuos sólidos y consumo de sustancias psicoactivas. En general, los espacios se desarrollaron con todos los cursos de vida, captando las percepciones socioculturales de la comunidad y articulando procesos y temáticas con los diferentes actores que integran la Salud Pública.

SISVESO

Para el sistema de Vigilancia en salud oral en la vigencia de acuerdo a lo estructurado en la guía operativa se realizó el cumplimiento al 100 % de los siguientes productos: asesorías y asistencias técnicas las cuales está encaminada a mejorar la calidad, oportunidad y efectividad de la información en el proceso de notificación, se realizaron 15 asesorías. En cuanto a las visitas a población en alerta en salud oral priorizada de acuerdo al riesgo logrando suplir necesidades inmediatas donde se identificaron barreras de acceso a los servicios y gestión del riesgo a los diferentes entes de apoyo según lo requiera se realizaron 24, para el producto de identificación de casos control encaminado a verificar que los pacientes asistan a control en un lapso de 6 meses para la culminación del tratamiento se evidenciaron 222 caso de (PC); distribuidas en las localidades Rafael Uribe: 68 (PC) Antonio Nariño 5 (PC) San Cristóbal: 50 (PC); Mártires 28 (PC) , Santa fe56 (PC) Candelaria 15 (PC).

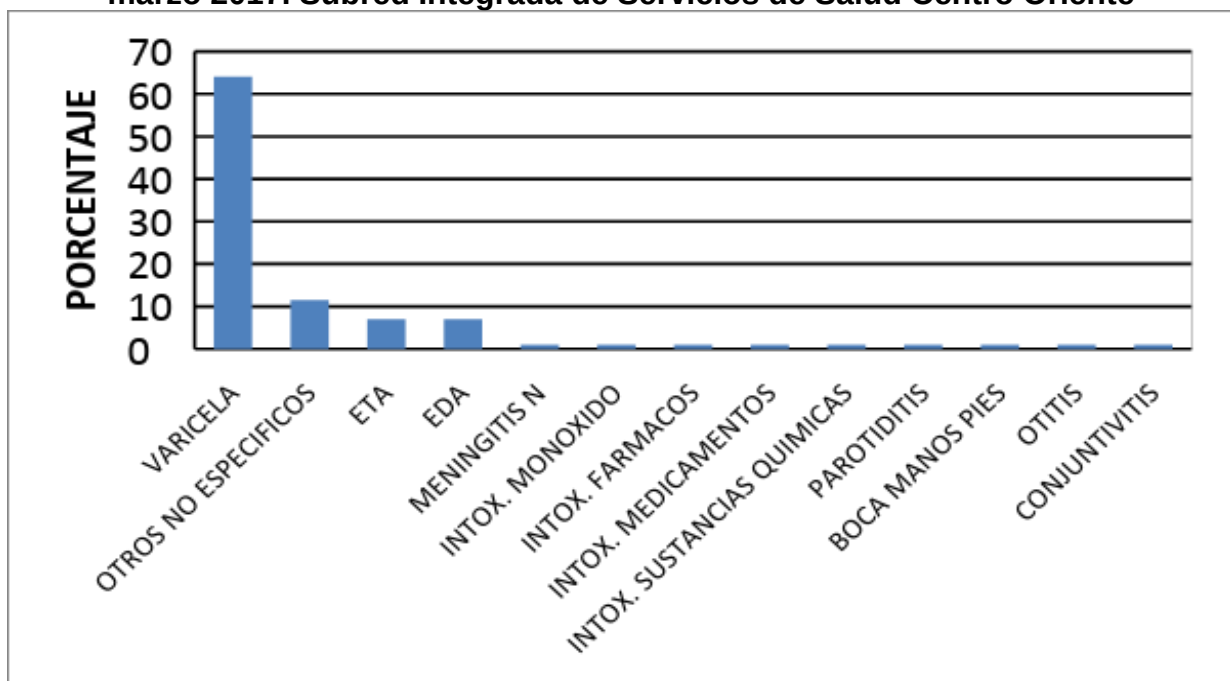
En cuanto al proceso de notificación de la vigilancia centinela (VC) se logró un total 2221 registros realizados, distribuidas en las localidades Rafael Uribe: 702 (VC) Antonio Nariño 286 (VC) San Cristóbal: 543 (VC); Mártires 246(VC), Santa fe358 (VC) Candelaria 86 (VC). Se identificaron 72 casos de población con respuesta evidenciando que estos usuarios finalizan su tratamiento como paciente sano, se logró notificación semanal del evento 228, base de cohortes sanas, tableros de control semanal y mensual realizando depuración y envío de 24 bases de datos correspondientes a los

registros de la vigilancia centinela de la salud oral. Alistamiento y convocatoria para dos unidades de análisis; participación en otros espacios como reunión de espacio y vivienda, escolar, reuniones de servicio de odontología de la Red, reuniones de equipo SISVESO sub-red y una participación en el COVE local para la vigencia.

Urgencias y emergencias en salud pública

Durante el periodo septiembre 2016 a marzo 2017, se dio respuesta oportuna a través de las Unidades Comando en Salud Pública, a los diferentes eventos de interés en salud pública, siendo el de mayor demanda los brotes de varicela, abordando los brotes familiares e institucionales, pero teniendo en cuenta la magnitud, tipo de evento y número de personas afectadas el evento más relevante para este período fue el brote de meningitis por *Neisseria meningitidis*.

Figura 25. Distribución porcentual de los Brotes intervenidos. Septiembre 2016 – marzo 2017. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente



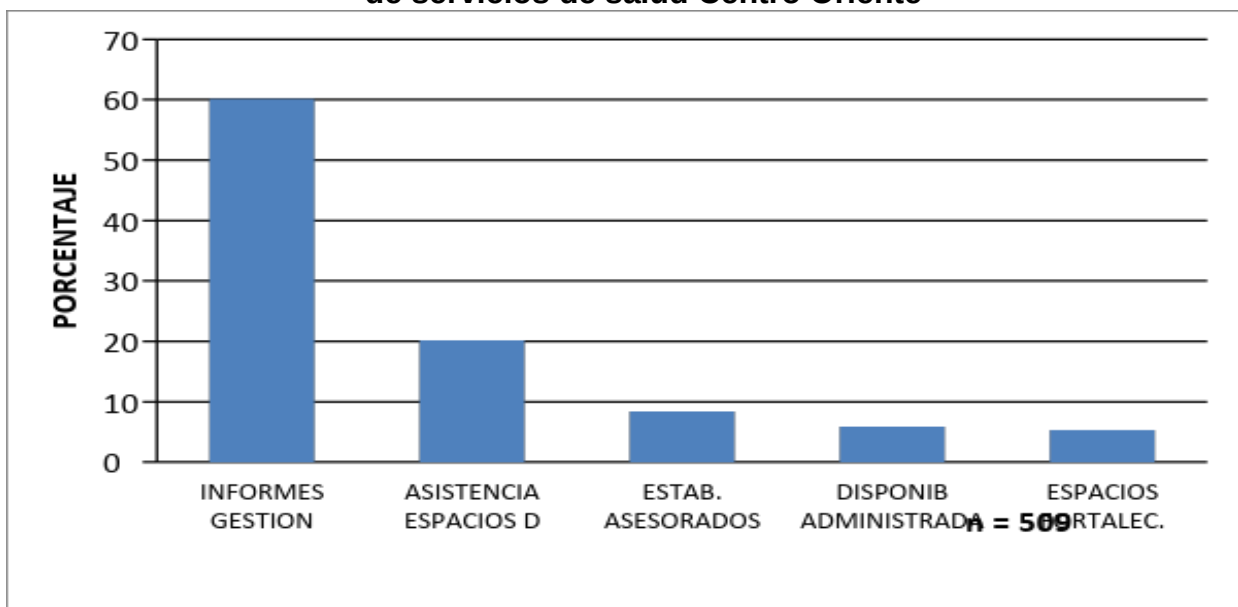
Fuente: Bases de datos Urgencias y Emergencias Subred Centro Oriente – septiembre 2016 a marzo 2017

Para el periodo evaluado, como se observa en la Figura 25 la mayor cantidad de notificación de presentó por varicela con el 62 %, seguido de otros brotes no específicos 11 %; de la misma manera las enfermedades transmitidas por alimentos y

los brotes de enfermedad diarreica aguda presentaron un comportamiento similar con el 7 % cada una.

Teniendo en cuenta la implementación de las respuestas en urgencias y emergencias en salud pública, y acogiendo el proceso de articulación a nivel institucional e intersectorial, se dio respuesta de forma eficaz y efectiva a las actividades que contemplan las acciones de gestión del subsistema.

Figura 26. Distribución porcentual, Actividades de gestión Urgencias y Emergencias en Salud Pública. Septiembre 2016 – marzo 2017. Subred Integrada de servicios de salud Centro Oriente

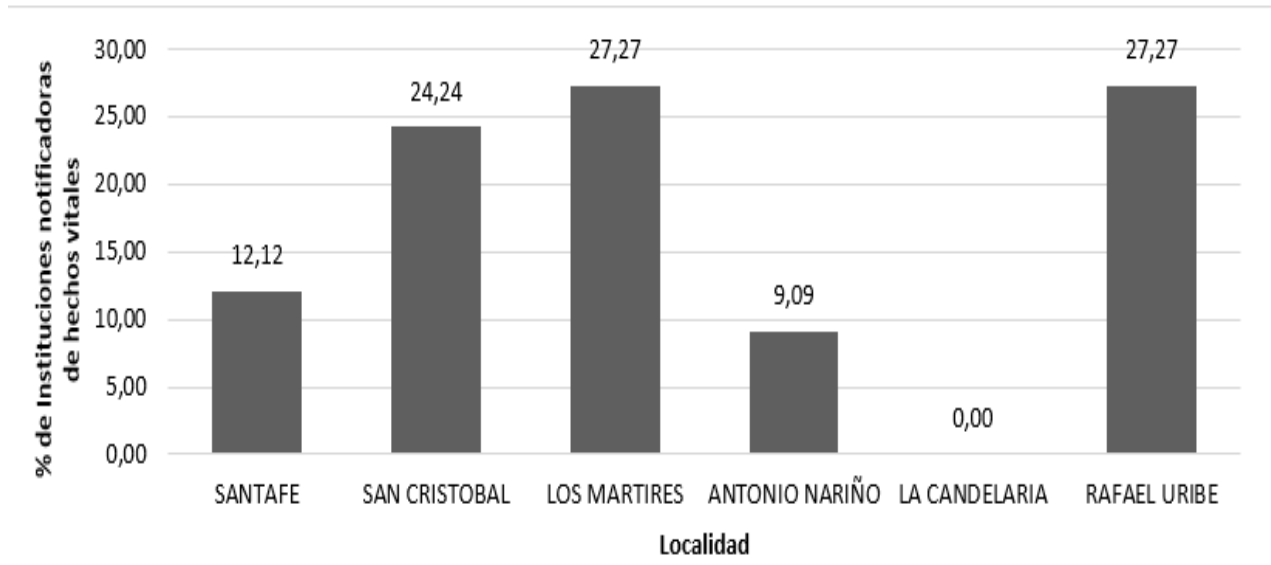


Fuente: Informe de Actividades Urgencias y Emergencias Subred Centro Oriente – septiembre 2016 a marzo 2017.

Análisis demográfico

EEVV

La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente cuenta con 6 localidades, de estas solo 5 generan hechos vitales (nacimientos y defunciones), esto por parte de 33 instituciones, la localidad de La Candelaria no cuenta con UPGD que notifiquen dichos eventos; las localidades que tiene más UPGD notificadoras ante el RUAF-ND son Los Mártires y Rafael Uribe Uribe con el 27,27 % (n=9) cada una seguido de la localidad de San Cristóbal con el 24,24 % (n=8).

Figura 27. Proporción de Instituciones notificadoras de hechos vitales de la Subred Centro Oriente, septiembre 2016 a marzo 2017

Fuente: Análisis Demográfico y Estadísticas Vitales Subred Centro Oriente, 2017

Para el período de septiembre de 2016 a marzo de 2017 se realizaron un total de 229 asistencias técnicas de cobertura en la Subred Centro Oriente siendo la localidad de Rafael Uribe Uribe con un total de 65 seguido por la localidad de Los Mártires y San Cristóbal con 60 y 56 respectivamente. En el período evaluado las localidades donde se presentan el mayor número de nacimientos son San Cristóbal con 6833 y Los Mártires con 4399; estas mismas localidades generan más defunciones con 2827 y 2327 respectivamente.

Tabla 57. Total de hechos vitales en la Subred Centro Oriente, cobertura septiembre 2016 a marzo 2017

Localidad	Agosto 2016		Septiembre 2016		Octubre 2016		Noviembre 2016		Diciembre 2016		Enero 2017		Febrero 2017		Total	
	NV	DF	NV	DF	NV	DF	NV	DF	NV	DF	NV	DF	NV	DF	NV	DF
Santa Fe	0	11	3	13	0	15	0	17	0	12	0	5	0	3	3	76
San Cristóbal	1042	455	1067	414	1017	395	983	375	943	442	918	409	863	337	6833	2827

Los Mártires	639	348	643	312	588	323	648	318	622	373	676	325	583	328	4399	2327
Antonio Nariño	0	72	0	78	0	76	0	77	0	90	0	88	0	79	0	560
Rafael Uribe	368	188	389	145	358	169	372	117	385	175	381	156	288	127	2541	1077
Total	2049	1074	2102	962	1963	978	2003	904	1950	1092	1975	983	1734	874	13776	6867

Fuente: Base de Datos DANE preliminares 2016 – 2017, NV= Nacidos Vivos DF= Defunciones

6. ANÁLISIS Y SÍNTESIS

6.1 Diseño metodológico

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”(32).

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 ésta estrategia brinda las herramientas necesarias para lograr una comprensión integral del territorio, en el marco de los determinantes sociales de la salud (1).

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 (33).

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.

6.2 Identificación de situaciones tensionantes en la localidad

Como parte del ejercicio de agenda sectorial local para la localidad de Rafael Uribe Uribe se realizó una identificación de tensiones las cuales se relacionan de manera directa con diferentes eventos en salud. En este caso, eventos transmisibles como no transmisibles impactan en la calidad de vida de las personas de todos los cursos de vida; a continuación, se muestran los eventos que afectan de manera significativa a las personas residentes en la localidad por curso de vida (tabla 58).

Tabla 58. Identificación de situaciones tensionantes en la localidad de Rafael Uribe Uribe

Curso de vida	Número de tensión	Evento	Indicador año 2016	Valoración final del evento
Niñez - Adolescencia	1	Desnutrición Global < 5 años	DNT Global 5,6 (n=336)	10
		Desnutrición Crónica < 5 años	DNT Crónica 16,1 (n= 972)	
	2	Mortalidad Infantil	Razón de Mortalidad Infantil 7,0 (n= 39)	9

	3	Violencias / Negligencia	314 casos de niños niñas y adolescentes notificados al SIVIM.	11
Juventud	4	Consumo de Sustancias Psicoactivas	309 casos notificados para la localidad lo cual representa el 10,17 % de la Subred Centro Oriente	10
	5	Tasa de fecundidad en mujeres de 15-19 años	Tasa de Fecundidad 60,9 (n=867)	7
Adultez y Vejez	6	Mortalidad por grandes causas	Tasas de Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores 43,94 - Diabetes Mellitus 18,31 - Enfermedades Hipertensivas 17,26 por 100.000 habitantes año 2014	11
Adultez	7	Mortalidad por Tuberculosis	Tasa de Tuberculosis de 5,51 por 100.000 Habitantes para el año 2014	9
Vejez	8	Violencias contra adultos mayores	83 casos de adultos mayores notificados por violencias al SIVIM.	9

Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE año 2017.

La descripción de cada uno de los nodos y la asociación de las diferentes dimensiones se hace necesaria para el ejercicio de validación de los mismos y descripción de las problemáticas a las cuales apunta el ejercicio de agenda sectorial local; para la localidad de Rafael Uribe Uribe se trabaja en tres nodos problemáticos.

Nodo 1: Los condicionamientos socioeconómicos, situaciones de desplazamiento, trabajo informal, necesidades básicas insatisfechas

Curso de vida: Niñez y adolescencia

Los condicionamientos socioeconómicos como falta de oportunidades laborales y familias numerosas con un solo proveedor, situaciones de desplazamiento forzado por el conflicto armado o por aspectos económicos, búsqueda de sustento a través de

trabajo informal, necesidades básicas insatisfechas de la mayor parte de la población y la calidad en la atención de los servicios de salud y acceso al mismo, afectan el cuidado integral de los niños y las niñas de la localidad, lo cual incide directamente en indicadores de desnutrición y morbi-mortalidad infantil (Mapa 12) reflejando las diferentes problemáticas de la localidad en indicadores de estas situaciones, la mayoría de las cuales son prevenibles.

Al relacionar este nodo con las dimensiones PASE desarrolladas y el plan decenal de salud pública, se observa la importante influencia que tiene la dimensión económica en la seguridad alimentaria y nutricional de niños y niñas del distrito, de la misma manera la vida saludable como reflejo de la calidad de vida; ésta se garantiza a través de diferentes acciones durante el desarrollo del niño y desde los controles prenatales y cuidados que la madre debe recibir durante el proceso de gestación.

Las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que reciba la madre, el padre o cuidador durante el desarrollo de los niños y niñas aumenta la capacidad de respuesta, de identificación y acción frente a situaciones de riesgo que puedan presentar los menores incidirá directamente en la atención en salud que reciban y en los indicadores de desnutrición global, desnutrición crónica y mortalidad infantil los cuales están clasificados como evitables.

Análisis de determinantes y EAT resultados

En la localidad se registra un 18 % de la población por debajo de la línea de pobreza monetaria; además ocupa la segunda posición en el distrito con relación al porcentaje de pobres por NBI con 7,0 % y predominan los estratos medio bajo y bajo bajo. También se registran promedios moderados de nivel educativo de los posibles cuidadores pues solo un 35,2 % de personas entre los 18 a 25 años presentan asistencia escolar. Esto puede exponer inestabilidad económica familiar, inaccesibilidad a una vivienda adecuada, deficiente disponibilidad y acceso a alimentación balanceada, prácticas inadecuadas de cuidado, así como limitantes en el acceso a los servicios de salud (anexo 2).

En relación al comportamiento de las desigualdades por Índice de Calidad de Vida, para la localidad durante los años 2011 y 2014 se ubica dentro de las localidades menos aventajadas lo cual da cuenta de un estancamiento frente al avance en la calidad de vida de la población; la satisfacción de necesidades básicas y acceso a servicios de calidad.

Actualmente en la localidad son limitadas las acciones de la estrategia de AIEPI e IEC comunitario dirigido a padres, madres y cuidadores de niños, niñas y adolescentes de las UPZ priorizadas que brinden atención integral que incluya la promoción, la prevención, la detección oportuna de la desnutrición global y aguda, y eduque sobre la identificación de factores protectores; no se encuentra información y capacitación con material educativo dirigido a las comunidades que sea fácil de entender y manipular.

La generación de acuerdos y responsabilidades por parte de los actores de sectores institucionales, privados o comunitarios, no se hace efectiva por falta de articulación y por dificultades en la generación de vínculos transectoriales; por ello es complejo difundir y accionar las rutas de atención.

Las redes locales de agricultores se encuentran en su mayoría desactivadas, limitando la generación de agricultura urbana, así como la comercialización de los productos sin intermediarios, lo que fomentaría la apertura de mercados campesinos en lo local y mejoraría la seguridad alimentaria y nutricional. Tampoco se registra articulación interinstitucional para la ejecución de ferias campesinas que favorezcan la compra de alimentos a un costo más bajo en las UPZ Diana Turbay y Quiroga de la localidad, en atención a que allí no hay presencia de plazas de mercado o centros de acopio.

Para ello, la respuesta debe intensificar la estrategia AIEPI comunitario a través de la educación a padres, madres y cuidadores sobre la identificación de factores protectores y factores de riesgo para Enfermedad Respiratoria Aguda.

A demás es necesario llevar a cabo asistencias técnicas desde el sector salud dirigidas a profesionales para desarrollar herramientas y ejecutar acciones frente a la promoción

de las 18 practicas claves e identificación de signos de alarma, con énfasis en temas de lactancia materna, alimentación complementaria, hábitos alimentarios saludables entre otros. Promocionar y dar a conocer dentro todas las instancias pertinentes el componente de AIEPI comunitario como herramienta para el abordaje en los equipos de trabajo con comunidad en los espacios.

Realizar articulación intersectorial para focalizar grupos vulnerables en riesgo con el fin de fortalecer la estrategia de AIEPI Comunitario en los jardines de la Secretaría de Integración Social modalidad familiar e institucional, a su vez en los DIMF de Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ubicados en las UPZ priorizadas.

Nodo 2: Las débiles redes de apoyo familiar y vínculos afectivos, falta de comunicación, disfuncionalidad familiar, proyecto de vida

Curso de vida: Niñez-adolescencia, juventud, vejez

Este nodo hace referencia a las débiles redes de apoyo, vínculos afectivos, falta de comunicación, disfuncionalidad familiar, proyecto de vida, inadecuado uso del tiempo libre y mal uso y desconocimiento de los métodos anticonceptivos que conllevan a que cada día aumenten los casos de embarazos en adolescentes, violencia, consumo de sustancias psicoactivas y abandono a la persona mayor (mapa 12).

Estas problemáticas en salud mental están estrechamente relacionadas dado que emergen desde la crianza y se profundizan con la falta de redes de apoyo dificultando la detección e intervención de las mismas.

Para la disminución de embarazos adolescentes la ejecución de acciones dirigidas al conocimiento de métodos anticonceptivos, maternidad y paternidad temprana y fortalecimiento del proyecto de vida a través de la identificación de decisiones cotidianas que impactan la vida y generando conciencia en los cambios que implica para la vida de un adolescente el embarazo no deseado.

La dimensión social de la estrategia PASE se relaciona con este nodo, así como con la dimensión del plan decenal de salud pública de convivencia social, salud mental y salud sexual y reproductiva lo cual demuestra la importancia de acciones sociales para

intervenir estas problemáticas en la población dada la convergencia de las dimensiones a las problemáticas.

Análisis de determinantes y EAT resultados

El debilitamiento en las redes de apoyo primarias es una situación que está determinada en la localidad por falencias económicas teniendo en cuenta que se registra un 18 % de la población por debajo de la línea de pobreza monetaria, el desempleo que con un 10,5 % supera la media distrital,³⁴ bajo nivel escolar de los cuidadores -solo un 35,2 % de la personas mayores de 18 años ejercen algún tipo de estudios-, la falta de conocimiento de los padres en derechos de sus hijos, pautas de crianza mal encaminadas, consumo problemático de SPA muchas veces heredado; pues en la localidad se detectan altos niveles de dependencia de psicoactivos lícitos e ilícitos, débiles medidas de control y seguimiento de tráfico de drogas, canales de comunicación ineficientes, la falta de orientación y seguimiento efectivo en la implementación de planes de trabajo al interior de la familia que contribuya a solucionar los conflictos de manera adecuada y además la baja cobertura en la atención psicológica en los servicios de salud (ver anexo 2).

En relación al comportamiento de las desigualdades por Índice de Calidad de Vida, para la localidad durante los años 2011 y 2014 se ubica dentro de las localidades menos aventajadas afectando directamente a las personas que viven en la localidad en todos los cursos de vida.

La oferta de los servicios amigables para jóvenes en las unidades de servicios de salud de baja complejidad no atiende a las exigencias de demanda presentada en la localidad. Faltan estrategias más eficientes que contribuyan al mantenimiento de prácticas de autorregulación que mantengan un estado de salud óptimo en el curso de vida adultez, así como reconocer las necesidades de las personas en este curso de vida.

La cobertura de las familias intervenidas por las estrategias de salud mental es demasiado baja. No se registran suficientes estrategias que incentiven la construcción de entornos propicios para el mejoramiento de la salud mental de la familia y la

comunidad, ni escenarios de participación que permitan a las jóvenes fortalecer la capacidad de toma de decisiones de manera responsable para la construcción del proyecto de vida.

Teniendo en cuenta lo anterior, como acciones que mejoren la salud de la población en la localidad se propone implementar el componente de salud mental comunitaria con sus diferentes módulos a través de la metodología de educación popular. Además, incluir la estrategia de salud mental comunitaria en los proyectos desarrollados por entidades de carácter social presentes en la localidad, con el fin de aumentar la cobertura de familias intervenidas. Intensificar la estrategia AIEPI comunitario a través de la educación a padres, madres y cuidadores.

Nodo 3: Las enfermedades crónicas a temprana edad debido a la carencia de hábitos saludables adecuados, la malnutrición, la falta de ejercicio, el estrés, la no adherencia al tratamiento, inestabilidad económica, consumo de SPA

Curso de vida: Adultez y vejez

La aparición de enfermedades crónicas se presenta cada vez a más temprana edad dejando de ser un tema exclusivo de la vejez, la carencia de hábitos saludables adecuados, la malnutrición por exceso o por déficit, la falta de ejercicio, el estrés, la inadecuada adherencia a los tratamientos, inestabilidad económica, consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas han generado prácticas débiles de autocuidado, asociadas a los estilos de vida que permiten que se desarrollen condiciones crónicas como diabetes, cáncer e hipertensión arterial y enfermedades transmisibles como tuberculosis y virus de VIH los cuales reflejan un alto costo para los servicios de salud (mapa12).

Para este nodo como en el anterior la dimensión social de la estrategia PASE y con las dimensiones del plan decenal de salud pública PDSP, de vida saludable y enfermedades no transmisibles, transmisibles y de convivencia social y salud mental se encuentran al resaltar la necesidad de promoción de hábitos saludables que promuevan la calidad de vida.

Análisis de determinantes y EAT resultados

Frente a las situaciones que relaciona este nodo, la localidad se encuentra expuesta a empeorar su situación, pues abundan determinantes que inciden en el aumento de eventos relacionados como el hacinamiento crítico que supera en 3 puntos la media distrital³⁵, condiciones de vivienda inadecuadas con situaciones higiénico sanitarias desfavorables; hallándose refugios improvisados y familias numerosas en inquilinatos³⁶, falencias económicas teniendo en cuenta que se registra un 18 % de la población por debajo de la línea de pobreza monetaria, el desempleo que con un 10,5 % supera la media distrital (3) y se incrementa en el curso de vida vejez, el programa de control de la enfermedad que para nuestro sistema es deficiente en comparación con el rápido crecimiento de la población adulta infectada, falta de redes primarias de apoyo a adulto mayor, deficientes prácticas de autocuidado; dificultades en la corresponsabilidad y la adherencia a los tratamientos.

Las limitantes en los servicios de salud para dar respuesta adecuada, se fundamentan en dos circunstancias: en primer lugar, se encuentran barreras culturales que estigmatizan algunos niveles de la atención. Por otra parte, la asignación de citas de un nivel especializado, es limitada pues el sistema de salud no habilita oferta suficiente para la demanda que exige la población. La escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados, así como la inoportuna entrega de medicamentos hace que las estadísticas de morbilidad sobre estos eventos empeoren. El comportamiento de las desigualdades por Índice de Calidad de Vida para la localidad, en los años 2011 y 2014 se ubicó en el tercil de las localidades menos aventajadas.

Hace falta mayor articulación intersectorial con el fin de identificar y focalizar grupos con vulneración y riesgo con el fin de fortalecer la estrategia Comunitaria y generar mayor cobertura y efectividad en las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que incluya la promoción de las rutas de atención. De igual forma es necesario incluir Iniciativas comunitarias enfocadas en salud mental con énfasis en la promoción de habilidades para la vida y protección al adulto mayor.

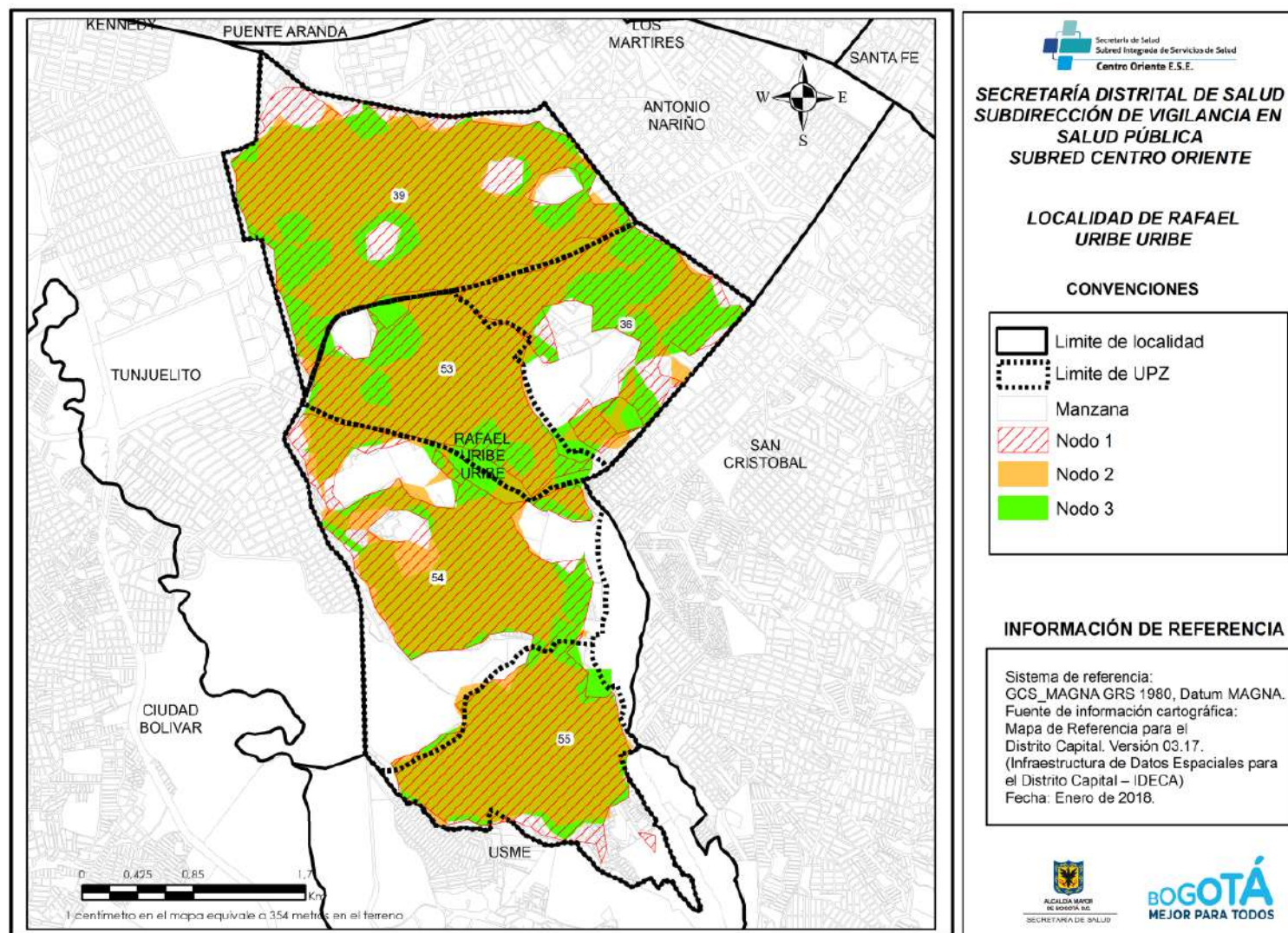
Para el curso de vida adultez son pocas las estrategias pedagógicas, promocionales y de intervención que busquen modificar los comportamientos inadecuados frente a prácticas de autocuidado e incentiven el mantenimiento de hábitos de vida saludable. Así mismo la destinación de recursos para proyectos sociales en este curso de vida es limitada desconociendo las necesidades de los adultos quienes, dados sus roles productivos y laborales están al cuidado de personas en otros cursos de vida descuidando en cierta medida sus propias necesidades.

Los funcionarios no tienen conocimientos suficientes sobre brindar atención con enfoque de derechos y acción sin daño buscando evitar la revictimización, como acción para la humanización del servicio y para la captación de pacientes crónicos para generar adherencia al tratamiento.

Por ello, la propuesta de respuesta se enfoca en aumentar la cobertura de la estrategia "Cuídate sé Feliz" en las UPZ priorizadas, focalización de personas en el curso de vida adultez y persona mayor para incentivar la realización de actividad física regular, consumo de alimentos sanos y seguros, disminución del consumo de sal excesiva, alcohol y tabaco. Acompañamiento al IDRDR para el fortalecimiento de hábitos de vida saludable en torno a la promoción de actividad física, la alimentación sana y el no consumo de tabaco o alcohol, en sus líneas de intervención específicas.

A continuación, se presenta el mapa que describe la dinámica de los nodos para la localidad de Rafael Uribe Uribe.

Mapa 12. Mapa de Nodos localidad de Rafael Uribe Uribe



Fuente: Elaboración propia matriz de determinantes documento ACCVSyE local, Subred Centro Oriente ESE. Diciembre de 2017

Como se observa en el mapa, las diferentes tensiones aportan a la generación de los nodos, así como la confluencia de mayor número de nodos en las UPZ 54 Marruecos y 55 Diana Turbay.

6.3 Recomendaciones

- Para un análisis más diverso, se recomienda incluir aspectos de la dimensión económica entendida como oportunidades de acceso al trabajo, la cual se hace importante por ser transversal e influir directamente en la calidad de vida de las personas.
- Intensificar la estrategia AIEPI comunitario a través de la educación a padres, madres y cuidadores sobre la identificación de factores protectores y factores de riesgo para disminuir las cifras de morbi-mortalidad evitable en niños, niñas y adolescentes de la localidad influyendo principalmente las UPZ Diana Turbay y Quiroga, las cuales presentan el mayor impacto de problemáticas.
- Desarrollar asistencia técnica dirigida a profesionales que desarrollan acciones frente a la promoción de las 18 prácticas claves e identificación de signos de alarma, con énfasis en temas de lactancia materna, alimentación complementaria, hábitos alimentarios saludables.
- Fortalecer la estrategia de salud mental comunitaria por medio del empoderamiento de las familias y comunidades como movilizadores en la divulgación de la misma.
- Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales que promuevan hábitos de vida saludables en los habitantes de las UPZ priorizadas, a través de estrategias educativas a nivel individual y colectivo, que permitan mayor cobertura de la población para la promoción del autocuidado.
- Promover estrategias de salud mental A través de acciones de promoción y prevención dirigida a pautas de crianza, al adecuado manejo del tiempo libre y la importancia de la comunicación familiar para disminuir factores de riesgo

frente a problemáticas como consumo de sustancias psicoactivas, embarazos no deseados en adolescentes, casos de violencia de género y abandono promoviendo la comunicación en familia, el respeto por el otro y la identificación precoz de factores de riesgo para así buscar una respuesta en salud institucional.

- Promover la identificación de la violencia en sus diferentes formas para disminuir la normalización de la misma y mitigar la ocurrencia de eventos como negligencia y abandono tanto en niños como en adultos mayores.
- Programas de fortalecimiento de redes de apoyo para adultos mayores en los que se promueva la atención en necesidades básicas y el establecimiento de redes de apoyo familiares, institucionales y sociales que propendan a la garantía de la calidad de vida buscando proteger así su salud mental.
- Programas para población en curso de vida adultez en los que se fortalezcan redes sociales y se promuevan ejercicios de catarsis y descarga frente a las responsabilidades con las que viven, así como el manejo del estrés.

6.4 Conclusiones y recomendaciones

- Talento humano cualificado para el desarrollo de las intervenciones.
- Entrega oportuna de Insumos por parte de la subred para la ejecución de actividades.
- Implementación de las herramientas que permitan realizar un seguimiento a las acciones que se realizan para cada familia.
- Se sensibiliza a los trabajadores en cuanto a los riesgos presentes en las unidades de trabajo informal y la importancia de realizar cambios en el establecimiento para minimizar el riesgo, el 90 % de las unidades de trabajo informal realiza cambios significativos en búsqueda de mejores condiciones para los trabajadores y con el fin de minimizar accidentes y enfermedades laborales.

- En cuanto a las acciones de trabajo infantil y adolescente se realiza acompañamiento a las familias donde se fortalecen temas de forma conjunta temas que fortalecen el vínculo familiar a través de temas como comunicación asertiva, adecuadas relaciones interpersonales, toma de decisiones, manejo de problemáticas en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana, manejo de emociones, adicionalmente se les presenta la normatividad mostrando la importancia de que el NNA debe estudiar, recrearse y desarrollar su vida de acuerdo a los compromisos propios de la edad.
- Los mayores porcentajes de cambio en imaginarios y prácticas relacionados con la salud, durante la implementación de las estrategias en cada módulo pedagógico; se observó en los grupos de escolares y padres de familia.
- Los planes de acción en salud escolar se cumplieron en el 100 % de las instituciones, sin embargo, es fundamental priorizar intervenciones en términos de sostenibilidad dado a que representa mayor demanda para los equipos operativos.
- Desarrollo en la construcción de confianza y legitimidad del sector salud frente a las comunidades educativas, representada en los avances logrados en procesos como activación de rutas, trabajo con docentes y padres de familia.
- La creación y/o fortalecimiento de políticas escolares en salud es una necesidad sentida y necesaria ya que favorece la generación de capacidad instalada para potenciar los proyectos educativos institucionales, por ello el abordaje a docentes, padres y estudiantes es fundamental para fortalecer la corresponsabilidad y gobernanza.
- Se logró la sensibilización, reconocimiento y desarrollos en gestión de la resolución 2092/2015 de tiendas escolares, mostrando en algunas instituciones voluntad expresa de trabajar en mejorar la oferta de alimentos mayormente balanceados.
- La estrategia que mayor cambio en imaginarios y prácticas favorables en salud, correspondió a la estrategia CUIDARTE evidenciando la importancia de la adherencia de los docentes y los cuidadores en el proceso.
- Necesidad expresa y sentida de las comunidades educativas de articular los procesos de atención colectiva en salud escolar con el ejercicio de la inspección, vigilancia y control.

- Se logró adherencia de la comunidad en los diferentes procesos comunitarios, especialmente frente a los temas de promoción de hábitos saludables, salud mental y socio cuidado.
- Construcción conjunta del conocimiento entre la comunidad y los facilitadores de la subred centro Oriente, lo cual favorece el intercambio de aprendizajes y desarrollo experiencias significativas de los procesos.
- El proceso de comunicación y pedagogía logró aportar de manera positiva en el desarrollo dinámico de cada una de las intervenciones del espacio, a través de actividades recreativas y lúdicas pedagógicas encaminadas al propio cuidado, socio cuidado y la participación en salud.
- Desde el equipo de línea de base, se han gestado proceso de apoyo y acompañamiento a las acciones del espacio Público logrando armonizar los procesos sectoriales e intersectoriales como la elaboración de tablero de indicadores, documentos metadato acompañamiento a jornadas intersectoriales.
- Para la vigencia septiembre –Enero se construye el diagnóstico socio ambiental de las localidades que componen la subred integrada de servicios en salud en el marco de las tres prioridades movilidad, establecimientos abiertos al público, y recreación, lo cual permitió diseñar respuestas integrales de orden institucional según las necesidades evidenciadas de la zona centro oriente en Bogotá.
- Desde el CEMAI durante los siete meses de ejecución de la vigencia se ha podido abordar 9677 personas en las seis localidades que cubre la subred.
- La estrategia CEMAI pese a su alta cobertura, genera nuevas expectativas de atención y evidencia la necesidad de incorporar nuevos perfiles que puedan atender necesidades en salud inmediatas, la población busca con insistencia atenciones médicas, odontológicas las cuales estaban puestas en la anterior estrategia.
- Es urgente generar una mesa de trabajo que propenda por la creación de una ruta de atención integral y otra de tipo transectorial para la población que luego de recibir atención desde el CEMAI pueda ser incluido en programas de salud, sociales que vayan encaminados a procesos de restablecimiento de derechos, disminución de barreras de acceso, rehabilitación, reincorporación a la sociedad

- Definición de mecanismos para el reconocimiento del accionar del proceso de gobernanza a nivel local, a través del posicionamiento del nuevo modelo en salud.
- A través de las referencias de las políticas se lograron articular las acciones de los espacios (vivienda, educación, público y trabajo) del plan de intervenciones colectivas en la implementación de acciones para la mitigación de los determinantes sociales en salud.
- A partir de la identificación de las problemáticas en los espacios de vida cotidiana y a la priorización de las mismas se construyen propuestas de abordaje intersectorial, socializadas en las instancias de participación y coordinación de las políticas
- Con la participación en los espacios locales, del referente de activación de ruta PIC – Intersectorial, se posiciona el componente y se fortalece la articulación intersectorial para la respuesta a las necesidades sociales identificadas por el sector salud. Sin embargo, es importante la articulación con los diferentes profesionales referentes de políticas públicas del componente de gobernanza, para la gestión de los casos, tanto reportados en el Módulo SIRC como los reportados por otros medios.
- Unificación de bases de datos para la acción integradora de Instituciones de Protección que permitan evaluar las acciones realizadas
- Fortalecer a nivel de las instancias de coordinación como la Unidad de Apoyo técnico, Consejo local de Gobierno y la Comisión local intersectorial de participación el nivel de corresponsabilidad de los delegados en el cumplimiento de acuerdos y compromisos.
- Es importante que a nivel distrital se apoye el ejercicio de fortalecimiento frente a la asistencia de actores y sectores en las instancias cuya secretaria técnica están a cargo de salud, siendo importante para la definición de acciones en los planes operativos y en la toma de decisiones frente a las situaciones que afectan la calidad de vida de la población.
- Fortalecer a nivel distrital, los acuerdos sectoriales para la respuesta de las necesidades de salud y sociales para los actores que participan en la estrategia Módulo SIRC.

Referencias bibliográficas

1. Gloria Molina Marín- Gustavo Alonso Cabrera Arana, Agosto de 2008, Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis. Grupo de investigación en gestión y políticas en salud. Facultad nacional de salud pública. Héctor Abad Gómez. Universidad de Antioquia.
2. Bogotá. Secretaría Distrital de Planeación. Diagnostico físico y socioeconómico de las localidades de Bogotá.
3. Bogotá. Secretaría Distrital de Ambiente. Agenda ambiental de la localidad.
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. Alcaldía Mayor de Bogotá, Encuesta Multipropósito 2014 Principales resultados en Bogotá y la Región, Boletín 65, Bogotá D.C, Secretaría Distrital de Planeación 2015.
7. Bogotá. Secretaría Distrital de Planeación. Diagnostico físico y socioeconómico de las localidades de Bogotá.
8. Bogotá. Secretaría Distrital de Ambiente. Agenda ambiental de la localidad.
9. Observatorio Ambiental de Bogotá. Indicadores de espacio público en Bogotá
10. 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)
11. Alcaldía Mayor de Bogotá, Encuesta Multipropósito 2014 Principales resultados en Bogotá y la Región, Boletín 65, Bogotá D.C, Secretaría Distrital de Planeación 2015.
12. Breilh, Jaime. Las Ciencias de la Salud Pública en la construcción de una prevención profunda: determinantes y proyecciones. En: Organización Panamericana de la Salud. Rodríguez, María Isabel, coord. Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud. Washington, D.C.: OPS, 1994. 161 p. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos; no. 101).

13. Análisis de indicadores socioeconómicos y su impacto en la salud pública de Bogotá 2013
14. Encuesta Multipropósito 2014
15. 1Gobernanza. Unidad de análisis Equipo técnico Seguridad alimentaria y Nutricional, Setiembre 2017
16. CEPAL. División de Desarrollo Social. Pobreza, hambre y seguridad alimentaria en Centroamérica y Panamá.
17. Gobernanza. Unidad de análisis Equipo técnico Seguridad alimentaria y Nutricional, Setiembre 2017
18. Gobernanza. Unidad de análisis Equipo técnico Seguridad alimentaria y Nutricional, Julio 2017
19. Gobernanza. Unidad de análisis Equipo funcional Juventud, Julio 2017
20. *Juan Diego López Palacio. Determinantes sociales de la salud en pacientes con tuberculosis - Manizales – Colombia 2012 -2014. Archivos de Medicina (Manizales), Volumen 17 N° 1, Enero-Junio 2017, ISSN versión impresa 1657-320X.*
21. Infraestructura de Datos Espaciales para El Distrito Capital.
22. Alcaldía Local de Rafael Uribe [internet]. Bogotá.
23. CEPAL. Estilos de desarrollo y medio ambiente en la América Latina. Fondo de Cultura E económica. México 12, D. F. 1980.
24. 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.
25. Colombia, Constitución Política de Colombia, Capítulo 2: Delos derechos sociales, económicos y culturales, Artículo 7 y 13.
26. Secretaría Distrital de Salud. Programa Territorios Saludables. Base poblacional Junio 2012 – Junio 2016.

27. Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo Distrital del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad 2016.
28. Secretaría Distrital de Salud. Programa Territorios Saludables. Base poblacional Junio 2012 – Junio 2016.
29. Secretaría Distrital de Salud. Atlas de Salud pública 2014 localidad de Rafael Uribe Uribe.
30. Bogotá. Secretaría Distrital de Planeación. Diagnostico físico y socioeconómico de las localidades de Bogotá.
31. Unidad de análisis con equipo de gobernanza 1 y espacios. Subred centro Oriente. Julio 2017.
32. Vázquez Navarrete, M. Luisa, Mogollón Pérez, Amparo S., García Gil, Ma. del Mar, NECESIDADES EN SALUD DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA POR CONFLICTO ARMADO EN BOGOTÁ. Revista Española de Salud Pública.
33. Secretaría Distrital de Salud. Programa Territorios Saludables. Base poblacional Junio 2012 – Junio 2016.
34. Secretaría Distrital de Salud. Guía técnica del Plan de salud pública de intervenciones colectivas. Bogotá, 2017.
35. Secretaría Distrital de Salud. Ficha Técnica de espacios de vida cotidiana. Bogotá, 2017.
36. 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.
37. 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).
38. Encuesta de Calidad de Vida realizada durante el año 2010 para Bogotá
39. Encuesta multipropósito 2014
40. 3Diagnostico local 2014 ASIS local base APS 2013