

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

Localidad de Santa Fe

3



Alcalde Mayor de Bogotá
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaria de Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública
Elizabeth Coy Jiménez

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE

Gerente
Martha Yolanda Ruíz Valdés

Coordinadora PIC
Lyda Montenegro Parra

Referente de Gobernanza
Yulieth Ávila Bohórquez

Equipo Local Gobernanza 2
Diana Escorcía Sánchez. Epidemióloga
Bayron Quintero Mallungo. Geógrafo
Laura María Medina Pájaro. Antropóloga

Fotografía DE LA portada
Recorrido Abordaje Territorial Localidad de Santa Fe

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

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	13
OBJETIVOS.....	15
1.1. CONTEXTO TERRITORIAL.....	17
1.2. ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA	19
1.3. DINÁMICA DEMOGRÁFICA DE LA LOCALIDAD.....	26
1.4. CONCLUSIONES.....	41
3.1. MORTALIDAD.....	54
3.1.1 Mortalidad por Grandes Causas 6/67	54
3.1.2 Mortalidad por subgrupos de grandes causas 6/67.	59
3.1.3 Mortalidad Infantil y en la niñez.....	75
3.1.4 Mortalidad Materno – Infantil y en la niñez.	79
3.2. ANÁLISIS DE ESTRUCTURA DE MORBILIDAD.....	82
3.2.1. Morbilidad General y Análisis de la Prestación de Servicios	82
3.2.2 Eventos de Vigilancia en Salud Pública.	100
3.2.3 Análisis General de la Morbilidad e Identificación de Prioridades en Morbilidad.	104
4.1. INTRODUCCIÓN	107
4.2. APROPIACIÓN CONCEPTUAL Y BALANCE DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE.....	109
4.3. CONTEXTO DEMOGRÁFICO	113
4.3.1. Estructura Demográfica.....	113
4.4. RELACIÓN DE POBLACIÓN Y TERRITORIO RELACIÓN DE LAS POBLACIONES DIFERENCIALES Y DE INCLUSIÓN CON SU TERRITORIO	131
4.5. CONDICIONES DE VIDA Y DETERMINANTES DE LAS POBLACIONES DIFERENCIALES.....	142
4.5.1 Población Priorizada: Personas con Discapacidad.....	144
4.6. ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN SALUD PARA LAS POBLACIONES DIFERENCIALES.....	157
4.6.1. Población Priorizada: Población con Discapacidad	157
4.7. ACCIONES Y RESPUESTAS EN SALUD.....	168
4.7.1. Población Priorizada:.....	169

5.1.	ESPACIO VIVIENDA	182
5.2.	ESPACIO EDUCATIVO	192
5.3.	ESPACIO TRABAJO	198
5.4.	ESPACIO PÚBLICO	204
6.1.	RECOMENDACIONES.....	241
6.2.	CONCLUSIONES:.....	242
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	243

LISTADO DE MAPAS

Mapa 1.	Contexto territorial, Localidad de Santa Fe. Año 2016.....	18
Mapa 2.	Condiciones de Vida Identificadas en la Zona Rural. Localidad de Santa Fe	51
Mapa 3.	Condiciones de Vida Identificadas. Localidad de Santa Fe por UPZ	52
Mapa 4.	Ubicación de las IPS Públicas y Privadas. Localidad de Santa Fe. Año 2016.....	98
Mapa 5.	Población con Discapacidad por Microterritorio. Localidad de Santa Fe	133
Mapa 6.	Población LGBTI por Microterritorio. Localidad de Santa Fe	135
Mapa 7.	Dinámica Espacial de la Población LGBTI en Ejercicio de Prostitución. Localidad de Santa Fe	137
Mapa 8.	Población Étnica por Microterritorio. Localidad de Santa Fe	139
Mapa 9.	Poblaciones de Inclusión por Microterritorio. Localidad de Santa Fe.....	141
Mapa 10.	Respuesta Institucional desde Salud Pública de la Subred Centro Oriente, en torno a las Poblaciones Diferenciales y de Inclusión	180
Mapa 11.	Síntesis de la Respuesta Institucional en Salud Pública. Subred Centro Oriente.....	215
Mapa 12.	Agregación Espacial de Eventos en Salud por Nodos. Localidad de Santa Fe. Año 2016.....	240

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1.	Densidad Poblacional por UPZ. Localidad de Santa Fe. Año 2015.....	19
Tabla 2.	Comparativo de la Distribución Poblacional por Grupo de Edad y Sexo. Localidad de Santa Fe vs. Subred Centro Oriente – Bogotá. Año 2016	21
Tabla 3.	Distribución de la Población Rural y Urbana por UPZ y Sexo. Localidad de Santa Fe. Año 2015	23
Tabla 4.	Distribución de la Población según Curso de Vida y Sexo. Localidad de Santa Fe. Año 2016.....	23

Tabla 5. Comparativo distribución de la Población según Curso de Vida y por Sexo.	
Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente ESE, Bogotá. Año 2016.....	24
Tabla 6. Régimen de afiliación al SGSS en Salud. Localidad de Santa Fe. Año 2016.....	24
Tabla 7. Comparativo del Régimen de Afiliación al SGSS. Localidad de Santa Fe vs.	
Subred Centro Oriente - Bogotá. Año 2016	25
Tabla 8. Población diferencial identificada. Localidad de Santa Fe	25
Tabla 9. Comparativo Indicadores Demográficos. Localidad de Santa Fe vs. Subred	
Centro Oriente - Distrito Capital. Años 2006, 2011 y 2016	29
Tabla 10. Comparativo Indicadores Demográficos. Localidad de Santa Fe vs. Subred	
Centro Oriente - Distrito Capital. Años 2010 a 2016	30
Tabla 11. Comparativo Tasas Específicas de Fecundidad por Edad.	
Localidad de Santa Fe vs. Subred Centro Oriente - Distrito Capital.	
Años 2010 a 2016	32
Tabla 12. Comparativo Razón de Masculinidad. Localidad de Santa Fe vs. Subred	
Centro Oriente - Distrito Capital. Años 2010 a 2016	34
Tabla 13. Distribución de Variables sociodemográficas de Madres Adolescentes	
de 10 a 14 años. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2016.....	36
Tabla 14. Distribución de Variables Sociodemográfica de Madres Adolescentes	
de 15 a 19 Años. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2016	37
Tabla 15. Distribución de la Mortalidad General Grandes Causas 6/67 por	
Quinquenios. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014	55
Tabla 16. Distribución de la Mortalidad por Grandes Causas 6/67 y Tasas Crudas	
por Sexo. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014	56
Tabla 17. Distribución Tasas Crudas por Sexo de la Mortalidad de Grandes	
Causas 6/67 por Subgrupos. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014.....	60
Tabla 18. Distribución de la Mortalidad Mal Definida, por Sexo y Tasas Ajustadas.	
Localidad de Santa Fe vs. Subred. Años 2012 a 2014	61
Tabla 19. Distribución Tasas Ajustadas por Sexo de la Mortalidad de Grandes	
Causas 6/67 por Subgrupos – Enfermedades Transmisibles.	
Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014	63
Tabla 20. Distribución de la Mortalidad del Subgrupo de las Neoplasias, por Sexo	
y Tasas Ajustadas. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014	65

Tabla 21. Distribución de la Mortalidad del Subgrupo de las Enfermedades del Sistema Circulatorio, por Sexo y Tasas Ajustadas. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014	68
Tabla 22. Distribución de la Mortalidad del Subgrupo de Ciertas Afectaciones Originadas en el Periodo Perinatal, por Sexo y Tasas Ajustadas. Localidad de Santa Fe vs. Subred. Años 2012 a 2014	70
Tabla 23. Distribución de la Mortalidad del Subgrupo de Causas Externas, por Sexo y Tasas Ajustadas. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014	72
Tabla 24. Distribución de la Mortalidad del Subgrupo de las Demás Causas, por Sexo y Tasas Ajustadas. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014	74
Tabla 25. Tasas Específicas de Mortalidad Infantil y en la Niñez según Lista de Tabulación de la Mortalidad Infantil y del Niño – Menores de 1 Año (16 Grandes Causas). Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014	76
Tabla 26. Tasas Específicas de Mortalidad Infantil y en la Niñez según Lista de Tabulación de la Mortalidad Infantil y del Niño – Menores de 1 a 4 años (16 Grandes Causas). Localidad de Santa Fe vs. Subred. Años 2012 a 2014	78
Tabla 27. Tasas Específicas de Mortalidad Infantil y en la Niñez según Lista de Tabulación de la Mortalidad Infantil y del Niño – Menores de 5 años (16 Grandes Causas). Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014	79
Tabla 28. Indicadores de Mortalidad Materno Infantil y en la Niñez. Localidad de Santa Fe vs. Distrito y Subred. Años 2012 a 2016	81
Tabla 29. Distribución General de la Morbilidad por Grandes Causas. Localidad de Santa Fe vs. Subred. Años 2012 - 2016	84
Tabla 30. Distribución de la población Atendida según Curso de Vida. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2016	86
Tabla 31. Distribución General de la Morbilidad por Grandes Causas. Menores De 1 Año, Primera Infancia e Infancia. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2016	87
Tabla 32. Distribución General de la Morbilidad por Grandes Causas. Adolescencia y Juventud. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2016	89
Tabla 33. Distribución General de la Morbilidad por Grandes Causas. Adultez y Vejez. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2016	90

Tabla 34. Distribución 10 Primeras Causas de Morbilidad por Sexo.	
Localidad de Santa Fe. Años 2015, 2016	92
Tabla 35. Distribución 10 Primeras Causas de Morbilidad General en el Servicio	
de Consulta Externa. Localidad de Santa Fe. Años 2015, 2016	93
Tabla 36. Distribución 10 Primeras Causas de Morbilidad General en el Servicio de	
Hospitalización. Localidad de Santa Fe. Años 2015, 2016	94
Tabla 37. Distribución 10 Primeras Causas de Morbilidad General en el Servicio de	
Urgencias. Localidad de Santa Fe. Años 2015, 2016	95
Tabla 38. Prestadores de Servicios de Salud según Naturaleza Jurídica.	
Localidad de Santa Fe. Año 2016	99
Tabla 39. Distribución de Servicios Ofertados en los Puntos de Atención,	
según Naturaleza Jurídica de los Prestadores de Servicios de Salud.	
Localidad de Santa Fe. Año 2016	99
Tabla 40. Distribución de la Notificación por Grupos de Eventos.	
Localidad de Santa Fe. Año 2016	101
Tabla 41. Distribución de la Notificación por Grupos de Eventos por Dimensión PDSP.	
Localidad de Santa Fe. Año 2016	102
Tabla 42. Distribución de la Notificación por Subsistemas Distritales de Vigilancia	
Epidemiológica. Localidad de Santa Fe. Año 2016	103
Tabla 43. Prevalencia de Eventos Precursores. Localidad de Santa Fe vs. Subred.	
Años 2012 a 2016	104
Tabla 44. Víctimas de Conflicto Armado según Población Diferencial y de Inclusión.	
Localidad de Santa Fe	111
Tabla 45. Comparativo de la Distribución Poblacional Diferencial por Sexo.	
Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente, Bogotá. Base APS Años	
2012 a 2016	114
Tabla 46. Comparativo de la Distribución Poblacional Diferencial por Sexo.	
Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente, Bogotá. Base	
SIVIGILA año 2016	114
Tabla 47. Comparativo Nacidos Vivos en Poblacional Diferencial.	
Localidad de Santa Fe vs. Subred Centro Oriente. Año 2016	116

Tabla 48. Comparativo de la Distribución Poblacional con Discapacidad. Localidad de Santa Fe vs. Subred Centro Oriente. Base Discapacidad. Años 2004 a 2015	117
Tabla 49. Comparativo Caracterización de Población Habitante de Calle. Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente, Bogotá. Base APS. Años 2012 a 2016	118
Tabla 50. Comparativo Caracterización de Población en Ejercicio de Prostitución. Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente, Bogotá. Base APS. Años 2012 a 2016	119
Tabla 51. Comparativo Caracterización de Población Víctima del Conflicto Armado. Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente, Bogotá. Base APS. Años 2012 a 2016	120
Tabla 52. Comparativo Caracterización de Personas de los Sectores Sociales LGTBI. Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente, Bogotá. Base APS. Años 2012 a 2016	121
Tabla 53. Comparativo Caracterización de Población Étnica. Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente, Bogotá. Base APS. Años 2012 a 2016.....	122
Tabla 54. Comparativo de la Distribución Poblacional Indígena por Momento de Curso de Vida. Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente, Bogotá. Base SIVIGILA. Año 2016.....	124
Tabla 55. Comparativo de la Distribución Poblacional Negro, Mulato, Afrocolombiano por Momento de Curso de Vida. Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente, Bogotá. Base SIVIGILA. Año 2016	124
Tabla 56. Comparativo de la Distribución Poblacional Rom, Gitano por Momento de Curso de Vida. Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente, Bogotá. Base SIVIGILA. Año 2016.....	125
Tabla 57. Comparativo Caracterización de Población Recicladores. Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente, Bogotá. Base APS. Años 2012 a 2016	126
Tabla 58. Comparativo Caracterización de Población bodegueros. Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente, Bogotá. Base APS. Años 2012 a 2016	127
Tabla 59. Distribución de la Notificación Eventos SIVIGILA por Dimensiones en Población Habitante de Calle. Localidad de Santa Fe. Año 2016	159

Tabla 60. Distribución de la Notificación Eventos SIVIGILA por Dimensiones según Pertenencia Etnia. Localidad de Santa Fe. Año 2016	166
Tabla 61. Distribución de Usuarios con agendamiento, componente Gestión de Riesgo. Localidad de Santa Fe. Año 2017	185
Tabla 62. Acceso a Programas Componente de Gestión del Riesgo por Localidad y UPZ. Localidad de Santa Fe. Año 2017	186
Tabla 63. Familias abordadas por localidad, componente acciones Familiares, Subred Centro Oriente. Año 2017	187
Tabla 64. Indicadores de Operación en Acciones Familiares por Localidad y UPZ. Localidad de Santa Fe. Año 2017	188
Tabla 65. Hogares Comunitarios abordados por localidad, componente Hogares comunitarios. Subred Centro Oriente	189
Tabla 66. Indicadores de Operación en Hogares Comunitarios y de Bienestar. Localidad de Santa Fe. Año 2017	190
Tabla 67. Colegios Abordados. Localidad de Santa Fe. Vigencia Abril 2017- Febrero 2018	196
Tabla 68. Distribución Estructura. Espacio Trabajo. Subred Centro Oriente	200
Tabla 69. Porcentaje de Trabajadores Afectados por las Condiciones de Trabajo en las UTIS por Localidad. Subred Centro Oriente 2017	203
Tabla 70. Porcentaje de UTIS que Implementan la Estrategia de Entornos Laborales Saludables por Localidad. Subred Centro Oriente 2017	204
Tabla 71. Distribución Jóvenes con Consumo Inicial de SPA. SOJU. Subred Centro Oriente. Año 2017	212
Tabla 72. Identificación de Situaciones Tensionantes. Localidad de Santa Fe. Año 2016 ...	219

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide Poblacional por Quinquenios de Edad. Localidad de Santa Fe. Años 2006, 2011 y 2016	22
Figura 2. Comparativo Serie Total Nacidos Vivos. Localidad de Santa Fe vs. Subred Centro Oriente – Bogotá. Años 2011 a 2016	33

Figura 3. Serie Nacimientos según Edad de la Madre. Localidad de Santa Fe.	
Años 2011 a 2016.....	35
Figura 4. Tasas Específicas de Fecundidad de 10 a 14 Años. Localidad de Santa Fe vs .	
Subred Centro Oriente – Bogotá. Años 2011 a 2016.....	40
Figura 5. Tasas Específicas de Fecundidad de 15 a 19 Años. Localidad de Santa Fe vs.	
Subred Centro Oriente – Bogotá. Años 2011 a 2016.....	41
Figura 6. Distribución de la Mortalidad por Grandes Causas 6/67 y Tasas	
Ajustadas en Hombres. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014	57
Figura 7. Distribución de la Mortalidad por Grandes Causas 6/67 y Tasas Ajustadas en	
Mujeres. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014	58
Figura 8. Distribución de la Mortalidad por Grandes Causas 6/67 y Tasas Ajustadas.	
Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014	59
Figura 9. Distribución Tasas Crudas de la Mortalidad de Grandes Causas 6/67 por	
Subgrupos. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014	62
Figura 10. Distribución de las Cinco Principales Causas de Mortalidad del Subgrupo	
de las Enfermedades Transmisibles, Tasas Ajustadas Totales.	
Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014	64
Figura 11. Distribución de las Cinco Principales Causas de Mortalidad del Subgrupo de las	
Neoplasias, Tasas Ajustadas Totales. Localidad de Santa Fe.	
Años 2012 a 2014.....	67
Figura 12. Distribución de la Mortalidad del Subgrupo de las Enfermedades	
del Sistema Circulatorio, Tasas Ajustadas Totales. Localidad de Santa Fe.	
Años 2012 a 2014.....	69
Figura 13. Distribución de la Mortalidad del Subgrupo de Ciertas Afectaciones	
Originadas en el Periodo Perinatal, Tasas Ajustadas Totales.	
Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014	71
Figura 14. Distribución de las Cinco Principales Causas de Mortalidad del Subgrupo	
de Causas Externas, Tasas Ajustadas Totales. Localidad de Santa Fe.	
Años 2012 a 2014.....	73
Figura 15. Distribución de las Cinco Principales Causas de Mortalidad del Subgrupo	
de las Demás Causas, Tasas Ajustadas Totales. Localidad de Santa Fe.	
Años 2012 a 2014.....	75

Figura 16. Distribución 10 Primeras Causas de Morbilidad General por Curso de Vida.	
Localidad de Santa Fe. Años 2015, 2016	96
Figura 17. Comparativo de la Distribución Poblacional Diferencial por Sexo.	
Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente, Bogotá. Base discapacidad años 2004 a 2015	115
Figura 18. Distribución de Población con Discapacidad por UPZ. Localidad de Santa Fe.	
Base Discapacidad. Años 2004 a 2015	118
Figura 19. Distribución de Poblaciones Diferenciales por UPZ. Localidad de Santa Fe.	
Base SIVIGILA. Año 2016	126
Figura 20. Pirámide de Priorización de Población Diferencial. Localidad de Santa Fe.....	144
Figura 21. Problemas en Salud Identificados en la Población Habitante de Calle.	
Localidad de Santa Fe	161
Figura 22. Identificación de Problemáticas en Salud de la Población en Ejercicio de Prostitución Masculina y Femenina. Localidad de Santa Fe.....	163
Figura 23. Problemáticas de Salud Identificadas en la Población Víctima del Conflicto Armado. Localidad de Santa Fe.....	164
Figura 24. Problemáticas de Salud Identificadas en las Personas de los Sectores Sociales LGBTI. Localidad de Santa Fe	166
Figura 25. Problemáticas Sociales y de Salud Identificadas en la Población Étnica.	
Localidad de Santa Fe	168
Figura 26. Respuesta Identificada para las Necesidades en Salud de la Población con Discapacidad. Localidad de Santa Fe.....	170
Figura 27. Respuesta Identificada para las Necesidades en Salud de los Ciudadanos de Calle. Localidad de Santa Fe	173
Figura 28. Respuesta Identificada para las Necesidades en Salud de la Población en Ejercicio de Prostitución. Localidad de Santa Fe	175
Figura 29. Respuesta Identificada para las Necesidades en Salud de la Población LGBTI. Localidad de Santa Fe.....	177
Figura 30. Niños y Niñas Trabajadores con Desvinculación Progresiva de las Peores Formas de Trabajo Infantil por localidad. Subred Centro Oriente 2017...	202
Figura 31. Adolescentes con Desvinculación Progresiva de las Peores Formas de Trabajo Infantil por Localidad. Subred Centro Oriente 2017	203

Figura 32. Distribución Población con Riesgo Alto. Cuídate, Sé Feliz.

Subred Centro Oriente. Abril 2017 – Enero 2018 211

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1. Conteo y Categorización de Microterritorios y Territorios en Salud.

Vigencia 2012 – 2016. Localidad de Santa Fe.....108

Cuadro 2. Modelo Tradicional (Patriarcal) de la Construcción de Género 129

Cuadro 3. Comparativo Viejas Masculinidades vs. Nuevas Masculinidades 129

Cuadro 4. Comparativo de los Sistemas de Salud de acuerdo al Modelo de Referencia.....130

Cuadro 5. Técnicas Metodológicas del Desarrollo de la Unidad de Análisis 142

Cuadro 6. Parámetros de Justificación de Priorización. Localidad de Santa Fe.....144

Cuadro 7. Respuesta Identificada para las Necesidades en Salud de los

Pueblos Indígenas. Localidad de Santa Fe 178

Cuadro 8. Estructura Operativa Espacio Vivienda. Subred Centro Oriente. Año 2017.....183

Cuadro 9. Estructura Espacio Educativo. Subred Centro Oriente 193

Cuadro 10. Estructura Espacio Público. Subred Centro Oriente 205

INTRODUCCIÓN

El documento de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad – ACCVSyE – 2016 de la localidad de Santa Fe está orientado a describir el proceso de salud-enfermedad de la población, desde la perspectiva de la salud urbana, considerando los desenlaces en salud que subyacen en el marco de la constante interacción entre las dimensiones poblacional, ambiental, social y económica. De esta manera, su propósito está centrado en la generación de una línea de base sobre la situación de salud local que permita orientar las acciones sectoriales e intersectoriales, en aras de mejorar las condiciones de calidad de vida de los habitantes de la localidad en sus diferentes momentos del curso de vida. Para ello, se desarrollan análisis que integran los enfoques cuantitativo, cualitativo y espacial, lo que da pie a una lectura compleja de la situación de salud local para su eventual abordaje e intervención.

En este sentido, el presente documento se estructura en seis capítulos, así:

1. Caracterización de los contextos territorial y demográfico, en donde se abordan las generalidades locales relacionadas con sus características político-administrativas, geográficas, ambientales y de amenazas de origen natural; así como con su estructura y dinámica demográficas; a partir de lo cual se realiza una primera aproximación a la identificación de necesidades y situaciones que pueden estar afectando la situación de salud y calidad de vida de la comunidad que reside allí.
2. Análisis de la calidad de vida, que está centrado en identificar los determinantes en salud presentes en la localidad que inciden en las condiciones de vida de la población.
3. Mortalidad y morbilidad, el cual aborda el comportamiento de la mortalidad de acuerdo al análisis de la lista 6/67 de la Organización Mundial de la salud – OMS - y Organización Panamericana de la Salud – OPS - que agrupa los diagnósticos de la décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10), mediante el ajuste de tasas y Años de Vida Potencialmente Perdidos – AVPP -; así mismo se desagregan las causas de mortalidad materno-infantil y de la niñez; lo anterior teniendo en cuenta su relación con los determinantes en salud. En cuanto al análisis de la morbilidad, este contiene la

información del Registro Individual de Prestación en Salud – RIPS - y la notificación Distrital del aplicativo SIVIGILA.

4. Análisis diferencial de poblaciones, en el que se busca identificar las poblaciones diferenciales y sus características sociodemográficas al interior de la localidad; a fin de establecer las condiciones de salud-enfermedad, reduciendo las posibles barreras de acceso desde la identificación de los determinantes sociales de la salud; evidenciando sus problemáticas y su relación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS - y el estado de desarrollo o implementación de sus sistemas propios de salud. Lo anterior, como insumo para la toma de decisiones orientadas hacia la disminución de las desigualdades en salud en la localidad a través de los entes Distritales.
5. Acciones en salud pública, en donde se describe y analiza la respuesta de salud pública, en contraste con las condiciones de vida identificadas previamente (1).
6. Análisis y síntesis, cuyos contenidos aluden a la consolidación de los aspectos más relevantes encontrados en el desarrollo del documento, los cuales están condensados en seis nodos que integran las tensiones en salud identificadas y priorizadas a partir de la metodología PASE a la Equidad en Salud.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Proveer una herramienta fundamental de carácter técnico y político para los procesos de gobernanza, planificación y toma de decisiones en salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las condiciones de vida de la población de la localidad de Santa Fe que poseen vínculos 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 local.
- Reconocer y analizar el comportamiento de indicadores de enfermedad y muerte para la población de la localidad de Santa Fe
- Aportar insumos para las actividades de gobernanza, planificación y toma de decisiones en salud a nivel institucional y local.

1. CAPÍTULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

1.1. CONTEXTO TERRITORIAL

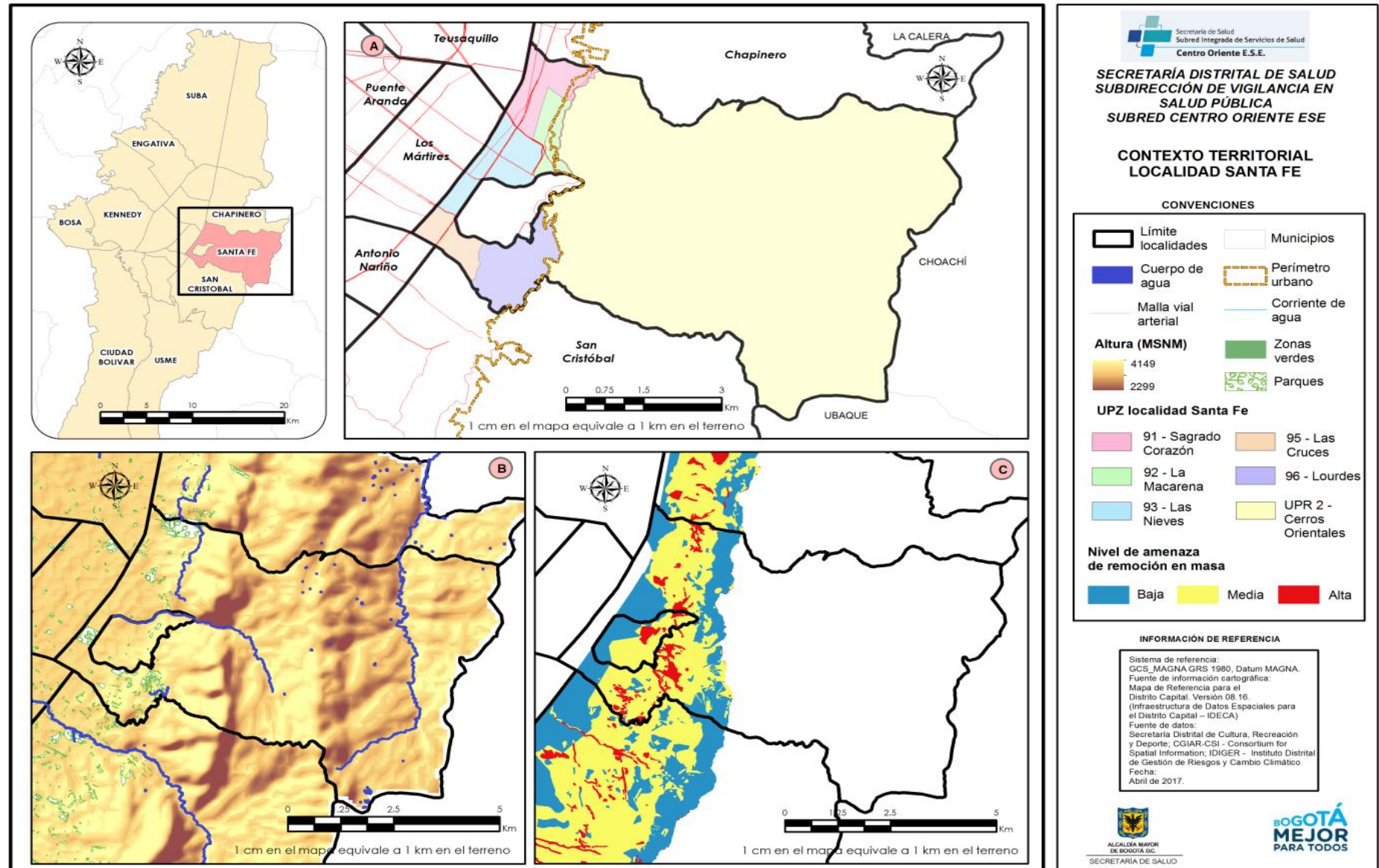
La localidad de Santa Fe está ubicada en el sector centro oriental de la ciudad y limita al norte con la localidad Chapinero, al sur con San Cristóbal y Antonio Nariño, al occidente con Los Mártires y Teusaquillo, y al oriente con el municipio de Choachí. En términos políticos y administrativos, la conforman cinco Unidades de Planeamiento Zonal – UPZ ubicadas en el área urbana y una Unidad de Planeamiento Rural – UPR (ver Mapa 1A). Cuenta con una extensión total de 4.517,1 hectáreas (ha), de las cuales 3.820,6 están clasificadas como suelo rural (2).

Este territorio comprende un área de cerros orientales, sus piedemontes y el llano fluvioacustre de la sabana de Bogotá; por lo que su altura se incrementa de occidente a oriente y varía entre 2570 y 3076 Metros Sobre el Nivel del Mar – MSNM, con temperatura media anual de 12,6°C y precipitación promedio de 1150 mm (3); su sistema hídrico está conformado por tres corrientes principales: los ríos Arzobispo, San Francisco y Teusacá; los cuales fluyen hacia el occidente, a excepción de este último que transcurre de sur a norte (ver mapa 1B). Frente al espacio público efectivo, entendido como las áreas “[...] de disfrute y en el que el ciudadano puede permanecer y ejercer libremente sus derechos como plazas, plazoletas, parques y zonas verdes” (4), la localidad reporta 7,99 m² por habitante (5) 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 (6).

Por su parte, el desarrollo de actividades antrópicas en estas condiciones territoriales puede llegar a afectar a la población en la medida en que esta tenga o no los mecanismos necesarios para sortearlas o afrontarlas. En este sentido, se ha identificado para esta localidad amenaza de remoción en masa y de incendios forestales; la primera con grado de afectación que aumenta en dirección occidente-oriental, en consonancia con el relieve escarpado característico de las inmediaciones de los cerros orientales y la dinámica fluvial de los cuerpos de agua provenientes de la cadena cordillerana (Mapa 1C); y la segunda, hacia el costado occidental de los cerros orientales en razón de su cobertura arbórea.

En lo que a movilidad se refiere, más del 60 % de la malla vial arterial se encuentra en buen estado, situación que contrasta con la de las vías locales, que son las predominantes (7), en donde el 48,3 % de sus carriles se encuentran en mal estado (8).

Mapa 1. Contexto territorial, Localidad de Santa Fe. Año 2016



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

1.2. ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA

Para el año 2016, se estima una población de 96.534 en la localidad de Santa Fe, con 109.993 habitantes durante el 2011 y 109.464 habitantes en el 2006; observándose un descenso de 4,55 puntos porcentuales entre los años 2016 y 2011. Esta población es predominantemente urbana, lo que se evidencia al considerar la proyección poblacional rural, que para el año 2015 reporta 6.497 habitantes.

La densidad poblacional en la localidad es equivalente a 24,36 habitantes/ha; siendo las UPZ 95 Las Cruces y 96 Lourdes las que cuentan con mayor población por unidad de área, con indicadores equivalentes a 257,73 y 234,83 habitantes/ha, respectivamente (Tabla 1).

Tabla 1. Densidad Poblacional por UPZ. Localidad de Santa Fe. Año 2015

UPZ	Densidad población (Hab/Ha)	Clasificación
91 Sagrado Corazón	37,99	Baja
93 Las Nieves	76,79	Baja
96 Lourdes	234,83	Alta
92 La Macarena	162,36	Media
95 Las Cruces	257,73	Muy Alta

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE.

Según la Encuesta Multipropósito de 2014, la localidad registra un crecimiento del 0,37 %, con una población de 103.593 habitantes en el año 2011 y 104.749 para el 2014; cuenta con 35.360 viviendas y 36.532 hogares para el año 2014; el 11,6 % de la población es pobre por Necesidades Básicas Insatisfechas – NBI (9).

La desagregación por sexo indica que para el año 2016 el 50,5 % (n:48.702 habitantes) de la población son hombres y el 49,5 % (n:47.832 habitantes) mujeres, es decir, que por cada 102 hombres hay 100 mujeres; observándose una mayor cantidad de hombres entre los 20 a 24 años de edad mientras que en las mujeres va de los 30 y 34 años (Tabla 2);

sin embargo al realizar el comparativo con las localidades de cobertura de la Subred Centro Oriente y Bogotá se observa que la población con mayor concentración se ubica en los grupos quinquenales de 75 a 79 años y mayores de 80 años, situación que va en contraposición a lo reflejado en la Figura 1.

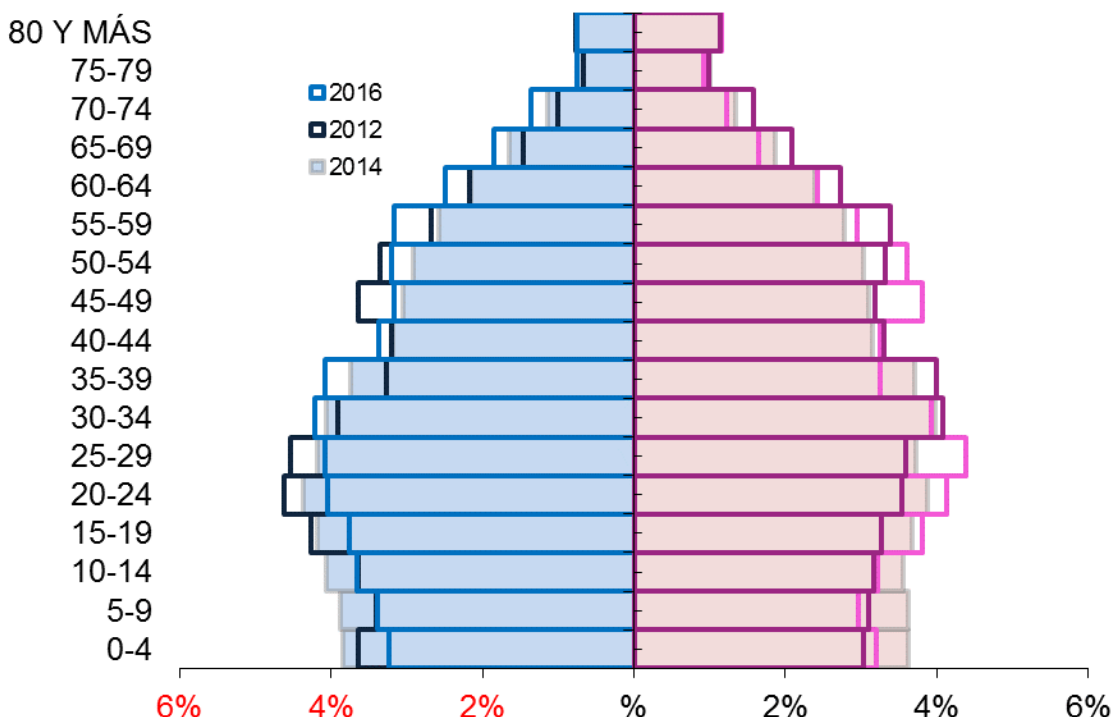
Tabla 2. Comparativo de la Distribución Poblacional por Grupo de Edad y Sexo. Localidad de Santa Fe vs. Subred Centro Oriente – Bogotá. Año 2016

Edad	Localidad de Santa Fe						Subred Centro Oriente						Bogotá					
	H	%	M	%	Total	%	H	%	M	%	Total	%	H	%	M	%	Total	%
0-4	3710	7,62	3496	7,31	7206	7,46	43.479	8,53	81.803	4,27	125.282	5,75	310.870	1,19	294.580	1,19	605450	1,19
5-9	3740	7,68	3501	7,32	7241	7,50	43.305	8,64	40.969	8,55	84.274	8,59	307.674	1,22	292.404	1,20	600078	1,21
10-14	3915	8,04	3434	7,18	7349	7,61	43.735	8,95	40630	8,45	84.365	8,71	308.866	1,27	294470	1,17	603336	1,22
15-19	4033	8,28	3548	7,42	7581	7,85	44.819	9,00	42146	8,42	86.965	8,72	323.548	1,25	314.052	1,13	637600	1,19
20-24	4219	8,66	3738	7,81	7957	8,24	46.934	8,99	44460	8,41	91.394	8,71	340.351	1,24	332.871	1,12	673222	1,18
25-29	4037	8,29	3588	7,50	7625	7,90	44.391	9,09	42129	8,52	86.520	8,81	323.269	1,25	317.363	1,13	640632	1,19
30-34	3922	8,05	3835	8,02	7757	8,04	41.941	9,35	43804	8,75	85.745	9,05	315.224	1,24	341.565	1,12	656789	1,18
35-39	3604	7,40	3572	7,47	7176	7,43	38.566	9,35	40876	8,74	79.442	9,03	299.101	1,20	329.084	1,09	628185	1,14
40-44	3069	6,30	3041	6,36	6110	6,33	33.244	9,23	35253	8,63	68.497	8,92	260.774	1,18	287.184	1,06	547958	1,12
45-49	2946	6,05	2991	6,25	5937	6,15	31.842	9,25	34638	8,64	66.480	8,93	243.485	1,21	274.867	1,09	518352	1,15
50-54	2808	5,77	2931	6,13	5739	5,95	27.821	10,09	34245	8,56	62.066	9,25	230.252	1,22	267.627	1,10	497879	1,15
55-59	2480	5,09	2677	5,60	5157	5,34	26.161	9,48	30196	8,87	56.357	9,15	192.023	1,29	231.029	1,16	423052	1,22
60-64	2086	4,28	2310	4,83	4396	4,55	20.342	10,25	24103	9,58	44.445	9,89	145.480	1,43	180.036	1,28	325516	1,35
65-69	1582	3,25	1795	3,75	3377	3,50	15.118	10,46	18362	9,78	33.480	10,09	106.623	1,48	135.264	1,33	241887	1,40
70-74	1105	2,27	1301	2,72	2406	2,49	10.503	10,52	13215	9,84	23.718	10,14	72.563	1,52	95.365	1,36	167928	1,43
75-79	721	1,48	969	2,03	1690	1,75	6.436	11,20	9265	10,46	15.701	10,76	43.069	1,67	64.737	1,50	107806	1,57
80 y más	725	1,49	1105	2,31	1830	1,90	6.003	12,08	9843	11,23	15.846	11,55	38.454	1,89	65.877	1,68	104331	1,75
Total	48702	100	47832	100	96534	100	524.640	9,28	585.937	8,16	1.110.577	8,69	3.861.626	1,26	4.118.375	1,16	7980001	1,21

Fuente: Anexo 9 Herramienta pirámide poblacional localidad de Santa Fe, 2016. DANE-Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020.

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, Anexo 1).

Figura 1. Pirámide Poblacional por Quinquenios de Edad. Localidad de Santa Fe. Años 2006, 2011 y 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, el 5,9 % (n:6.497 habitantes) residen en el área rural, de los cuales el 53,4 % son hombres (n:3.469 habitantes) y el 46,6 % son mujeres (n:3.028 habitantes), mientras que el 94,1 % (n:103.556 habitantes) corresponde a población urbana donde el 50,4 % son hombres (n:55.489 habitantes) y el 49,6 % son mujeres (n:54.564 habitantes) (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de la Población Rural y Urbana por UPZ y Sexo.
Localidad de Santa Fe. Año 2015

UPZ	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
91 Sagrado Corazón	2824	5,1	2729	5,0	5553	5,0
92 La Macarena	6938	12,5	7008	12,8	13946	12,7
93 Las Nieves	7310	13,2	5942	10,9	13252	12,0
95 Las Cruces	12257	22,1	11549	21,2	23806	21,6
96 Lourdes	22691	40,9	24308	44,5	46999	42,7
UPZ RURAL	3469	6,3	3028	5,5	6497	5,9
Total Localidad	55489	100	54564	100	110053	100

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 población adulta y joven es la predominante en la localidad con el 39,2 % y 19,3 % respectivamente, mientras que la primera infancia es el grupo poblacional con menos representación (Tabla 4). Al realizar el comparativo de la distribución poblacional en la localidad respecto al año inmediatamente anterior, se observa un aumento de 1,4 puntos porcentuales para primera infancia y una disminución de 1,2 % para infancia, los demás momentos del curso de vida no muestran un cambio significativo en su distribución.

Tabla 4. Distribución de la Población según Curso de Vida y Sexo.
Localidad de Santa Fe. Año 2016

Momento de Curso de Vida	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Primera Infancia 0-5 años	4454	9,1	4195	8,8	8649	9,0
Infancia 5 -11 años	4549	9,3	4194	8,8	8743	9,1
Adolescencia 12-17 años	4766	9,8	4148	8,7	8914	9,2
Juventud 18-29 años	9885	20,3	8768	18,3	18653	19,3
Adultez 30-59 años	18829	38,7	19047	39,8	37876	39,2
Vejez 60 años y más	6219	12,8	7480	15,6	13699	14,2
TOTAL	48702	100	47832	100	96534	100

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

Con lo anterior, el comportamiento que se observa en el conjunto de localidades de cobertura de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE es similar, sin

embargo la localidad muestra una representación mayor en la población masculina con el 50,5 % (n:48.702), mientras que para la Subred las mujeres tienen una mayor concentración con el 50,8 % (n:545.270); así mismo, se observa cómo la distribución por momento de curso de vida cambia acorde a lo observado en la Tabla 5.

Tabla 5. Comparativo distribución de la Población según Curso de Vida y por Sexo. Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente ESE, Bogotá. Año 2016

Momento de Curso de Vida	Localidad de Santa Fe	%	Subred Centro Oriente	%	Bogotá	%
Primera Infancia 0-5 años	8649	9,0	101.489	8,52	725730	1,19
Infancia 5 -11 años	8743	9,1	101.231	8,64	719784	1,21
Adolescencia 12-17 años	8914	9,2	102.260	8,72	740764	1,20
Juventud 18-29 años	18653	19,3	213.153	8,75	1574040	1,19
Adulthood 30-59 años	37876	39,2	421.395	8,99	3272215	1,16
Vejez 60 años y más	13699	14,2	133.190	10,29	947468	1,45
TOTAL	96534	100	1.072.718	9,00	7980001	1,21

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

Respecto a la afiliación al SGSSS, se pudo establecer que los regímenes contributivo y subsidiado son los de mayor prevalencia en la población local con el 59,9 % y 34,2 %, respectivamente. Llama la atención que el 3,6 % de la población no se encuentra afiliada, o no ha sido encuestada pero que probablemente cumple con criterios para hallarse identificada por el SISBEN (Tabla 6).

Tabla 6. Régimen de afiliación al SGSS en Salud. Localidad de Santa Fe. Año 2016

Régimen	Población	%
Contributivo	57811	59,9
Excepción	1351	1,4
Subsidiado	32978	34,2
SISBEN	905	0,9
No Afiliados, no encuestados	3489	3,6
Total	96534	100

Fuente: Contributivo BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2016. Subsidiado BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2016. Base de datos SISBEN 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. Tomado de: Secretaría Distrital de Salud. Estadísticas aseguramiento 2016, Anexo Demográfico, compartido 15052017.

Por otra parte, al comparar el comportamiento del SGSSS de la localidad frente a la Subred y al Distrito se observa que entre estas últimas se presenta un comportamiento similar, en cuanto a la predominancia de los no afiliados o no encuestados, seguidos por el régimen subsidiado; mientras en la localidad predominan las personas afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado (Tabla 7).

Tabla 7. Comparativo del Régimen de Afiliación al SGSS. Localidad de Santa Fe vs. Subred Centro Oriente - Bogotá. Año 2016

Régimen	Localidad de Santa Fe	Subred Centro Oriente	Bogotá
Contributivo	59,89	7,76	0,94
Excepción	1,4	6,76	0,65
Subsidiado	34,16	13,07	2,83
SISBEN	0,94	9,50	1,83
No Afiliados, no encuestados	3,61	62,91	93,76

Fuente: 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. Tomado de: Secretaría Distrital de Salud. Estadísticas aseguramiento 2016, Anexo Demográfico, compartido 15052017.

Aunque el documento cuenta con un capítulo dedicado a las poblaciones diferenciales (capítulo 4), en este apartado se realiza una breve contextualización de las mismas, entendiendo que son grupos poblacionales que por su situación o condición pueden presentar desenlaces específicos en lo que atañe a su proceso de salud-enfermedad.

De esta manera, en la localidad de Santa Fe se reporta un mayor número de personas con discapacidad y afrodescendientes (Tabla 8). De acuerdo con el censo poblacional de 2005, el 3,1 % de la población residente en la localidad se autorreconoce como raizal, palenquero, negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente, en tanto el 0,6 % se reconocen como indígenas (10).

Tabla 8. Población diferencial identificada. Localidad de Santa Fe

Población Diferencial	
Población General Total 2016	96534
Recicladores (UAESP, 2014)	766
Habitantes de calle (Censo, SDIS 2007-2011)	209

LGTBI (APS, 2014)	37
Personas en ejercicio de prostitución APS, 2014	27
Víctimas del conflicto armado (APS, BDUA, RUV, 2015)	2001
Población con discapacidad (RLCPCD 2004-noviembre/2016, SDS)	6388
Indígenas (SISPI, 2014)	349
Afrodescendientes (DANE 2005)	3056

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

1.3. DINÁMICA DEMOGRÁFICA DE LA LOCALIDAD

La población estimada para la localidad de Santa Fe es de 96.534 habitantes al año 2016, cifra que ha disminuido en un 12,2 % con respecto al año 2011 (n:109.993 habitantes) y un 11,8 % frente al año 2006 (n:109.464 habitantes); para el mismo periodo, los índices de infancia y juventud han disminuido en un 15,4 % y 12,3 %, respectivamente, mientras que los índices de vejez y de envejecimiento han aumentado en un 41,6 % y 67,4 %, respectivamente (ver Tabla 9).

Al realizar el comparativo del comportamiento de los índices demográficos entre la localidad, la Subred y el Distrito, se observa que la Subred presenta un comportamiento similar al local, mientras que en el Distrito Capital se ha venido presentando un crecimiento poblacional; observándose variaciones en algunos índices de manera similar en los grupos poblacionales analizados, concordantes con los indicadores demográficos analizados en la estructura demográfica, tasas de crecimiento, natalidad y fecundidad (Tabla 9).

Población masculina: Se observa que tanto para la localidad como para la Subred el comportamiento a 2016 es similar en el sentido que en ambas instancias la concentración poblacional disminuyó, situación opuesta a lo observado en el Distrito (Tabla 9).

Población femenina: Situación contraria se observa en este grupo poblacional, pues aunque en la localidad el comportamiento continúa en descenso, en el caso de la Subred su distribución se incrementa al igual que en Bogotá (Tabla 9).

Relación hombre:mujer: Frente al año inmediatamente anterior, la localidad para el año 2016 muestra un incremento de 1,33 hombres por cada 100 mujeres, contrario a lo observado en la Subred, la cual muestra un descenso de 7 hombres por cada 100 mujeres; mientras que la ciudad de Bogotá refleja un aumento de 0,8 hombres por cada 100 mujeres (Tabla 9).

Razón niños:mujer: Por cada 100 mujeres en edad fértil, entre los 15 y 49 años de edad durante el año 2016, hubo 30 niños y niñas entre los 0 y 4 años de edad para la localidad, mientras que en la Subred Centro Oriente 44,2 y en el Distrito 27,6 niños y niñas entre los 0 y 4 años de edad (Tabla 9).

Índice de infancia: Durante el 2016, por cada 100 personas, 23 habitantes de la localidad de Santa Fe corresponden a población menor de 15 años, 26,5 en la Subred y 21,5 en Bogotá (Tabla 9).

Índice de juventud: En el año 2016, se estima que por cada 100 personas hay 24 habitantes entre los 15 y 29 años de edad en la localidad, 23,9 en la Subred y 23,3 en el Distrito; observándose una disminución en promedio de 2 habitantes en cada uno de los sectores analizados (Tabla 9).

Índice de vejez: Se estima que, para el año analizado, hay 14 personas de 65 años o más por cada 100 habitantes en la localidad, 8 en la Subred y 7,4 en el Distrito Capital; observándose un aumento promedio de 1,4 entre los grupos examinados (Tabla 9).

Índice de envejecimiento: Al 2016 se presentaron 63 personas mayores de 65 años por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años a nivel local, con un incremento de 14 personas respecto al año 2015; mientras que para la Subred el incremento fue de 2,7 y Bogotá reflejó un aumento de 7,6 personas; esto implica una mayor inversión en programas inmersos en el sistema de salud y seguridad social orientados a la atención de la población adulta mayor (Tabla 9).

Índice demográfico de dependencia: Durante el 2016, en la localidad de Santa Fe se evidenció que por cada 100 personas entre los 15 y 64 años se encuentran 47,53 menores

de 15 años y mayores de 65 años, en cuanto a la Subred se observó un incremento de 5 personas y en Bogotá un índice de 43,8 (Tabla 9).

Índice de dependencia infantil-mayores: Por cada 100 habitantes entre los 15 y 64 años en la localidad, se encuentran 33,3 personas mayores de 15 años y 14,2 que tienen más de 65 años; en cuanto a la Subred, se evidencian 35,9 personas mayores de 15 años y 12,2 que tienen más de 65 años; por su parte Bogotá reflejó para el 2016 33,8 personas mayores de 15 años y 11,2 que tienen más de 65 años. De acuerdo a lo anterior, el promedio para la población de 15 a 64 años fue de 1,7 con una mayor incidencia en la localidad, mientras que para el grupo mayor a 65 años el incremento en los tres grupos analizados respecto al año inmediatamente anterior fue de 2 personas (Tabla 9).

Índice de Friz: Para 2016, por cada 100 personas entre los 30 y 49 años se estiman 108,9 entre los 0 y 19 años en la localidad, con un descenso frente al año 2015 de 11,8 personas; por su parte, aunque la Subred muestra un comportamiento similar, se observa aumento de 3,9 personas; por su parte el Distrito presenta un desarrollo poblacional semejante al evidenciado en lo local con un declive de 8,3 personas (Tabla 9).

**Tabla 9. Comparativo Indicadores Demográficos. Localidad de Santa Fe vs. Subred Centro Oriente - Distrito Capital.
Años 2006, 2011 y 2016**

Índice Demográfico	Localidad de Santa Fe			Subred Centro Oriente			Distrito Capital		
	Año			Año			Año		
	2006	2011	2016	2006	2011	2016	2006	2011	2016
Población total	109.464	109.993	96.534	1.123.459	1.127.784	1.110.577	6.840.116	7.674.366	8.380.801
Población masculina	54.794	55.180	48.702	549.027	553.963	524.640	3.285.708	3.706.165	4.064.669
Población femenina	54.670	54.813	47.832	574.432	573.821	585.937	3.554.408	3.968.201	4.316.132
Relación hombre: mujer	100,23	100,67	102	95,6	96,5	89,5	92,4	93,4	94,2
Razón niño: mujer	32	30	30	31,6	30,2	44,2	29,1	27,9	27,6
Índice de infancia	27	24	23	27,9	25,3	26,5	27,1	23,7	21,6
Índice de juventud	27	26	24	27,3	26,2	23,9	27,5	25,2	23,3
Índice de vejez	10	12	14	5,9	7,0	8,0	5,7	6,3	7,4
Índice de envejecimiento	38	49	63	21,2	27,5	30,2	21,0	26,8	34,4
Índice demográfico de dependencia	50,85	47,78	47,53	51,0	47,6	52,6	47,6	44,6	43,8
Índice de dependencia infantil	40,26	35,59	33,31	42,1	37,4	35,9	39,3	35,2	33,8
Índice de dependencia mayores	10,59	12,18	14,22	8,9	10,3	12,2	8,3	9,4	11,2
Índice de Friz	132,14	120,67	108,88	134,5	123,0	126,9	122,2	112,3	104,0

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.

Por otra parte, la localidad reporta una tasa de crecimiento natural baja explicable por la disminución progresiva de la tasa de natalidad, tasa de fecundidad global y general; la primera de ellas en los últimos cinco años disminuyó en un 20,2 % pasando de 15,4 a 12,3; mientras que la segunda para el año 2016 se estima en 1,6 nacidos vivos por mujer en edad fértil y la tasa general de fecundidad estima 38,1 nacidos vivos por mil mujeres en edad fértil (Tabla 10).

Tasa bruta de natalidad: La localidad cuenta con una tasa bruta de natalidad a 2016 de 12,3 por cada 1000 habitantes, observándose un descenso sostenido desde 2013. Por su parte la Subred muestra un comportamiento en declive de 2010 a 2016; entre tanto Bogotá refiere un comportamiento semejante al local. Esta información resulta relevante ya que permite establecer los programas de atención en salud materno-infantil (Tabla 10).

Tasa General de Fecundidad (TGF): Durante el 2016, la localidad de Santa Fe reportó un total de 1356 nacidos vivos, lo que representa una tasa de fecundidad de 38,1 por cada 1000 mujeres entre los 15 y 49 años de edad, con un promedio de tasa entre de los años analizados de 42,4; por otra parte, se logró observar un comportamiento cíclico en los cuales cada dos años disminuye o se incrementa el indicador (Tabla 10). Así pues, a nivel de Subred se logró establecer un comportamiento estacionario con un promedio de tasa de 43,8 por cada 1000 mujeres en edad fértil, mientras que el Distrito presenta una distribución similar a la observada en la localidad, sin embargo es el grupo analizado con el menor promedio de tasa con 38,4 (Tabla 10).

Tasa Global de Fecundidad (TGLF): Se estima que para el 201 las mujeres en edad fértil (15-49 años) tuvieron en promedio 1,8 hijos tanto en la localidad como en la Subred, mientras que en Bogotá el promedio de hijos es de 1,6. Así mismo, se pudo evidenciar un comportamiento estacionario con pequeños descensos en los años analizados (Tabla 10).

Tabla 10. Comparativo Indicadores Demográficos. Localidad de Santa Fe vs. Subred Centro Oriente - Distrito Capital. Años 2010 a 2016

Indicador	Grupo Poblacional	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Tasa bruta de natalidad	Localidad de Santa Fe	15,5	14,1	15,4	15,4	14,9	13,9	12,3
	Subred Centro Oriente	16	15,3	14,9	14,7	14,6	13,9	13,8

	Bogotá	14,9	14,2	13,9	13,3	13,4	13	12,3
Tasa general de fecundidad	Localidad de Santa Fe	46	42,3	46,2	46,6	34,8	43	38,1
	Subred Centro Oriente	45,9	44,1	43,1	42,9	43	41,2	41,4
	Bogotá	41,5	39,7	39,1	37,7	38	37,2	35,6
Tasa global de fecundidad	Localidad de Santa Fe	1,9	1,7	1,9	1,9	1,9	1,8	1,6
	Subred Centro Oriente	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7
	Bogotá	1,7	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5

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

Las tasas específicas de fecundidad más altas para la localidad de Santa Fe, durante el año 2016, se presentan en las mujeres entre 20 y 24 años, seguido por aquellas entre 25 y 29 años y de 15 a 19; 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 15 a 19 años, en el cual disminuyó la tasa de fecundidad en 6,8 % al pasar de 2,5 a 1,5 nacimientos por mil nacidos vivos de madres de este grupo poblacional (Tabla 11). Por su parte, en la Subred se observa un comportamiento semejante al local, mientras que para Bogotá se pudo establecer que los dos primeros grupos de edad se comportan de manera similar, sin embargo, en tercer lugar ingresan las gestantes de 30 a 34 años de edad (Tabla 11).

Tabla 11. Comparativo Tasas Específicas de Fecundidad por Edad. Localidad de Santa Fe vs. Subred Centro Oriente - Distrito Capital. Años 2010 a 2016

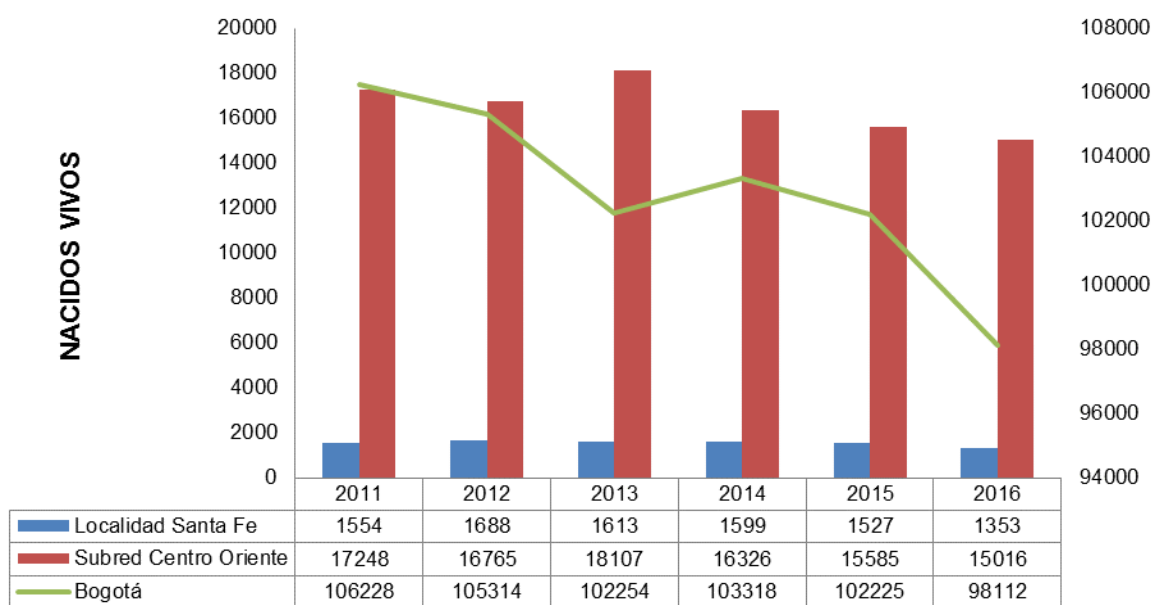
Grupo de Edad	Localidad de Santa Fe							Subred							Bogotá						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
10-14	2,5	2,1	2,2	3,2	1	2,1	1,5	3,2	1,4	2	3,7	2,4	2,8	1	1,7	1,5	1,6	1,4	1,4	1,2	1,1
15-19	80,5	76,2	87,2	79,2	60,7	62,2	55,4	64,3	67,8	69,3	66,9	60,1	56,7	54,2	60,3	58,9	59,2	56	52,3	48,3	43,5
20-24	106,4	101,2	110,7	118,9	102,3	94,3	87,2	103,8	96,8	98,7	99	88,3	90,5	93,3	96,2	91,9	90,4	86,4	86,5	83	79,2
25-29	79,1	71,2	85,6	76,9	92,3	85,4	77,7	83,8	76,1	79,2	83,1	87,8	84,1	84,6	79,2	74,9	74,8	73,6	76,1	78,5	76,3
30-34	64,8	55,1	57,1	59,9	71,9	66,7	53,1	61	54,6	61,7	61,6	69,4	64,4	52,3	62,6	60,5	59,2	57	59,2	59,5	57,9
35-39	32	31,3	26,8	37	42,3	37	32,7	31,1	35,2	32,7	34,2	42,7	32,7	32,9	35,9	35	33,1	33,1	34,1	34,2	33,7
40-44	12	10,2	9,1	10,1	8,1	10,3	9,4	10,7	9,2	11,5	10,9	8,8	9,9	8,1	10,1	9,4	9,2	8,9	8,6	9,1	8,6
45-49	0,6	1,4	0,6	0,3	1,1	0,6	0,3	0,8	0,9	0,8	0,7	0,7	0,9	1	0,8	0,8	0,7	0,6	0,7	0,6	0,7
50-54	0	0	0,6	0,3	0,3	0	0	0,2	0,3	0,2	0,3	0,1	0,01	0,03	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1

Fuente: Proyecciones de población para Bogotá D.C., localidades DANE y SDP 2000-2015 de junio 13 del 2008. NV 2004-2007: Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. 2008-2012. NV 2008-2013: Bases de datos DANE- RUAF ND. FINALES -Sistema de estadísticas Vitales SDS-ADE. El año 2012 ajustado bases finales octubre 2014.-El año 2013 ajustado bases finales marzo 30 del 2015. 2014: Bases de datos SDS- RUAF ND. Preliminares -Sistema de estadísticas Vitales SDS-ADE. Publicado preliminar marzo 30 del 2015.

La Tabla 12 muestra cómo la razón de masculinidad presenta una mayor prevalencia en los primeros tres grupos de edad (10 a 24 años), evidenciándose para la localidad 112 hombres por cada 100 mujeres; en cuanto a la Subred, la relación es de 107:100, mientras que para el Distrito de 103:100; así mismo en la relación en los grupos poblacionales de 25 a 54 años se pudo establecer una disminución de 104:100 para la localidad, 93:100 en la Subred y de 90:100 para Bogotá. Lo anterior permite ver cómo el comportamiento de este indicador va modificándose inversamente proporcional en la medida en que el nivel poblacional se aumenta; teniendo una mayor razón de masculinidad en lo local y menor a nivel Distrital.

El comportamiento de los nacidos vivos en la localidad ha tenido un comportamiento homogéneo con tendencia a la disminución en un 2,2 % pasando de 1.554 nacidos vivos en 2011 a 1.353 nacidos vivos en 2016. Situación similar presente en la Subred Centro Oriente y Bogotá, con un descenso en la natalidad del 2,3 % y 1,3 %, respectivamente, y que resultan concordantes con tasas de fecundidad (Figura 2 y Tabla 10).

Figura 2. Comparativo Serie Total Nacidos Vivos. Localidad de Santa Fe vs. Subred Centro Oriente – Bogotá. Años 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).

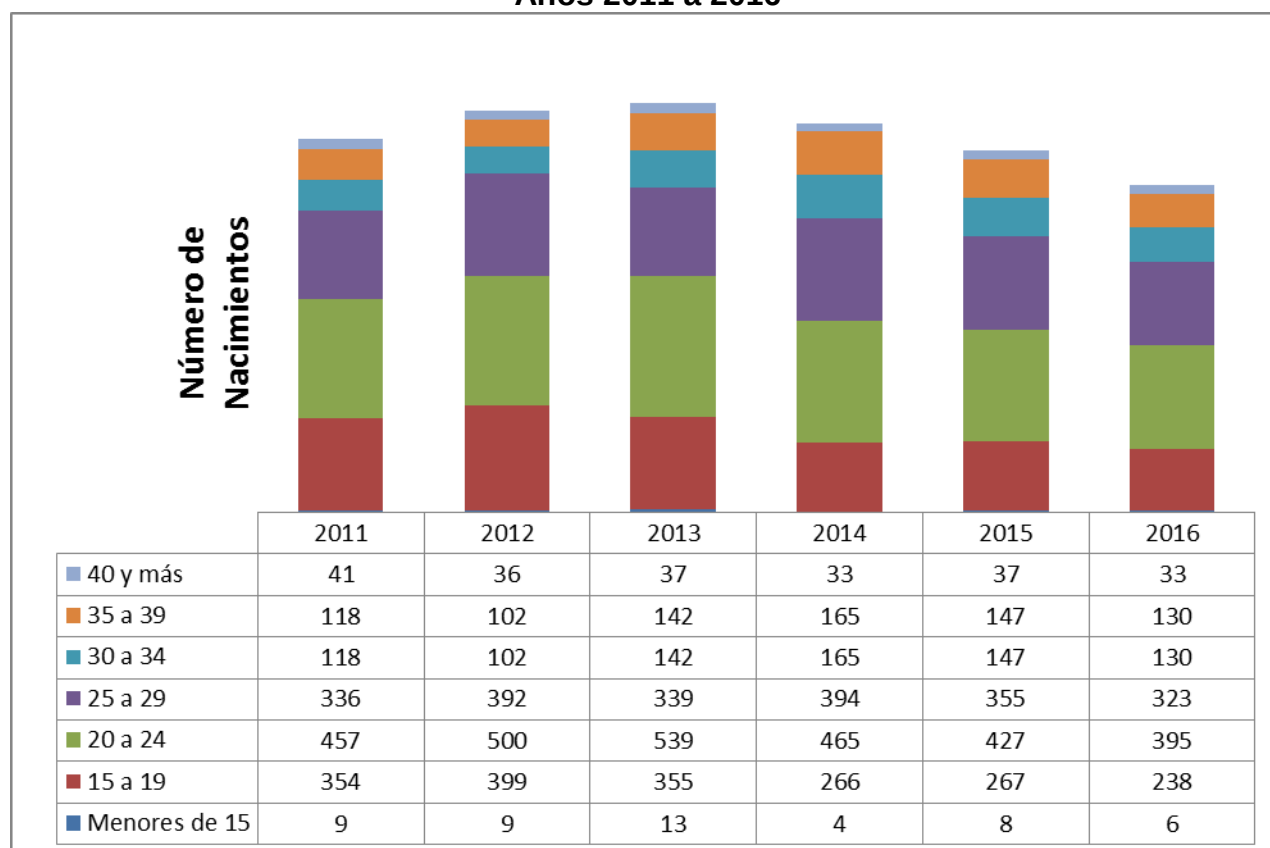
**Tabla 12. Corporativo Razón de Masculinidad. Localidad de Santa Fe vs. Subred Centro Oriente - Distrito Capital.
Años 2010 a 2016**

EDAD	Localidad de Santa Fe							Subred Centro Oriente							Bogotá						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
10-14	1,12	1,12	1,12	1,12	1,13	1,14	1,14	1,07	1,07	1,07	1,07	1,08	1,08	1,08	1,04	1,04	1,04	1,04	1,05	1,05	1,05
15-19	1,12	1,11	1,11	1,11	1,11	1,12	1,14	1,07	1,06	1,06	1,06	1,06	1,07	1,06	1,03	1,03	1,03	1,03	1,03	1,03	1,03
20-24	1,10	1,11	1,11	1,11	1,11	1,11	1,13	1,05	1,06	1,06	1,06	1,06	1,06	1,06	1,01	1,02	1,03	1,03	1,03	1,02	1,02
25-29	0,99	1,01	1,02	1,05	1,07	1,10	1,13	0,95	0,96	0,98	1,01	1,03	1,05	1,05	0,91	0,93	0,94	0,97	0,99	1,01	1,02
30-34	1,00	0,99	0,98	0,98	0,98	1,00	1,02	0,95	0,94	0,94	0,94	0,94	0,95	0,96	0,91	0,91	0,91	0,90	0,90	0,91	0,92
35-39	0,99	0,99	0,99	0,99	0,99	1,00	1,01	0,94	0,94	0,95	0,95	0,95	0,95	0,94	0,91	0,91	0,91	0,91	0,91	0,91	0,91
40-44	0,97	0,97	0,97	0,98	0,98	0,99	1,01	0,92	0,92	0,93	0,93	0,94	0,94	0,94	0,89	0,89	0,89	0,90	0,90	0,91	0,91
45-49	0,94	0,94	0,95	0,95	0,96	0,97	0,98	0,90	0,90	0,90	0,91	0,92	0,92	0,92	0,86	0,87	0,87	0,87	0,88	0,88	0,89
50-54	0,92	0,92	0,92	0,93	0,93	0,94	0,96	0,87	0,87	0,88	0,89	0,89	0,90	0,81	0,84	0,84	0,84	0,85	0,85	0,86	0,86

Fuente: Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades DANE y SDP 2000-2015 de junio 13 del 2008. NV 2004-2007: Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. 2008-2012. NV 2008-2013: Bases de datos DANE- RUAF ND. FINALES -Sistema de estadísticas Vitales SDS-ADE. El año 2012 ajustado bases finales octubre 2014.-El año 2013 ajustado bases finales marzo 30 del 2015. 2014: Bases de datos SDS- RUAF ND. Preliminares -Sistema de estadísticas Vitales SDS-ADE. Publicado preliminar marzo 30 del 2015.

Frente a distribución de nacimientos por edad de la madre, durante el periodo comprendido entre los años 2011 a 2016, se observa una mayor prevalencia para el año 2013 en el grupo de edad de 10 a 14 años con 13 nacidos vivos frente a los otros años; para las madres adolescentes de 15 a 19 años, durante el año 2012 se reportaron 399; 539 en el año 2013 en las gestantes 20 a 24 años; en el 2014 el número de nacimientos se incrementó en los grupos de edad de 25 a 29, 30 a 34 y 35 a 39 con 394, 314 y 165, respectivamente. Durante el 2011, se presentaron 36 nacimientos en las mujeres de 40 a 44 años y 5 en aquellas que al momento del parto se encontraban entre los 45 y 49 años; a 2012 se observan 2 nacimientos de madres de 50 a 54 años. De acuerdo a lo anterior, los años con mayores nacimientos en la localidad fueron 2012 y 2013 con 1688 cada uno (Figura 3).

Figura 3. Serie Nacimientos según Edad de la Madre. Localidad de Santa Fe. Años 2011 a 2016



Fuente: **Año 2012:** Base de datos DANE-RUAF-ND. -Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- Datos finales publicados octubre 31 del 2014 - Ajustado 02-06-2015. **Año 2013:** Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES - Ajustado 22-12-2015- publicación definitiva DANE del 30 de julio del 2015. **Año 2014:** Base de datos DANE - RUAF_ND, FINAL - Ajustado 20 -08-2016 (Publicación DANE 30 de junio 2016). **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 lo que atañe a la población gestante de 10 a 14 años, el 55 % (n:22) de los nacimientos correspondieron a hombres y 62,5 % (n:25) se encuentran afiliadas al régimen subsidiado y el 17,5 % (n:7) no se encuentra asegurada; una (2,5 %) de las madres se autorreconoció como negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente; en tanto el 52,5 % (n:21) refirieron que su estado conyugal prevalente es separada, divorciada, seguido de soltera con un 22,5 % (n:9); siendo el nivel educativo prevalente básica secundaria y básica primaria con el 52,5 % (n:21) y 35 % (n:14), respectivamente. Por otra parte, el 7,5 % (n:3) presentaron bajo peso al nacer (Tabla 13).

Tabla 13. Distribución de Variables sociodemográficas de Madres Adolescentes de 10 a 14 años. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2016

Nacimientos en madres de 10 a 14 años	Año 2012		Año 2013		Año 2014		Año 2015		Año 2016	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Sexo										
Hombres	6	66,7	9	69,2	2	50,0	3	37,5	2	33,3
Mujeres	3	33,3	4	30,8	2	50,0	5	62,5	4	66,7
Régimen										
Contributivo	2	22,2	4	30,8	0	0,0	0	0,0	2	33,3
Subsidiado	4	44,4	7	53,8	3	75,0	7	87,5	4	66,7
Excepción	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
No asegurado	3	33,3	2	15,4	1	25,0	1	12,5	0	0,0
Etnia										
Indígena	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente	1	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ninguno de los anteriores	8	88,9	13	100,0	4	100,0	8	100,0	6	100,0
Peso al nacer										
Extrabajo (0 - 999)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Muy bajo (1000 - 1499)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0
Bajo (1500 - 2499)	0	0,0	1	7,7	0	0,0	1	12,5	0	0,0
Déficit (2500 - 2999)	2	22,2	6	46,2	3	75,0	3	37,5	2	33,3
Normal (3000 - 4199)	7	77,8	6	46,2	1	25,0	3	37,5	4	66,7
Estado conyugal de la madre										
No está casada y lleva dos o más años viviendo con su	0	0,0	1	7,7	1	25,0	0	0,0	1	16,7

pareja										
No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja	2	22,2	2	15,4	1	25,0	1	12,5	1	16,7
Está separada, divorciada	0	0,0	10	76,9	0		7	87,5	4	66,7
Está soltera	7	77,8	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0
Está casada	0	0,0	0	0,0	0		0	0,0	0	0,0
Sin información	0	0,0	0	0,0	0	0,	0	0,0	0	0,0
Nivel educativo de la madre										
Preescolar	4	44,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Básica primaria	5	55,6	1	7,7	1	25,0	5	62,5	2	33,3
Básica secundaria	0	0,0	12	92,3	3	75,0	2	25,0	4	66,7
Media académica o clásica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Media técnica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ninguno	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0
Sin información	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos **Año 2012:** Base de datos DANE-RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- Datos finales publicados octubre 31 del 2014 - Ajustado 02-06-2015. **Año 2013:** Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES - Ajustado 22-12-2015- publicación definitiva DANE del 30 de julio del 2015. **Año 2014:** Base de datos DANE - RUAF_ND, FINAL - Ajustado 20 -08-2016 (Publicación DANE 30 de junio 2016). **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) suministrados por la SDS.

En cuanto a las madres de 15 a 19 años, se pudo determinar un comportamiento similar al observado en el grupo anteriormente analizado, evidenciándose cambios en el estado conyugal de estas madres con una mayor prevalencia en aquellas que no están casadas y lleva menos de dos años viviendo con su pareja con un 34,6 % (n:527) y aquellas que no están casada y lleva dos o más años viviendo con su pareja con el 24,8 % (n:378) (Tabla 14).

Tabla 14. Distribución de Variables Sociodemográfica de Madres Adolescentes de 15 a 19 Años. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2016

Nacimientos en madres de 15 a 19 años	Año 2012		Año 2013		Año 2014		Año 2015		Año 2016	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Sexo										
Hombres	199	49,9	177	49,9	146	54,9	140	52,4	129	54,2
Mujeres	200	50,1	178	50,1	120	45,1	127	47,6	109	45,8
Régimen										
Contributivo	125	31,3	113	31,8	85	32,0	103	38,6	102	42,9

Subsidiado	221	55,4	185	52,1	142	53,4	148	55,4	113	47,5
Excepción	3	0,8	5	1,4	5	1,9	0	0,0	9	3,8
Especial	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,1	0	0,0
No asegurado	50	12,5	52	14,6	34	12,8	13	4,9	14	5,9
Etnia										
Indígena	3	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,3
Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente	2	0,5	3	0,8	0	0,0	3	1,1	3	1,3
Ninguno de los anteriores	394	98,7	351	98,9	266	100,0	266	99,6	231	97,1
Peso al nacer										
Extrabajo (0 - 999)	2	0,5	3	0,8	0	0,0	2	0,7	1	0,4
Muy bajo (1000 - 1499)	7	1,8	1	0,3	3	1,1	2	0,7	3	1,3
Bajo (1500 - 2499)	59	14,8	50	14,1	40	15,0	26	9,7	25	10,5
Déficit (2500 - 2999)	163	40,9	157	44,2	97	36,5	118	44,2	91	38,2
Normal (3000 - 4199)	168	42,1	144	40,6	126	47,4	119	44,6	118	49,6
Exceso (4200 - 9998)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sin dato	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

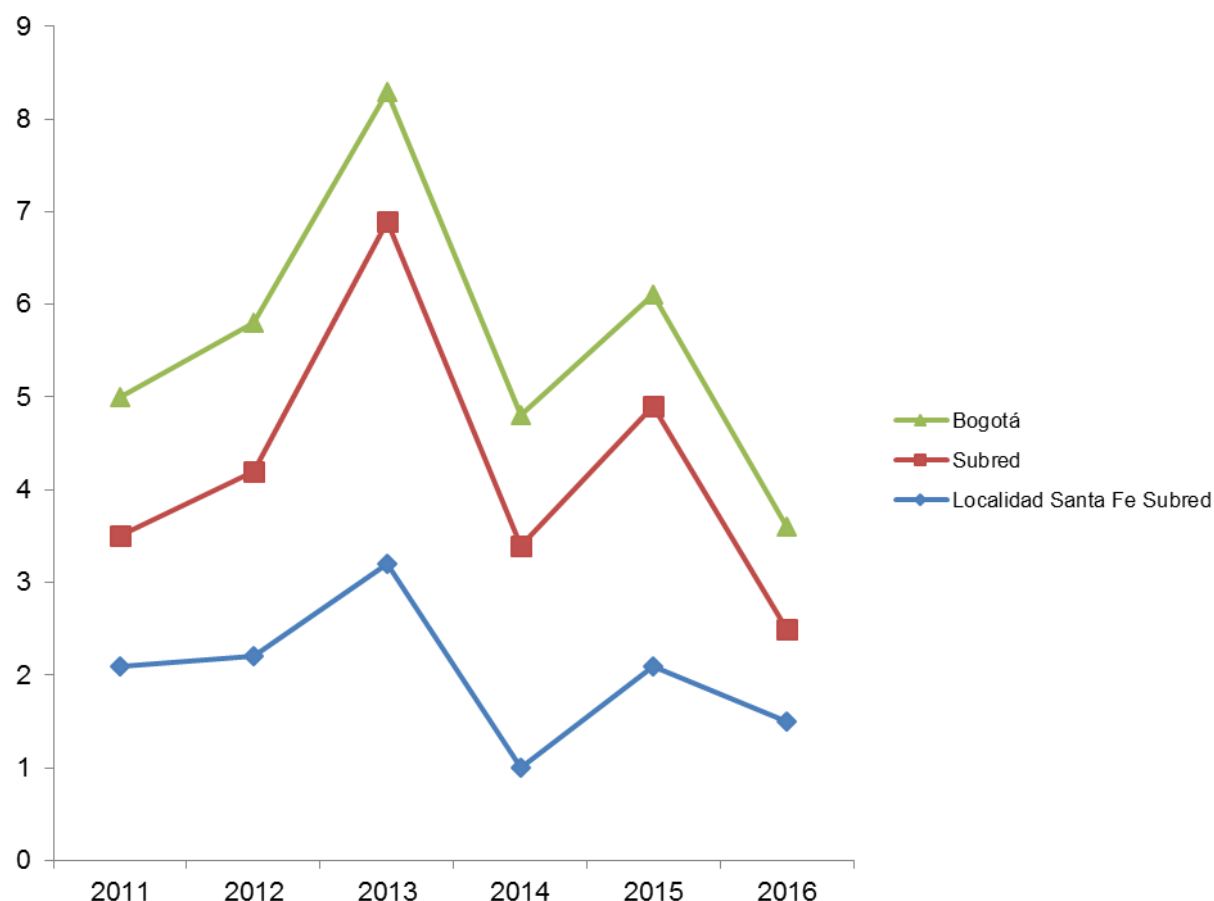
Nacimientos en madres de 15 a 19 años	Año 2012		Año 2013		Año 2014		Año 2015		Año 2016	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Estado conyugal de la madre										
No está casada y lleva dos o más años viviendo con su pareja	98	24,6	83	23,4	68	25,6	68	25,5	61	25,6
No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja	149	37,3	134	37,7	88	33,1	89	33,3	67	28,2
Está separada, divorciada	1	0,3	1	0,3	0	0,0	106	39,7	104	43,7
Viuda	1	0,3	0	0,0	0	0,0	3	1,1	5	2,1
Está soltera	142	35,6	132	37,2	104	39,1	0	0,0	0	0,0
Está casada	4	1,0	4	1,1	4	1,5	0	0,0	0	0,0
Sin información	4	1,0	1	0,3	2	0,8	1	0,4	1	0,4

Nivel educativo de la madre										
Preescolar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Básica primaria	40	10,0	30	8,5	24	9,0	25	9,4	27	11,3
Básica secundaria	174	43,6	165	46,5	101	38,0	120	44,9	90	37,8
Media académica o clásica	163	40,9	137	38,6	124	46,6	99	37,1	103	43,3
Media técnica	2	0,5	7	2,0	0	0,0	5	1,9	5	2,1
Normalista	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Técnica profesional	6	1,5	0	0,0	8	3,0	8	3,0	6	2,5
Tecnológica	4	1,0	11	3,1	1	0,4	1	0,4	3	1,3
Profesional	5	1,3	3	0,8	4	1,5	3	1,1	3	1,3
Ninguno	1	0,3	2	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Sin información	4	1,0	0	0,0	4	1,5	6	2,2	0	0,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos **Año 2012:** Base de datos DANE-RUAF-ND, Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- Datos finales publicados octubre 31 del 2014 - Ajustado 02-06-2015. **Año 2013:** Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES - Ajustado 22-12-2015- publicación definitiva DANE del 30 de julio del 2015. **Año 2014:** Base de datos DANE - RUAF_ND, FINAL - Ajustado 20 -08-2016 (Publicación DANE 30 de junio 2016). **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) suministrados por la SDS.

En la localidad, la tasa de fecundidad más alta presentada en las madres de 10 a 14 años se observa para el año 2013 con 3,2 nacimientos por mil nacidos vivos, sin embargo, estas cifras reportan disminución del 6,1 % durante el periodo 2011 a 2016 al pasar de 2,1 a 1,5 nacimientos por mil nacidos vivos. En general el comportamiento local es similar al de la Subred y al del Distrito (Figura 4).

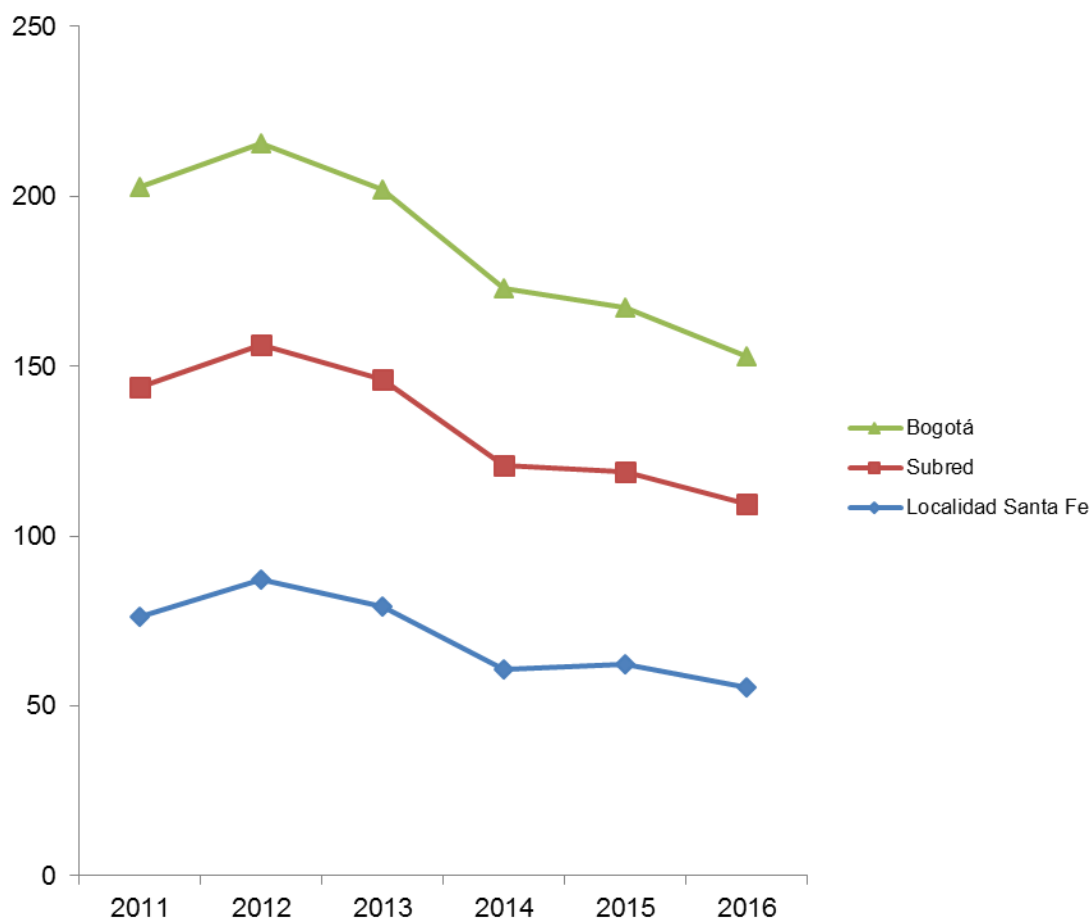
Figura 4. Tasas Específicas de Fecundidad de 10 a 14 Años. Localidad de Santa Fe vs. Subred Centro Oriente – Bogotá. Años 2011 a 2016



Fuente: **Año 2012:** Base de datos DANE-RUAF-ND. -Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS. - Datos finales publicados octubre 31 del 2014 - Ajustado 02-06-2015. **Año 2013:** Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES - Ajustado 22-12-2015- publicación definitiva DANE del 30 de julio del 2015. **Año 2014:** Base de datos DANE - RUAF_ND, FINAL - Ajustado 20 -08-2016 (Publicación DANE 30 de junio 2016). **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).

Para la población de 15 a 19 años, la tasa de fecundidad local más alta se presenta en el año 2012 con 87,2 nacimientos por mil nacidos vivos, con un descenso en las cifras durante el periodo analizado del 6,2 % al pasar de 76,2 a 55,4 nacimientos por mil nacidos vivos de madres del grupo de edad; tanto la Subred como el Distrito muestran una distribución de tasas semejantes a las locales (Figura 5).

Figura 5. Tasas Específicas de Fecundidad de 15 a 19 Años. Localidad de Santa Fe vs. Subred Centro Oriente – Bogotá. Años 2011 a 2016



Fuente: **Año 2012:** Base de datos DANE-RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- Datos finales publicados octubre 31 del 2014 - Ajustado 02-06-2015. **Año 2013:** Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES - Ajustado 22-12-2015- publicación definitiva DANE del 30 de julio del 2015. **Año 2014:** Base de datos DANE - RUAF_ND, FINAL - Ajustado 20 -08-2016 (Publicación DANE 30 de junio 2016). **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).

1.4. CONCLUSIONES

De acuerdo con la información aquí reportada, el área de la localidad corresponde a una parte de la zona de los cerros orientales y su piedemonte, con limitado espacio público efectivo y amenazada por eventos de remoción en masa e incendios forestales, en inmediaciones a la zona de reserva forestal ubicada en su zona rural. En términos poblacionales, hay mayor concentración de población en las UPZ 95 Las Cruces y 96 Lourdes, siendo esta última la más expuesta ante la ocurrencia de un evento de origen natural en razón del asentamiento marginal predominante en zonas escarpadas; situación

que también está asociada con las dificultades para movilizarse a raíz del mal estado de las vías locales.

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, lo cual se ve reflejado en la disminución de los índices de infancia y juventud mientras que los índices de vejez y de envejecimiento han aumentado para el año 2016; dato importante de resaltar, es la disminución de la tasa de fecundidad tanto en el grupo de 10 a 14 años como en las menores de 15 a 19 años el cual es un grupo de mujeres que por el déficit de desarrollo de su sistema reproductor presentar mayor predisposición a presentar morbilidad materna extrema.

Frente a la tasa bruta de natalidad, es posible establecer las acciones a tomar con la población menor a 1 año nacida viva o no, a fin de mitigar los factores de riesgo materno – infantiles identificados; teniendo en cuenta que los cambios en el comportamiento de los indicadores no resultan estadísticamente significativos, se deben evaluar las estrategias ya establecidas como los programas de inmunización, crecimiento y desarrollo, adherencia a controles prenatales entre otros; a fin de fortalecer las mismas y así disminuir la asociación de las causas que afectan la salud de los nacidos vivos y de aquellas gestaciones que llegan término.

Teniendo en cuenta que, aunque las tasas de fecundidad no exponen fluctuaciones importantes en los grupos analizados, estas sí se muestran las modificaciones demográficas en las pirámides poblacionales; y es a partir de estas que se logra la construcción de políticas en Salud Sexual y Reproductiva desde una perspectiva de derechos colectivos, no obstante, siguen siendo individuales.

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

La interacción entre la población y el territorio está mediada por “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen” (11), en el supuesto según el cual el comportamiento del sistema hombre-naturaleza es “resultado del juego de interacciones entre los individuos y entre estos y la base ambiental, para la producción y reproducción de bienes y servicios necesarios para el mantenimiento tanto de la población como de su organización social y de su base económica y ambiental” (12). Desde esta perspectiva, se hace necesaria la lectura de las condiciones que caracterizan el contexto local e inciden en la calidad de vida de sus habitantes, tomando como eje orientador las cuatro dimensiones establecidas en la estrategia PASE a la Equidad en Salud, a saber: Poblacional, Ambiental, Social y Económica.

A manera de contextualización se presenta la situación geográfica de la localidad, que está caracterizada por su emplazamiento céntrico en un entorno que varía entre escarpado al oriente, de baja densidad poblacional, y llano al occidente, con alta densidad urbana; es el resultado de una construcción socio-espacial a lo largo del tiempo que debe ser considerada en la identificación, contextualización y análisis de las condiciones de vida de la población. En principio, valga decir que sus características ambientales se diferencian ampliamente al contrastar las zonas rural y urbana, la primera de ellas correspondiente a la Reserva Forestal Protectora Nacional Bosque Oriental de Bogotá (Mapa 2, Anexo 2), en donde se presentan amenazas por incendio forestal y por remoción en masa; y la segunda, de menor extensión, donde se ubican parques en inmediaciones a las zonas residenciales (ver Mapa 3B, Anexo 2), con amenaza reportada por remoción en masa sobre el borde oriental.

Por su parte, la movilidad está vinculada a la disposición de la malla vial arterial y el sistema integrado de transporte sobre el occidente de la localidad, en la zona plana colindante con el centro de la ciudad, que le garantiza conexión con el resto del Distrito pero que, a la vez, representa alta exposición a polución. Al oriente, en la zona correspondiente a la UPZ 96, la situación es opuesta en razón de la inexistencia de vías principales y el deterioro de las locales (Mapa 3B, Anexo 2), mientras en la ruralidad, pese a la existencia de vías, se reportan limitaciones en la oferta y frecuencia del transporte público; situaciones acentuadas por la topografía escarpada que es característica en

ambos territorios (ver Mapa 2, Anexo 2). Lo anterior se relaciona con las barreras de acceso a los servicios de salud que se reportan desde la ruralidad al no tener buena frecuencia de transporte aunado a las limitantes físicas y económicas de las personas.

Frente a las situaciones identificadas, su lectura está vinculada necesariamente con la heterogeneidad del desarrollo urbano histórico en la localidad, donde los barrios emplazados en las UPZ 95 y 96 tienen origen marginal y periférico, los cuales “[...] iniciaron como urbanización incompleta y que fueron legalizados con el pasar del tiempo” (13); mientras que los ubicados en las UPZ 92 y 93 obedecen a una dinámica de poblamiento obrero y popular, que en esta última ha transitado por un sostenido proceso de deterioro urbanístico en razón de la disminución de la influencia del ferrocarril como medio de transporte, la permanencia de actividades informales asociadas a las trasladadas plazas de mercado y terminales de transporte no oficiales, la subsecuente desvalorización de la zona y el arribo de grupos poblaciones de inferiores condiciones económicas (14). Mención aparte merece la UPZ 91, dado que su desarrollo es relativamente reciente y está orientado a “[...] las actividades económicas terciarias de intercambio de bienes y servicios (locales y oficinas)” (15)

Esta convergencia de factores socio-históricos ha redundado en la pérdida de la relación entre los habitantes, cada vez más itinerantes, y los transeúntes de la localidad con el espacio en términos de apropiación y pertenencia (16); cuya expresión territorial se evidencia, entre otras cosas, en la ubicación de inquilinatos y pagadarios en los barrios San Bernardo y Las Cruces de la UPZ 95, y La Alameda de la UPZ 93 donde, además, se reporta ejercicio de prostitución; en tanto las zonas subnormales de más reciente aparición, correspondientes a las UPZ 96 y al sur de la UPZ 92, se caracterizan por la presencia de viviendas de autoconstrucción con materiales precarios (Mapa 3A, Anexo 2).

En lo que atañe a servicios públicos, si bien la localidad reporta cobertura cercana a 100 % en la zona urbana, su acceso está mediado por las condiciones de las viviendas descritas previamente; situación que contrasta con la de la zona rural, donde el alcantarillado cubre el 17 % del territorio, la recolección de basuras el 50 %, el acueducto el 66 % y la energía eléctrica el 96 % (17); lo que sustenta parcialmente la identificación de situaciones como la inadecuada disposición de residuos sólidos, la deficiencia en la

prestación de los servicios y las implicaciones sociales y de salud que ella conlleva (Mapa 2, Anexo 2).

El cambio histórico de las dinámicas espaciales se da a partir del éxodo del habitante original, pues así se genera una pérdida de la relación que existe con el espacio en términos de identidad, apropiación y pertenencia. En ese sentido los nuevos habitantes tienden a transformar el lugar conforme a las necesidades sociales y las disposiciones económicas del entorno resignificando el territorio. Las localidades del centro fueron ocupadas por pobladores foráneos migrantes que dieron inicio a un asentamiento ilegal que se tradujo en la ocupación de casas para varias familias, así surge la idea de la habitabilidad de familias numerosas en inquilinatos, dando lugar a situaciones de hacinamiento.

Desde otra perspectiva, la localidad dispone de infraestructura social y educativa dispuesta en la totalidad de las UPZ, mientras que los equipamientos de salud, tanto privados como públicos, cuentan con un número reducido de establecimientos, emplazados al norte y sur del territorio (Mapa 3B, Anexo 2).

A nivel socioeconómico es importante resaltar que la pobreza como condición estructural refleja la limitación en el acceso a las condiciones fundamentales de la población, incidiendo en su calidad de vida, bienestar y desarrollo humano. En Colombia se reconoce la pobreza mediante el ingreso monetario que identifica las líneas de indigencia; el indicador de NBI que da cuenta de la disponibilidad y el acceso a los servicios básicos; y, por último, el Índice de Calidad de Vida –ICV– que permite medir las capacidades de la persona y la familia en términos adquisitivos (18)

Del primer indicador se encuentra que, si bien la informalidad es la fuente de ingresos y de trabajo más relevante en la población económicamente activa de la zona urbana de la localidad de Santa Fe, la tasa de ocupación es alta con respecto a otras localidades. Este último aspecto está directamente relacionado con el estrato socioeconómico, por lo que las tasas de ocupación son más bajas en los estratos 1, 2 y 3 donde las necesidades básicas no se satisfacen adecuadamente debido a los bajos ingresos familiares. Las principales actividades en las cuales las personas de la localidad se ocupan son las de

tipo comercial como venta de productos y servicios, tiendas, comidas rápidas y panaderías; por otro lado, en menor proporción, se observa la prostitución como actividad económica la cual se deriva de la falta de oferta laboral y la falta de acceso a educación superior en consecuencia con los ingresos monetarios del hogar. En la zona rural la actividad económica se centra en la producción agrícola de consumo propio y para la venta.

Frente al NBI, es importante destacar que para el año 2014 este indicador dio cuenta de un incremento significativo, ubicando a la localidad de Santa Fe en el nivel más alto a nivel distrital, lo que permite visibilizar mayores desigualdades socioeconómicas mediante la exposición de personas más pobres en situaciones críticas de vivienda, hacinamiento, servicios inadecuados y alta dependencia económica.

Este hecho se evidencia en las dificultades en el acceso a vivienda y en la existencia de inquilinatos y pagadarios como respuesta habitacional. Como se aprecia en el Mapa 3A, dichas estructuras se ubican en el barrio La Alameda de la UPZ 93, barrio San Bernardo y La Cruces de la UPZ 95, en esa misma zona tal como se evidenció en los ejercicios de los recorridos territoriales de reconocimiento e identificación de las dinámicas espaciales y sociales de la localidad, se contraponen el ejercicio de la prostitución y el comercio y consumo de SPA, lo que permite inferir la existencia de focos de violencia e inseguridad. Situación diferente se observa en el barrio Santa Rosa de la UPZ 96, donde se concentra parte de la población Inga procedente de Putumayo, parte de la población Embera Chamí procedente de Pereira y parte de la población afrodescendiente procedente de Buenaventura, quienes residen en estructuras modernas que no están catalogadas como inquilinatos, sin embargo se evidencia hacinamiento que se corresponde con las dinámicas culturales propias de su cosmovisión, la cual concibe la habitabilidad de la familia extensa en un solo sitio.

Por último, aunque el ICV de Santa Fe da cuenta de buenos niveles de escolaridad y acceso a servicios públicos, todo lo cual aplica en términos de habitabilidad e infraestructura, no reconoce el ámbito social que lo rodea, pues como parte de los procesos migratorios, previamente expuestos, generados a lo largo de la historia, esta

localidad ha sido lugar de residencia de población en situación de vulnerabilidad social y económica (16).

Todo lo anterior, visto en el marco de la seguridad alimentaria y nutricional, se relaciona con la situación de pobreza y miseria por NBI. En este sentido, la localidad cuenta con el porcentaje más alto en estos indicadores a nivel distrital, evidenciando así una característica de vulnerabilidad económica para su población residente e impactando en las condiciones de vida y en el acceso a los alimentos en términos de disponibilidad y distribución. Aunque la localidad cuenta con la oferta de alimentos saludables disponibles en las plazas de mercado que se observan en el Mapa 3B, factores como los bajos o escasos recursos económicos, la debilidad en la capacidad de adquisición de los alimentos de alto valor nutricional, la inequidad en los recursos económicos y la mala distribución de los mismos en el hogar se constituyen en determinantes que inciden en la debilidad de la seguridad alimentaria y nutricional.

En la ruralidad se identifican otro tipo de problemáticas relacionadas con el acceso a la canasta básica, si bien es una zona que se autoabastece con los cultivos propios, las ayudas del gobierno actual se descontinuaron y se encuentran en amenazas por posibles tomas del terreno por parte de inversionistas extranjeros*. (19). A la comunidad en general no le interesa la actividad agrícola y desconoce la labor del campesino, por tanto, no compran en la huerta, ya que prefieren los productos ofrecidos en la ciudad, cuya característica "orgánica" impide el comercio en el campo. Igualmente, en correspondencia con la falta de ingresos económicos, el ganado es escaso al igual que las gallinas, los cuales no aseguran la actividad laboral agrícola. En ese sentido se han visto cambios de pensamiento, articulación con la vida urbana y pobreza, dificultan la producción agrícola.

Parte de los aspectos económicos descritos anteriormente dan cuenta de los procesos que se desarrollan desde el ámbito social. Un ejemplo de ello se encuentra en el comercio de SPA ilegal que se lleva a cabo al interior de la localidad y como bien lo muestra el

* Información tomada de las unidades de análisis comunitarias realizadas para la identificación de necesidades de la UPR 2 – Cerros Orientales – las cuales fueron consignadas en el anexo operativo del informe de Análisis de Condiciones de Salud y Calidad de Vida en la ruralidad de la Subred Centro Oriente. Bogotá, 2016.

Mapa 3A, este suceso ocurre a lo largo de las UPZ 95 y 96 pero no deja de ser reconocido en toda la localidad. Este hecho se vincula tanto en lo económico, por el lucro que genera esta actividad ilegal, como en lo social, por los focos de violencia e inseguridad que desencadena, los cuales se asocian comúnmente con el espacio público (parques y zonas verdes) (ver Mapa 3B), situación que deteriora la calidad de vida, las actividades lúdicas y el desarrollo de actividad física de la población infantil, joven y adulta mayor que hacen uso de estos espacios.

Enlazado con lo anterior, se encuentran factores protectores como los servicios sociales y centros de ayuda que se encuentran distribuidos a lo largo de toda la localidad (Mapa 3B), los cuales responden a las necesidades de la comunidad y dan cuenta de la disponibilidad de cupos.

Tras la intervención realizada en el antiguo territorio Bronx, los ciudadanos habitantes de calle se desplazan hacia la localidad de Santa Fe, concentrándose específicamente en el barrio San Bernardo de la UPZ 95, aunque como se aprecia en el Mapa 3A, la UPZ 93 no es ajena a su presencia. Algunas de estas dinámicas pueden entenderse desde el ámbito intermedio en la medida en que algunas personas adoptan la calle como su estilo de vida, y desde el nivel estructural cuando algunas personas en ocasión de la situación socioeconómica deben recurrir a la habitabilidad en calle y a la mendicidad como modo de vida.

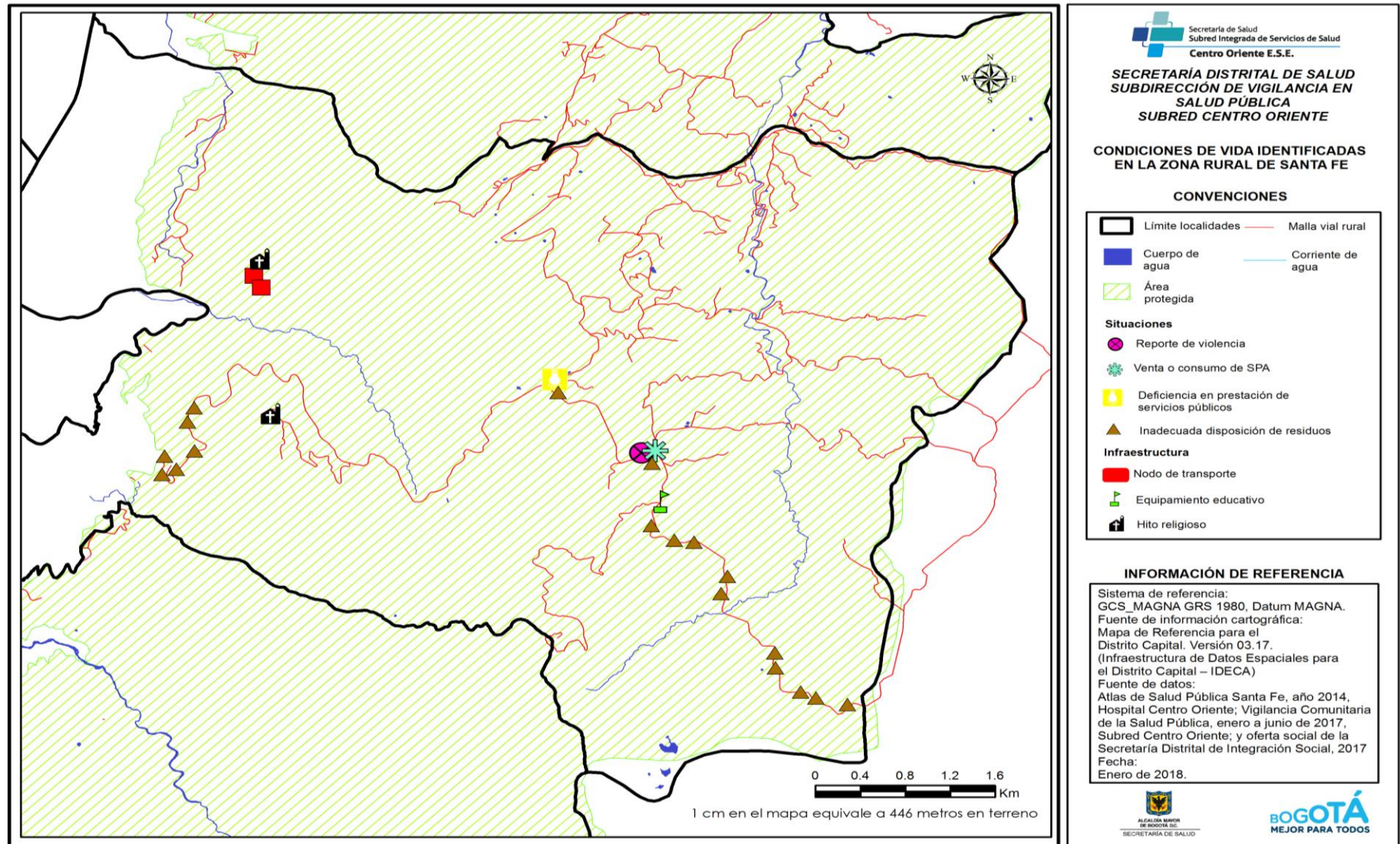
Precisamente, al transitar entre la dualidad social y económica se analiza el coeficiente de Gini, el cual registra un nivel alto en la localidad de Santa Fe, indicando que hay mayor desigualdad, segregación y más mezcla social que en otras localidades con Gini bajo. No obstante, es necesario tener en cuenta que la interpretación de este indicador es distinta cuando se considera el conjunto de la ciudad, y cuando se observa por localidades. Se suele asociar la riqueza con la tenencia en propiedad de la vivienda y la pobreza con su carencia. Sin embargo, la realidad bogotana no parece corroborar esta relación de manera concluyente. Con frecuencia, muchos arrendatarios están en mejor situación económica que algunos propietarios por el peso que tiene el mercado informal de la vivienda.

Desde el enfoque de los determinantes sociales, es importante relacionar las características socioeconómicas y de productividad de una población y su incidencia en la calidad de vida y de salud de los individuos. En cuanto a la situación de pobreza se encuentra que en la localidad gran parte de las problemáticas sociales y de salud se derivan de ella, pues en consecuencia hay un déficit en la demanda de alimentos necesarios en el hogar, hay limitantes al acceso a la educación superior, se presentan situaciones de violencia y alteraciones a la salud mental, también hay limitantes en el acceso a viviendas, existe debilidad en el acceso a servicios de salud, altos índices de mendicidad y habitabilidad en calle, consumo abusivo de sustancias psicoactivas legales e ilegales inicio de sexualidad temprana.

En cuanto al ámbito de salud, debe reconocerse que el modelo del sistema de salud en Colombia ha estado trazado por la capitalización de los bienes de salud, lo cual delimita el acceso enmarcándolo dentro de una estructura jerárquica determinada por el poder de adquisición de bienes materiales, el status socio-económico y el estado de pobreza o riqueza (20); en esa medida se observa que la prestación de bienes de servicios de salud y el derecho obligatorio a la salud entra en conflicto debido a las dinámicas económicas que se manejan al interior de las entidades que prestan este servicio, situación que deja entrever una situación de inequidad en cuanto al acceso a los servicios de salud mediados por el ingreso económico y la capacidad de pago de la persona.

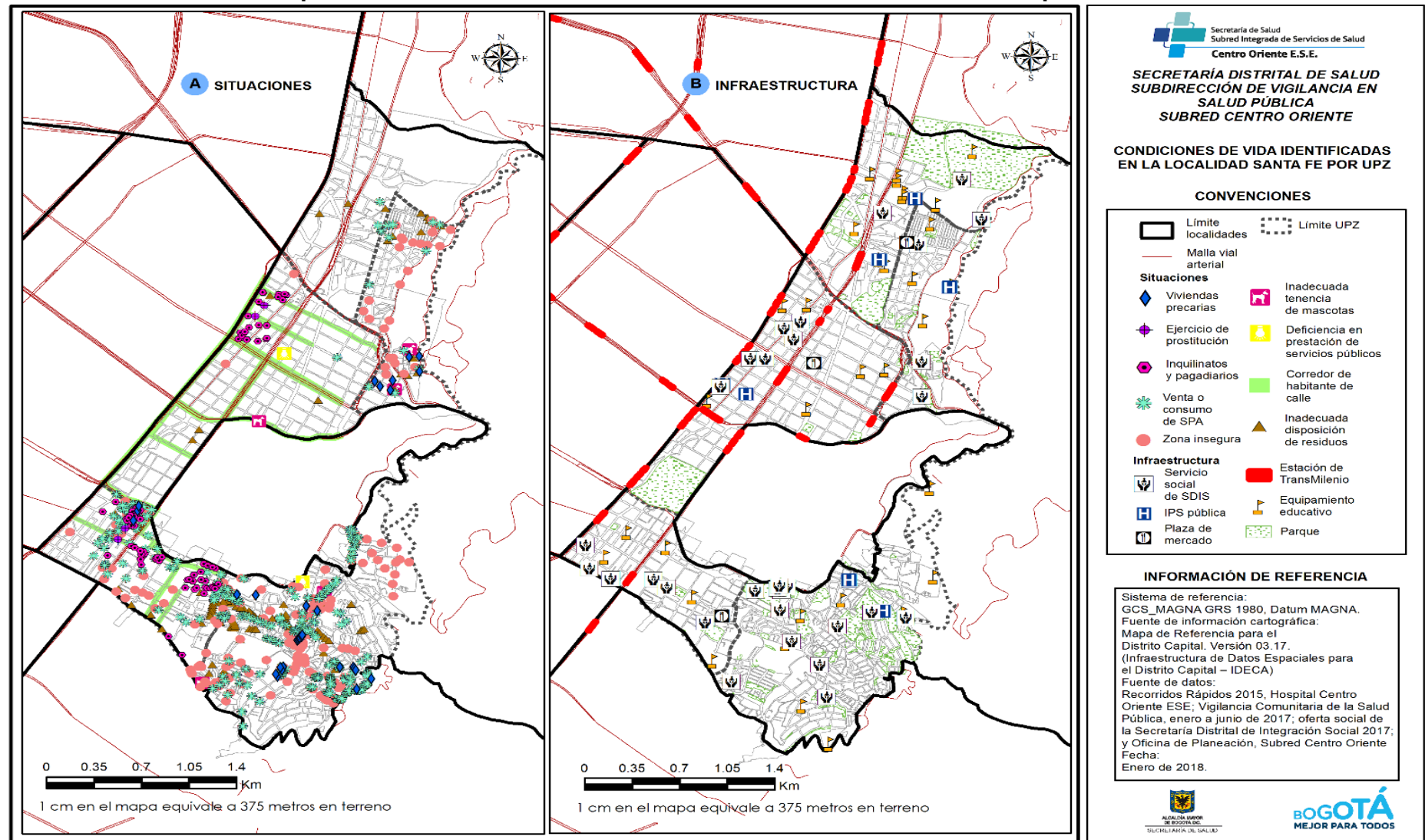
Es así que el acceso a los servicios de salud en la localidad, desde la perspectiva económica, suelen verse de manera inequitativa, considerando el componente poblacional y el aumento de los índices de miseria de la misma; ambos aspectos impiden un acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud, repercutiendo en la calidad de vida y de salud (ver Anexo 2) de poblaciones vulnerables como lo son los niños, niñas y madres lactantes y gestantes.

Mapa 2. Condiciones de Vida Identificadas en la Zona Rural. Localidad de Santa Fe



Fuente: Elaboración propia, equipo ACCVSyE con datos del Atlas de Salud Pública 2014, Hospital Centro Oriente ESE; Vigilancia Comunitaria de la Salud Pública, enero a junio de 2017, Subred Centro Oriente ESE; y oferta social de la Secretaría Distrital de Integración Social, 2017.

Mapa 3. Condiciones de Vida Identificadas. Localidad de Santa Fe por UPZ



Fuente: Elaboración propia, equipo ACCVSyE con datos de los Recorridos Rápidos 2015, Hospital Centro Oriente ESE; Vigilancia Comunitaria de la Salud Pública, enero a junio de 2017, Subred Centro Oriente ESE; oferta social de la Secretaría Distrital de Integración Social, 2017; y oficina de Planeación, Secretaría Distrital de Integración Social, 2017.

3. CAPÍTULO III. MORTALIDAD Y MORBILIDAD

3.1. MORTALIDAD

La mortalidad es el aspecto que mejor describe la situación de salud de una población, sin embargo, existen limitaciones para conocer las causas reales de la muerte, en relación a la calidad del certificado de defunción y a la obtención de este, que hacen deficiente la información. Dentro del comportamiento general, la mortalidad ha sido diferencial por sexos. Los hombres mueren más que las mujeres, por otro lado, en los primeros años de vida, el riesgo de morir es muy alto, alcanzando niveles mínimos entre los 6 y 15 años de edad, posterior a ello comienza un progresivo aumento que se intensifica a partir de los 60 años por causas vinculadas al envejecimiento del organismo humano.

En el mundo, según la OMS, cada año mueren 10 millones de niños y niñas menores de 5 años, sin embargo, se estima que la probabilidad de supervivencia de Estos aumenta en la medida en que se tiene acceso a intervenciones simples y accesibles, a través de una atención en salud integrada, eficaz y unos sistemas de salud fortalecidos.

En este contexto, el presente apartado da cuenta de las principales causas de mortalidad de la población residente en la localidad de Santa Fe y su relación en la distribución frente al conjunto de localidades de cobertura de la Subred Centro Oriente y el Distrito entre los años 2012 y 2014, sin embargo, la información disponible a la fecha para la mortalidad evitable se encuentra a 2016. Cabe anotar que los datos correspondientes al año 2015 aún están en procesamiento por parte de los entes correspondientes.

3.1.1 Mortalidad por Grandes Causas 6/67

Para los años analizados, se pudo establecer una mayor afectación en la población por enfermedades del sistema circulatorio, tal como lo muestra la Tabla 15, siendo la población de 80 años y más la afectada en la mayoría de los grupos de grandes causas de mortalidad, observándose una mayor proporción en las relacionadas con las enfermedades del sistema circulatorio y las demás causas, situación que no resulta extraña teniendo en cuenta que allí se ubican las enfermedades prevalentes para este grupo poblacional. Así pues, para la mortalidad por causa externa, los grupos

poblacionales de 20 a 24 y 25 a 29 son quien presentan la mayor prevalencia con 16,4 % (n:12) y 19,2 % (n:14) respectivamente para el año 2014.

Tabla 15. Distribución de la Mortalidad General Grandes Causas 6/67 por Quinquenios. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014

EDAD	De 0 a 4 años	De 5 a 9 años	De 10 a 14 años	De 15 a 19 años	De 20 a 24 años	De 25 a 29 años	De 30 a 34 años	De 35 a 39 años	De 40 a 44 años	De 45 a 49 años	De 50 a 54 años	De 55 a 59 años	De 60 a 64 años	De 65 a 69 años	De 70 a 74 años	De 75 a 79 años	De 80 y más años
Enfermedades transmisibles																	
2012	18	0	3	1	2	0	4	1	8	2	5	7	6	5	5	13	33
2013	9	0	0	1	2	3	9	3	6	3	7	3	7	6	8	12	31
2014	8	0	1	0	1	2	5	6	4	3	8	6	6	5	8	7	28
Neoplasias																	
2012	2	1	1	3	7	5	5	9	12	17	30	34	32	43	56	42	62
2013	2	2	1	3	2	5	6	3	16	19	22	33	39	45	34	46	68
2014	0	3	2	2	2	2	8	8	10	23	38	37	41	42	29	51	64
Enfermedades sistema circulatorio																	
2012	0	1	1	0	1	5	3	6	6	9	19	24	36	45	83	91	215
2013	2	0	1	1	1	1	3	2	9	9	16	26	32	47	77	92	191
2014	1	1	1	1	1	2	7	2	4	10	27	33	30	60	71	89	237
Afecciones periodo perinatal																	
2012	46																
2013	33																
2014	34																
Causas externas																	
2012	2	1	2	20	19	25	16	16	8	12	8	7	6	7	6	7	11
2013	3	4	4	21	22	16	9	7	5	5	10	8	9	5	1	3	2
2014	5	1	4	28	38	19	14	16	11	7	6	7	5	5	10	7	10
Las demás causas																	
2012	29	0	3	5	3	5	10	5	5	9	18	24	33	41	49	54	191
2013	16	0	1	7	2	3	5	10	5	12	24	28	37	24	40	56	174
2014	28	1	6	5	4	4	9	5	7	12	17	21	24	33	32	63	196

Fuente: Anexo Mortalidad, documento ASIS Ministerio de la Protección Social. Datos 2012- Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales, Datos 2013-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015), Datos 2014-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016), Tasas Ajustadas: Población de referencia de la OMS.

De acuerdo a la distribución por sexo, se observa una mayor afección en los hombres tanto a nivel local como en la Subred, sin embargo al realizar la revisión de los datos por años se pudo establecer que en la localidad entre los años 2012 y 2013 se presentó un incremento en las tasas crudas de mortalidad de 84,32 en la población femenina, mientras que en los hombres se observó una disminución de 49,28; aunque la proporción en los cambios de las tasas no es equiparable entre la localidad y la Subred, el comportamiento en esta última para los años en mención es similar. Frente al comportamiento entre los años 2013 y 2014, a nivel local se muestra invertida la tendencia, siendo para la Subred la misma (Tabla 16, Anexo 3).

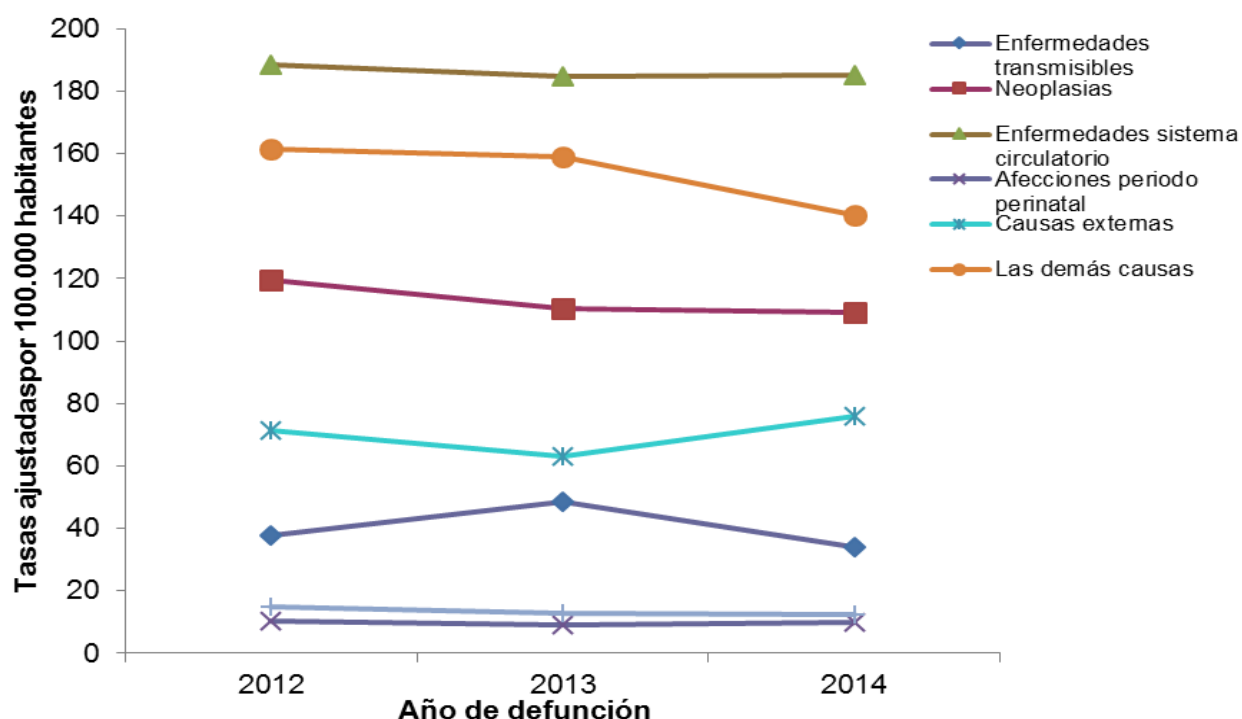
Tabla 16. Distribución de la Mortalidad por Grandes Causas 6/67 y Tasas Crudas por Sexo. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014

Año	2012		2013		2014	
Lista 6/67	H	M	H	M	H	M
Enfermedades transmisibles	37,9	21,7	48,7	39,3	34,0	27,0
Neoplasias	119,4	95,0	110,5	91,8	109,2	91,3
Enfermedades sistema circulatorio	188,3	141,2	184,9	132,5	185,2	135,3
Afecciones periodo perinatal	10,1	9,8	9,1	8,7	9,8	6,5
Causas externas	71,4	18,9	62,9	13,0	75,8	14,6
Las demás causas	161,6	118,1	159,0	110,3	140,4	116,5
Signos y síntomas mal definidos	14,9	7,6	13,0	6,8	12,3	7,4

Fuente: Anexo Mortalidad, documento ASIS Ministerio de la Protección Social. Datos 2012- Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales, Datos 2013-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015), Datos 2014-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 2016), Tasas Ajustadas: Población de referencia de la OMS.

En cuanto a la distribución por sexo, las tasas ajustadas en la localidad muestran una mortalidad significativamente mayor en los hombres frente a la presentada en las mujeres, siendo las enfermedades del sistema circulatorio las de mayor causa de mortalidad con tasas ajustadas de 196,30 x 100.000 habitantes para los hombres y de 136,68 x 100.000 habitantes en las mujeres, seguido de las demás causas con 152,10 x 100.000 habitantes y 126,39 x 100.000 habitantes para cada sexo respectivamente; situación que se presenta de manera similar en la Subred para el periodo comprendido entre los años analizados, mostrando tasas ajustadas para las enfermedades del sistema circulatorio de 186,17 x 100.000 habitantes en la población masculina y de 136,33 x 100.000 habitantes en las mujeres, respecto a las demás causas se observan tasas ajustadas de 153,65 x 100.000 habitantes en hombres y 114,96 x 100.000 habitantes en las mujeres (Figura 6 y Figura 7, Anexo 3).

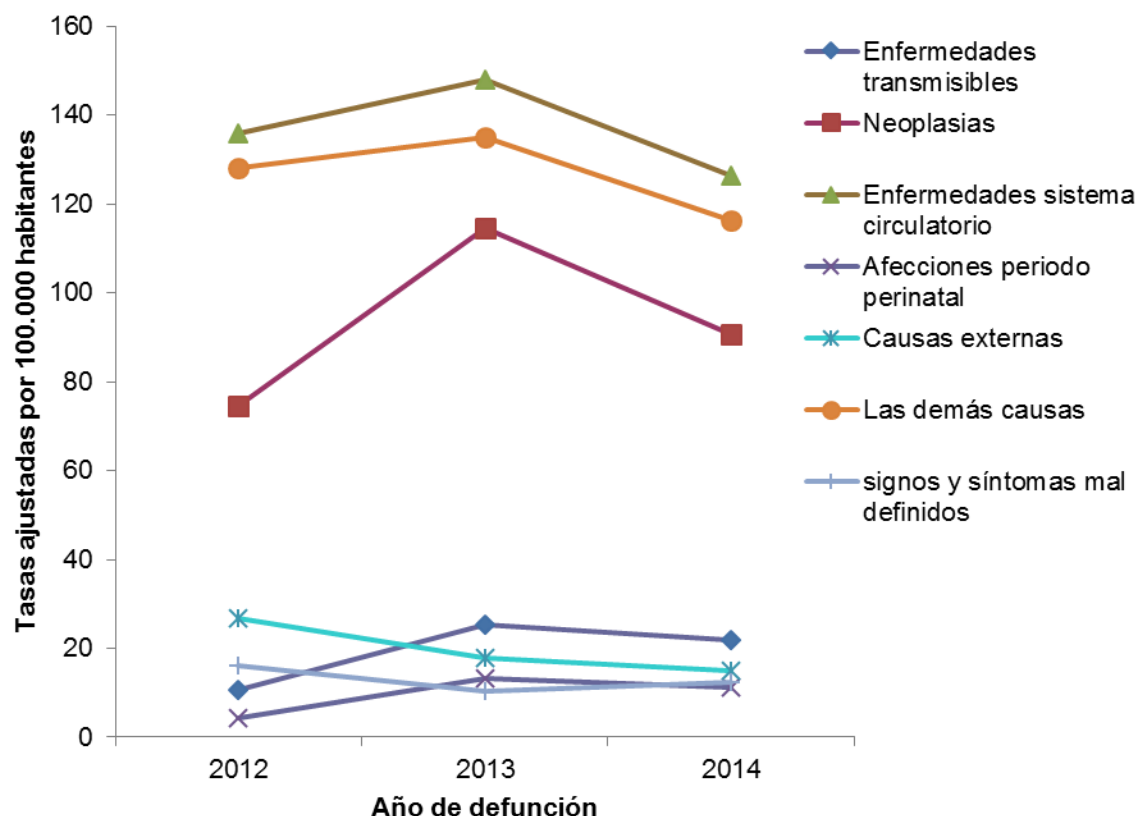
Figura 6. Distribución de la Mortalidad por Grandes Causas 6/67 y Tasas Ajustadas en Hombres. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014



Fuente: Anexo Mortalidad, documento ASIS Ministerio de la Protección Social. Datos 2012- Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales, Datos 2013-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015), Datos 2014-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 2016), Tasas Ajustadas: Población de referencia de la OMS.

Frente a los años analizados y la afectación de la mortalidad por grandes causas, las enfermedades transmisibles, neoplasias, enfermedades del sistema circulatorio y las afectaciones del periodo perinatal presentaron las más altas tasas durante el año 2013 con 46,35; 102,74; 171,82; 11,31 x 100.000 habitantes, respectivamente; mientras que las otras agrupaciones se presentaron en el año 2012, lo anterior a nivel local. Al revisar las tasas presentadas en la Subred, se observa una variabilidad en los años según el grupo de mortalidad, siendo las neoplasias, enfermedades del sistema circulatorio y las afectaciones del periodo perinatal las más altas para el año 2012 con 105,28; 161,96 y 9,96 x 100.000 habitantes, las enfermedades transmisibles y demás causas se presentan con magnitud durante el 2013 y aquellas clasificadas como causa externa en 2014 (Anexo 3).

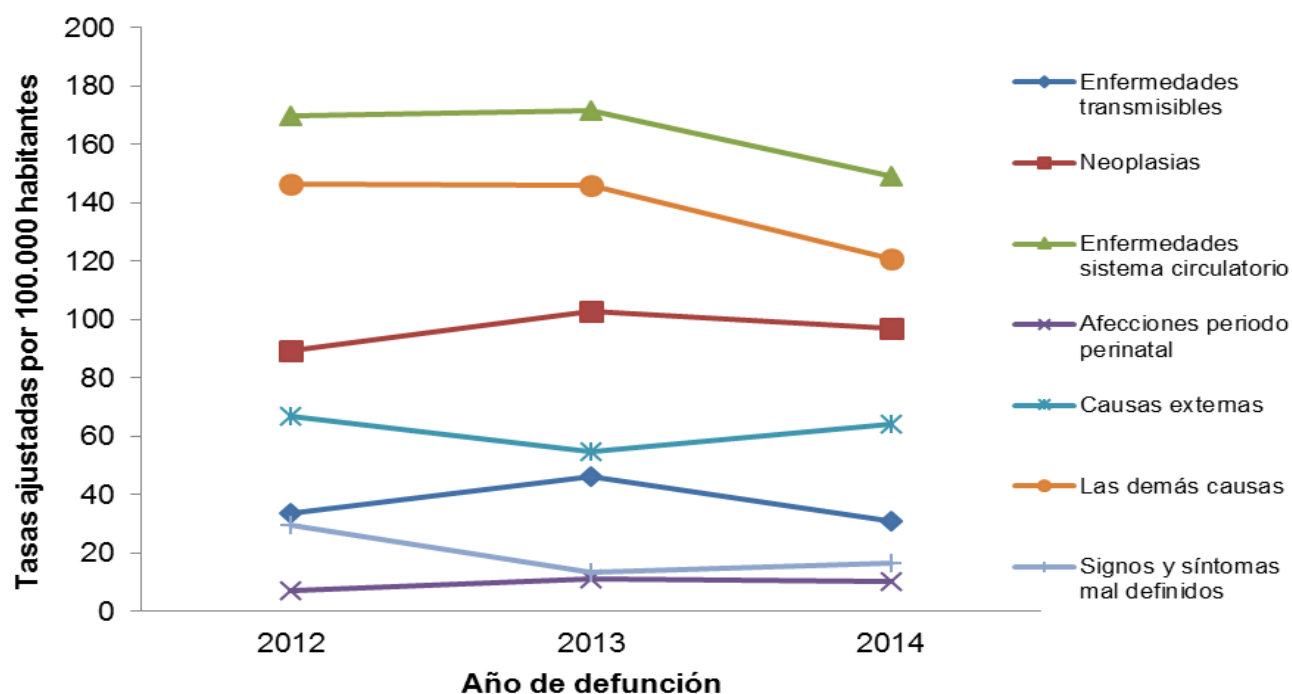
Figura 7. Distribución de la Mortalidad por Grandes Causas 6/67 y Tasas Ajustadas en Mujeres. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014



Fuente: Anexo Mortalidad, documento ASIS Ministerio de la Protección Social. Datos 2012- Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales, Datos 2013-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015), Datos 2014-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 2016), Tasas Ajustadas: Población de referencia de la OMS.

De acuerdo a las tasas ajustadas y la agrupación de mortalidad por grandes causas, la población de la localidad se ve más afectada por las enfermedades del sistema circulatorio, seguido de las demás causas y las neoplasias con 148,99; 120,92 y 96,87 x 100.000 habitantes respectivamente, evidenciándose un comportamiento similar al presentado en la Tabla 16 y las Figura 6 y Figura 7, presentándose variación en la jerarquía de las dos últimas causas mencionadas (Figura 8, Anexo 3).

Figura 8. Distribución de la Mortalidad por Grandes Causas 6/67 y Tasas Ajustadas. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014



Fuente: Anexo Mortalidad, documento ASIS Ministerio de la Protección Social. Datos 2012- Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales, Datos 2013-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015), Datos 2014-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016), Tasas Ajustadas: Población de referencia de la OMS.

3.1.2 Mortalidad por subgrupos de grandes causas 6/67

De acuerdo a los resultados de las tasas crudas observadas en la localidad, las enfermedades isquémicas del corazón son las que más afectan a la población, presentando su mayor tasa para el año 2012 con 103,35 x 100.000 habitantes en la población masculina; seguido de las agresiones (homicidios) para el 2014 con una tasa cruda de 65,11 en el mismo grupo poblacional. Al comprar con la Subred, se observa que la primera causa de mortalidad siguen siendo las enfermedades isquémicas del corazón con una tasa de 82,97 x 100.000 habitantes, aunque estas muestran su mayor pico para el año 2013, en segundo lugar se ubican las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con una tasa de 41,37 x 100.000 habitantes en la población femenina para el año 2014, la cual a nivel local se ubica en el tercer lugar y con una mayor prevalencia para el año 2013 en la población masculina; así mismo, se logró establecer que las agresiones

(homicidios) descienden al cuarto lugar con una diferencia relativa de 26,88 x 100.000 habitantes (Tabla 17, Anexo 4)

Tabla 17. Distribución Tasas Crudas por Sexo de la Mortalidad de Grandes Causas 6/67 por Subgrupos. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014

Sub grupo	2012		2013		2014	
	H	M	H	M	H	M
Enfermedades isquémicas del corazón	103,35	78,46	99,67	73,04	90,44	80,46
Agresiones (homicidios)	41,70	0	52,55	3,65	65,11	3,66
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	32,64	32,85	50,74	42,00	36,17	45,71
Resto de enfermedades del sistema digestivo	27,20	25,55	27,18	25,56	7,23	36,57
Enfermedades cerebrovasculares	36,26	36,50	43,49	51,13	32,56	32,91
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	14,51	20,07	19,93	16,43	23,51	25,60
Enfermedades hipertensivas	9,07	23,72	16,31	18,26	18,09	23,77
Signos, síntomas y afecciones mal definidas	43,52	16,42	16,31	10,96	21,70	12,80
Accidentes de transporte terrestre	30,82	9,12	14,50	5,48	21,70	1,83
Diabetes mellitus	18,13	14,60	25,37	14,61	7,23	18,29
Tumor maligno del estómago	18,13	10,95	14,50	12,78	18,09	10,97
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	9,07	7,30	3,62	3,65	18,09	5,49
Infecciones respiratorias agudas	27,20	5,47	34,43	14,61	14,47	16,46
Resto de las enfermedades	9,07	20,07	9,06	21,91	9,04	16,46
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	16,32	10,95	16,31	23,74	14,47	14,63

Fuente: Anexo Mortalidad, documento ASIS Ministerio de la Protección Social. Datos 2012- Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales, Datos 2013-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015), Datos 2014-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016), Tasas Ajustadas: Población de referencia de la OMS.

Para la distribución de las causas de mortalidad mal definidas, se observa una diferencia importante entre las tasas reflejadas por sexo en la localidad, mostrando un promedio de tasas en los hombres de 34,94 x 100.000 habitantes mientras que en las mujeres dicho dato es de 12,87 con una diferencia relativa de 22,07 x 100.000 habitantes. Aunque las tasas de la Subred son más bajas que las locales, se puede establecer que la localidad

refleja el patrón establecido para la subred, siendo para los dos territorios el año 2012 el de mayor afectación por estas causas (Tabla 18, Anexo 4).

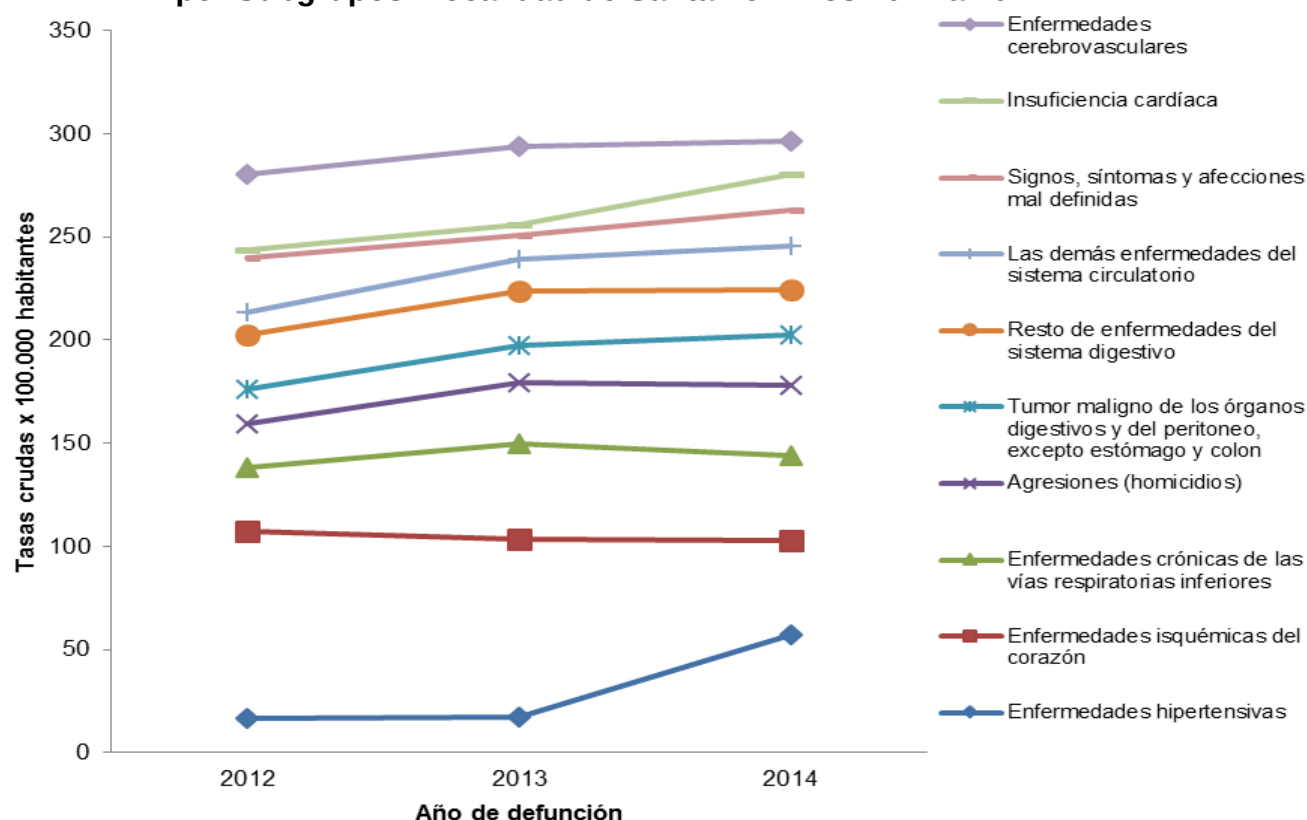
Tabla 18. Distribución de la Mortalidad Mal Definida, por Sexo y Tasas Ajustadas. Localidad de Santa Fe vs. Subred. Años 2012 a 2014

		Hombres			Mujeres			Total		
		2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Localidad	Signos, síntomas y afecciones mal definidas	44,55	43,85	16,42	16,10	10,24	12,26	29,66	13,30	16,52
Subred	Signos, síntomas y afecciones mal definidas	15,90	15,64	12,76	7,96	6,81	7,35	11,49	9,38	9,66

Fuente: Anexo tasas ajustadas, documento ASIS Ministerio de la Protección Social. Datos 2012- Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales, Datos 2013-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015), Datos 2014-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 2016), Tasas Ajustadas: Población de referencia de la OMS.

En relación a las diez primeras causas de mortalidad por subgrupos, para el año 2014 se observa en la localidad que las cuatro primeras corresponden a las enfermedades hipertensivas, seguidas de las isquémicas del corazón, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y las agresiones (homicidios); cabe anotar que se presentó para la primera causa un incremento en la tasa de 40 x cada 100.000 habitantes respecto al año inmediatamente anterior, mientras que para la segunda y tercera causa se presenta un descenso en la tasa de 40,9 y 5,5 x cada 100.000 habitantes, respectivamente. Aunque en la mortalidad por signos, síntomas y afecciones mal definidas en la distribución por sexos ocupa el octavo lugar (Tabla 17), al analizar los datos totales de la mortalidad, este grupo se ubica en el séptimo lugar con un incremento de 5,5 x cada 100.000 habitantes frente al año 2013 (Figura 9, Anexo 4).

Figura 9. Distribución Tasas Crudas de la Mortalidad de Grandes Causas 6/67 por Subgrupos. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014



Fuente: Anexo tasas ajustadas, documento ASIS Ministerio de la Protección Social. Datos 2012- Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales, Datos 2013-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015), Datos 2014-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016), Tasas Ajustadas: Población de referencia de la OMS.

En cuanto a las enfermedades transmisibles durante el 2014, se logró establecer que la mayor tasa ajustada de mortalidad tanto para hombres como para mujeres se presentó por infecciones respiratorias agudas con una tasa de 14,87 x 100.000 habitantes y 13,24 x 100.000 habitantes, respectivamente; siendo las mortalidades por ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia en hombres ($ta=1,81 \times 100.000$ habitantes) la de mejor representación y en las mujeres la meningitis con una tasa de $1,93 \times 100.000$ habitantes. El comportamiento de la Subred para las tasas de mayor afectación es similar al observado en la localidad, sin embargo, cuando se analizan los datos de las menores tasas representativas se pudo establecer que en los hombres ciertas enfermedades inmunoprevenibles y en las mujeres la septicemia, excepto neonatal con 1,18 y 0,15 x 100.000 habitantes respectivamente son las que resaltan (Tabla 19, Anexo 4).

Frente a la tendencia durante los años analizados, la localidad de Santa Fe presenta para el año 2012 las menores tasas de mortalidad para tuberculosis en hombres y las enfermedades infecciosas intestinales en las mujeres; en tanto para la Subred los hombres muestran la menor tasa en ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia, mientras que en las mujeres la tuberculosis para el 2012 y meningitis en el 2013 con las mismas tasas son las de menor afectación mortal en la población han cobrado (Tabla 19, Anexo 4).

Tabla 19. Distribución Tasas Ajustadas por Sexo de la Mortalidad de Grandes Causas 6/67 por Subgrupos – Enfermedades Transmisibles. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014

Enfermedades transmisibles	Hombres			Mujeres		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Enfermedades infecciosas intestinales	0,00	4,06	0,00	1,42	2,82	0,00
Tuberculosis	1,70	3,68	0,00	0,00	1,86	3,09
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,00	0,00	1,81	0,00	1,54	0,00
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	1,92	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Meningitis	1,93	2,13	5,13	0,00	1,73	1,93
Septicemia, excepto neonatal	0,00	0,00	0,00	0,00	2,93	0,00
Enfermedad por el VIH (SIDA)	14,34	21,41	13,06	3,20	0,00	3,69
Infecciones respiratorias agudas	29,26	37,10	14,87	4,27	12,82	13,24
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	8,83	3,49	5,72	1,69	1,64	0,00

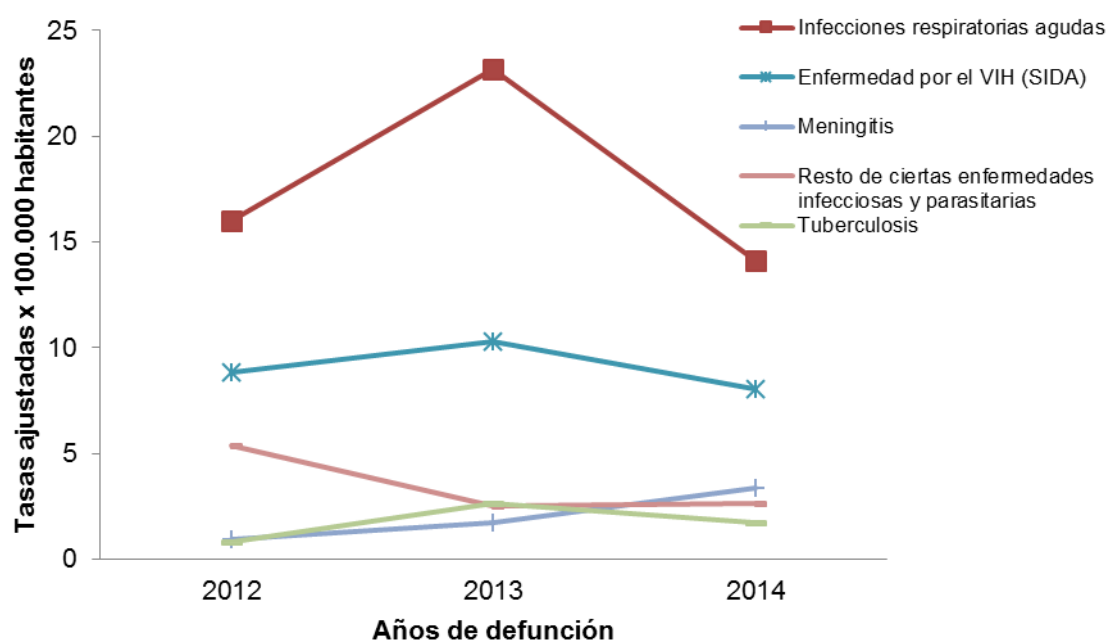
Fuente: Anexo tasas ajustadas, documento ASIS Ministerio de la Protección Social. Datos 2012- Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales, Datos 2013-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015), Datos 2014-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016), Tasas Ajustadas: Población de referencia de la OMS.

En relación a las tasas ajustadas totales de mortalidad por enfermedades transmisibles presentadas en la localidad, las infecciones respiratorias agudas siguen siendo las de mayor afectación en la población local con una tasa de 14,11 x 100.000 habitantes, mientras que ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia son las de menor peso con una tasa de 0,89 x 100.000 habitantes; tal situación se observa en la Subred, presentando como primera causa de mortalidad las infecciones respiratorias agudas con

una tasa de 14,21 x 100.000 habitantes y las mortalidades por ciertas enfermedades inmunoprevenibles con 0,08 la mínima tasa reportada (Figura 10, Anexo 4).

Las mortalidades por infecciones respiratorias agudas disminuyeron su tasa en 9,07 y 6,08 para la localidad y la Subred del año 2013 al 2014 respectivamente, presentándose para los dos territorios en el 2013 las más tasas con 23,18 y 20,19. Respecto a las tasas de menor representación, la mortalidad por ciertas enfermedades transmitidas por vectores se encuentra a nivel local y ciertas enfermedades inmunoprevenibles en la Subred, las cuales presentaron su más mínima expresión para el año 2013 con 0,80 y 0,19, según corresponde (Figura 10, Anexo 4).

Figura 10. Distribución de las Cinco Principales Causas de Mortalidad del Subgrupo de las Enfermedades Transmisibles, Tasas Ajustadas Totales. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014



Fuente: Anexo tasas ajustadas, documento ASIS Ministerio de la Protección Social. Datos 2012- Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales, Datos 2013-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015), Datos 2014-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016), Tasas Ajustadas: Población de referencia de la OMS.

Por lo que se refiere a las mortalidades por subgrupo de las neoplasias, en cuanto a los hombres reflejan una mayor tasa para los tumores malignos del estómago con 18,80 y 23,79 tanto para la localidad como para la Subred; respecto a las mujeres se observan las tasas más elevadas en los tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo,

excepto estómago y colon en los territorios analizados con 21,11 y 14,00 x 100.000 habitantes.

Al revisar los datos arrojados frente a las tasas más bajas en la localidad para ambos sexos, estas corresponden a las mortalidades por tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines con tasas de 7,51 para hombres y 1,48 en las mujeres; mientras que en la Subred las leucemias en hombres con una tasa de 3,23 y el tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón en las mujeres con una tasa de 0,16 x 100.000 habitantes son las más bajas. Estos datos hacen referencia a los observados durante el año 2014 (Tabla 20, Anexo 4).

Al comparar la tendencia de los últimos años, se observa que, a 2013, en la localidad de Santa Fe los tumores malignos de otros órganos genitourinarios en los hombres fueron de menor representación con una tasa de 1,86; mientras que en la población femenina el tumor maligno del cuerpo del útero con una tasa de 1,42 para el 2012 fue la más baja. Por su parte, en la Subred se observa que durante el año 2013 la menor tasa se presentó en los tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón tanto para hombres como para mujeres con tasas de 1,37 y 0,18 x 100.000 habitantes (Tabla 20, Anexo 4).

Tabla 20. Distribución de la Mortalidad del Subgrupo de las Neoplasias, por Sexo y Tasas Ajustadas. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014

HOMBRES	2012	2013	2014	MUJERES	2012	2013	2014
Tumor maligno del estómago	19,06	15,35	18,80	Tumor maligno del estómago	9,22	10,44	9,38
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	7,78	3,93	8,97	Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	3,39	7,49	7,06
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	15,31	20,52	24,07	Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	17,05	13,96	21,11
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	8,17	3,69	11,37	Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	5,92	1,64	4,06
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto	3,85	0,00	0,00	Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y	0,00	0,00	0,00

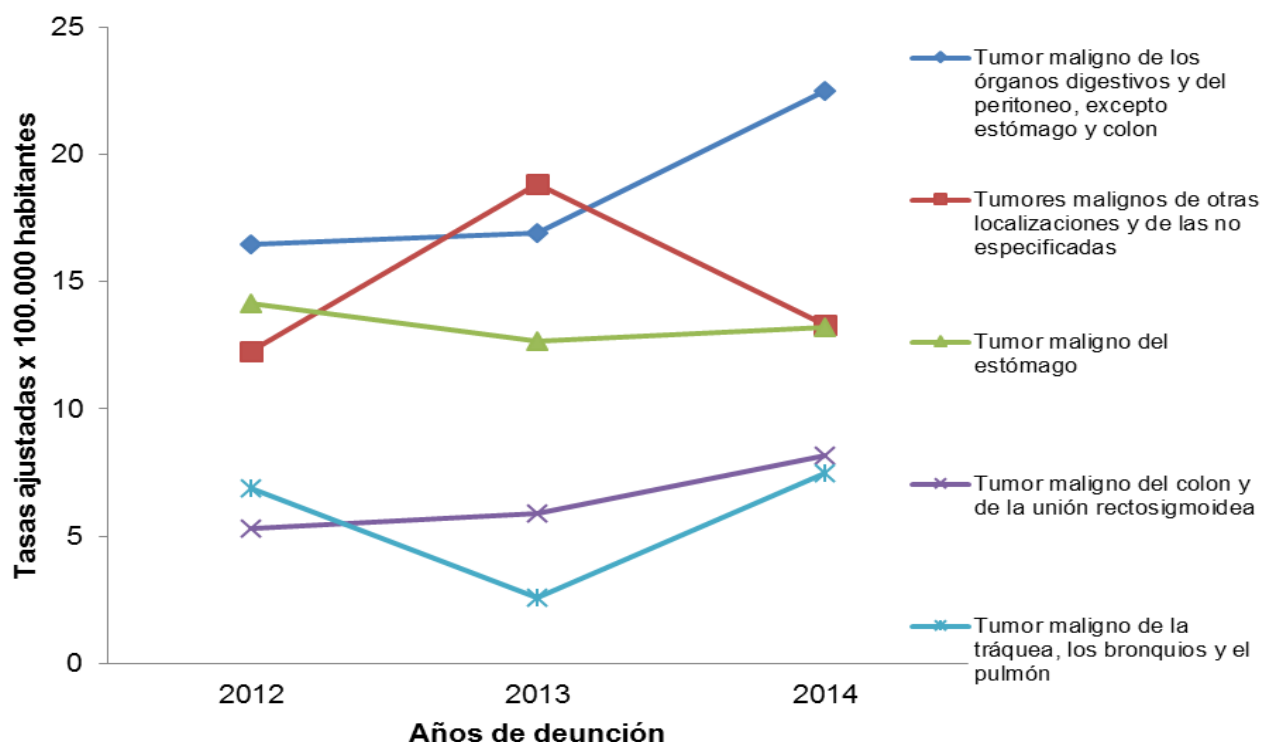
tráquea, bronquios y pulmón				pulmón			
Tumor maligno de la próstata	12,26	13,55	9,76	Tumor maligno de la mama de la mujer	8,79	11,74	6,44
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	6,02	1,86	3,96	Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	4,69	9,35	7,31
Leucemia	7,67	4,00	0,00	Leucemia	1,66	12,31	6,36
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	3,72	3,69	7,51	Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	0,00	9,92	1,48

HOMBRES	2012	2013	2014	MUJERES	2012	2013	2014
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	17,50	16,51	14,98	Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	8,66	20,85	12,18
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	6,05	3,50	7,30	Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	7,80	5,74	4,26
				Tumor maligno del cuello del útero	3,12	11,02	6,10
				Tumor maligno del cuerpo del útero	1,42	0,00	3,47
				Tumor maligno del útero, parte no especificada	0,00	0,00	1,53

Fuente: Anexo tasas ajustadas, documento ASIS Ministerio de la Protección Social. Datos 2012- Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales, Datos 2013-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015), Datos 2014-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 2016), Tasas Ajustadas: Población de referencia de la OMS.

Al analizar las tasas ajustadas totales de los territorios, se observa cambios en las causas de mortalidad teniendo así para la localidad que los tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon son la principal causa de mortalidad para el grupo de las neoplasias, con una tasa de 22,47 x 100.000 habitantes, seguido de los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas con una tasa de 13,28. Dicha situación se observa de manera similar para la Subred, sin embargo las causas son tumor maligno del estómago con 15,79 y los tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon con 14,12 x 100.000 habitantes (Figura 11, Anexo 4).

Figura 11. Distribución de las Cinco Principales Causas de Mortalidad del Subgrupo de las Neoplasias, Tasas Ajustadas Totales. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014



Fuente: Anexo tasas ajustadas, documento ASIS Ministerio de la Protección Social. Datos 2012- Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales, Datos 2013-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015), Datos 2014-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016), Tasas Ajustadas: Población de referencia de la OMS.

Acerca de las mortalidades del subgrupo de las enfermedades del sistema circulatorio, se pudo establecer que tanto en hombres como en mujeres a nivel local y en la Subred las enfermedades isquémicas del corazón son las que mayores tasas presentan, así mismo en la localidad, las tasas más bajas se observan a causas de la insuficiencia cardiaca en ambos sexos, sin embargo para la Subred la población no comparte las mismas causas en los marcadores mínimos hallados, en donde la fiebre reumática corresponde a los hombres, mientras la aterosclerosis se ve reflejada en la población femenina (Tabla 21, Anexo 4).

Por otra parte, se observa cómo la principal causa de mortalidad en la localidad de Santa Fe para los hombres ha venido disminuyendo año a año; situación que no se presenta en las mujeres, pues se observa oscilante el comportamiento de dicha tasa, en tanto de 2013

a 2014 se presentó un incremento en la tasa de 121,12 x 100.000 habitantes (Tabla 21, Anexo 4).

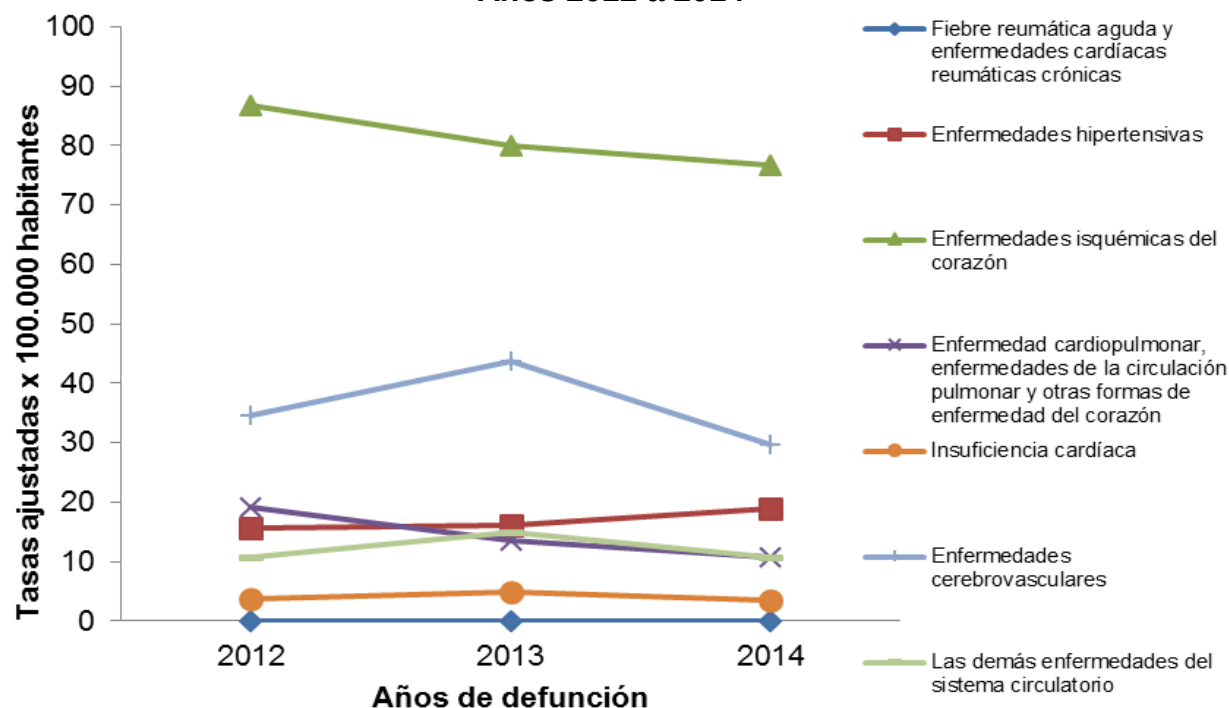
Tabla 21. Distribución de la Mortalidad del Subgrupo de las Enfermedades del Sistema Circulatorio, por Sexo y Tasas Ajustadas. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014

Enfermedades del sistema circulatorio	Hombres			Mujeres		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Enfermedades hipertensivas	9,91	18,32	19,24	19,79	14,45	18,88
Enfermedades isquémicas del corazón	113,90	103,84	95,05	64,67	58,73	62,39
Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	26,03	11,36	11,01	14,14	14,93	10,15
Insuficiencia cardíaca	8,05	3,83	3,83	0,00	7,34	2,43
Enfermedades cerebrovasculares	39,22	46,20	33,99	29,75	42,10	26,05
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	14,32	15,44	15,01	7,42	13,73	7,61

Fuente: Anexo tasas ajustadas, documento ASIS Ministerio de la Protección Social. Datos 2012- Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales, Datos 2013-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015), Datos 2014-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 2016), Tasas Ajustadas: Población de referencia de la OMS.

De los datos totales se pudo determinar que las enfermedades isquémicas muestran una tasa 76,63 x 100.000 habitantes, siendo estas la principal causa de mortalidad para la localidad, observándose un comportamiento en descenso que se viene presentando desde el año 2012, seguido de las enfermedades cerebrovasculares con pautas similares a lo anteriormente referido. Aunque la Subred refleja la misma situación frente a la principal causa de mortalidad, y su segunda causa es la misma que la local, cabe anotar que esta última muestra un incremento en la tasa durante el último año de 1,01 x 100.000 habitantes (Figura 12, Anexo 4).

Figura 12. Distribución de la Mortalidad del Subgrupo de las Enfermedades del Sistema Circulatorio, Tasas Ajustadas Totales. Localidad de Santa Fe Años 2012 a 2014



Fuente: Anexo tasas ajustadas, documento ASIS Ministerio de la Protección Social. Datos 2012- Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales, Datos 2013-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015), Datos 2014-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016), Tasas Ajustadas: Población de referencia de la OMS.

Para las afectaciones del período perinatal, se observa que a nivel local no se ven afectados los hombres, siendo las mujeres las únicas afectadas por estas causas, en especial aquellas relacionadas con el retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer. La Subred, en cambio, deja ver una tasa de mortalidad para los hombres de 3,58 x 100.000 habitantes a causa de los trastornos respiratorios específicos del período perinatal y en las mujeres una tasa de 2,66 por la misma causa (Tabla 22, Anexo 4).

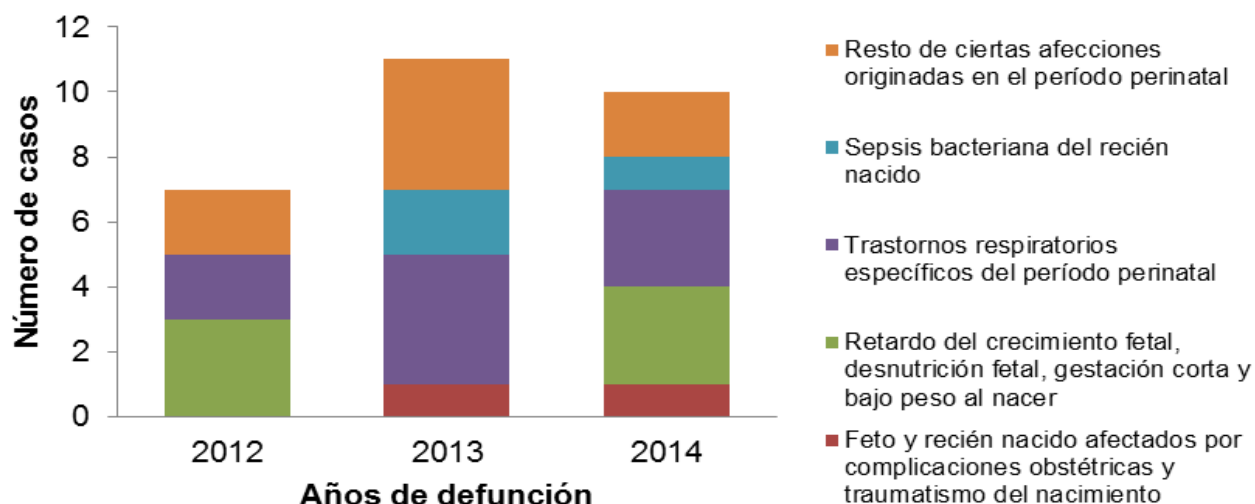
Tabla 22. Distribución de la Mortalidad del Subgrupo de Ciertas Afectaciones Originadas en el Periodo Perinatal, por Sexo y Tasas Ajustadas. Localidad de Santa Fe vs. Subred. Años 2012 a 2014

Ciertas afectaciones originadas en el periodo perinatal	Hombres			Mujeres		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,22
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,67
Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	2,16	4,38	2,22
Sepsis bacteriana del recién nacido	0,00	0,00	0,00	0,00	4,38	0,00
Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	2,16	4,38	0,00

Fuente: Anexo tasas ajustadas, documento ASIS Ministerio de la Protección Social. Datos 2012- Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales, Datos 2013-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015), Datos 2014-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 2016), Tasas Ajustadas: Población de referencia de la OMS.

El retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer junto a los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal se muestran como la principal causa de mortalidad para la localidad con 3 casos; en cuanto a la Subred, se comparte el retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer con 32 casos, seguido de resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal con 24 casos (Figura 13, Anexo 4).

Figura 13. Distribución de la Mortalidad del Subgrupo de Ciertas Afectaciones Originadas en el Periodo Perinatal, Tasas Ajustadas Totales. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014



Fuente: Anexo tasas ajustadas, documento ASIS Ministerio de la Protección Social. Datos 2012- Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales, Datos 2013-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015), Datos 2014-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016), Tasas Ajustadas: Población de referencia de la OMS.

De acuerdo a lo registrado por el DANE, para el año 2014 la principal causa de mortalidad en la población de la localidad de Santa Fe corresponde para los hombres las agresiones (homicidios) con una tasa de 65,11 x 100.000 habitantes y para las mujeres las caídas con una tasa de 7,31; siendo los accidentes que obstruyen la respiración, los demás accidentes y las demás causas externas las que menor tasa de mortalidad presentan para la población masculina con 1,81; mientras que para las mujeres los accidentes de transporte terrestre y los eventos de intención no determinada son las de menor proporción con 1,83 x 100.000 habitantes (Tabla 23, Anexo 4).

En la Subred, por su parte, comparte en los hombres el mismo comportamiento registrado en la localidad para la principal causa de mortalidad, mientras que en las mujeres los eventos de intención no determinada, que para la localidad es la causa que menor tasa presenta, aquí se ubica en primer lugar con una tasa de 4,73. Las causas con menor representatividad son de 0,18 tanto en hombres como en mujeres para la exposición al humo, fuego y llamas y envenenamiento accidental por y exposición a sustancias nocivas respectivamente (Tabla 23, Anexo 4).

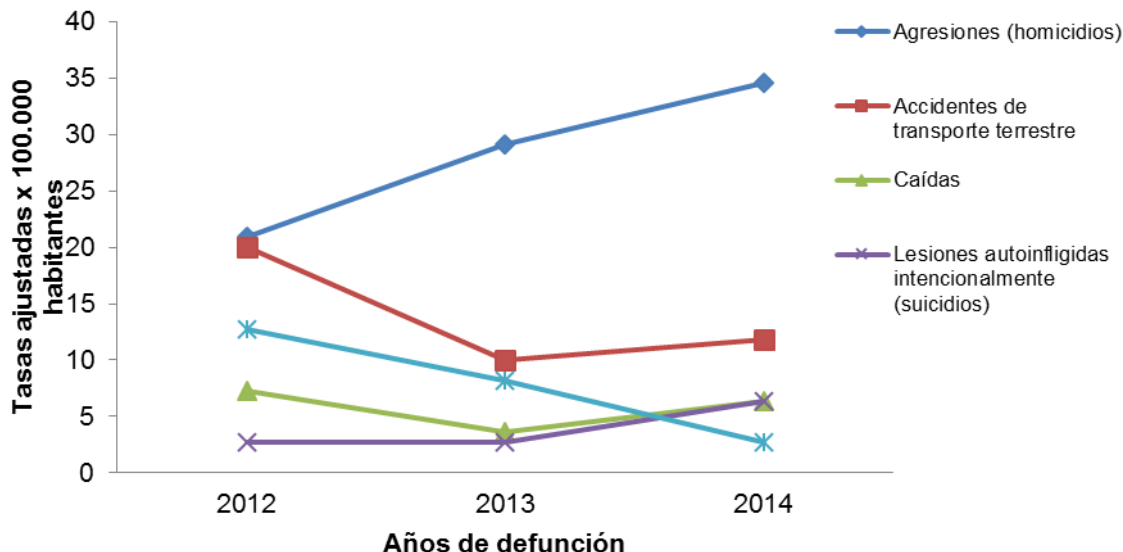
Tabla 23. Distribución de la Mortalidad del Subgrupo de Causas Externas, por Sexo y Tasas Ajustadas. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014

Causas externa	Hombres			Mujeres		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Accidentes de transporte terrestre	30,82	14,50	21,70	9,12	5,48	1,83
Caídas	9,07	5,44	5,43	5,47	1,83	7,31
Ahogamiento y sumersión accidentales	0,00	1,81	3,62	0,00	1,83	0,00
Accidentes que obstruyen la respiración	1,81	0,00	1,81	1,82	0,00	0,00
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	3,63	0,00	0,00	1,82	0,00	0,00
Los demás accidentes	0,00	1,81	1,81	0,00	1,83	0,00
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	3,63	3,62	12,66	1,82	1,83	0,00
Agresiones (homicidios)	41,70	52,55	65,11	0,00	5,48	3,66
Eventos de intención no determinada	18,13	14,50	3,62	7,30	1,83	1,83
Las demás causas externas	1,81	0,00	1,81	0,00	0,00	0,00

Fuente: Anexo tasas ajustadas, documento ASIS Ministerio de la Protección Social. Datos 2012- Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales, Datos 2013-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015), Datos 2014-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 2016), Tasas Ajustadas: Población de referencia de la OMS.

Tanto en la localidad como en la Subred las principales causas de mortalidad se encuentran asociadas a las agresiones (homicidios), con tasas de 34,55 y 20,62 respectivamente, así mismo dicha causa es secundada por los accidentes de transporte terrestre con tasas de 11,82 y 9,42 para los territorios analizados; sin embargo llama la atención que para dichos entes se observa un aumento para la principal causa en la localidad de 5,45 respecto al año inmediatamente anterior, y de 13,64 al compararlo con el 2012. Para la segunda causa de mortalidad el incremento es de 1,82 de 2013 a 2014 y de 8,19 de 2012 al 2014, esta situación se refleja de manera similar en la Subred (Figura 14, Anexo 4).

Figura 14. Distribución de las Cinco Principales Causas de Mortalidad del Subgrupo de Causas Externas, Tasas Ajustadas Totales. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014



Fuente: Anexo tasas ajustadas, documento ASIS Ministerio de la Protección Social. Datos 2012- Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales, Datos 2013-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015), Datos 2014-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 2016), Tasas Ajustadas: Población de referencia de la OMS.

En cuanto a las mortalidades evidenciadas para el grupo de las demás causas, al realizar el análisis por subgrupos se pudo establecer que, tanto en la localidad como en la Subred, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores ocupan el primer lugar para los hombres con tasas de 36,17 y 33,18 respectivamente, situación similar se observa en el caso de las mujeres con tasas de 45,71 y 41,37 de acuerdo al territorio. Por otra parte, se pudo establecer como segunda causa cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado para los hombres tasa local de 18,09 mientras que las para las mujeres son el resto de enfermedades del sistema digestivo con 36,57 x 100.000 habitantes (Tabla 24 Anexo 4).

En tanto para la Subred, la segunda causa hace referencia al resto de enfermedades del sistema digestivo con 15,15 y 19,46 x 100.000 habitantes para hombres y mujeres (Tabla 24). Al analizar el comportamiento de las principales causas de mortalidad para el subgrupo, se pudo establecer que durante los últimos tres años las dos principales causas han presentado comportamientos similares; sin embargo, se observa que tanto a nivel local como en la Subred la primera causa en hombres disminuyó respecto al año inmediatamente anterior con 14,57 y 4,52 según corresponde; por su parte, en el caso de

las mujeres estas tasas aumentaron en 3,71 y 9,72 a nivel local y de Subred (Tabla 24, Anexo 4).

Tabla 24. Distribución de la Mortalidad del Subgrupo de las Demás Causas, por Sexo y Tasas Ajustadas. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014

Demás causas	Hombres			Mujeres		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Diabetes mellitus	18,13	25,37	7,23	14,60	14,61	18,29
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	7,25	1,81	0,00	5,47	1,83	0,00
Trastornos mentales y del comportamiento	0,00	0,00	0,00	3,65	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	5,44	7,25	7,23	9,12	5,48	5,49
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	29,01	50,74	36,17	32,85	42,00	45,71
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	10,88	10,87	12,66	9,12	18,26	3,66
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	1,81	1,81	0,00	1,82	7,30	1,83
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	9,07	3,62	18,09	7,30	3,65	5,49
Resto de enfermedades del sistema digestivo	27,20	27,18	7,23	25,55	25,56	36,57
Enfermedades del sistema urinario	19,94	10,87	9,04	12,77	9,13	9,14
Hiperplasia de la próstata	5,44	0,00	3,62	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,00	0,00	0,00	1,83	0,00
Resto de las enfermedades	7,25	3,62	7,23	7,30	7,30	3,66

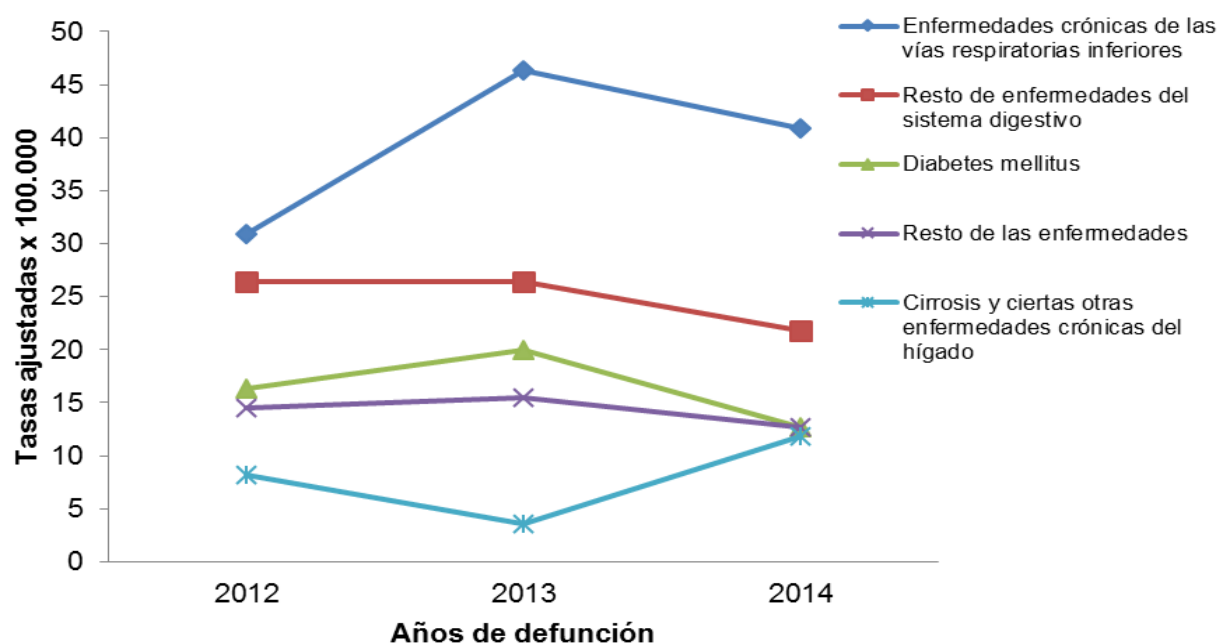
Fuente: Anexo tasas ajustadas, documento ASIS Ministerio de la Protección Social. Datos 2012- Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales, Datos 2013-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015), Datos 2014-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 2016), Tasas Ajustadas: Población de referencia de la OMS.

Respecto al comportamiento de las principales causas de mortalidad por las demás causas, se pudo establecer que en la localidad durante el 2014 las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores siguen posicionadas en primer lugar con tasa de 40,92 seguido del resto de enfermedades del sistema digestivo con 21,82 x 100.000 habitantes, y de acuerdo a los datos registrados en la Tabla 24, posiblemente a nivel local esta causa toma más peso por los resultados en la población femenina. Así mismo, se pudo establecer que esta causa ha venido presentando una disminución de 5,47 en la tasa

frente al año inmediatamente anterior, aunque de 2012 a 2013 presentó un aumento bastante considerable de 15,47 x 100.000 habitantes (Figura 15, Anexo 4).

La Subred presenta como principales causas las mismas observadas a nivel local, sin embargo, estas tasas se han venido aumentando año tras año, en el caso de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores en 2,71 entre 2013 y 2014 y de 2,25 de 2012 a 2013; mientras que para el resto de enfermedades del sistema digestivo presenta aumento de la tasa al comparar con al año 2013 de 0,38, aunque entre 2012 y 2013 se evidenció una disminución de 2,83 x 100.000 habitantes (Figura 15, Anexo 4).

Figura 15. Distribución de las Cinco Principales Causas de Mortalidad del Subgrupo de las Demás Causas, Tasas Ajustadas Totales. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014



Fuente: Anexo tasas ajustadas, documento ASIS Ministerio de la Protección Social. Datos 2012- Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales, Datos 2013-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015), Datos 2014-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016), Tasas Ajustadas: Población de referencia de la OMS.

3.1.3 Mortalidad Infantil y en la niñez

La reducción en la mortalidad infantil es un indicador que da cuenta de los desafíos superados por parte de los entes territoriales y la efectividad de las políticas y programas implementados, a fin de mejorar las condiciones de salud de los niños y niñas. Con lo

anterior, la mortalidad infantil en la localidad presenta como principal causa las afecciones originadas en el periodo perinatal, tanto para hombres como para mujeres, con una tasa total de 5,48 x 1.000 nacidos vivos; situación que se replica en la Subred aunque su tasa se encuentra en por debajo de la local en 0,78 (Tabla 25, Anexo 5).

De las diferentes causas de mortalidad presentes en la localidad, durante los últimos tres años, se observó un pico en las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas durante el año 2012 con una tasa de 4,15; para el 2013 las enfermedades del sistema digestivo por su parte fueron las incrementadas con una tasa de 2,37 x 1.000 nacidos vivos. Por su parte, en la Subred se observa un ascenso de 0,14 en la tasa de las mortalidades por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas durante el año 2013 (Tabla 25, Anexo 5).

Tabla 25. Tasas Específicas de Mortalidad Infantil y en la Niñez según Lista de Tabulación de la Mortalidad Infantil y del Niño – Menores de 1 Año (16 Grandes Causas). Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014

CAUSA DE MUERTE	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1.20	2.35	0.00	0.00	1.20	0.00	0.59	1.78	0.00
Tumores (neoplasias)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema nervioso	0.00	1.17	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.59	0.00
Enfermedades del sistema circulatorio	0.00	1.17	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.59	0.00
Enfermedades del sistema respiratorio	1.20	0.00	1.22	0.00	0.00	0.00	0.59	0.00	0.61
Enfermedades del sistema digestivo	0.00	2.35	0.00	0.00	2.39	0.00	0.00	2.37	0.00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	6.02	4.69	6.08	2.33	7.18	4.89	4.15	5.92	5.48
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4.81	0.00	4.86	3.50	0.00	0.00	4.15	0.00	2.44
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2.41	1.17	1.22	4.67	0.00	1.22	3.55	0.59	1.22
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0.00	0.00	0.00	1.17	0.00	0.00	0.59	0.00	0.00

Fuente: Anexo mortalidad infantil y de la niñez, documento ASIS Ministerio de la Protección Social. Datos 2012- Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales, Datos 2013-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015), Datos 2014-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 2016), Tasas Ajustadas: Población de referencia de la OMS.

En cuanto al comportamiento de la localidad frente a las otras que integran la Subred y de acuerdo a los picos evidenciados, se pudo establecer que, respecto a las malformaciones

congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas durante el año 2012, la localidad San Cristóbal presentó las peores tasas con un total de 25 casos reportados; mientras que para el 2013 las enfermedades del sistema digestivo mostraron su peor desenlace en la localidad de Santa Fe. Finalmente, en relación a las afecciones originadas en el periodo perinatal, vuelve a ser la localidad San Cristóbal quien más número de casos presentó con un total de 33 mortalidades en menores de 1 año por estas causas.

Para 2012, la localidad La Candelaria muestra las mejores tasas en cuanto a las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con cero casos, Rafael Uribe Uribe, Los Mártires, La Candelaria y Antonio Nariño son las localidades que para el año 2013 no presentaron casos para las enfermedades del sistema digestivo, siendo estas las mejores de la Subred. Así pues, las mortalidades a causa de las afecciones originadas en el periodo perinatal mostraron para el 2014 en la localidad La Candelaria un total de 4 casos.

En la población de 1 a 4 años de edad, se pudo establecer que las principales causas de mortalidad en hombres son atribuidas a las relacionadas con las enfermedades infecciosas y parasitarias, causas externas de morbilidad y mortalidad, y las demás enfermedades con una tasa de 2,78 para cada una de estas causas; por su parte las mujeres de la localidad en este grupo población se vieron más afectadas por las enfermedades del sistema digestivo y las afecciones originadas en el periodo perinatal con una tasa compartida de $3,58 \times 100.000$ menores de 1 a 4 años. Estas cinco causas muestran una tasa total de 14,80 (Tabla 26, Anexo 5).

En la Subred, la población masculina se ve afectada por las causas externas de morbilidad y mortalidad ($ta: 10.70 \times 100.000$ menores de 1 a 4 años), mientras que las mujeres por las enfermedades del sistema circulatorio, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y causas externas de morbilidad y mortalidad con una tasa de 8,70 para cada una de ellas, siendo las mortalidades asociadas a causas externas de morbilidad y mortalidad a nivel general la principal causa en la subred (Tabla 26).

Por su parte, la localidad San Cristóbal muestra las peores tasas para las causas de mortalidad presentadas en la localidad de Santa Fe, siendo las localidades Antonio Nariño

y La Candelaria aquellas con el mejor comportamiento en la mortalidad en menores de 1 a 4 años.

Tabla 26. Tasas Específicas de Mortalidad Infantil y en la Niñez según Lista de Tabulación de la Mortalidad Infantil y del Niño – Menores de 1 a 4 años (16 Grandes Causas). Localidad de Santa Fe vs. Subred. Años 2012 a 2014

CAUSA DE MUERTE	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0.00	0.00	27.86	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	14.80
Tumores (neoplasias)	0.00	27.56	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	14.62	0.00
Enfermedades del sistema nervioso	0.00	0.00	0.00	0.00	31.14	0.00	0.00	14.62	0.00
Enfermedades del sistema respiratorio	27.22	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	14.44	0.00	0.00
Enfermedades del sistema digestivo	0.00	0.00	0.00	0.00	31.14	31.58	0.00	14.62	14.80
Enfermedades del sistema genitourinario	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
deformidades y anomalías cromosómicas	0.00	0.00	0.00	30.77	0.00	0.00	14.44	0.00	0.00
Todas las demás enfermedades	0.00	0.00	27.86	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	14.80
Causas externas de morbilidad y mortalidad	27.22	55.11	27.86	0.00	0.00	0.00	14.44	29.24	14.80

Fuente: Anexo mortalidad infantil y de la niñez, documento ASIS Ministerio de la Protección Social. Datos 2012- Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales, Datos 2013-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015), Datos 2014-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016), Tasas Ajustadas: Población de referencia de la OMS.

La mortalidad en menores de 5 años se ve afectada notoriamente por las afecciones originadas en el periodo perinatal, esto teniendo en cuenta que aquí se suman todas las mortalidades ocurridas en toda la población menor de 5 años en donde se incluyen las relacionadas en la Tabla 25 y Tabla 26. Dicha causas afecta al 16,43 % de la población (Tabla 27, Anexo 5)

Dicha situación se ve replicada en la Subred, en donde el 44,46 % de la población menor de 5 años muere a causa de las afecciones originadas en el periodo perinatal. Posiblemente esta situación se deba a la falta de adherencia a protocolos de prevención y desarrollo por parte de las gestantes, o a la configuración de las estrategias implementadas para la prevención de estas mortalidades.

Por parte de las localidades que conforman la Subred, se observa que para este grupo poblacional la localidad San Cristóbal es la que más número de mortalidades aporta, seguido de Rafael Uribe Uribe; lo que probablemente se deba a las características poblacionales de las localidades, las cuales muestran una alta densidad poblacional, así como una población más joven que la observada en otras localidades como Antonio Nariño y La Candelaria, las cuales muestran las tasas más bajas.

Tabla 27. Tasas Específicas de Mortalidad Infantil y en la Niñez según Lista de Tabulación de la Mortalidad Infantil y del Niño – Menores de 5 años (16 Grandes Causas). Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2014

CAUSA DE MUERTE	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	21.65	43.73	22.13	0.00	24.72	0.00	11.48	34.81	11.76
Tumores (neoplasias)	0.00	21.87	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	11.60	0.00
Enfermedades del sistema nervioso	0.00	21.87	0.00	0.00	24.72	0.00	0.00	23.20	0.00
Enfermedades del sistema circulatorio	0.00	21.87	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	11.60	0.00
Enfermedades del sistema respiratorio	43.31	0.00	22.13	0.00	0.00	0.00	22.96	0.00	11.76
Enfermedades del sistema digestivo	0.00	43.73	0.00	0.00	74.15	25.09	0.00	58.01	11.76
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	108.27	87.47	110.64	48.86	148.29	125.44	80.36	116.02	117.58
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	86.62	0.00	88.52	97.73	0.00	0.00	91.84	0.00	47.03
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	43.31	21.87	22.13	97.73	0.00	25.09	68.88	11.60	23.52
Causas externas de morbilidad y mortalidad	21.65	43.73	22.13	24.43	0.00	0.00	22.96	23.20	11.76

Fuente: Anexo mortalidad infantil y de la niñez, documento ASIS Ministerio de la Protección Social. Datos 2012- Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales, Datos 2013-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015), Datos 2014-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 2016), Tasas Ajustadas: Población de referencia de la OMS.

3.1.4 Mortalidad Materno – Infantil y en la niñez

La mortalidad materna refleja las inequidades en salud, las cuales cuando se presentan muestran problemas estructurales en relación al acceso a los controles prenatales; proximales los que se encuentran estrechamente vinculados a la edad de la gestante y las creencias culturales de las poblaciones. Desafortunadamente, de acuerdo a la OMS, el 75 % (21) de las mortalidades ocurren por “complicaciones que se producen durante el

embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer” (21).

En coherencia con lo anterior, la mortalidad materna a escala local presenta un incremento de 82,3 x 100.000 nacidos vivos entre 2015 y 2016 con un caso adicional a lo presentado durante el 2015 (ver Tabla 28), así mismo se pudo establecer que de las localidades que conforman la Subred, la localidad Los Mártires presentó un comportamiento similar a la localidad de Santa Fe, con un incremento de 92,8 en su razón de mortalidad materna atribuible a un caso. Mientras que las localidades San Cristóbal y La Candelaria mejoraron sus indicadores dado que no presentaron casos para el año 2016, siendo la localidad de Santa Fe la de más deficientes indicadores en mortalidad materna mostró, ubicándose incluso por encima de lo reportado por la Subred.

La tasa de mortalidad perinatal se ubica por encima de la meta Distrital y por aquella registrada en la Subred; sin embargo, cabe anotar que para el periodo analizado la localidad ha venido presentando un comportamiento al descenso aunque tuvo un pequeño aumento de 0,2 x 1.000 nacidos vivos entre 2015 y 2016 (Tabla 28, Anexo 6).

Al comprar la localidad de referencia con las demás localidades de cobertura de la Subred, se observa que tanto Los Mártires, como Antonio Nariño y Rafael Uribe Uribe incrementaron sus tasas con una diferencia relativa en 2016 respecto al año 2015 de 1,9 - 5,6 y 2,6 respectivamente; por su parte San Cristóbal y La Candelaria disminuyeron significativamente en 3,9 para la primera y en su totalidad para la última referenciada. Así pues, la localidad muestra una diferencia relativa de 4,2 por encima de lo reportado en la Subred.

En relación a la mortalidad infantil, se observa un panorama más alentador para la localidad dado que su indicador se encuentra en 1,9 x 1.000 nacidos vivos por debajo de la meta distrital y 0,4 por debajo de lo reportado por la Subred (Tabla 28, Anexo 6). Al comparar la localidad de Santa Fe con la peor y mejor de las localidades de la Subred, se

observa que en ambos casos se presenta una diferencia relativa de 4 puntos en la tasa de mortalidad.

Como resultado de la efectividad de las estrategias desarrolladas por parte de los entes locales y dando cumplimiento a las directrices establecidas por las entidades territoriales, la localidad de Santa Fe en los últimos 4 años ha presentado un comportamiento decreciente y aunque en el promedio de dicho periodo se ubica por encima de la meta distrital, cabe anotar que durante el primer año de referencia presentó una tasa de 13,6 x 1.000 nacidos vivos, a 2016 se evidencia un descenso significativo de 5,5 en la tasa de mortalidad (Tabla 28). Finalmente, respecto a los otros indicadores trazadores, la localidad no presenta casos reportados desde 2013 para las mortalidades por IRA y EDA en menores de cinco años (Tabla 28, Anexo 6).

**Tabla 28. Indicadores de Mortalidad Materno Infantil y en la Niñez.
Localidad de Santa Fe vs. Distrito y Subred. Años 2012 a 2016**

Causa de muerte	Distrito	Subred	Local	2013	2014	2015
Razón de mortalidad materna	24.50	40.00	147.80 ↗	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad perinatal	13.20	12.60	16.80 ↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad infantil	9.10	8.50	8.10 ↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	17.50	18.90	18.00 ↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	4.00	3.50	0.00 -	-	-	-
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0.50	1.20	0.00 ↗	↘	-	-
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0.70	1.20	0.00 -	-	-	-
Proporción de muertes infantiles asociadas a la desnutrición	0.00	0.00	0.00 -	-	-	-

Fuente: Anexo mortalidad materno infantil y de la niñez, documento ASIS Ministerio de la Protección Social. Datos 2012- Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales, Datos 2013-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015), Datos 2014-Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016), Tasas Ajustadas: Población de referencia de la OMS.

3.2. ANÁLISIS DE ESTRUCTURA DE MORBILIDAD

3.2.1. Morbilidad General y Análisis de la Prestación de Servicios

Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS

La presente valoración de morbilidad se genera con base en información suministrada por parte de la Secretaría Distrital de Salud, en donde se reportan variables como atenciones individuales, sexo, curso de vida, tipo de atención y red de servicios; dichas variables se encuentran agrupadas por grandes causas de morbilidad tanto para la localidad y como para la Subred; por tanto, no es posible realizar la desagregación por causas de morbilidad. Por lo anterior, debe considerarse como información de referencia, pero con alcance limitado.

Para el año 2016 se reportan 755.705 atenciones a personas por parte de la red adscrita del Distrito en la ciudad, de las cuales el 23,22 % (n:175465) correspondieron a la subred y el 3,56 % (n:26921) a la localidad de Santa Fe.

Según los RIPS, durante el año 2016 en la Subred se generaron 1.528.851 atenciones, de las cuales el 0,56 % (n:85552) corresponden a la localidad de Santa Fe; el 58,6 % (n:50150) de las atenciones fueron brindadas en la población femenina, siendo las consultas de mayor prevalencia con un 59,5 % (n:79297) y el 60,1 % (n :40517) correspondieron a atenciones ofertadas en redes no adscritas (Tabla 29). Al revisar la prevalencia de las atenciones por grandes grupos de morbilidad, se pudo establecer que las demás enfermedades fue la causa de oferta de servicios más solicitada por la población de la localidad con un 57,5 % (n:49229), seguido de síntomas, signos y demás afecciones mal definidas con el 29,6 % (n:25339) (Tabla 29).

Así pues, de los grandes grupos se pudo determinar que en las atenciones originadas en el periodo perinatal el 64,3 % (n:18) correspondieron a hombres, mientras que el 3,3 % (n:17) de las atenciones fueron ofertadas para los servicios de hospitalización y el 78,6 % (n:22) se dio respuesta desde la red no adscrita (Tabla 29). Para los servicios brindados y relacionados con las afecciones por cáncer, el 61,5 % (n:163) se realizó en mujeres, de las

cuales el 1,5 % (n:250) se prestaron en consulta, siendo el 65,3 % (n:173) en la red adscrita (Tabla 29).

En cuanto a las morbilidades atendidas por parte de los prestadores de la localidad por causa externa, se observa un comportamiento similar tanto en hombres como en mujeres, requiriendo en mayor prevalencia de los servicios de hospitalización con el 3 % de las atenciones realizadas por la Subred; estas a su vez se ofertaron con el 72,2 % (n:26) en la red no adscrita (Tabla 29).

Las patologías relacionadas con las enfermedades cardiovasculares afectaron en un 60,3 % (n:1998) a las mujeres atendidas; así mismo, las consultas fueron las más demandas por parte de la población con el 5,9 % (n:3176). La red adscrita atendió el 69,4 % (n:2301) de los servicios prestados en la población por estas causas (Tabla 29).

Respecto a las enfermedades transmisibles, se pudo establecer que las mujeres acudieron a los servicios ofertados por la Subred en por estas causas en un 54,4 % (n:3993), en donde los servicios hospitalarios ocuparon el primer lugar con un 13,3 % (n:489) frente a los brindados en la subred, sin embargo, estos fueron atendidos en un 54 % (n:3968) por las IPS no adscritas (Tabla 29).

Las afecciones relacionadas con síntomas, signos y demás afecciones mal definidas, el 60,7 % (n:15388) correspondieron a población femenina, siendo las atenciones por consultas las de mayor prevalencia en la Subred con el 11,9 % (n:24071) y atendidas en la red no adscrita en un 72,1 % (n:18266) (Tabla 29).

Finalmente, en la oferta de servicios por las demás enfermedades, el 58,1% (n:28580) correspondieron a mujeres, las consultas ocupan el primer lugar por estas causas de morbilidad con el 12,7 % (n:547) y las tenciones fueron brindadas en un 71,6 % (n:35275) por la red no adscrita (Tabla 29).

Tabla 29. Distribución General de la Morbilidad por Grandes Causas. Localidad de Santa Fe vs. Subred. Años 2012 - 2016

Evento/año		Sexo			Tipo de atención				Red		
		H	M	Total	Consulta	Hospitalización	Urgencias	Total	Adscrita	No adscrita	Total
Afecciones originadas en periodo perinatal	2012	45	38	83	44	27	21	92	46	37	83
	2013	50	60	110	64	45	12	121	58	52	110
	2014	33	23	56	33	25	12	70	39	17	56
	2015	20	13	33	24	15	14	53	19	14	33
	2016	18	10	28	22	17	7	46	6	22	28
	Total	166	144	310	187	129	66	382	168	142	310
Cáncer	2012	378	992	1.370	1.353	11	26	1.390	248	1.123	1.371
	2013	404	869	1.273	1.232	42	9	1.283	167	1.106	1.273
	2014	260	630	890	864	14	18	896	260	629	889
	2015	255	572	827	805	15	38	858	304	523	827
	2016	102	163	265	250	1	15	266	173	92	265
	Total	1.399	3.226	4.625	4.504	83	106	4.693	1.152	3.473	4.625
Causas Externas	2012	62	73	135	82	14	51	147	45	90	135
	2013	69	58	127	81	12	43	136	43	84	127
	2014	55	57	112	61	11	53	125	51	63	114
	2015	58	52	110	32	4	86	122	78	32	110
	2016	18	18	36	18	5	22	45	10	26	36
	Total	262	258	520	274	46	255	575	227	295	522
Enfermedades Cardiovasculares	2012	3.851	7.351	11.202	10.807	141	496	11.444	2.567	8.619	11.186
	2013	3.741	5.973	9.714	9.361	192	402	11.444	3.087	6.640	9.727
	2014	3.551	5.903	9.454	9.049	256	445	9.955	4.176	5.234	9.410

	2015	3.004	4.804	7.808	7.543	91	401	9750	3.780	3.993	7.773
	2016	1.316	1.998	3.314	3.176	53	218	8035	2.301	1.014	3.315
	TOTAL	15.463	26.029	41.492	39.936	733	1.962	42.631	15.911	25.500	41.411
Enfermedades Transmisibles	2012	8.878	10.225	19.103	15.810	1.105	3.312	3.447	7.033	12.053	19.086
	2013	8.458	9.467	17.925	15.232	914	2.584	20.227	5.828	12.111	17.939
	2014	6.491	7.411	13.902	10.557	1.247	3.279	18.730	7.463	6.433	13.896
	2015	4.800	5.371	10.171	7.844	669	2.556	15.083	5.576	4.587	10.163
	2016	3.348	3.993	7.341	5.790	489	1.615	11.069	3.374	3.968	7.342
	Total	31.975	36.467	68.442	55.233	4.424	13.346	73.003	29.274	39.152	68.426

Evento/año		Sexo			Tipo de atención				Red		
		H	M	Total	Consulta	Hospitalización	Urgencias	Total	Adscrita	No adscrita	Total
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	2012	15.598	26.605	42.203	36.213	558	7.108	7.894	14.217	28.014	42.231
	2013	16.301	27.656	43.957	38.283	776	6.192	43.879	12.876	31.084	43.960
	2014	18.390	30.514	48.904	44.776	1.044	4.604	45.251	13.650	35.314	48.964
	2015	9.674	18.154	27.828	25.754	533	2.362	50.424	11.032	16.795	27.827
	2016	9.951	15.388	25.339	24.071	120	1.560	28.649	7.076	18.266	25.342
	Total	69.914	118.317	188.231	169.097	3.031	21.826	193.954	58.851	129.473	188.324
Todas las demás enfermedades	2012	32.396	44.157	76.553	71.015	1.279	7.391	25.751	17.345	59.274	76.619
	2013	39.561	49.645	89.206	83.744	1.806	6.660	79.685	16.838	72.400	89.238
	2014	35.730	46.915	82.645	76.942	1.763	7.723	92.210	22.890	59.787	82.677
	2015	31.594	42.882	74.476	70.320	884	6.330	86.428	21.113	53.382	74.495
	2016	20.649	28.580	49.229	45.970	547	4.515	51.032	13.981	35.275	49.256
	Total	159.930	212.179	372.109	347.991	6.279	32.619	386.889	92.167	280.118	372.285

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

Para hacer la valoración de las atenciones durante el curso de vida, es preciso notar en la Tabla 30 que la mayor cantidad está reportada para las personas adultas y jóvenes, con un 42,68 % (n:36140) y 28,93 % (n:24493), respectivamente; situación que se refleja de manera similar en la Subred.

**Tabla 30. Distribución de la población Atendida según Curso de Vida.
Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2016**

Grupo edad	2012	2013	2014	2015	2016
Menores de 1 año	3649	2326	2022	1363	204
De 1 a 5 años	15704	15721	11083	7927	4658
De 5 a 11 años	12144	12254	9599	7608	4167
De 12 a 17 años	12244	12783	10313	8456	5100
De 18 a 28 años	28854	33083	38711	26369	24493
De 29 a 59 años	60184	66928	65989	51181	36140
De 60 y más años	18342	18066	17881	17636	9911
Total	151121	161161	155598	120540	84673

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

Respecto a las morbilidades por curso de vida, se pudo determinar que para la población menor de 1 año, de las 204 atenciones, el 55,9 % (n:114) corresponden a las enfermedades transmisibles siendo las que más los aquejan a este grupo poblacional; seguido de los síntomas, signos y afecciones mal definidas con el 22,6 % (n:46) (Tabla 31).

En la población de 1 a 4 años, la principal causa de morbilidad está relacionada con las demás enfermedades con 37,2 % (n:1729) de las 4658 atenciones realizadas en este grupo; en segundo lugar se ubican los síntomas, signos y afecciones mal definidas las cuales corresponden al 32,6 % (n:1516) de los servicios prestados (Tabla 31).

Las atenciones brindadas a la población de 5 a 11 años de edad reportadas con 4167, de las cuales el 58,2 % (n:2423) y el 22,8 % (n:948) se posicionaron en los primeros lugares siendo las demás enfermedades, y los síntomas, signos y afecciones mal definidas los respectivos grupos de morbilidad (Tabla 31).

Tabla 31. Distribución General de la Morbilidad por Grandes Causas. Menores De 1 Año, Primera Infancia e Infancia. Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2016

Edad	Año	Afecciones originadas en periodo perinatal	Cáncer	Causa externas	Enfermedades Cardiovasculares	Enfermedades transmisibles	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	Todas las demás enfermedades	Total
Menores de 1 año	2012	50	1	1	18	1234	1504	841	3649
	2013	50	2	1	10	760	1035	468	2326
	2014	38	0	1	1	752	837	393	2022
	2015	20	3	2	0	483	578	277	1363
	2016	4	0	0	1	114	46	39	204
Total		162	6	5	30	3343	4000	2018	9564
De 1 a 5 años	2012	14	31	16	46	4197	6298	5102	15704
	2013	21	20	22	36	3747	6568	5307	15721
	2014	6	12	8	13	2717	4347	3980	11083
	2015	7	8	10	11	1625	3220	3046	7927
	2016	17	12	4	8	1372	1516	1729	4658
Total		65	83	60	114	13658	21949	19164	55093
De 6 a 11 años	2012	2	41	18	55	2217	3906	5905	12144
	2013	5	38	16	45	1847	3811	6492	12254
	2014	4	9	13	27	1511	2547	5488	9599
	2015	0	19	14	15	901	1995	4664	7608
	2016	3	10	4	16	763	948	2423	4167
Total		14	117	65	158	7239	13207	24972	45772
Total general		241	206	130	302	24240	39156	46154	110429

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).

De acuerdo a la Tabla 32, las atenciones brindadas a la población adolescente corresponden al 6,03 % (n:5110), mientras que la de la población en momento de curso de vida juventud se representan con el 28,9 % (n:244493) de las 84673 realizadas. Las principales causas de morbilidad asociadas a la adolescencia y la juventud corresponden a las demás enfermedades y los síntomas, signos y afecciones mal definidas, de las cuales el 92,17 % (n:4694) se observan en el grupo poblacional de 12 a 17 años, mientras que el 93,07 % se ubican en los pacientes de 18 a 28 años de edad.

El panorama para la población en de 29 a 59 años y de 60 y más años no resulta diferente al que se ha venido presentando en los diferentes grupos de edades ya analizados. Así pues, del total de las atenciones realizadas por la subred, el 42,68 % (n:36140) correspondieron a la población en momento de curso de vida adultez, mientras que el 11,71 % (n:9911) a la población vieja (Tabla 33).

Tabla 32. Distribución General de la Morbilidad por Grandes Causas. Adolescencia y Juventud.
Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2016

Edad	Año	Afecciones originadas en periodo perinatal	Cáncer	Causa externas	Enfermedades Cardiovasculares	Enfermedades transmisibles	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	Todas las demás enfermedades	Total
De 12 a 17 años	2012	1	53	11	126	1.416	4.138	6499	12.244
	2013	5	51	13	74	1.249	4.137	7254	12.783
	2014	2	29	11	53	960	3.339	5919	10.313
	2015	1	24	18	27	601	2.365	5420	8.456
	2016	0	6	6	16	371	1.219	3482	5.100
Total		9	163	59	296	4.597	15.198	28574	48.896
De 18 a 28 años	2012	10	168	18	592	2.873	9.324	15869	28.854
	2013	15	146	18	351	3.033	10.114	19406	33.083
	2014	5	102	17	517	2.283	16.175	19612	38.711
	2015	5	79	20	160	1.889	7.570	16646	26.369
	2016	4	28	10	252	1.407	10.197	12595	24.493
Total		39	523	83	1.872	11.485	53.380	84128	151.510
Total general		48	686	142	2.168	16.082	68.578	112702	200.406

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).

**Tabla 33. Distribución General de la Morbilidad por Grandes Causas. Adultez y Vejez.
Localidad de Santa Fe. Años 2012 a 2016**

Edad	Año	Afecciones originadas en periodo perinatal	Cáncer	Causa externas	Enfermedades Cardiovasculares	Enfermedades transmisibles	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	Todas las demás enfermedades	Total
De 29 a 59 años	2012	5	890	51	4.550	6.045	14.349	34.294	60.184
	2013	12	865	42	3.959	6.287	15.552	41.669	66.928
	2014	1	608	46	3.600	4.829	19.186	38.656	65.989
	2015	0	529	32	2.768	3.892	9.945	35.096	51.181
	2016	0	151	11	1.095	2.811	9.797	23.370	36.140
Total		18	3.043	182	15.972	23.864	68.829	173.085	280.422
De 60 y más años	2012	1	187	20	5927	1.212	2.795	8.200	18.342
	2013	2	151	15	5.250	1.082	2.851	8.715	18.066
	2014	0	129	17	5.261	1.008	2.678	8.788	17.881
	2015	0	167	14	4.845	833	2.227	9.550	17.636
	2016	0	58	1	1.930	556	1.697	5.669	9.911
Total		3	692	67	23.213	4.691	12.248	40.922	81.836
Total general		21	3.735	249	39.185	28.555	81.077	214.007	362.258

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 mencionó al inicio del apartado, no es posible realizar una descripción detallada de la morbilidad por subgrupos a fin de establecer las principales causas de atención tanto en la localidad de Santa Fe como en la Subred. Así pues, los posibles factores asociados a la presencia de las diferentes morbilidades varían pueden estar relacionados con la ubicación espacial de la población o la asignación establecida por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB -.

Para el análisis de la morbilidad desagregada se tomó como ordenador las 10 primeras causas el año 2016. Con lo anterior, se pudo establecer una mayor afectación en la población masculina con el 36,8 % (n:17.657), mientras que en las mujeres se observa el 22,1 % (n:14.764) frente a lo reportado en la morbilidad por grandes causas con 47.978 y 66.841 respectivamente (Tabla 34).

La Tabla 34 permite ver que la población que consulta en las EAPB públicas y privadas ubicadas en la localidad padecen, principalmente, de afecciones relacionadas con la visión y la salud oral con un 27,4 % (n:15.077) y 17,9 % (n:9.794) respectivamente, observándose un descenso en la hipertensión esencial (primaria) con una diferencia relativa de 6,2 puntos para el año 2016 respecto al 2015; así como un aumento en la infertilidad femenina; cabe anotar que posiblemente esto se deba a las estrategias en salud dirigidas especialmente a la población femenina.

En relación al comportamiento de la morbilidad en el Distrito y en la Subred, se pudo establecer que en estas dos zonas territoriales la distribución de las 10 primeras causas es similar, observando solo cambios en la posición que ocupa cada una de las afectaciones en salud. Así pues, la hipertensión esencial (primaria), caries de la dentina y, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso ocupan los primeros tres lugares, sin embargo, frente al actuar de las patologías por sexo estas se manifiestan de manera semejante a lo observado en la localidad. Situación que es repetitiva en la morbilidad general por tipo de servicio.

**Tabla 34. Distribución 10 Primeras Causas de Morbilidad por Sexo.
Localidad de Santa Fe. Años 2015, 2016**

Diagnóstico	2015				2016			
	Hombre	%	Mujer	%	Hombre	%	Mujer	%
Astigmatismo	4.560	5,0	4.873	3,7	4.783	10,0	4.114	6,2
Caries de la dentina	8.242	9,0	11.610	8,7	2.625	5,5	1.908	2,9
Miopía	1.941	2,1	2.593	1,9	2.416	5,0	1.891	2,8
Hipertensión esencial (primaria)	5.234	5,7	9.052	6,8	2.139	4,5	1.270	1,9
Rinofaringitis aguda [resfriado común]	1.494	1,6	1.859	1,4	1.669	3,5	1.169	1,7
Gingivitis crónica	3.367	3,7	4.634	3,5	1.136	2,4	832	1,2
Gingivitis aguda	0	0,0	0	0,0	1.059	2,2	850	1,3

Diagnóstico	2015				2016			
	Hombre	%	Mujer	%	Hombre	%	Mujer	%
Hipermotropía	0	0,0	0	0,0	1051	2,2	822	1,2
Anomalías de la relación entre los arcos dentarios	0	0,0	0	0,0	779	1,6	605	0,9
Infertilidad femenina; no especificada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1303	1,9

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).

Por su parte, las morbilidad por tipo de atención muestra que el 24,5 % (n:25.287/103.369) corresponde a consulta externa, mientras que el 39,4 % (n:739/1875) al servicio de hospitalización y el 16 % (n:1530/9575) a urgencias (Tabla 35, Tabla 36 y Tabla 37).

La morbilidad atendida en la localidad para el servicio de consulta, muestra el ingreso de enfermedades mórbidas tales como la obesidad y rutinarias como el lumbago no especificado, disminuyendo así la presencia de enfermedades relacionadas con la salud oral; sin embargo, se observa un incremento relativo en las patologías relacionadas con la visión. 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), que se posiciona en primer lugar, así como la obesidad y las prevalentes de la infancia toman un mayor peso porcentual en estos territorios (Tabla 35).

Tabla 35. Distribución 10 Primeras Causas de Morbilidad General en el Servicio de Consulta Externa. Localidad de Santa Fe. Años 2015, 2016

Consulta externa	2015	2016
Astigmatismo	4,6	8,6
Caries de la dentina	9,6	4,3
Hipertensión esencial (primaria)	6,8	3,2
Rinofaringitis aguda [resfriado común]	1,3	2,4
Gingivitis crónica	3,9	1,9
Obesidad; no especificada	0,4	1,2
Presbicia	1,6	1,0
Infección de vías urinarias; sitio no especificado	0,9	0,7
Hipotiroidismo; no especificado	0,9	0,6
Lumbago no especificado	0,7	0,6

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).

Un cambio significativo en el comportamiento de la morbilidad se presenta en las atenciones realizadas por el servicio de hospitalización, toda vez que las enfermedades relacionadas con la salud oral y visual de la población no requieren hospitalización. Así pues, las enfermedades respiratorias cobran fuerza, así como la enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana - VIH; sin otra especificación, aunque presenta una disminución relativa para el año 2016 de 13,6 puntos porcentuales, sigue siendo la principal causa de hospitalización en los diferentes EAPB de la localidad.

Por su parte, en el Distrito se observaron el parto único espontáneo; 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 36).

Tabla 36. Distribución 10 Primeras Causas de Morbilidad General en el Servicio de Hospitalización. Localidad de Santa Fe. Años 2015, 2016

Hospitalización	2015	2016
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]; sin otra especificación	42,2	28,6
Infección de vías urinarias; sitio no especificado	2,5	2,0
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; no especificada	2,6	1,6
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda; no especificada	0,8	1,6
Bronquiolitis aguda; no especificada	2,2	1,4
Neumonía bacteriana; no especificada	0,7	1,2
Neumonía; no especificada	1,0	1,1
Bronquitis aguda; no especificada	0,0	1,1
Hipertensión esencial (primaria)	0,9	0,9
Insuficiencia cardíaca congestiva	0,8	0,9

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 rinofaringitis aguda (resfriado común), infección de vías urinarias; sitio no especificado y amigdalitis aguda no especificada; las cuales reflejan disminución en la primera y tercera causa respecto al año 2015. En cuanto el Distrito y la Subred, en primer lugar se ubica la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, seguido de las tres primeras presentes en la localidad, situación que refleja la disminución de población infantil que se ha venido presentando en la localidad en los últimos años tal como lo muestra la Figura 1 (Tabla 37).

Tabla 37. Distribución 10 Primeras Causas de Morbilidad General en el Servicio de Urgencias. Localidad de Santa Fe. Años 2015, 2016

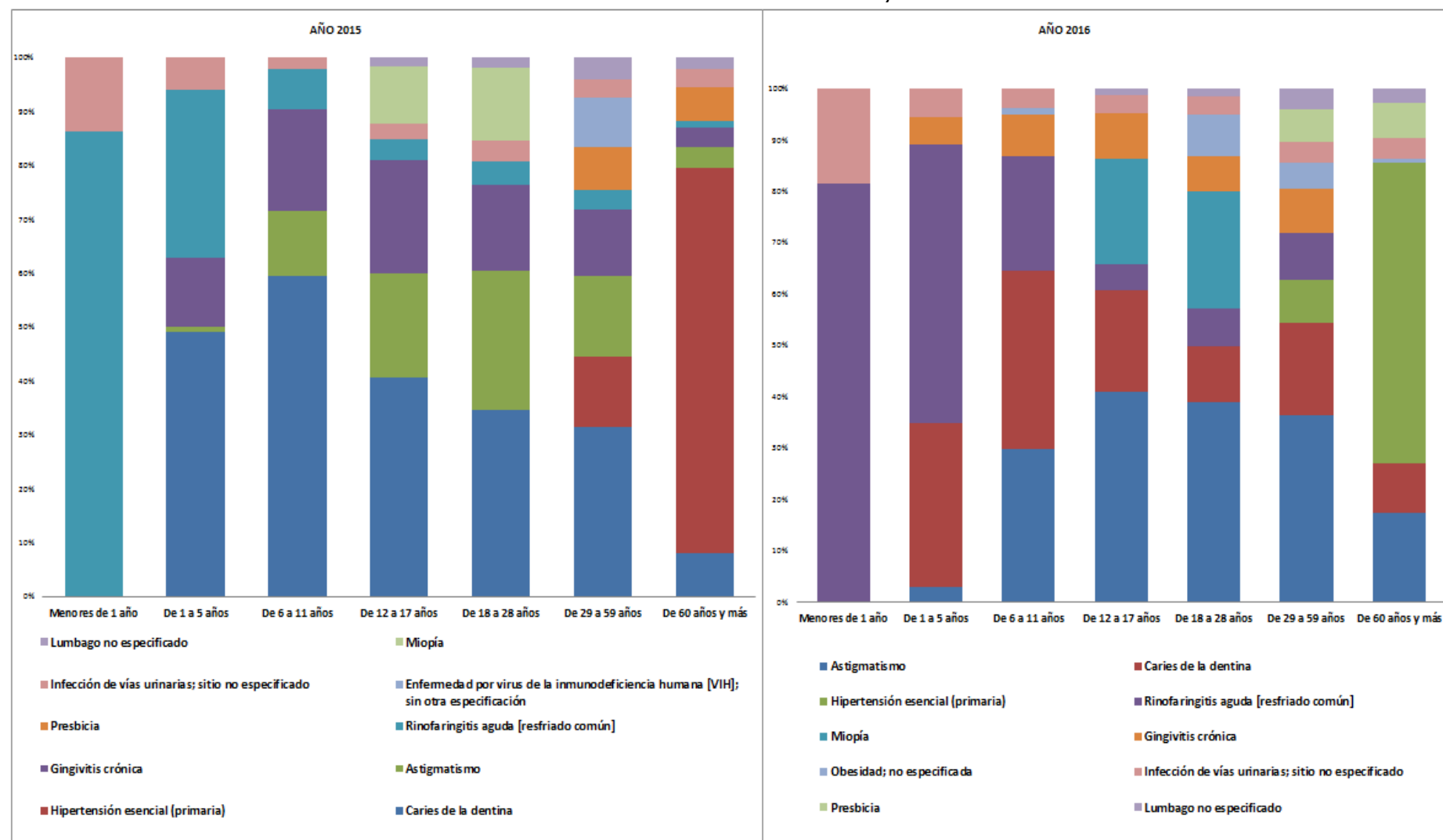
Urgencias	2015	2016
Rinofaringitis aguda [resfriado común]	4,5	3,5
Infección de vías urinarias; sitio no especificado	3,4	3,4
Amigdalitis aguda; no especificada	1,7	1,6
Lumbago no especificado	2,1	1,4
Bronquitis aguda; no especificada	1,3	1,3
Hipertensión esencial (primaria)	1,4	1,2
Pulпитis	0,0	1,0
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	4,6	0,9
Gastritis; no especificada	1,6	0,9
Bronquiolitis aguda; no especificada	0,7	0,8

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).

Como muestra la Figura 16, en los diferentes grupos de edad, la caries de la dentina y la rinofaringitis aguda son las mayores afectaciones presentes, sin embargo en la medida en que la edad va aumentando el astigmatismo se va posicionando, así mismo, se puede observar que para la población mayor de 60 años la principal causa de morbilidad es la hipertensión esencial (primaria).

Para la población de 28 a 59 años. Se observa una concentración de enfermedad por VIH; sin otra especificación; situación que valdría la pena analizar frente a las estrategias implementadas para la detección temprana y mitigación del evento (Figura 16).

Figura 16. Distribución 10 Primeras Causas de Morbilidad General por Curso de Vida.
Localidad de Santa Fe. Años 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).

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, estas 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 que las enfermedades de mayor prevalencia se relacionen con salud oral y enfermedades visuales, dan cuenta del tipo de EAPB tanto públicas como privadas que se ubican en la localidad.

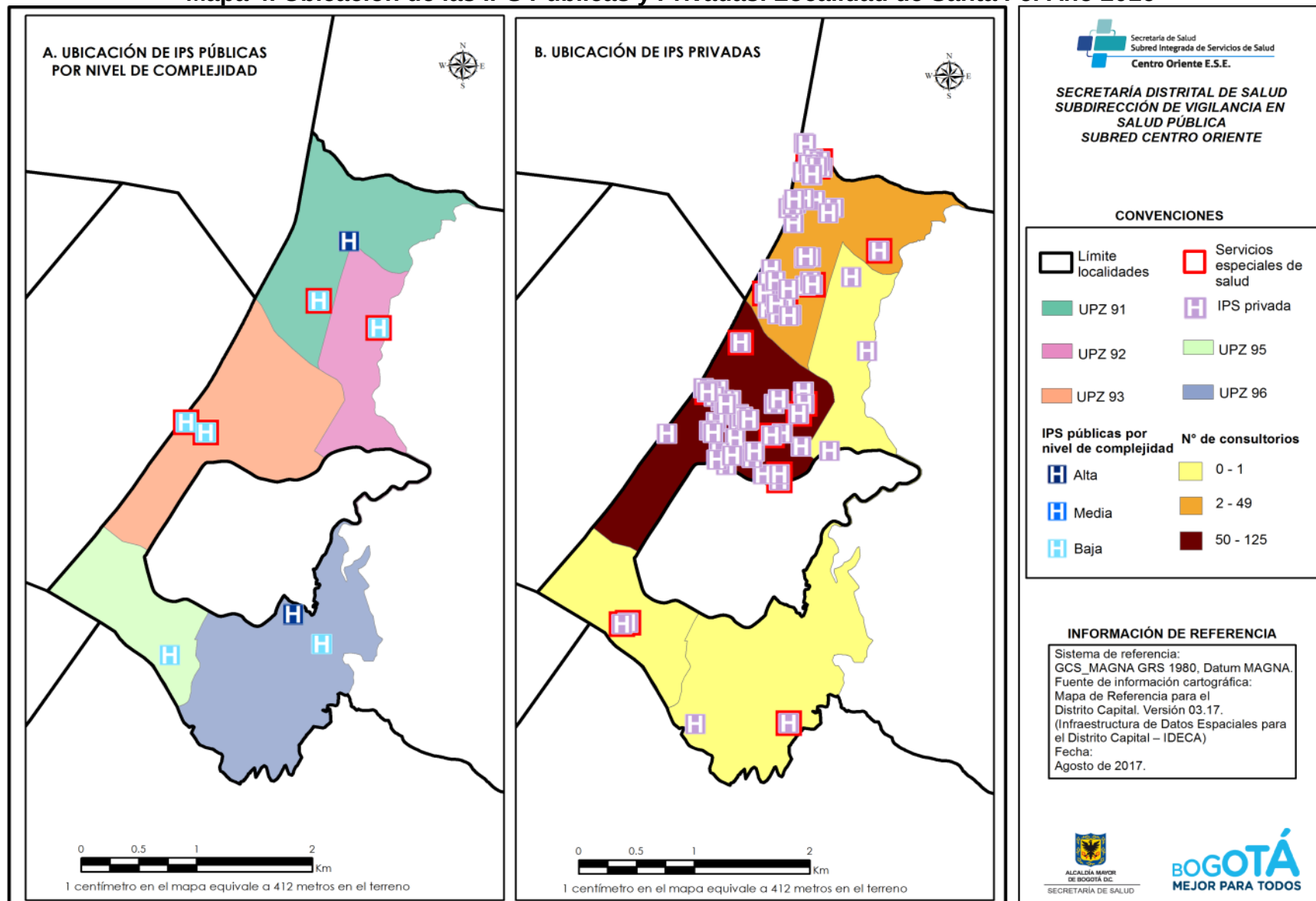
Así pues, tanto en el Distrito como en la Subred, la morbilidad por curso de vida se comporta de acuerdo al mismo, mostrando así una distribución más amplia del estado de salud de la población en cada una de las zonas territoriales.

Descripción de la Oferta

La oferta de servicios de salud para el área de cobertura de la Subred es amplia en cantidad, sobre todo en prestadores privados. La oferta de servicios de salud para la localidad de Santa Fe es amplia en cantidad, primando el sector privado con 110 IPS de las 118; sin embargo, dos de las cuatro IPS públicas prestan servicios de alta complejidad y se ubican en las UPZ 91 Sagrado Corazón y 96 Lourdes, así mismo se observa que en las UPZ 91 Sagrado Corazón, 92 La Macarena y 93 Las Nieves se ubican IPS de baja complejidad pero que prestan servicios espaciales en salud (Tabla 38 y Mapa 4).

Los prestadores de orden privado se ubican casi en su totalidad en las UPZ 91 Sagrado Corazón y 93 Las Nieves, contrastando significativamente con lo encontrado en las otras UPZ de la localidad, donde se localizan tan solo dos IPS en cada una de ellas, y se observa las más altas densidades poblacionales (Mapa 4).

Mapa 4. Ubicación de las IPS Públicas y Privadas. Localidad de Santa Fe. Año 2016



Fuente: Equipo ACCVSyE con datos de datos IDECA. Agosto 2017.

Dentro de las IPS públicas se ubican las que prestan sus servicios en consultorios médicos del Estado, universidades públicas y entidades del Distrito, por lo que la atención resulta dirigida únicamente a la población que de alguna manera se encuentra vinculada con dichas instituciones; por otra parte, cabe anotar que para estas cuatro IPS se identificó que su objeto social es diferente a la prestación de servicios en salud (Tabla 38).

**Tabla 38. Prestadores de Servicios de Salud según Naturaleza Jurídica.
Localidad de Santa Fe. Año 2016**

Clase de Prestador	Naturaleza	Total	%
Instituciones – IPS	Pública	8	6,8
	Privada	110	93,2
Total Instituciones – IPS		118	100
Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud	Pública	4	3,4
	Privada	18	15,3
Total Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud		22	18,6
Total general		118	100

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE. Localidad de Santa Fe. Datos REPS. Agosto 2017.

En relación a los servicios ofertados en la localidad, se identifican 78 que se encuentran distribuidas en las diferentes Unidades de Prestación de Servicios de Salud – UPSS -; en su mayoría corresponden a servicios relacionados con protección específica y detección temprana, consulta externa y apoyo diagnóstico y complementación terapéutica (Tabla 39).

**Tabla 39. Distribución de Servicios Ofertados en los Puntos de Atención, según
Naturaleza Jurídica de los Prestadores de Servicios de Salud.
Localidad de Santa Fe. Año 2016**

Servicio	Santa fe	%	Subred	%
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	14	17,9	140	2,1
Consulta Externa	17	21,8	183	2,6
Internación	4	5,1	39	0,6
Otros Servicios	0	0,0	3	0,0
Protección Específica y Detección Temprana	39	50,0	210	6,0
Quirúrgicos	2	2,6	39	0,3
Móviles Transporte Asistencial		0,0	31	0,0
Urgencias	2	2,6	10	0,3
Total general	78	100	655	11,9

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE. Localidad de Santa Fe. Datos REPS. Agosto 2017.

Mención aparte merecen las dos sedes de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, emplazadas por fuera del área geográfica de la misma, correspondientes al Citocentro ubicado en las instalaciones de la Secretaría Distrital de Salud, en la localidad Puente Aranda, que ofrece servicios de laboratorio de citologías cérvico-uterinas, patología y de histotecnología; y la Unidad de Servicios de Salud Crónicos con sede en la localidad Teusaquillo, cuyos servicios están orientados a la atención institucional de pacientes crónicos.

De otra parte, la valoración de acceso y cobertura de la población está sujeta a la identificación de la oferta de servicios, los aseguradores involucrados y los niveles de ocupación. En términos de ubicación de los servicios de baja complejidad, se posibilitaría dar respuesta a las necesidades de promoción y atención en salud que apunte al control de las enfermedades reportadas, siempre y cuando se garantice adscripción geográfica de los usuarios e implementación de programas acordes con la necesidad identificada.

3.2.2 Eventos de Vigilancia en Salud Pública

El abastecimiento sistemático, continuo y oportuno de los eventos de interés en salud pública que puedan afectar el bienestar de la población permiten la orientación de políticas a fin de prevenir, mitigar y controlar tanto las enfermedades como los factores de riesgo asociados a la presencia de los mismos e incidir positivamente en la situación de salud de las personas.

SIVIGILA Nacional

Para el año 2016, en Bogotá el aplicativo SIVIGILA captó un total de 165.944 eventos de interés en salud pública, de estos el 14,5 % (n:24031) corresponden a la Subred, mientras que el 2,0 % (n:3331) a la localidad de Santa Fe, los cuales equivalen al 13,9 % de la notificación de la Subred.

Como es de esperar, la mayor proporción identificada de notificación local se da para las UPZ 95 Las Cruces y 96 Lourdes, tanto por la densidad poblacional como las condiciones de vulnerabilidad social evidenciadas en estas, siendo las lesiones de causa externa,

exposición a flúor y varicelas los eventos de mayor ocurrencia en la población residente de la localidad; aunque en más baja proporción se pudo establecer que las parotiditis, tuberculosis, zika, bajo peso al nacer y desnutrición aguda en menores de 5 años, son las segundas causas de notificación para estas UPZ.

Adicionalmente, en la Tabla 40 (Anexo 7) se logra observar que, a pesar que se presenta en menor proporción los eventos relacionados con las dimensiones seguridad alimentaria y nutricional y convivencia social y salud mental, afectan igualmente a la población local.

**Tabla 40. Distribución de la Notificación por Grupos de Eventos.
Localidad de Santa Fe. Año 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 91 frente a la Localidad	Proporción de Notificación por Grupo de Eventos UPZ 92 frente a la Localidad	Proporción de Notificación por Grupo de Eventos UPZ 93 frente a la Localidad	Proporción de Notificación por Grupo de Eventos UPZ 95 frente a la Localidad	Proporción de Notificación por Grupo de Eventos UPZ 96 frente a la Localidad
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	1.31	9.19	9.55	12.05	19.72	23.00	23.00
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	2.65	0.82	6.50	14.08	25.99	27.08	26.35
Convivencia Social y Salud Mental	1.91	1.87	11.53	14.23	24.17	21.07	29.01
Salud Ambiental	1.78	0.58	4.58	13.74	27.48	15.27	38.93
Seguridad Alimentaria y Nutricional	1.73	0.00	0.00	12.50	21.15	19.23	47.12
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	3.37	0.54	2.93	11.17	7.38	25.70	52.82

Fuente: Construcción equipo Subred con información Bases oficiales SDS por subsistemas SIVIGILA Distrital, reporte Agosto 09 de 2017.

Frente a los eventos colectivos de notificación obligatoria, se observa que de los 93 brotes por ETA presentados en el Distrito, cinco corresponden a la Subred, presentándose uno en la localidad, afectando a la UPZ 91 Sagrado Corazón (Tabla 41). Respecto a la morbilidad por EDA, el Distrito reporta un total de 16.383, de los cuales el 0,8 % (n:135) se encuentra distribuidos en las diferentes UPZ de la localidad, mientras que el 11,4 % (n:1862) de los casos pertenecen a la Subred, con una representación para la localidad del 7,3 %; siendo la UPZ 93 Las Nieves la de mayor afectación con el 37,8 % (n:51), seguida de la UPZ 91 Sagrado Corazón con 28,1 % (n:38) (Tabla 41, Anexo 7).

Tabla 41. Distribución de la Notificación por Grupos de Eventos por Dimensión PDSP. Localidad de Santa Fe. Año 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 91 frente a la Localidad	Proporción de Notificación por Grupo de Eventos UPZ 92 frente a la Localidad	Proporción de Notificación por Grupo de Eventos UPZ 93 frente a la Localidad	Proporción de Notificación por Grupo de Eventos UPZ 95 frente a la Localidad	Proporción de Notificación por Grupo de Eventos UPZ 96 frente a la Localidad
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	1.08	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Salud Ambiental	0.30	28.89	20.00	37.78	1.48	12.59

Fuente: Construcción equipo Subred con información Bases oficiales SDS por subsistemas SIVIGILA Distrital, reporte agosto 09 de 2017.

SIVIGILA Distrital

La valoración de las herramientas distritales de vigilancia y control, complementarias al SIVIGILA, que permiten observar la dinámica de los eventos que afectan la salud de la población, resumida en la Tabla 42, indica que frente al nivel distrital la notificación desde la Subred da cuenta de una proporción que no alcanza el 15 % de la notificación en ninguno de los subsistemas; aunque el panorama varía significativamente al observar el comportamiento de la localidad de Santa Fe frente a la Subred.

Al tomar cada uno de los subsistemas, se evidencia que para los eventos relacionados con Seguridad Alimentaria y Nutricional, y Convivencia Social y Salud Mental se encuentran por encima de la proporción presentada por la Subred con una diferencia promedio de 8,98 y 4,94 respectivamente; sin embargo para el caso de los eventos relacionados con Vida saludable y Condiciones No Transmisibles se observa una diferencia relativa de 5,5 en la localidad por debajo de lo encontrado en la Subred (Tabla 42, Anexo 7).

Como en el apartado anterior, la distribución por UPZ de la notificación muestra mayor proporción en aquellas con densidad poblacional más alta, concentrándose especialmente en la UPZ 96 Lourdes, con una mayor presencia en las alertas nutricionales, seguido de vida saludable y condiciones no transmisibles (Tabla 42, Anexo 7).

Tabla 42. Distribución de la Notificación por Subsistemas Distritales de Vigilancia Epidemiológica. Localidad de Santa Fe. Año 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 91 frente a la Localidad	Proporción de Notificación por Grupo de Eventos UPZ 92 frente a la Localidad	Proporción de Notificación por Grupo de Eventos UPZ 93 frente a la Localidad	Proporción de Notificación por Grupo de Eventos UPZ 95 frente a la Localidad	Proporción de Notificación por Grupo de Eventos UPZ 96 frente a la Localidad
Seguridad Alimentaria y Nutricional	SISVAN	1.22	11.02	20.03	9.32	20.28	8.36	42.00
Convivencia Social y Salud Mental	VESPA	1.96	12.87	9.02	9.63	20.53	22.54	27.38
	LCE							
	SISVECOS							
	SIVIM							
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	DISCAPACIDAD	4.0	19.2	2.0	8.6	4.6	18.9	34.6
	SISVESO							
	SIVISTRA							

Fuente: Construcción equipo Subred con información Bases oficiales SDS por subsistemas SIVIGILA Distrital, reporte: agosto 09 de 2017.

Eventos Precusores

Los eventos precusores predisponen y conllevan al desarrollo de complicaciones en salud, en donde la diabetes mellitus y la hipertensión arterial corresponden a los principales precusores de la enfermedad renal crónica entre otras patologías que generan una alta carga de morbilidad como de mortalidad.

La Diabetes Mellitus – DM - muestra un indicador favorable, evidenciándose un descenso en los últimos años a pesar del pico presentado durante el año 2013, situación similar se observa en el comportamiento de la Hipertensión Arterial – HTA (Tabla 43, Anexo 8).

Durante el 2016, la subred ofreció un total de 20.704 atenciones, de las cuales el 2,9 % (n:594) se realizaron en la localidad de Santa Fe por DM y 16,5 % (n:3.409) correspondieron a HTA. Como era de esperarse, la población más afectada por estas morbilidades se encuentra en el grupo poblacional mayor a 60 años y en menor proporción en los de 29 a 59 años para el caso de la DM, sin embargo, se observan casos en la población de 6 a 11 años, situación que preocupa por las comorbilidades que puedan presentarse como consecuencia de la misma. En cuanto a la HTA esta se identificó solo en la población adulta y vieja de la localidad.

Tabla 43. Prevalencia de Eventos Precursores. Localidad de Santa Fe vs. Subred. Años 2012 a 2016

Causa de muerte	Distrito	Local					
			2012	2013	2014	2015	2016
Prevalencia de diabetes mellitus	1,49	0,52	↘	↗	↗	↘	↘
Prevalencia de hipertensión arterial	4,41	2,97	-	-	↗	↘	↘

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).

3.2.3 Análisis General de la Morbilidad e Identificación de Prioridades en Morbilidad

Una vez valorada la morbilidad de la localidad de Santa Fe desde diferentes aspectos, se puede indicar que en el área de cobertura de la localidad predominan las enfermedades clasificadas 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 este 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 de la visión son las principales causas presentes en la población atendida; cabe anotar que algunas de estas patologías son el reflejo de situaciones de salud que al haber sido tratadas de manera preventiva pudieron evitar la presencia de otras de las morbilidades presentes, tales como la caries, gingivitis y alteraciones de la posición del diente o pérdidas prematuras de los mismos.

Resulta interesante el hecho que la enfermedad por VIH, sin otra especificación para el 2016 ya no se ubique dentro de las 10 primeras causas de morbilidad atendida.

En cuanto a la mortalidad presentada en la población de la localidad de Santa Fe, se pudo establecer una mayor afectación en los hombres, sin tener ninguna relación específica con la agrupación con grandes causas o subgrupos. La morbilidad por su parte muestra una mayor prevalencia en la población femenina.

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 estas, pues las condiciones sociodemográficas de las comunidades varían acorde a sus contextos.

De la población con discapacidad identificada a través del aplicativo Distrital Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, en la localidad 49,8 % (n:1.621), refieren reconocer el origen de su condición por enfermedad general, seguido de accidentes con el 12,4 % (n:404); en relación a la alteración permanente que más afecta las relacionadas con el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas es la principal con un 28,5 % (n:2151), seguido de las alteraciones del sistema nervioso con el 15,5 % (n:1174).

Finalmente, frente a las limitaciones en las actividades de la vida diaria el caminar, correr, saltar se ubica en el primer lugar con el 20,4 % (n:2188) seguido de las limitaciones para caminar y mantener posiciones del cuerpo con el 11,2 % (n:1202).

4. CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE POBLACIONES

4.1. INTRODUCCIÓN

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

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

El enfoque diferencial es una forma de análisis donde se describe, reflexiona y reconocen las diferencias entre las personas, grupos, pueblos y demás colectividades, visibilizando situaciones particulares y colectivas de exclusión, discriminación, vulnerabilidad o fragilidad, por las implicaciones en 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 (22).

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

[†] 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.

servicios de salud mediante el reconocimiento de los procesos de salud-enfermedad y calidad de vida.

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

**Cuadro. 1 Conteo y Categorización de Microterritorios y Territorios en Salud.
Vigencia 2012 – 2016. Localidad de Santa Fe**

N° localidad	Nombre localidad	Territorio Saludable	No. UPZ	UPZ	Microterritorio
3	Santa Fe	Santa Fe 3	91	Sagrado Corazón	San Martín
			92	La Macarena	La Paz
					Perseverancia Circunvalar
					Perseverancia Manuel Elkin
			93	Las Nieves	Alameda
			95	Las Cruces	San Victorino
					Bicentenario
					Campo David
					Comuneros
					Conjuntos
					Cruces I
					San Bernardo I
					San Bernardo II

N° localidad	Nombre localidad	Territorio Saludable	No. UPZ	UPZ	Microterritorio
3	Santa Fe	Santa Fe 2	UPR - 2	Cerros Orientales	Veredas

					Consuelo
					Dorado
					Girardot
					Guavio
					Laches
			96	Lourdes	Lourdes
					Mirador
					Rocío
					San Luis
					Santa Rosa
					Triunfo

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

4.2. APROPIACIÓN CONCEPTUAL Y BALANCE DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE

Población con discapacidad

Colombia en el marco de la Ley 1346 de 2009, legitimó la Convención Internacional sobre los Derechos Humanos de Personas con Discapacidad (23), en este sentido, el gobierno nacional, se compromete a llevar a cabo el pleno cumplimiento a las disposiciones planteadas en la convención internacional, garantizando así, los recursos normativos, legales y de infraestructura necesarios para el cumplimiento de los compromisos allí establecidos.

Por otro lado, según la OMS, la discapacidad abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. De ahí que, la discapacidad esté relacionada con interacción entre las personas que padecen parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión u otros factores personales y ambientales, por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado (24).

En el documento de Análisis de situación de salud de poblaciones diferenciales y de inclusión - ASIS Diferencial - Fase exploratoria 2015 del atlas de salud pública, muestra de acuerdo con los datos de la base local de Registro para la Localización y Caracterización de personas con Discapacidad 2004 - 2013, un registro total de 3506 personas.

Habitantes de calle

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

Es así que el Atlas de Salud Pública Santa Fe, 2014 (26) da una aproximación ligera sobre su ubicación espacial dando cuenta de su presencia en toda la localidad, con mayor énfasis de habitabilidad en los barrios San Bernardo y Alameda, lugares donde transitan en el día y donde se conoce que llevan a cabo distintas actividades lícitas e ilícitas y retornan noche para dormir o consumir SPA en la localidad Los Mártires.

En cuanto a los datos cuantitativos de esta población, su registro es variable en cuanto CEMAI da cuenta de 49 personas atendidas a 2016, mientras que la Base de datos SISPI de 2014 da un total de 140 habitantes de calle en la localidad (25). La invisibilización social que conduce a las formas de exclusión del habitante de calle en todos los sectores, generando así una reproducción de la pobreza, mendicidad, habitabilidad en calle. De esta manera se identifican algunas problemáticas sociales y de salud.

Personas en ejercicio de prostitución

Una aproximación contextual de esta población se encuentra en el documento ASIS diferencial 2015 el cual permitió la identificación de 27 personas en total para la localidad, de las cuales 2 personas son hombres. Su ubicación espacial corresponde a las zonas de Alameda, Capuchina, Mariposa y San Bernardo.

Esta población diferencial se constituye como uno de los grupos con más alta vulnerabilidad por las condiciones y conductas de riesgo, bajo las cuales se ofertan y se demandan los servicios sexuales, determinadas, en gran medida, por sus características socioeconómicas y culturales. De esta manera se identifican las siguientes problemáticas sociales y de salud.

Víctimas del conflicto

En la revisión de los documentos de información cuantitativa y cualitativa sobre las víctimas del conflicto armado de la localidad se encontró lo siguiente: (Tabla 44).

Tabla 44. Víctimas de Conflicto Armado según Población Diferencial y de Inclusión.
Localidad de Santa Fe

Población diferencial o de inclusión	Número de personas
Indígenas	15
Afrodescendientes	13
Palenqueros	3
Raizal	1
Recicladores	32
Habitantes de calle	38
LGBTI	4
En ejercicio de prostitución	2

Fuente: Base de canalizaciones a 2013, Hospital Centro Oriente ESE II nivel.

En cuanto a su ubicación, en el Atlas de Salud Pública Santa Fe del año 2014(26) se reportan personas víctimas del conflicto armado en las UPZ 93 Nieves, UPZ 95 Las Cruces y UPZ 96 Lourdes.

De ahí se concluye que se presenta una correlación muy fuerte entre la población víctima del conflicto con la población étnica, pero de igual forma se evidencia población con discapacidad, LGBTI y en una menor proporción, ejercicio de la prostitución, recicladores y habitantes de calle. Resulta relevante destacar, que mucha de esta población diferencia no se identifica como víctima del conflicto armado por ello lo complejo da la caracterización.

Personas de los Sectores Sociales LGBTI

De su ubicación geográfica se da cuenta mediante el boletín diferencial de personas de los sectores LGBTI, que evidencia que dicha población se encuentra ubicada en algunas

zonas y barrios, identificados como Alameda, Capuchina, Cruces, Mariposa y la Terraza Pasteur. De acuerdo a la información de la base consolidada por la analista territorial y el geógrafo de territorios con base en los registros de intervención del programa Territorios Saludables del año 2014, la concentración principal de esta población se da en el microterritorio La Alameda perteneciente a la UPZ 93 Las Nieves.

Por lo anterior, se concluye que se requiere trabajar en articuladamente desde el enfoque diferencial que intervenga los determinantes estructurales y sociales que generan inequidades. Si bien existe un reconocimiento de la sociedad frente a la política pública para la población LGBTI, esta es vista como un proceso de discriminación positiva que trabaja por el avance para su reconocimiento como ciudadanos y ciudadanas que trabaja en miras a mitigar esa desigualdad social.

Población étnica

Las poblaciones étnicas en la localidad residen principalmente en las UPZ 95 Las Cruces y UPZ 96 Lourdes. Su intervención desde el sector salud, en esencia, no tiene el carácter diferencial que debería tener por distintas circunstancias entre las que se remarca las barreras para interactuar con la población étnica por situaciones como la prevención que existe frente a las bondades y beneficios de la medicina alopática u occidental, la cosmovisión propia de dichos segmentos poblacionales y por aspectos culturales frente al tema de salud. Adicionalmente la barrera idiomática en algunas etnias indígenas no permite muchas veces una comunicación fluida y un nivel mínimo de entendimiento de lo que se pretende con la intervención en salud.

Personas de ocupación recicladora, carreteros y pequeños bodegueros

Una aproximación contextual se encuentra en el documento ASIS Diferencial 2015 el cual, a partir de datos de Base RURO suministrados por la SDS y RIPS Locales en 2014, registra 67 personas dedicadas a la actividad de recicladores, carreteros y pequeños bodegueros en la localidad de Santa Fe, residen principalmente en la zona de alameda debido a la cercanía al barrio San Victorino y La Candelaria y los centros de acopio ubicados sobre la Av. Caracas, KR 10 y en la Sabana, localidad Los Mártires. En el Barrio

Ramírez, según información recolectada en los recorridos territoriales, se evidencia que aquí reside en su gran mayoría familias que se dedican a este oficio, algunas lo realizan en horarios de la noche o en diferentes horarios del día.

4.3. CONTEXTO DEMOGRÁFICO

4.3.1. Estructura Demográfica

Para el año 2016, se estima una población de 96.534 en la localidad de Santa Fe, frente a la presencia de poblaciones diferenciales y de acuerdo a las diferentes bases se observa una mayor prevalencia en los hombres de estos grupos poblacionales con el 51,6 % (n:4407); mientras que tanto en la Subred como en el Distrito son las mujeres las que mayor presencia presentan con el 52,5 % (n:40261) y 52,1 % (n:47373) respectivamente.

La desagregación por sexo indica que de acuerdo a la Base APS para el año 2016 en la localidad las personas víctimas del conflicto armado representan el 44,4 % (n: 2319) de la población diferencial residente en la misma, seguido de los habitantes de calle con el 33,2 % (n:1730). Situación similar observada tanto en la Subred como en el Distrito, no solo en cuanto al número de personas identificadas, sino también en cuanto al sexo (Tabla 45).

Tabla 45. Comparativo de la Distribución Poblacional Diferencial por Sexo. Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente, Bogotá. Base APS Años 2012 a 2016

Grupo Poblacional	Localidad de Santa Fe						Subred Centro Oriente						Bogotá					
	H	%	M	%	TOTAL	%	H	%	M	%	TOTAL	%	H	%	M	%	TOTAL	%
Etnias	351	11,88	397	17,543	748	14,3	3027	18,1	3745	28,7	6772	22,8	10245	23,7	12645	26,8	22890	25,3
Víctimas del Conflicto Armado	1110	37,56	1209	53,425	2319	44,4	4917	29,5	6038	46,2	10955	36,8	20359	47,1	28363	60,2	48722	53,9
LGTBI	30	1,015	15	0,6628	45	0,86	232	1,39	163	1,25	395	1,33	568	1,31	508	1,08	1076	1,19
Habitante de Calle	1258	42,57	472	20,857	1730	33,2	7704	46,2	2451	18,8	10155	34,1	10257	23,7	3494	7,41	13751	15,2
Personas en Ejercicio de Prostitución	12	0,406	85	3,7561	97	1,86	80	0,48	359	2,75	439	1,48	130	0,3	853	1,81	983	1,09
Bodegueros	9	0,305	5	0,2209	14	0,27	44	0,26	41	0,31	85	0,29	196	0,45	220	0,47	416	0,46
Recicladores	185	6,261	80	3,5351	265	5,08	678	4,06	274	2,1	952	3,2	1455	3,37	1066	2,26	2521	2,79
TOTAL	2955	100	2263	100	5218	100	16682	100	13071	100	29753	100	43210	100	47149	100	90359	100

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE a partir de <http://fapp.saludcapital.gov.co/estadisticos>

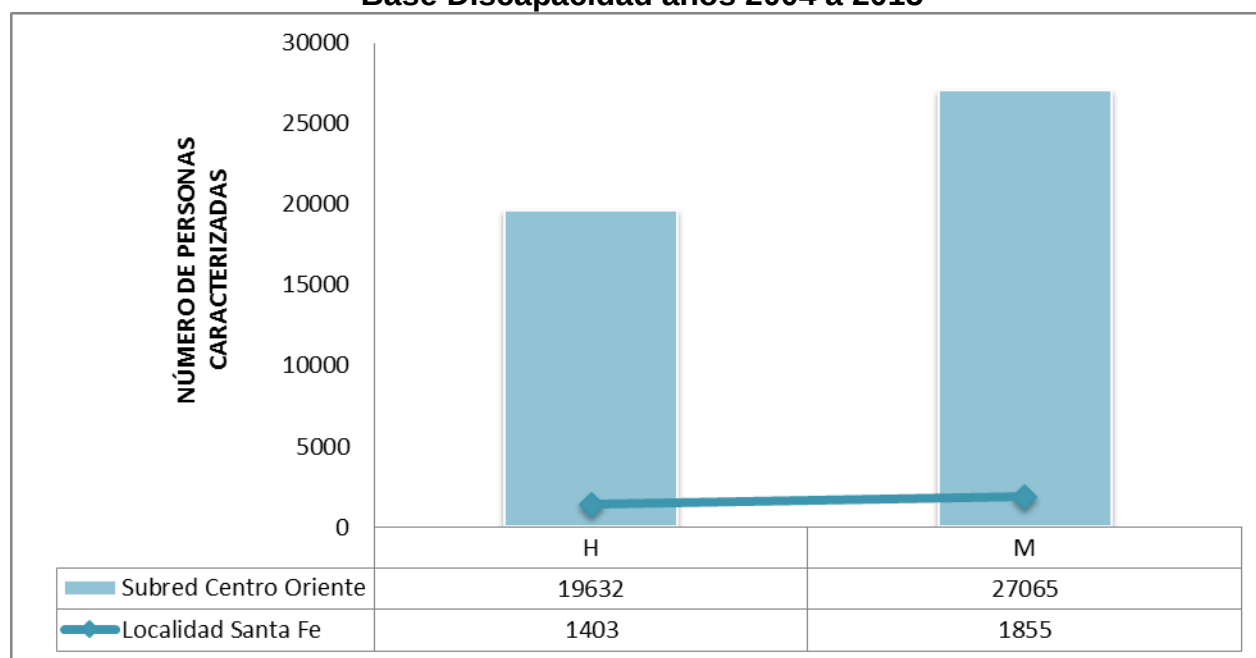
Tabla 46. Comparativo de la Distribución Poblacional Diferencial por Sexo. Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente, Bogotá. Base SIVIGILA año 2016

Grupo Poblacional	Localidad de Santa Fe						Subred Centro Oriente						Bogotá					
	H	%	M	%	TOTAL	%	H	%	M	%	TOTAL	%	H	%	M	%	TOTAL	%
Indígena	5	10,2	3	13,0	8	11,1	37	18,3	35	21,9	72	19,9	50	17,2	44	19,6	94	18,3
Negro, mulato, afrocolombiano	0	0,0	1	4,3	1	1,4	20	9,9	29	18,1	49	13,5	36	12,4	49	21,9	85	16,5
Palenquero	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	0,2
Raizal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	2,5	3	1,9	8	2,2	7	2,4	4	1,8	11	2,1
Rom, Gitano	24	49,0	14	60,9	38	52,8	39	19,3	29	18,1	68	18,8	66	22,7	54	24,1	120	23,3
Discapacidad	2	4,1	0	0,0	2	2,8	3	1,5	11	6,9	14	3,9	11	3,8	13	5,8	24	4,7
Habitante de Calle	17	34,7	5	21,7	22	30,6	88	43,6	46	28,8	134	37,0	105	36,1	49	21,9	154	29,9
Víctima del Conflicto Armado	1	2,0	0	0,0	1	1,4	10	5,0	7	4,4	17	4,7	16	5,5	10	4,5	26	5,0
TOTAL	49	100	23	100	72	100	202	100	125	100	290	100	291	100	224	100	515	100

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE a partir de Base SIVIGILA Local 2016. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Descarga: 5 de Julio de 2017.

La base de los casos notificados a aplicativo SIVIGILA 2016 permite establecer que la población con mayor afectaciones de eventos de interés en salud pública en la localidad son los Rom, Gitanos con el 52,8 % (n:38), seguido de la población habitante de calle con el 30,6 % (n:22) para dichos grupos poblacionales se observa una mayor prevalencia en mujeres y hombres respectivamente; por su parte en la Subred son las poblaciones indígenas las que ocupan el primer lugar, mientras que en Bogotá la habitabilidad en calle representa el más alto número de notificaciones; frente al sexo para estos dos últimos desagregación territorial, el comportamiento es similar al local, observándose que aquellas poblaciones diferenciales que se ubican en primer lugar tiene una mayor representación en las mujeres. Al igual que en las otras bases analizadas, se pudo determinar una mayor prevalencia en las mujeres con el 56,9 % a nivel local y con el 58 % en la Subred (Figura 17).

Figura 17. Comparativo de la Distribución Poblacional Diferencial por Sexo.
Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente, Bogotá.
Base Discapacidad años 2004 a 2015



Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE a partir de aplicativo Distrital Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Ministerio de Protección Social, Secretaría Distrital de Salud; Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE. 2004 – 2015 (datos preliminares) Descarga: 23 de junio de 2017

En cuanto a los nacidos vivos por poblaciones diferenciales, se logró establecer que para el año 2016 la mayor población que hizo autoreconocimiento de su condición diferencial en la localidad de Santa Fe fueron los indígenas y negro(a), mulato(a), afro colombiano(a)

o afrodescendiente con 11 nacimientos, correspondientes al 47,8 % en cada uno de estos (Tabla 47).

Tabla 47. Comparativo Nacidos Vivos en Poblacional Diferencial. Localidad de Santa Fe vs. Subred Centro Oriente. Año 2016

Grupo poblacional	Localidad de Santa Fe	%	Subred Centro Oriente	%	Bogotá	%
Indígena	11	47,83	39	25,658	90	16,5
Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente	11	47,83	112	73,684	446	81,7
Palenquero de San Basilio	0	0	0	0	2	0,37
Raizal del archipiélago de San Andrés y providencia	1	4,348	1	0,6579	6	1,1
Rom (gitano)	0	0	0	0	2	0,37
Total	23	100	152	100	546	100

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

Para la población adolescente a nivel local no se presentaron embarazos en gestantes de 10 a 14 años, sin embargo en la subred se observan cuatros nacimientos en este grupo poblacional pertenecientes a indígenas y los negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente con dos casos respectivamente; y ocho en el Distrito distribuidos equitativamente en las mismas poblaciones diferenciales (27).

Para las madres de 15 a 19 años, la localidad presentó siete casos distribuidos en indígenas y los negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente con tres nacidos vivos respectivamente y uno en la población raizal; por su parte la subred mostró un total de 37 NV, de los cuales el 73 % (n:27) correspondieron a negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente; al revisar los datos Distritales, se observa un comportamiento similar al de la subred con el 81,9 % (n:86) (27).

Para el análisis y la distribución porcentual de las variables contempladas se realizó la estimación desde el dato local y cómo este se ve reflejado tanto a nivel subred como Distrital.

Población con Discapacidad

En cuanto a la base de aplicativo Distrital Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, del período comprendido de 2004 a 2015 se observa un total de 46697 registros en la subred, siendo para la localidad de Santa Fe el 7 % (n:3258) de estos. A saber, el grupo por momento de curso de vía con más afectaciones en salud asociadas algún tipo de discapacidad es vejez, siendo el régimen subsidiado el de mayor prevalencia dentro de esta población caracterizada (Tabla 48).

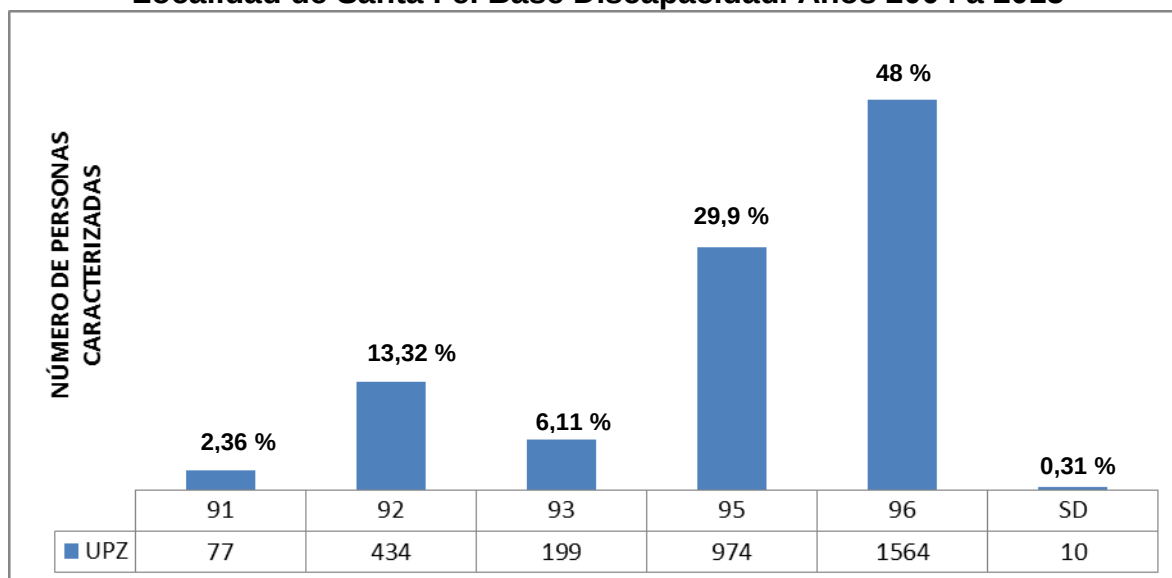
Tabla 48. Comparativo de la Distribución Poblacional con Discapacidad. Localidad de Santa Fe vs. Subred Centro Oriente. Base Discapacidad. Años 2004 a 2015

Variables		Localidad de Santa Fe		Subred	
		Total	%	Total	%
Momento de curso de vida	Infancia	75	2,3	1.649	4
	Adolescencia	40	1,2	1.001	2
	Juventud	132	4,1	3.304	7
	Adulterez	1088	33,4	15.941	34
	Vejez	1923	59,0	24.802	53
Aseguramiento	Contributivo	739	22,7	15.991	34
	Subsidiado	2089	64,1	21.869	47
	Especial	30	0,9	2.979	6
	Vinculado	294	9,0	3.102	7
	Ninguno	105	3,2	2.534	5
	No Sabe	0	0,0	149	0,3
	Sin Dato	1	0,03	73	0,2

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE a partir de aplicativo Distrital Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Ministerio de Protección Social, Secretaría Distrital de Salud; Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE. 2004 – 2015 (datos preliminares) Descarga: 23 de junio de 2017

Como se observa en la Figura 18, la UPZ con mayor presencia de población con discapacidad se ubica en la 96 Lourdes.

Figura 18. Distribución de Población con Discapacidad por UPZ. Localidad de Santa Fe. Base Discapacidad. Años 2004 a 2015



Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE a partir de aplicativo Distrital Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Ministerio de Protección Social, Secretaría Distrital de Salud; Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE. 2004 – 2015 (datos preliminares) Descarga: 23 de junio de 2017.

Ciudadano Habitante de Calle

Los adultos son los mayores representante de la población habitante de calle con el 18,1 % (n:1256), de los cuales el 19,4 % (n:420) pertenecen al régimen subsidiado y cuentan con otros niveles educativos con un 19 % (n:84) (Tabla 49).

Tabla 49. Comparativo Caracterización de Población Habitante de Calle. Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente, Bogotá. Base APS. Años 2012 a 2016

Variables		Localidad de Santa Fe		Subred		Bogotá
		Total	%	Total	%	Total
curso de vida	Primera Infancia	8	7	115	3	263
	Infancia	11	11,7	94	4	273
	Adolescencia	20	6,6	301	4,7	424

	Juventud	316	16,1	1961	11,3	2804
	Adulthood	1256	18,1	6940	14,1	8.937
	Vejez	110	16,8	655	12	913
	SD	9	10,1	89	6	150
Aseguramiento	Contributivo	34	10,1	336	6,2	548
	Subsidiado	420	19,4	2170	13,8	3.054
	No Asegurado	1206	18,8	6404	16,4	7.355
	Otros	20	14,2	141	12,3	163
	SD	50	4,5	1104	1,9	2.644

Variables		Localidad de Santa Fe		Subred		Bogotá
		Total	%	Total	%	Total
Nivel educativo	Primaria	450	18,9	2384	13,6	3.317
	Secundaria	687	18	3822	12,6	5.471
	Otros	84	19	442	12,1	697
	SD	509	14,5	3507	11,9	4.279

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSYE a partir de <http://fapp.saludcapital.gov.co/estadis>

Personas en Ejercicio de Prostitución. El 24,9 % (n:65) de la población en ejercicio de prostitución es adulta, con un 28,7 % (n:56) no asegurada y con nivel educativo primaria correspondiente al 26,5 % (n:31) (Tabla 50).

Tabla 50. Comparativo Caracterización de Población en Ejercicio de Prostitución. Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente, Bogotá. Base APS. Años 2012 a 2016

Variables		Localidad de Santa Fe		Subred		Bogotá
		Total	%	Total	%	Total
Curso de vida	Adolescencia	1	14,3	7	4,5	22

	Juventud	30	19,7	152	8,1	371
	Adulthood	65	24,9	261	12,1	539
	Vejez	1	10	10	5,6	18
	SD	0	0	9	0	31
Aseguramiento	Contributivo	8	15,1	53	3,7	218
	Subsidiado	32	18,4	174	8,5	377
	No Asegurado	56	28,7	195	17,2	325
	Otros	1	5	2	10	10
	SD	0	0	15	0	55
Nivel educativo	Primaria	31	26,5	117	16,8	185
	Secundaria	55	22,7	242	8,7	630
	Técnico	1	14,3	7	2,3	43
	Otros	2	5	4	11,8	17
	SD	8	11,6	69	7,3	110

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE a partir de <http://fapp.saludcapital.gov.co/estadisticos>

Víctimas del Conflicto Armado

Frente a la población víctima del conflicto armado, el 34,9 % (n:720) se ubica en primera infancia, el 35,7 % (n:41) está afiliada a otros tipos de régimen y el 38,3 % (n:166) corresponde a otros respecto al nivel educativo del grupo poblacional (Tabla 51).

Tabla 51. Comparativo Caracterización de población víctima del conflicto armado. Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente, Bogotá. Base APS. Años 2012 a 2016

Variables		Localidad de santa fe		Subred		Bogotá
		Total	%	Total	%	Total
Curso de vida	Primera Infancia	720	34,9	2 061	10,5	6 876
	Infancia	682	31,5	2 168	7,9	8 629
	Adolescencia	247	21	1 176	4,9	5 058
	Juventud	206	12,5	1 647	2,3	8 839

	Adultez	366	11,3	3.247	2,3	16.242
	Vejez	92	14,9	618	3,1	2.962
	SD	10	16,9	59	4,3	231
Aseguramiento	Contributivo	717	31,8	2.252	8	8.923
	Subsidiado	851	31,2	2.728	7,8	10.898
	No Asegurado	252	21,3	1.182	5,3	4.756
	Otros	41	35,7	115	10,8	381
	SD	462	9,8	4.699	1,9	23.879
Nivel educativo	Primaria	662	18	3.863	3,6	18.203
	Secundaria	605	17,7	3.418	3,7	16.433
	Otros	166	38,3	433	9,8	1.693
	SD	890	25,9	3.442	7,1	12.508

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE a partir de <http://fapp.saludcapital.gov.co/estadisticos>

Personas de los Sectores Sociales LGTBI

Las personas de los sectores sociales LGTBI (Tabla 52) con mayor prevalencia por momento de curso de vida se ubica en adultez con el 14,4 % (n:27), observándose que el 14,5 % (n:18) no se encuentra asegurada y que le 12,9 % (n:29) de estos tienen nivel educativo secundaria.

Tabla 52. Comparativo Caracterización de Personas de los Sectores Sociales LGTBI. Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente, Bogotá. Base APS. Años 2012 a 2016

Variables		Localidad de Santa Fe		Subred		Bogotá
		Total	%	Total	%	Total
Curso de vida	Primera Infancia	0	0	0	0	0
	Infancia	1	10	10	1,8	55
	Adolescencia	0	0	17	0	84

	Juventud	15	12	125	3,8	391
	Adultez	27	14,4	187	6,6	408
	Vejez	2	6,5	31	2,4	85
	SD	0	0	26	0	58
Aseguramiento	Contributivo	8	10,8	83	2,7	334
	Subsidiado	14	10,9	129	4,4	317
	No Asegurado	18	14,5	124	7,8	232
	Otros	1	2	5	5,6	18
	SD	3	5,5	55	1,7	180
Nivel educativo	Primaria	7	7,7	91	3,4	208
	Secundaria	29	12,9	224	4,8	601
	Otros	3	8,6	35	2	151
	SD	6	13	46	5	121

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE a partir de <http://fapp.saludcapital.gov.co/estadisticos>

Población Étnica

La Tabla 53 muestra la distribución de las variables en la población étnica, evidenciándose que durante el período analizado, el 11 % (n:101) de los este grupo población se encuentra en momento de curso de primera infancia siendo la de mayor prevalencia; así mismo, se pudo establecer que esta población por régimen de afiliación se encuentra asegurada por otros en un 21,2 % (n:12) , en cuanto al nivel educativo el 19,5 % (n:24) corresponde a universitario.

Tabla 53. Comparativo Caracterización de Población Étnica. Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente, Bogotá. Base APS. Años 2012 a 2016

Variables		Localidad de Santa fe		Subred		Bogotá
		Total	%	Total	%	Total
Curso de vida	Primera Infancia	101	11	919	3,6	2.784
	Infancia	127	14,1	901	4,4	2.857
	Adolescencia	61	11,5	531	3,5	1.740

	Juventud	151	11,1	1.363	3,4	4.494
	Adulthood	269	10,5	2564	3	8.824
	Vejez	35	8,6	407	2,1	1.697
	SD	4	4,4	91	0,7	542
Aseguramiento	Contributivo	77	8,1	953	2,3	3.355
	Subsidiado	137	11,3	1.214	4,1	3.302
	No Asegurado	162	17,1	945	7,9	2.060
	Otros	12	21,1	57	7,5	159
	SD	360	10	3.607	2,6	14.062
Nivel educativo	Preescolar	6	15,4	39	6,4	94
	Primaria	205	10,7	1.913	3	.6736
	Secundaria	171	8,7	1.957	2,3	7.389
	Técnico	0	0	120	0	646
	Tecnológico	0	0	5	0	17
	Universitario	24	19,5	123	3,8	624
	SD	342	13,1	2.619	4,6	7.432

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE a partir de <http://fapp.saludcapital.gov.co/estadisticos>

Respecto a las poblaciones diferencial notificadas e identificadas por aplicativo SIVIGILA 2016, se logró establecer que la población con mayor afectación por eventos de interés en salud pública a nivel local es la Rom, Gitana con el 52,8 % (n:38), mientras que para la Subred y el Distrito la habitabilidad en calle es la que más demanda atenciones por este tipo de afectaciones en salud con un 37 % (n:134) y 29,9 % (n:154) respectivamente.

De la población indígena residente en la localidad durante el 2016 presentó una mayor afectación en las personas jóvenes y adultas, sin embargo al comparar dicha información con el comportamiento de la subred y el Distrito, se observa un cambio generacional importante pues se observa disminuida la salud de los menores de 5 años por este tipo de enfermedades (Tabla 54)

Tabla 54. Comparativo de la Distribución Poblacional Indígena por Momento de Curso de Vida. Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente, Bogotá. Base SIVIGILA. Año 2016

Indígena	Localidad de Santa Fe		Subred		Bogotá	
	Total	%	Total	%	Total	%
Primera Infancia	1	12,5	36	52,2	60	45,5
Infancia	2	25	15	21,7	22	16,7
Adolescencia	1	12,5	6	8,7	12	9,1
Juventud	2	25	6	8,7	22	16,7
Adulthood	2	25	5	7,2	9	6,8
Vejez	0	0	1	1,4	7	5,3
Total	8	100	69	100	132	100

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE a partir de Base SIVIGILA Local 2016. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE. Descarga: 5 de Julio de 2017

De acuerdo a la Tabla 55, en la localidad solo de un adolescente se realizó notificación obligatoria a aplicativo SIVIGILA, por su parte la población de primera infancia en la subred fue la de mayor afectación con 38,8 % (n:19), mientras que el Bogotá la población joven resulta ser la primera aquejada con el 28,9 % (n:28).

Tabla 55. Comparativo de la Distribución Poblacional Negro, Mulato, Afrocolombiano por Momento de Curso de Vida. Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente, Bogotá. Base SIVIGILA. Año 2016

Negro, mulato, afrocolombiano	Localidad de Santa Fe		Subred		Bogotá	
	Total	%	Total	%	Total	%
Primera Infancia	0	0	19	38,8	24	24,7
Infancia	0	0	3	6,1	9	9,3
Adolescencia	1	100	5	10,2	8	8,2
Juventud	0	0	11	22,4	28	28,9
Adulthood	0	0	11	22,4	27	27,8
Vejez	0	0	0	0	1	1,0
Total	1	100	49	100	97	100

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE a partir de Base SIVIGILA Local 2016. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE. Descarga: 5 de Julio de 2017

En cuanto a la población rom, gitana, son los jóvenes y adultos de la localidad los que más atenciones por eventos de notificación han recibido con un 26,3% (n:10), situación que se observa similar a nivel Distrital; mientras que para la subred son los adultos quien más han consultado por este tipo de afecciones (Tabla 56).

Tabla 56. Comparativo de la Distribución Poblacional Rom, Gitano por Momento de Curso de Vida. Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente, Bogotá. Base SIVIGILA. Año 2016

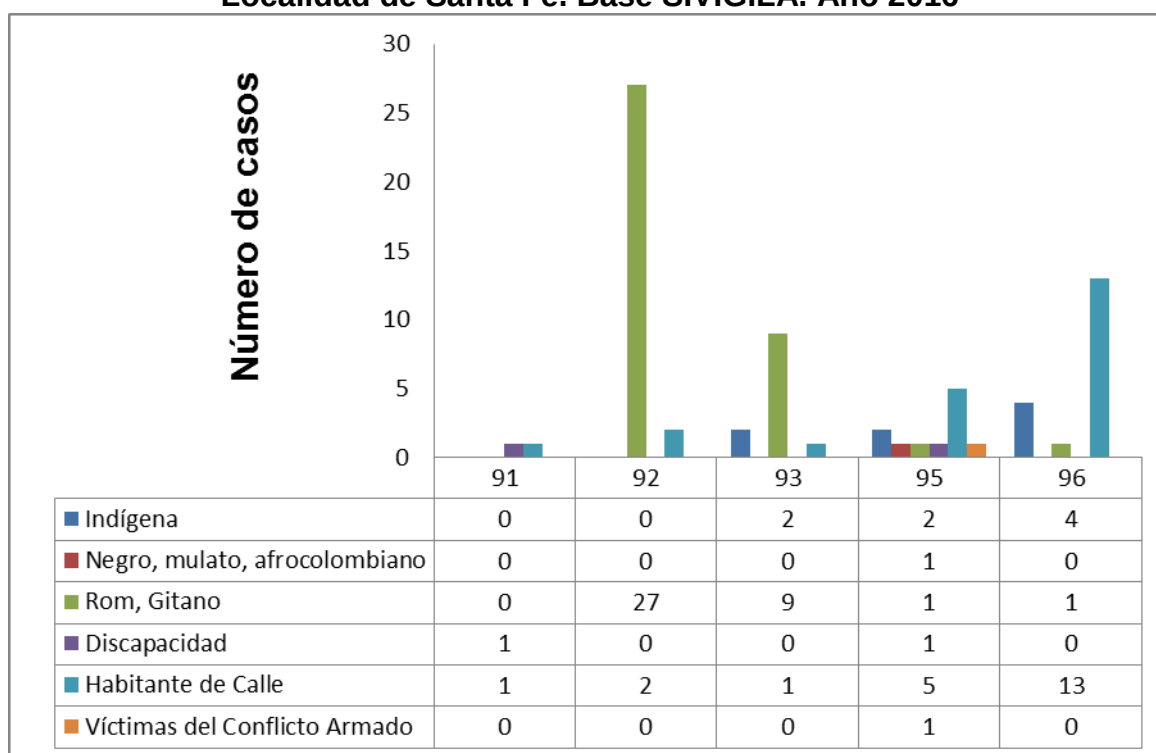
Rom, Gitano	Localidad de Santa Fe		Subred		Bogotá	
	Total	%	Total	%	Total	%
Primera Infancia	1	2,6	7	10,3	14	11,1
Infancia	4	10,5	10	14,7	16	12,7
Adolescencia	7	18,4	9	13,2	12	9,5
Juventud	10	26,3	15	22,1	36	28,6
Adultez	10	26,3	20	29,4	36	28,6
Vejez	6	15,8	7	10,3	12	9,5
TOTAL	38	100	68	100	126	100

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE a partir de Base SIVIGILA Local 2016. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE. Descarga: 5 de Julio de 2017

La población raizal no presenta representación a nivel local, aunque si se observa presencia en las localidades de cobertura de la subred con 14 casos; de la población con discapacidad se identificaron en las descargas de la base SIVIGILA dos casos a nivel local, catorce para la subred y 27 en la capital del país. Por otra parte, de las personas en habitabilidad en calle el 16,4 % (n:22) corresponden a la localidad respecto a las identificadas en la subred. Finalmente, de la población víctimas del conflicto armado solo una se captó por el aplicativo en momento de curso de vida adultez, la subred por su parte notificó 17 casos y Bogotá registró 28.

En cuanto a la distribución de las poblaciones diferenciales por UPZ se observa una mayor presencia en la UPZ 92 La Macarena con el 40,3 % (n:29) de los casos reportados (Figura 19).

Figura 19. Distribución de Poblaciones Diferenciales por UPZ.
Localidad de Santa Fe. Base SIVIGILA. Año 2016



Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE a partir de Base SIVIGILA Local 2016. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE. Descarga: 5 de Julio de 2017.

Personas de Ocupación Recicladora, Carreteros y Pequeños Bodegueros

Las poblaciones diferenciales caracterizadas, los recicladores se ubican en un 52,6 % (n:10) en primera infancia, siendo el régimen subsidiado el de mayor prevalencia con el 43,3 % (n:202) y con nivel educativo primaria con el 28,5 % (n:124) (Tabla 57).

Tabla 57. Comparativo Caracterización de población recicladores. Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente, Bogotá. Base APS. Años 2012 a 2016

VARIABLES		Localidad de Santa Fe		Subred		Bogotá
		Total	%	Total	%	Total
Curso de vida	Primera Infancia	10	52,6	19	10,5	95
	Infancia	12	34,3	35	7,5	159

	Adolescencia	0	0	0	0	98
--	--------------	---	---	---	---	----

VARIABLES		Localidad de Santa Fe		Subred		Bogotá
		Total	%	Total	%	Total
Curso de vida	Juventud	28	26,9	104	7,4	377
	Adultez	179	29,1	615	14,6	1223
	Vejez	21	20,6	102	9	233
	SD	15	38,5	39	8,8	171
Aseguramiento	Contributivo	17	18,7	91	5	338
	Subsidiado	202	43,3	467	15,5	1301
	No Asegurado	125	29,4	425	20	625
	Otros	8	40	20	17,8	45
	SD	-87	170,6	-51	-40,8	213
Nivel educativo	Primaria	124	28,5	435	10,2	1219
	Secundaria	110	27	408	11,7	937
	Otros	7	21,9	32	9,3	75
	SD	24	31,2	77	8,2	291

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE a partir de <http://fapp.saludcapital.gov.co/estadisticos>

Respecto a los bodegueros caracterizados por APS en la localidad de Santa Fe, se ubican en igual proporción en población joven y vieja con un 25 % (n:3), el 50 % de ellos (n:3) no se encuentran asegurados, mientras que el 24,2 % (n:8) cuentan con nivel educativo secundaria (Tabla 58).

Tabla 58. Comparativo caracterización de población bodegueros. Localidad de Santa Fe, Subred Centro Oriente, Bogotá. Base APS. Años 2012 a 2016

Variables		Localidad de Santa Fe		Subred		Bogotá
		Total	%	Total	%	Total
Curso de vida	Primera Infancia	2	10,5	19	3,7	54
	Infancia	1	20	5	3,6	28
	Adolescencia	0	0	3	0	27

	Juventud	3	25	12	4,1	73
	Adultez	0	0	27	0	162
	Vejez	3	25	12	6,5	46
	SD	5	71,4	7	19,2	26
Variables		Localidad de Santa Fe		Subred		Bogotá
		Total	%	Total	%	Total
Aseguramiento	Contributivo	3	10,3	29	2,1	146
	Subsidiado	5	16,1	31	3,7	134
	No Asegurado	3	50	6	7,9	38
	Otros	0	0	0	0	3
	SD	3	15,8	19	3,2	95
Nivel educativo	Primaria	4	20	20	3,1	131
	Secundaria	8	24,2	33	4,5	178
	Técnico	0	0	7	0	27
	Otros	0	0	2	0	7
	SD	2	8,7	23	2,7	73

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE a partir de <http://fapp.saludcapital.gov.co/estadisticos>

Nuevas masculinidades

Para abordar las nuevas masculinidades y el enfoque de género, se debe tener en cuenta que nuestra sociedad ha venido realizando un proceso de transición mediante el cual la mujer inicia a desarrollarse en la reivindicación de sus derechos frente al sistema patriarcal de género al que ha sido “sometida” por décadas; siendo este un sistema que creó en su momento un sistema de injusticias y desigualdades en el desarrollo de las mujeres frente a los hombres debido a la asignación de roles ejercidos, en donde se observan diferencias de crianza y crecimiento entre los hombres y las mujeres, mostrando un hombre aventajado respecto a la mujer (en condición de subordinación), pues se trata de una sociedad pensada desde la lógica patriarcal y hegemónica masculina (Cuadro 2).

Cuadro 2. Modelo Tradicional (Patriarcal) de la Construcción de Género

	Hombre	Mujer
Sexo	Nace con pene	Nace con vagina
Rol de género	*Se comporta y se vistes de manera "masculina" *Es rudo, firme, debe trabajar; estudiar, es racional. *Proveedor (aporta económicamente)	*Se comporta y se vistes de manera "femenina" *Es tierna, delicada, cuida a las personas, es emocional *Reproductora (maternidad obligatoria)
Identidad de género	Se identifica así mismo como hombre, masculino, fuerte, valiente, protector	Se identifica así mismo como mujer, femenina, delicada, necesitada de protección

	Hombre	Mujer
Orientación sexual	Le deben gustar las mujeres	Le deben gustar los hombres
Espacios de desarrollo	Puede estar en espacios públicos, en la calle, salir, viajar, participar en política, salir de noche	Es mejor que esté en casa (espacio privado), para estar protegida, no tanto en espacios públicos. Su misión es cuidar a otras personas

Fuente: Colectivo Hombre y Masculinidades. Cuso Internacional en Colombia. Trabajemos Juntos en un Enfoque de Género. Primera Edición – Colombia, abril 2016.

Sin embargo, más o menos entre las décadas de los 80 y 90, los hombres empiezan a reflexionar frente a su quehacer, intentando realizar cambios en la sociedad machista; es allí donde se inicia a hablar de nuevas masculinidades pensando que se puede ser hombre sin ser machista; desde el sistema de crianza tradicional del hombre (modelo de referencia) se buscan abrir nuevas alternativas, en donde puedan vivir seres humanos con diferentes orientaciones, categorías de género que se asocian a ser hombre o mujer (Cuadro 3).

Cuadro 3. Comparativo Viejas Masculinidades vs. Nuevas Masculinidades

Viejas masculinidades	Nuevas masculinidades
Insensible Torpe para el amor No expresivo Padre desapegado No realiza oficios en el hogar Generador de maltrato tanto hacia la mujer como en la crianza de sus hijos "Mal ciudadano" No cuida de su salud No cuida la "vida"	Sensible Amoroso Expresivo Padre amoroso Colabora y/o se hace cargo de las labores del hogar No generador de violencia Buen "ciudadano" Cuida de su salud Cuidador de la "vida"

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE. Localidad de Santa Fe

Por tanto, las nuevas masculinidades y el enfoque de género permiten trabajar o leer la realidad desde un discurso diferente y crítico de las masculinidades, en donde se pretende ver las características y/o comportamiento de los hombres y las nuevas masculinidades desde la diferencia de estas y así propiciar nuevas acciones impulsadas a fin de generar cambios en los comportamientos “machistas” en cada uno de los contextos sociales de interacción del hombre, transformando así los imaginarios creados desde el modelo de referencia.

Teniendo en cuenta lo anterior, el modelo de salud de estas poblaciones también varía en la medida en que dichas cosmovisiones van evolucionando (Cuadro 4); esto permitirá establecer algunos cambios en el comportamiento de la morbilidad y mortalidad de la población, permitiendo potenciar aquellos cambios fluctuantes y así construir prácticas e imaginarios realmente nuevas y alternativas encaminadas a mejorar las condiciones de salud de estas nuevas masculinidades y enfoques de género.

Cuadro 4. Comparativo de los Sistemas de Salud de acuerdo al Modelo de Referencia

Modelo de referencia	Sistema de salud
Viejas masculinidades	Represión de emociones Se ignoran signos y síntomas No asistencia al médico No sienten dolor Impacto físico, emocional y psicológico en la salud Asumen riesgos sin medir consecuencias Se otorga un permiso “inconsciente social” frente a poder hacer lo que quieran No hay ética del cuidado No empatía No se asumen responsabilidades Se culpa a los demás de las consecuencias de sus actos No hay control de la ira La salud está directamente asociada a como el HOMBRE es HOMBRE Condiciones culturales toleran prácticas inseguras en relación a la salud

Nuevas masculinidades	Busca visualizar los comportamientos de los hombres en sus diferentes contextos Se empieza a ver un fenómeno de igualdad (mujer iguala sus comportamientos al del hombre desde el modelo patriarcal) Se replantean los nuevos modelos desde los ejercicios ideológicos del poder, por lo cual se hace necesario realizar un proceso de empoderamiento desde otra lógica Programas deben tener un enfoque crítico desde el modelo Carencia de programas en SSR que forme adolescentes embarazadores (hombre) Cambiar la lógica de la sexualidad masculina, pensando otros sexos diferentes a las penetrativas Cambios en los imaginarios colectivos y sus prácticas realmente alternativas Aprovechar los nuevos modelos de crianza
-----------------------	---

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE. Localidad de Santa Fe.

4.4. RELACIÓN DE POBLACIÓN Y TERRITORIO RELACIÓN DE LAS POBLACIONES DIFERENCIALES Y DE INCLUSIÓN CON SU TERRITORIO

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

Metodológicamente, el primer paso consistió en la validación de los registros asignados a la localidad a partir del nombre y código microterritorial, con lo que se procedió a estandarizar en un campo adicional su nominación. Paso seguido, se tomó la edad del usuario con el fin de clasificarla por momentos del curso de vida, tal como está establecido en el Plan Territorial de Salud, e incorporar tal variable en la cartografía de población con discapacidad. Por último, se generaron dos campos adicionales alusivos a población cuya

actividad se basa en el reciclaje y personas víctimas del conflicto armado, con el propósito de consolidar en una sola variable las poblaciones que se encontraban discriminadas en la base de datos; es así como en la primera se incluyeron recicladores, carreteros y bodegueros; y en la segunda, desplazados, víctimas y reinsertados.

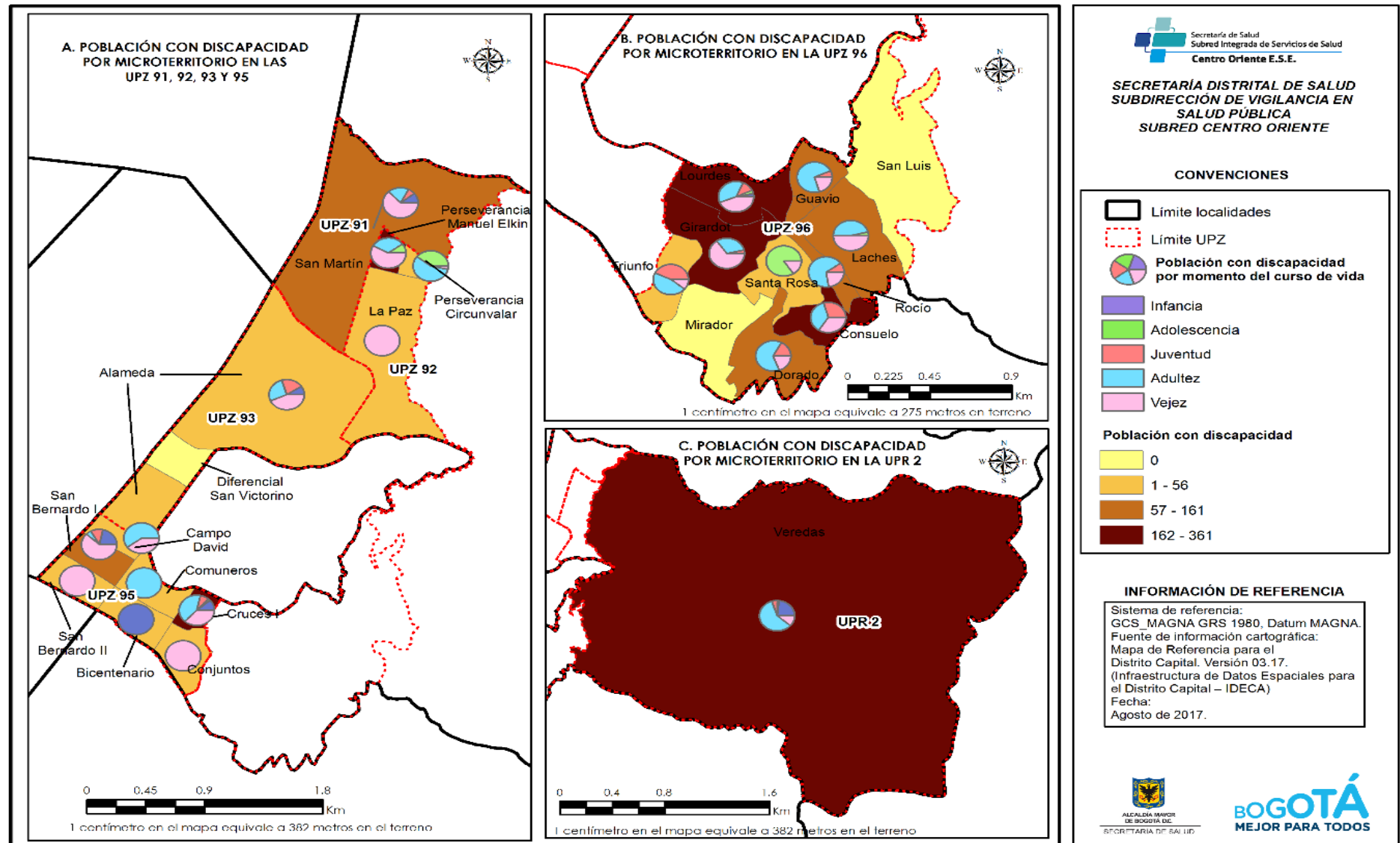
De esta manera, las elaboraciones cartográficas presentadas en el presente apartado se derivan de los cuadros de datos generados a partir de la fuente enunciadas para poblaciones étnicas, LGBTI, con discapacidad y de inclusión (víctimas del conflicto armado, habitante de calle, reciclador de oficio y personas en ejercicio de prostitución), cuya escala de abordaje corresponde a los territorios saludables, los cuales podían componerse de “[...] una o más UPZ sin modificar sus límites ni los de las localidades y, adicionalmente, deben tener 9600 familias en promedio” (28); es decir, no es comparable con escala de barrio o sectores catastrales.

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

Población con Discapacidad

La población con discapacidad identificada en la localidad tiende a concentrarse al suroriente, en los microterritorios de la UPZ 96 y de la UPR, y al norte en los microterritorios de la UPZ 91 y en Perseverancia Manuel Elkin de la UPZ 92 (Mapa 5). Al considerar el momento del curso de vida, se evidencia que, en términos generales, el número de personas registradas aumenta en función de la edad, es decir, el número más bajo de personas con discapacidad se presenta en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes; mientras los adultos y adultos mayores representan más de la mitad de dicha población. No obstante, en Perseverancia Circunvalar, Campo David, Comuneros, Cruces I, Guavio, Rocío, Consuelo, Dorado, Triunfo y Veredas predominan los usuarios adultos; en Bicentenario la población infantil; y en Santa Rosa la adolescente (Mapa 5, Anexo 9).

Mapa 5. Población con Discapacidad por Microterritorio. Localidad de Santa Fe



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

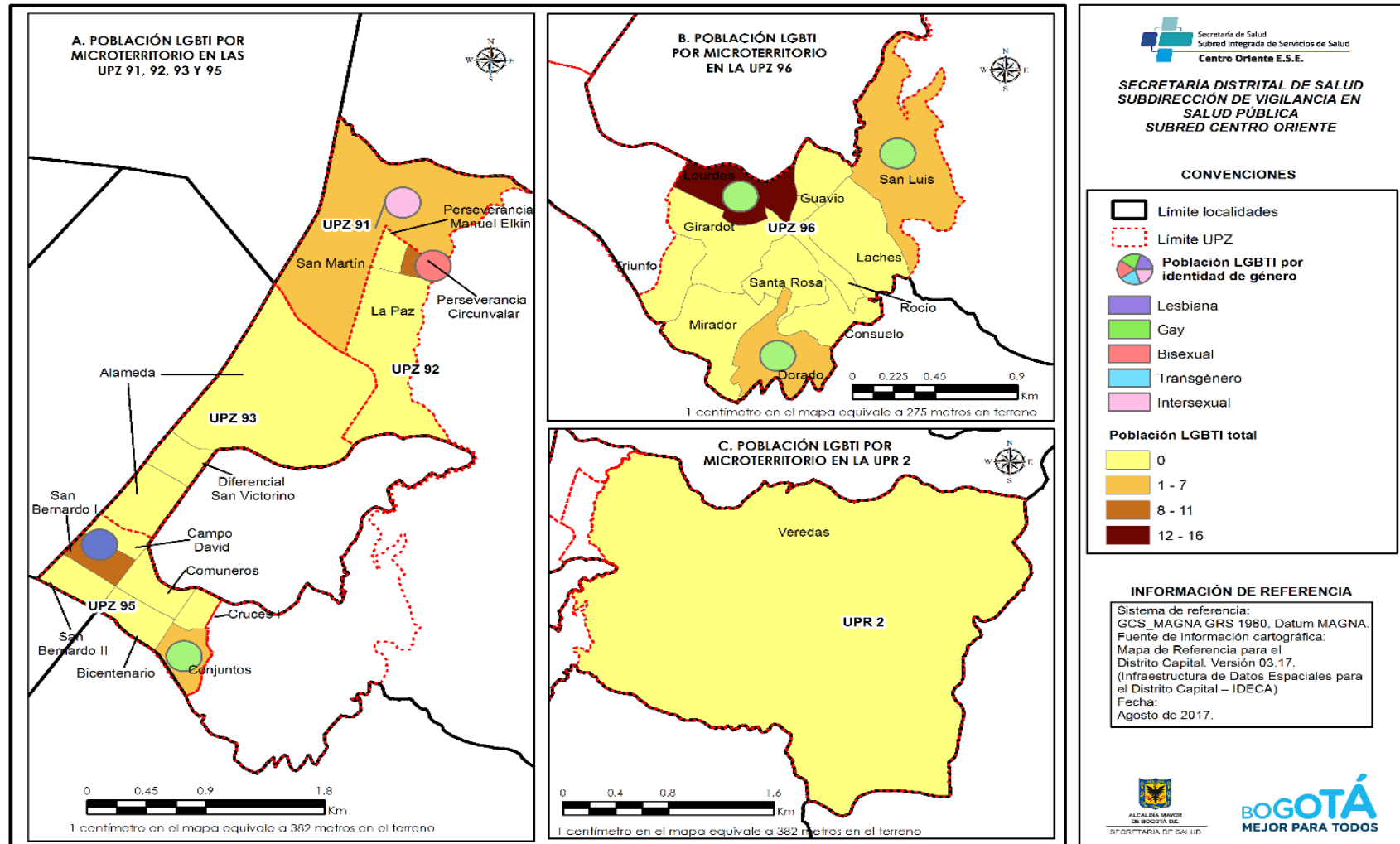
Una de las necesidades sentidas por la población con discapacidad son las limitantes geográficas y arquitectónicas que impiden su desplazamiento hacia otras zonas de la ciudad, ya que, como se aprecia en el Mapa 5, la mayor parte de esta población se concentra en zonas escarpadas de la localidad. Si bien la información cuantitativa no aporta la información suficiente del tipo de discapacidad, en la observación participante se reconoce mayor presencia de personas de los cursos de vida adultez y vejez con limitaciones físicas, algunas asisten a los servicios de salud cercanos, sin embargo, las citas con especialistas requieren mayor desplazamiento y logística.

Frente a la percepción de salud enfermedad y accesibilidad a los servicios de salud en la zona rural de la localidad de Santa Fe, es importante mencionar barreras de acceso en salud de tipo geográfico y administrativo en el sentido en que los centros de atención no están cerca y la distancia aunado a la geografía del terreno impiden el acceso a los servicios de salud, en especial a los adultos mayores que tienen alguna discapacidad.

Personas de los Sectores Sociales LGBTI

La valoración del lugar de residencia de las personas de los sectores sociales LGBTI indica presencia en siete microterritorios, siendo más frecuente en Lourdes, San Bernardo I y Perseverancia Circunvalar (ver Mapa 6). Por identidad de género, en los microterritorios de la UPZ 96 las personas caracterizadas se reconocen como gays, mientras que en los de la UPZ 95 reportan reconocerse como lesbianas y gay, en la UPZ 92 como bisexuales y en la UPZ 91 como intersexuales.

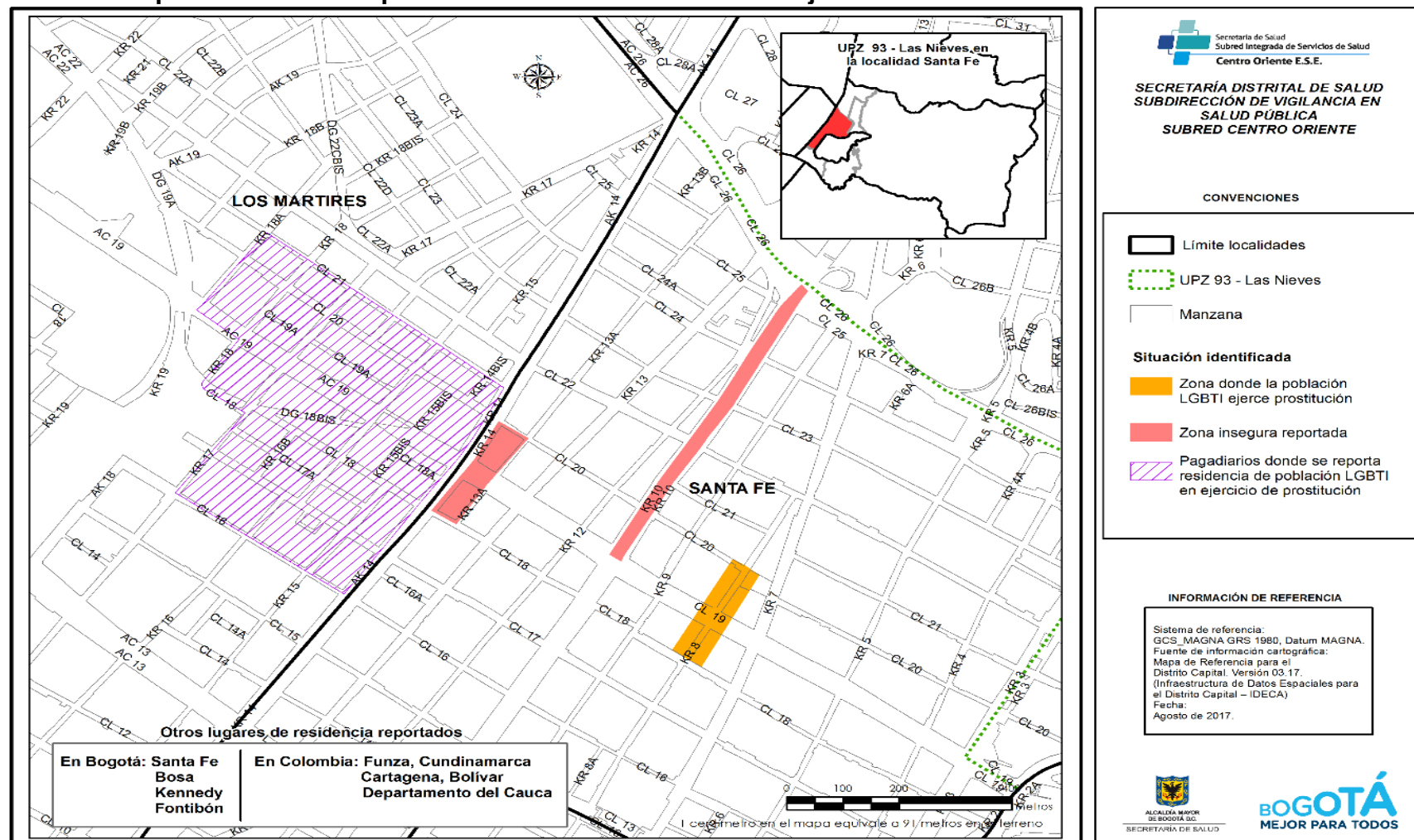
Mapa 6. Población LGBTI por Microterritorio. Localidad de Santa Fe



Fuente: Equipo ACCVSyE a partir de la base de datos poblacional APS, Secretaría Distrital de Salud, 2012-201

Desde otra perspectiva, de acuerdo con los hallazgos realizados en espacios de interacción con personas de los sectores sociales LGBTI que ejerce prostitución, la zona donde desarrollan su actividad laboral corresponde a la carrera 8 entre calles 18 y 20; no obstante, su lugar de residencia se ubica en la zona de pagadarios de la localidad Los Mártires, en otras localidades como Santa Fe, Bosa, Kennedy y Fontibón; o por fuera de Bogotá provenientes de Funza, Cartagena o del departamento del Cauca. Así mismo, se reconocen como zonas inseguras el tramo de la carrera 10 entre calles 19 y 26 y las carreras 13A y 14 entre calles 18 y 20, en razón del maltrato y los atropellos a los que son sometidas estas personas (Mapa 7, Anexo 9).

Mapa 7. Dinámica Espacial de la Población LGBTI en Ejercicio de Prostitución. Localidad de Santa Fe



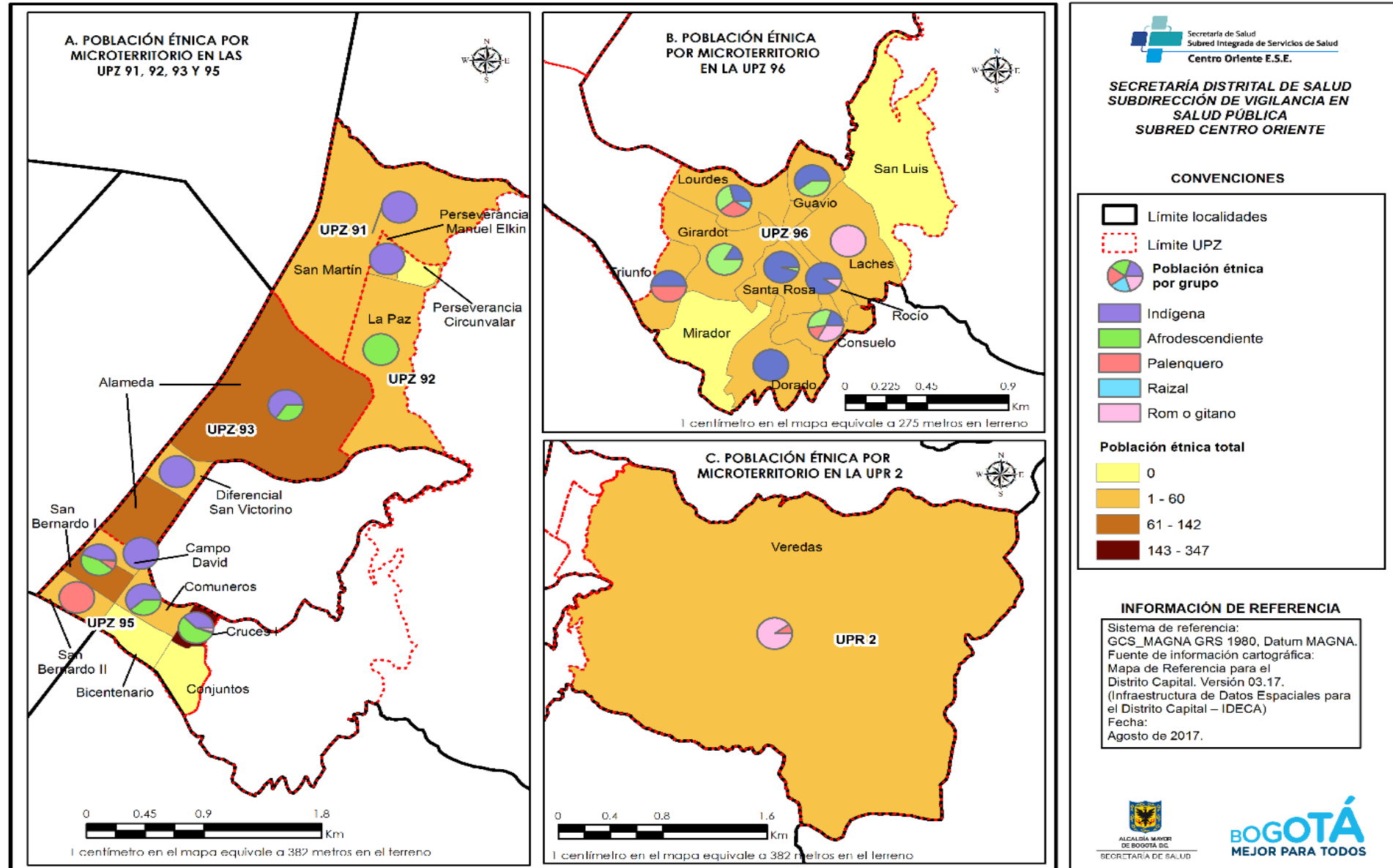
Fuente: Equipo ACCVSyE a partir de la unidad de análisis realizada en el Centro de Atención Integral a la Diversidad Sexual y de Géneros –CAISDG– con población LGBTI que ejerce prostitución, fechada el 25/07/2017.

Poblaciones Étnicas

Al considerar la ubicación de los grupos poblacionales que reportan pertenencia étnica y que fueron intervenidos por el programa Territorios Saludables, se evidencia que la mayoría residen en los microterritorios Cruces I, Alameda y San Bernardo I; mientras que en Perseverancia Circunvalar, Bicentenario, Conjuntos, Mirador y San Luis no se identifica población alguna (Mapa 8, Anexo 9)

Por grupo étnico, se observa mayor frecuencia de población indígena y afrodescendiente, la primera con predominancia en San Martín, Perseverancia Manuel Elkin, Alameda, Diferencial San Victorino, Campo David, Comuneros, Guavio, Santa Rosa, Rocío y Dorado; y la segunda en La Paz, San Bernardo I, Cruces I, Lourdes, Consuelo y Girardot. De otra parte, se reporta menor número de personas pertenecientes a los grupos gitano, palenquero o raizal, presentes de manera conjunta o individual en los microterritorios San Bernardo I, San Bernardo II, Cruces I, Triunfo, Lourdes, Laches, Rocío, Consuelo y Veredas.

Mapa 8. Población Étnica por Microterritorio. Localidad de Santa Fe



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

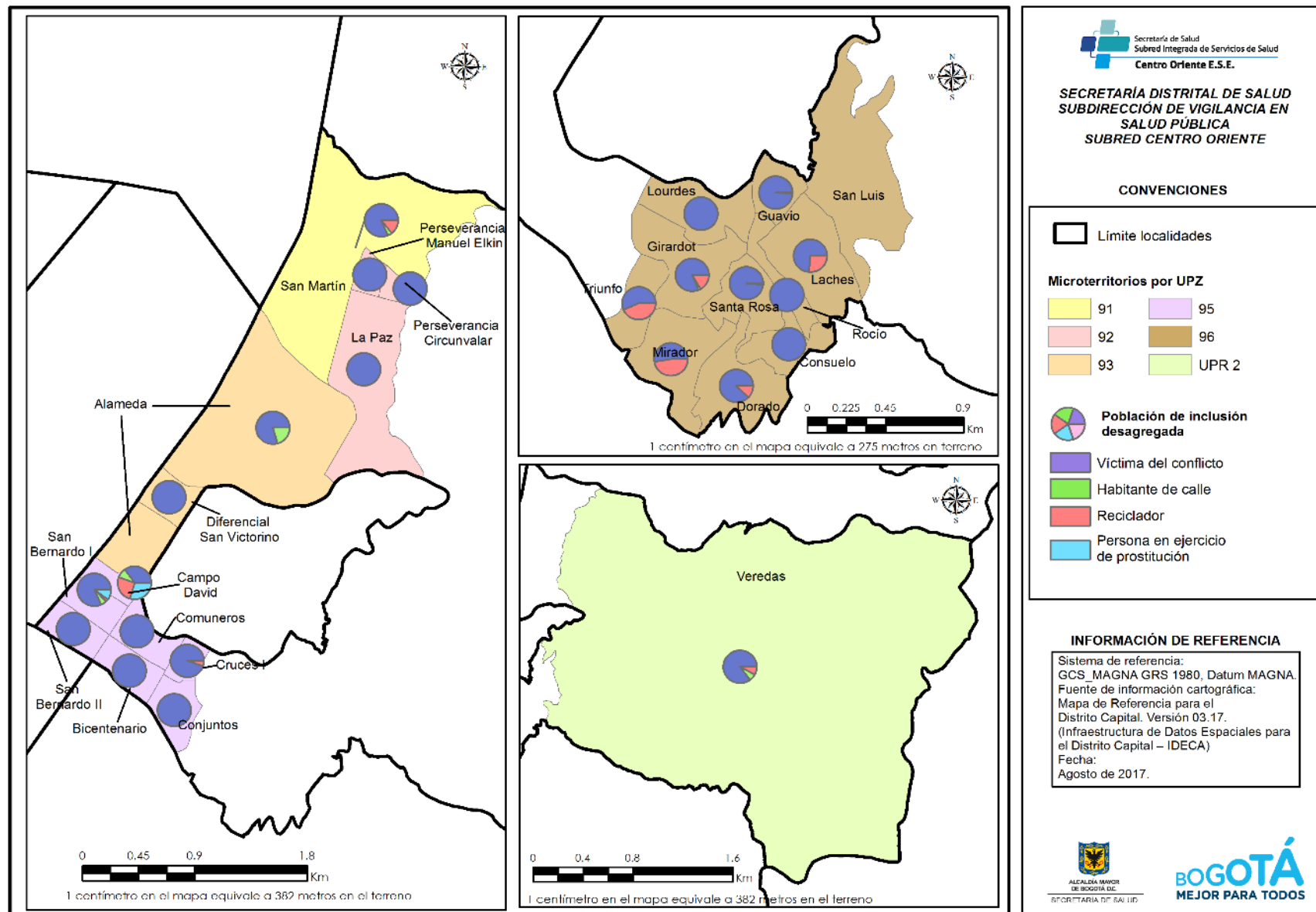
De acuerdo a lo visto en el Mapa 8, la población étnica con mayor presencia en la localidad es la población indígena; si bien en las bases de datos se desconoce el tipo de población, sin embargo las observaciones participantes desde los equipos territoriales dan cuenta de la presencia de población del pueblo Inga y Kamentsa procedentes del Valle de Sibundoy. La mayoría de ellos viven en las localidades del centro por su cercanía con las zonas comerciales donde pueden vender sus artesanías y acceden a ofertas laborales. Como puede apreciarse en el Mapa 8 (Anexo 9), la población étnica viven en zonas marcadas por los bajos ingresos, por lo que algunos viven en situación de hacinamiento y en estructuras antiguas que afectan su estado de salud.

Poblaciones de Inclusión

La ubicación de las poblaciones de inclusión en la localidad, ilustrada en el Mapa 9, indica que residen en todos los microterritorios, salvo por San Luis, reportándose con mayor frecuencia víctimas del conflicto armado, seguido por población recicladora en algunos microterritorios de la UPZ 96, en Campo David y San Martín; mientras que las personas en ejercicio de prostitución se ubican en Campo David y San Bernardo I. Finalmente, al considerar el lugar de residencia de la población habitante de calle es una tarea dispendiosa que requiere abordar más allá de la vivienda como típicamente se reconoce e implica considerar dinámicas relacionales con los espacios de vida; es por ello que solo se identifica en Alameda, Campo David, San Bernardo I y Veredas.

Tras la intervención realizada en el antiguo Territorio Diferencial Bronx se ha evidenciado mayor presencia de habitante de calle en la localidad de Santa Fe, específicamente en la UPZ 95, situación que implica nuevas formas de abordaje y que merecen replantear la habitabilidad en la zona (Mapa 9, Anexo 9)

Mapa 9. Poblaciones de Inclusión por Microterritorio. Localidad de Santa Fe



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

4.5. CONDICIONES DE VIDA Y DETERMINANTES DE LAS POBLACIONES DIFERENCIALES

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

El ejercicio de priorización se desarrolló con los referentes de las poblaciones diferenciales del equipo Gobernanza¹ en un espacio de análisis que tuvo en cuenta las siguientes técnicas (Cuadro 5):

Cuadro 5. Técnicas Metodológicas del Desarrollo de la Unidad de Análisis

TÉCNICA	TEMA A ANALIZAR	TIEMPO DE DURACIÓN
Socialización	Introducción de los objetivos y el alcance del documento ASIS Diferencial.	10 Minutos
Guías de reflexión (método heurístico)	- Priorización de la población diferencial que debe ser sujeto de análisis considerando su contexto social y su afectación a la salud - Identificación y análisis de las problemáticas que afectan a la población priorizada por medio de una actividad lúdica que se desarrollará en un espacio determinado.	30 Minutos
Discusión	Socialización de los resultados del ejercicio de priorización de población e identificación de las necesidades en salud.	20 Minutos

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

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

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

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

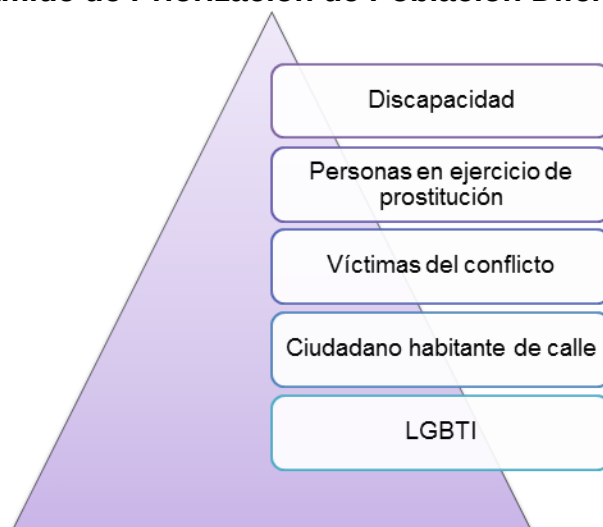
La secuencia se aplica apoyada en una matriz de relación en donde se especificó:

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

Para finalizar se generó con los asistentes una exposición de los principales hallazgos.

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

Tras lo anterior, a continuación se exponen los resultados del ejercicio y se desarrollará un contexto de las condiciones de vida de cada población y se dará énfasis en la priorizada (Figura 20)

Figura 20. Pirámide de Priorización de Población Diferencial. Localidad de Santa Fe

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE

4.5.1 Población Priorizada: Personas con Discapacidad.**Cuadro 6. Parámetros de Justificación de Priorización. Localidad de Santa Fe**

Población priorizada	Porqué se debe priorizar esta población	Cuáles son acciones a la población diferencial de acuerdo a cada actor
Discapacidad	El alto número de población con discapacidad que reside en la localidad de Santa Fe, resulta ser un factor determinante en la priorización para su abordaje en el análisis de situación de salud. Igualmente se observan barreras de acceso geográficas y arquitectónicas por la estructura vial de la localidad y por la ubicación en lo alto de la montaña. Igualmente se observa poca o nula atención a la población con discapacidad residente en la zona rural lo que implican inequidades en el acceso a los servicios de salud.	En el Consejo local de discapacidad se han implementado acciones para atender las necesidades más apremiantes como es el acceso a los diferentes servicios y ofertas institucionales, la accesibilidad y Empleabilidad. Acciones direccionadas desde el plan operativo donde participan los representantes de la comunidad y los delegados institucionales. Existe un espacio de participación específico para discapacidad, regulado por Acuerdo distrital 505 de 2012 y que delega una agenda estratégica en donde se identifican actores por cada tipo de discapacidad y realizan acciones para la implementación de la política pública. En cuanto a las limitantes se puede decir que existen dificultades en la participación ciudadana que hace que todas las acciones que se realizan no tengan el impacto que se

Población priorizada	Porqué se debe priorizar esta población	Cuáles son acciones a la población diferencial de acuerdo a cada actor
		espera

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

Siendo la discapacidad una afectación de salud transversal a todos los grupos humanos, las necesidades de asistencia e inclusión deben llegar a ser equitativas. “En el artículo 25 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad se reconoce que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación” (29).

Se ha identificado como en algunos casos la sociedad esta naturalizada con la concepción de que una persona con discapacidad difícilmente puede participar en actividades sociales culturales o desarrollar alguna labor por lo cual la discriminación se hace más evidente. Las condiciones laborales en ocasiones limitan el acceso o vinculación a la población con alguna limitación física o mental, generando condiciones de fragilidad en dichos grupos.

Por lo anterior, es importante el reconocimiento de las poblaciones con discapacidad como una población que posee habilidades y competencias propias que pueden ser utilizadas en diferentes espacios sociales, políticos y comunitarios a fin de aportar a la resignificación y la garantía de los derechos.

Dentro de los procesos sociales, se han identificado situaciones relevantes que afectan en gran medida a la población con discapacidad; una de ellas es la estructura arquitectónica de la localidad generada por dos aspectos importantes: la distribución y construcción de las vías y las viviendas del centro que aún conservan una estructura colonial, la reducción de vías de acceso, lo que dificulta la participación social libre y espontánea de las personas que tienen movilidad reducida.

Así mismo el aumento poblacional, el desplazamiento forzado y el asentamiento de diferentes poblaciones en las grandes ciudades, ha generado a lo largo del tiempo la construcción de viviendas en lugares no planificados en zonas de alto riesgo; es así como en la localidad de santa Fe se presenta el asentamiento de población en condiciones de

pobreza extrema y fragilidad social ubicadas principalmente en la UPZ 96 Lourdes donde reside población con discapacidad y las barreras de acceso geográficas limitan muchas veces el desplazamiento debido a la construcción de sus vías de acceso como escaleras y calles destapadas principalmente.

Dentro de las problemáticas más relevantes de la población con discapacidad se observan la falta de oportunidades para tener un trabajo digno debido a la falta de implementación de proyectos, la limitación de las capacidades para el desarrollo de proyectos de emprendimiento debido a la reducción de la oferta laboral a nivel local y distrital para la población con discapacidad, afectando sus posibilidades de desarrollarse en otros espacios. Adicionalmente las barreras de acceso a los servicios de salud han generado el deterioro progresivo de la calidad de vida de las personas con discapacidad y cuidadores debido a la inoportuna atención integral de los servicios sociales y de salud.

En los análisis interseccionales, se ha identificado que dentro de la población con discapacidad residentes en la localidad de Santa Fe, tres personas pertenecen al grupo poblacional diferencial de víctimas del conflicto armado que se encuentran bajo protección especial, una persona es habitantes de calle, una persona en ejercicio de prostitución, un adolescente en bajo sistema de responsabilidad penal, una persona recicladora, dos personas afro colombianas (1 con discapacidad), 2 personas indígenas (1 con discapacidad) y 3 personas palenqueras.

Ciudadanos Habitantes de Calle

Dentro de los procesos de caracterización de la población habitante de calle se han detectado problemáticas sociales y de salud como el hacinamiento en los inquilinatos o paga diarios donde se evidencian condiciones habitacionales ineficientes como la Inadecuada ventilación e iluminación y condiciones de higiene mínimas.

“En la localidad de Santa Fe se presenta una concentración de población especial como habitante de calle debido a la existencia de zonas de alto deterioro urbano principalmente en los barrios San Bernardo, Las Cruces, Lourdes, lo que favorece el expendio de sustancias ilícitas e inseguridad en el sector. Esta población generalmente se dedica

principalmente al reciclaje y la mendicidad. Según el quinto censo de habitantes de calle de la Alcaldía de Bogotá año 2007, gran parte de los Ciudadanos Habitantes de Calle pertenecen al sexo masculino y al ciclo vital adultez, mientras que las mujeres en esta condición son difíciles de ubicar, puesto que generalmente se encuentran en las llamadas “ollas” o “sopladeros” (30).

Teniendo en cuenta los cambios en las dinámicas de la localidad, se ha observado que la mujer habitante de calle, se ha apropiado de su territorio haciendo de esta su espacio propio donde desenvuelven sus actividades y forma de vivir, “pese a diversas carencias en las que viven y su constante permanencia en ella, han logrado alcanzar una forma de vida con la cual se identifican y se reconocen” (31).

Según recorridos dentro de los territorios más álgidos de la localidad y donde hay un reconocimiento de la presencia de habitante de calle, se han evidenciado situaciones que afectan su proceso de salud enfermedad como el hacinamiento en dormitorios de paso ubicados principalmente en la zona de san Bernardo y alameda; allí los habitantes de calle pagan una mínima cuantía de dinero por pasar la noche bajo escasas normas de convivencia, higiene y salubridad.

En algunos de estos lugares según la comunidad, se expende y consumen sustancias psicoactivas problemática grave ya que aquí en estos espacios residen también familias, niños, niñas, gestantes que debido a su condición económica no tienen otra opción de vivienda.

La condición de vulnerabilidad y marginalidad social de algunos grupos poblacionales es una situación que día a día ha venido complejizando la calidad de vida de familias que han sido víctimas del conflicto, desplazamiento o del sistema político y económico del país, lo cual ha crecido en las últimas décadas, afectando su salud mental física y su desarrollo social y familiar. Estas situaciones se ven asociadas a patrones como el consumo sustancias lícitas e ilícitas de bebidas alcohólicas, consumo de sustancias psicoactivas entre otras variables y determinantes sociales, debido al fácil acceso en zonas de alto impacto donde muchas familias de escasos recursos residen como una opción de vida.

Entre otros aspectos, muestran que, a pesar de las prohibiciones legales para la venta de cigarrillos y bebidas alcohólicas a los menores, la accesibilidad y la oferta explícita de estas sustancias en los entornos familiares y comunitarios son muy notorias. En lo relativo a las sustancias ilícitas, es evidente que existe un mercado amplio y variado, de tal modo que se accede con relativa facilidad no solo a la marihuana, la cocaína y el bazuco, sino también a sustancias como el éxtasis, la heroína o los alucinógenos”

Adicionalmente en el modelo de atención de salud mental dentro del Sistema General de Seguridad Social Salud (SGSSS) de nuestro país, existen múltiples barreras de acceso para los usuarios como por ejemplo: los centros de valoración especializada y los de tratamiento son distantes de los sitios de residencia o de trabajo, con una muy baja oportunidad en las citas (que genera tratamientos espaciados o interrumpidos) y una escasa retroalimentación entre los niveles de complejidad del sistema de referencia y contra referencia que no permiten en conjunto la construcción de un vínculo terapéutico sólido y continuo, disminuyendo así la adherencia a los ciclos terapéuticos y dificultando el seguimiento de reacciones adversas al tratamiento con psicofármacos (causa de muchos abandonos terapéuticos) y los que se derivan desde los primeros niveles de atención hacia niveles de mayor complejidad, con protocolos más costosos y menos flexibles (32).

Población en Ejercicio de Prostitución

Dentro de la definición más próxima de esta población diferencial se encuentra que las personas en ejercicio de la prostitución son aquellas que prestan un servicio de tipo sexual a cambio de un pago para la subsistencia, la satisfacción de las necesidades personales o el consumo de sustancias psicoactivas. Dentro de esta población se identifican condiciones de alta vulnerabilidad debido a las problemáticas asociadas a este oficio como son el consumo de SPA, transmisión de infecciones y/o enfermedades de transmisión sexual debido a la falta de uso de métodos de protección, embarazos no planeados, violencias, discriminación y segregación social.

Esta situación es considerada como un problema psicosocial debido a que muchas personas se ven obligadas a trabajar en este oficio debido a su situación económica, la

falta de oportunidades laborales con una remuneración aceptable que pueda satisfacer sus necesidades básicas o para el sustento de su familia. En otras ocasiones es un oficio que se adopta por un modelamiento conductual, es decir, si dentro de un hogar algún miembro ejerce la prostitución, este oficio es visto como un estilo de vida y la única forma que existe para adquirir ingresos económicos.

Así mismo esta población diferencial se constituye como uno de los grupos con más alta vulnerabilidad por las condiciones y conductas de riesgo, bajo las cuales se ofertan y se demandan los servicios sexuales, determinadas, en gran medida, por sus características socioeconómicas y culturales. Por otra parte, su dinámica flotante permite evidenciar que algunas de estas personas no cuentan con un aseguramiento en salud por trabajar dentro y fuera de la ciudad de forma temporal por lo cual los accesos a los servicios de salud son limitados.

De otro lado, la población en ejercicio de la prostitución, ejercen en diferentes zonas del centro dependiendo de sus características, condiciones y fronteras para la prestación del servicio. En la localidad de Santa Fe no se encuentra legalizada la prostitución, sin embargo, se ejerce esta actividad en las zonas de alameda, capuchina, mariposa, san Bernardo. El ejercicio de la prostitución se ha evidenciado de manera histórica en estos sectores, exigiendo por parte del Estado la atención al fenómeno social.

Parte de esta población se caracteriza por el inadecuado uso de los métodos de protección por lo cual se genera un mayor riesgo de contagio de enfermedades situación que es uno de los temas prioritarios en salud pública. No obstante, las acciones realizadas con la población requieren hacer énfasis en la responsabilidad en términos del uso adecuado y protección en la salud sexual y reproductiva por parte de la misma población. “El ejercicio de la prostitución, por sus características, genera altos riesgos en la salud de las personas. De acuerdo al estudio de la Cámara de Comercio, para 1990-1991 las enfermedades más comunes eran las de las vías respiratorias, seguido de las enfermedades venéreas” (33).

Existe un vacío amplio en lo que respecta todo el tema de prevención de enfermedades de transmisión sexual y reproductiva y en salud sexual y reproductiva en general y en derechos sexuales y reproductivos. Se desconocen muchos aspectos fundamentales por parte de las personas en ejercicio del oficio, lo cual a veces conduce a que no se tenga claridad al momento de adoptar decisiones que necesariamente afectan su salud, la debilidad en la interiorización de una cultura de la salud en este segmento poblacional es manifiesta.

Víctimas del Conflicto

Las víctimas del conflicto armado ha sido una población que por su condición ha sido sometida a múltiples situaciones de vulnerabilidad social, debido al desarraigo de sus tierras convirtiéndose en las poblaciones víctimas del desplazamiento forzado, perdiendo simultáneamente su cultura, sus tierras y su vida propias a causa de las situaciones de violencia del país.

Dentro de la población víctima del conflicto armado se encuentran campesinos, pueblos indígenas que han sido sometidos a múltiples torturas y la barbarie de las organizaciones al margen de la ley desarrollando un proceso de destierro, pérdida de identidad, violación de derechos humanos y generando condiciones de pobreza extrema en estas poblaciones.

La población víctima del conflicto armado, son diferenciales debido a las condiciones de fragilidad social que se generan debido a las causas de destierro provenientes principalmente por la violencia interna; Independiente de las diversas situaciones que pueden originar el desplazamiento, aquellas personas se desligan de su territorio, entorno social, actividades económicas ingresando así en un estado de exclusión, dado que resulta compleja y demorada la reivindicación de sus derechos en un territorio ajeno a ellos.

Dentro del ejercicio de análisis con poblaciones diferenciales y de inclusión, se identificaron algunos aspectos problemáticos para la situación de salud y calidad de vida de la población víctima del conflicto armado en la localidad de Santa Fe:

Situaciones de violencia intrafamiliar determinada por factores estresores y tensiones causadas por el estrés postraumático del desplazamiento la forma de asentamiento y la pobreza extrema evidenciada en las periferias de la localidad. Las personas víctimas del conflicto aun no asimilan de manera adecuada la condición de desarraigo y pérdida de identidad, lo que degenera en episodios de violencia intrafamiliar.

Otro aspecto que marca la situación de salud de la población víctima del conflicto armado tiene que ver en la inestabilidad laboral, los escasos ingresos económicos y el estar supeditados a las ayudas estatales y a los subsidios institucionales, lo cual conlleva a que presenten cuadros traumáticos en su salud mental. Las personas en esta condición se ven limitadas en lo que respecta a oportunidades laborales por su falta de experiencia y débil formación en competencias laborales para ellos desconocidas.

Las barreras de acceso al sistema de salud son persistentes para este segmento poblacional, ya sea por la falta de documentos de identificación o de afiliación al sistema general de seguridad social en salud, otro aspecto complejizante son los sistemas de información del sector salud que en algunos casos están desactualizados y en otros son poco funcionales. A veces también se identifica desconocimiento en torno a rutas de atención en salud y otros servicios sociales por parte de esta población.

Personas de los Sectores Sociales LGBTI

A fin de lograr una análisis contextualizado acerca de la situación social y de salud de las personas de los sectores sociales LGBTI de la localidad de Santa Fe, se hace necesario definir conceptualmente este acrónimo, el cual hace referencia a las personas que tienen una identidad de género y/o una orientación sexual diversa, no heteronormativa y diversa desde la perspectiva de la normatividad, de tal forma que agrupa a Lesbianas, Gay, Bisexuales, Transgénero e Intersexuales, esta última letra integra a las personas que poseen características genéticas de hombres y mujeres (34).

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

- **Gay:** Personas que siendo de género masculino, manifiestan que su atracción erótico – afectiva y sexual está dirigida hacia otras personas del género masculino.
- **Bisexual:** persona que siente atracción sexual afectivo-erótica por ambos géneros.
- **Transgénero:** Son personas que se encuentran en procesos de tránsito entre los géneros. Esta categoría incluye otras subcategorías desde la perspectiva de la Política Pública, estas son:
 - **Transformista:** el o la que alterna la identidad masculina y femenina, es decir hombres que en ciertos momentos se visten de mujer, o mujeres que se visten y comportan como hombres. Las personas transformistas no necesariamente acceden a intervenciones quirúrgicas o de otro orden sobre sus cuerpos, generalmente es un tránsito que se realiza sobre la indumentaria.
 - **Travesti:** Son personas que hacen tránsitos medios, puede que hagan transformaciones corporales en partes de sus cuerpos y en otras no, por ejemplo, pueden hacer implantes de seno o mastectomía, pero no se hacen reasignaciones sexuales.
 - **Transexual:** Las personas transexuales, son personas que, a través de su curso de vida, realizarán transformaciones en su cuerpo que corresponden a su identidad de género, la cual no está asociada a su sexo biológico o su genitalidad. Para estas personas en la mayoría de los casos es deseable hacer un tránsito corporal completo, que incluye cirugías, y procesos completos de hormonización. En esta parte, se reconocen los casos de reasignación sexual o cambio de sexo ‡
- **Intersexual:** Una persona intersexual es una persona que tiene ambigüedad genital, cromosómica y hormonal y por lo tanto se puede indicar que su sexo no corresponde físicamente al sexo mujer o al sexo hombre. La literatura ha adoptado el término "Desordenes del Desarrollo Sexual – DDS– para agrupar a todas las condiciones en las cuáles el sexo cromosómico, gonadal o anatómico es atípico reemplazando con ello las antiguas denominaciones de hermafroditismo y pseudohermafroditismo"(35).

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

Las personas de los sectores sociales LGBTI, conforman un grupo social sobre el cual se han evidenciado diferentes formas de discriminación, exclusión, tratos inequitativos y desiguales basados en la orientación sexual e identidad o expresión de género.

En cuanto a la exclusión social, es una situación permanente en la población y hace parte de la realidad de un sistema social determinado por unas relaciones de poder que lo configura como excluyente y genera diferentes formas de exclusión evidenciadas en problemáticas como el desempleo, la desatención social, la ruptura de las relaciones sociales y redes de apoyo. Así mismo, se generan condiciones vulnerables hacia el consumo de SPA y de alcohol, fuertes problemas de higiene oral a causa del consumo, violencias de todo tipo, enfermedades ITS y VIH, y a esto se suma la falta de adherencia a los tratamientos antirretrovirales.

Con base en lo anterior, la comunidad LGBTI ha trabajado constantemente en el auto reconocimiento de su identidad teniendo esto como punto de partida para la garantía de derechos y así sustentar un modelo de reconocimiento social, cultural y político de nuevas formas de organización de la sociedad, que se inviertan roles de hombres y mujeres al servicio de la forma de vida anti solidaria y neoliberal.

Así mismo se plantean en otras formas de organizar familias que atraviesan por la decisión individual de con o quienes se relacionan en formas de convivencia cotidiana, económicas, de socialización y afectivas, cuyo objetivo no sea la reproducción obligatoria y, que aun en los casos en que se decida tener hijos biológicos y/o sociales, no crezcan bajo modelos patriarcales (36).

Las problemáticas anteriormente descritas generan la falta de corresponsabilidad de la población frente a los cuidados en salud y la importancia del acceso a los servicios. Estas poblaciones frecuentemente son discriminadas debido al desconocimiento de las identidades sexuales evidenciándose barreras actitudinales por algunos servidores públicos quienes limitan su acceso a los servicios aumentando las inequidades sociales y su garantía de derechos.

De otro lado, se ha identificado algunas interseccionalidades, debido a que algunas personas de manera paralela tienen otra condición especial como ejercer la prostitución, ser habitante de calle debido a condiciones asociadas como la búsqueda de recursos económicos para satisfacer sus necesidades básicas, consumir sustancias ilícitas o tener discapacidad (37).

Población Étnica

Población indígena: Una de las principales características de las familias que residen en esta localidad, principalmente en los barrios san Bernardo, Alameda y Las Cruces es la condición de vulnerabilidad donde hay concentración de mayores índices de pobreza, factores sociales como consumo de SPA, delincuencia y cercanía a la zona de alto impacto, que han repercutido y/o influenciado en las formas de vida de algunos pueblos, la pérdida de su cultura, tradiciones en los pueblos Inga y Embera, quienes residen en su mayoría en los barrios san Bernardo y Santafé viven en paga diarios, en condiciones de habitabilidad e insalubridad; la habitación es multifuncional, el cuarto que les sirve de habitación, se usa también como cocina, sala, comedor y el baño es compartido.

Entre los determinantes sociales que afectan la salud y la calidad de vida de la población indígena de la localidad de Santa Fe, se encuentran el estado inadecuado de las viviendas, hacinamiento y las condiciones inadecuadas de aseo y la carencia de hábitos de vida saludable y autocuidado, lo que se puede asociar al aumento en el desencadenamiento de eventos de mayor complejidad como la violencia intrafamiliar, abuso sexual como una consecuencia del marcado hacinamiento y las condiciones inadecuadas de las unidades habitacionales; la inseguridad alimentaria también es otro tema recurrente en la población indígena de la localidad presentándose algunos eventos de desnutrición y malnutrición. Así mismo, los bajos ingresos económicos, el desconocimiento de las rutas de servicios de salud, una insuficiente seguridad alimentaria, que se convierten en factores que afectan el proceso de salud-enfermedad de esta población, además de su evidente desarraigo cultural, que conlleva discriminación y cierto nivel de violencia por parte de la comunidad.

Otra problemática en salud de la población indígena está asociada a la ingesta de grandes cantidades de alcohol etílico. Este evento representa un alto nivel de complejidad para la población indígena ya que, si bien inicialmente vincula a padres y cuidadores, posteriormente los hijos se vuelven actores activos de esta situación especialmente cuando llegan a la etapa de ciclo vital de adolescencia. Esta problemática en la mayoría de los casos se trata a través de la medicina tradicional, pero sin lograr una respuesta adecuada a la resolución evento.

Así mismo, se ha identificado barreras de acceso a los servicios especialmente limitantes administrativas como la dificultad para los procesos de afiliación y/o carnetización, inoportunidad en la atención integral de los servicios de consulta externa y urgencias, así como la dispersión o multifiliación de la población en diferentes EPS-S principalmente. Siendo una población diferencial que maneja como modelo de salud la medicina tradicional, se ha evidenciado como barrera la ausencia de un modelo de atención con enfoque diferencial.

Por otra parte, los riesgos laborales identificados inherentes a la actividad económica que desarrollan algunos miembros de pueblos indígenas como la venta ambulante principalmente la comunidad Inga, están relacionados principalmente con la exposición continua a los cambios climáticos, la contaminación del medio ambiente, la contaminación auditiva y la inseguridad propia de algunas zonas de la localidad de Santa Fe.

Afro descendientes, ROM raizales: Dentro de los factores más recurrentes que afectan la salud de esta población se encuentra la falta de vivienda propia y digna teniendo en cuenta que las condiciones de habitabilidad de esta población en la localidad se caracterizan por condiciones inadecuadas de higiene y hacinamiento. Algunas familias residen en inquilinatos ubicados en zonas de alto impacto donde la vulnerabilidad y la fragilidad son características sociales imperantes en la población.

Por lo regular las familias dependen de trabajos informales que no les garantizan una solvencia económica que les permita satisfacer necesidades básicas como alimentación, vivienda, salud y educación. En cuanto a los adultos se identifica que, a causa de sus procesos adaptativos a la ciudad, se pierden progresivamente los elementos de la cultura

tradicional; a pesar de esto, son aquellos quienes propenden por conservar sus tradiciones y reafirmarlas en el contexto urbano y local con mayor fuerza.

En su mayoría, desempeñan labores no calificadas en términos productivos debido a la falta de certificación de sus conocimientos y habilidades pertenecientes a contextos rurales. Así mismo se evidencia un deterioro de las condiciones de vida y salud, por la ruptura con el territorio y el contexto de desarrollo de la medicina tradicional, aunado a la descalificación de sus elementos tecnológicos, médicos y sociales propios de su cosmovisión, ante las realidades urbanas y las tecnologías occidentales, la disminución progresiva de la autonomía económica de las comunidades y familias extendidas, reducción drástica de los recursos para las actividades económicas (consumo, comercio e intercambio) que pueden provocar condiciones de pobreza extrema, migraciones forzadas fuera del territorio o hábitat tradicional.

En la localidad de Santa Fe se presentan otros indicios con los casos de malnutrición y desnutrición en algunos niños y niñas en el barrio San Bernardo, situación que es priorizada por la misma comunidad. Esta se agudiza ya que sus miembros no son reconocidos como población desplazada y, debido a esto, no tienen acceso a los bonos de emergencia o a las ayudas alimentarias; si las obtienen, muchas veces los alimentos no los consumen o les causan malestares gastrointestinales porque no hacen parte de su dieta alimentaria tradicional.

Se han identificado barreras de acceso a los servicios de salud con un amplio déficit, causado principalmente por el desconocimiento de la población en torno a sus Derechos Constitucionales y de manera particular al desconocimiento de sus derechos en materia de salud. Otra de las barreras consiste en que el modelo de salud actual adolece de enfoque diferencial, que no tiene en cuenta la cosmovisión de los grupos étnicos, lo que genera marginación, auto resistencia y obstáculos para el acceso a los servicios y en cuanto al talento humano, como se mencionó, se presenta la dificultad de la falta de conocimiento y sensibilización frente al tema étnico, originando vacíos y brechas en la atención.

Las barreras de acceso a los servicios de salud de las familias residentes en las 3 localidades, varía según su dinámica; para el caso del pueblo Kichwa, las familias por ser en su mayoría migrantes, no se establecen en la ciudad por más de 4 meses, por lo cual no se encuentran censados como población especial lo que genera accesos restringidos a los servicios de salud y educación principalmente.

4.6. ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN SALUD PARA LAS POBLACIONES DIFERENCIALES

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

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

4.6.1. Población Priorizada: Población con Discapacidad. La discapacidad es reconocida como aquellas limitantes de la funcionalidad física o mental de un individuo, pero ello no significa que sea una limitante para realizar actividades de otro tipo que le impidan crear o desarrollar las demás habilidades que posee. Así pues, la discapacidad debe ser reconocida no como una enfermedad sino como parte del ser humano siendo una limitante en algunos aspectos, pero no una condición de exclusión social.

La población con discapacidad que fue reportada al aplicativo SIVIGILA para el año 2016 de la localidad corresponde al 0,34 % (n:4) del total de reportes realizados. Evidenciándose una afectación igual para las UPZ 91 Sagrado Corazón, 93 Las Nieves, 95 Las Cruces y 96 Lourdes. Siendo el bajo peso al nacer, dengue, parotiditis y tuberculosis los eventos notificados.

Por otra parte, las principales alteraciones permanentes se relacionan con las estructuras del cuerpo, seguidas de las alteraciones del sistema nervioso y las de los ojos, en coherencia las dificultades permanentes son caminar, correr, saltar, cambiar y mantener posiciones del cuerpo; pensar –memorizar y percibir la luz. Las personas que requieren de ayuda permanente de otra persona son principalmente personas mayores.

En identificación de las problemáticas sociales y de salud de la población con discapacidad de la localidad de Santa Fe, se encuentra lo siguiente:

- Deterioro progresivo de la salud de las Personas con Discapacidad y cuidadores debido a la inoportuna atención integral dada por determinantes estructurales como Ley 100/93.
- Condiciones de habitabilidad deteriorantes de calidad de vida y limitantes para acceder a una vivienda digna, debido a los factores económicos y a la construcción sin tener el diseño universal generando brechas en términos de oportunidades de desarrollo: sobre todo el acceso a una vivienda digna que generan brechas de inequidad y fragilidad social.

Ciudadano Habitante de Calle

Considerando la intervención realizada en el antiguo territorio diferencial Bronx, muchos de los habitantes de calle se han concentrado en la localidad de Santa Fe, en los barrios San Bernardo y Las Cruces; de ahí que esta población se considere una prioridad para el sector salud.

La población habitante de calle en la localidad muestra un total de 19 notificaciones, las cuales equivalen al 2 % del total de los registros. De acuerdo a la distribución espacial, la UPZ 96 Lourdes muestra a mayor prevalencia con el 47 % (n:9), seguido de la 95 Las Cruces con el 26 % (n:5) (Tabla 59).

Tabla 59. Distribución de la Notificación Eventos SIVIGILA por Dimensiones en Población Habitante de Calle. Localidad de Santa Fe. Año 2016

Upz/dimensiones	UPZ 91	UPZ 92	UPZ 93	UPZ 95	UPZ 96	Total
Seguridad alimentaria y nutricional	0	0	1	0	0	1
Bajo peso al nacer	0	0	1	0	0	1
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	1	0	1	2	4	8
Sífilis gestacional	0	0	0	1	0	1
Vih/sida/mortalidad por sida	1	0	1	1	4	7
Vida saludable y enfermedades transmisibles	0	1	1	3	5	10
Dengue	0	0	0	1	0	1
Parotiditis	0	0	0	0	1	1
Tuberculosis	0	1	0	2	4	7
Tuberculosis fármacorresistente	0	0	1	0	0	1
Total	1	1	3	5	9	19

Fuente: Construcción equipo Subred con información Bases oficiales SDS, SIVIGILA Distrital, reporte Agosto 09 de 2017.

Dentro de los procesos de caracterización de la población habitante de calle de la localidad se han detectado problemáticas sociales y de salud como el hacinamiento en los inquilinatos o paga diarios donde se evidencian condiciones habitacionales ineficientes como la inadecuada ventilación e iluminación y condiciones de higiene mínimas.

Teniendo en cuenta los datos recopilados en el V Censo de Habitante de / en Calle que indican que un 40.2 % de la población lleva más de veinte (20) años habitando la calle, razón por lo cual, las pautas de consecución de materiales potencialmente reciclables se mantienen en ciertos lugares de las localidades Los Mártires, Santa Fe y La Candelaria, así como las dinámicas anexas a esta forma de obtención de recursos. Esta situación permite identificar grupos de Ciudadanos Habitantes de Calle en lugares similares durante largos periodos.

“En la localidad de Santa Fe se presenta una concentración de población especial como habitante de calle debido a la existencia de zonas de alto deterioro urbano principalmente en los barrios San Bernardo, Las Cruces, Lourdes, lo que favorece el expendio de sustancias ilícitas e inseguridad en el sector. Esta población generalmente se dedica principalmente al reciclaje y la mendicidad. Según el quinto censo de habitantes de calle de la Alcaldía de Bogotá año 2007, gran parte de los Ciudadanos Habitantes de Calle pertenecen al sexo masculino y al ciclo vital adultez, mientras que las mujeres en esta condición son difíciles de ubicar, puesto que generalmente se encuentran en las llamadas “ollas” o “sopladeros” (38).

Teniendo en cuenta los cambios en las dinámicas de la localidad, se ha observado que la mujer habitante de calle, se ha apropiado de su territorio haciendo de esta su espacio propio donde desenvuelven sus actividades y forma de vivir, “ pese a diversas carencias en las que viven y su constante permanencia en ella, han logrado alcanzar una forma de vida con la cual se identifican y se reconocen” (39).

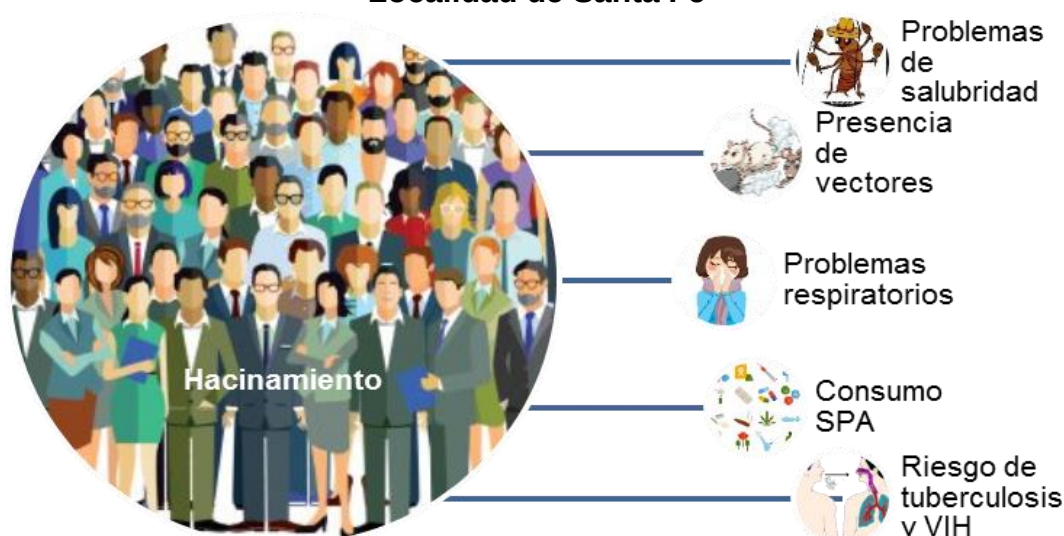
Según recorridos dentro de los territorios más álgidos de la localidad y donde hay un reconocimiento de la presencia de habitante de calle, se han evidenciado situaciones que afectan su proceso de salud enfermedad como el hacinamiento en dormitorios de paso ubicados principalmente en la zona de San Bernardo y Alameda; allí los habitantes de calle pagan una mínima cuantía de dinero por pasar la noche bajo escasas normas de convivencia, higiene y salubridad.

En algunos de estos lugares según la comunidad, se expende y consumen sustancias psicoactivas problemática grave ya que aquí en estos espacios residen también familias, niños, niñas, gestantes que debido a su condición económica no tienen otra opción de vivienda.

Las problemáticas identificadas en los habitantes de calle de la localidad de Santa Fe son principalmente el subregistro de acciones con la población ciudadanos Habitantes de Calle desde las diferentes instituciones que los asisten, donde aparecen con datos incompletos que impide una atención integral, datos falseados debido a inconvenientes con la justicia y posesión de dos o más documentos de identificación.

Las condiciones de vida de la población diferencial habitante de calle son complejas y afectan fuertemente su proceso de salud enfermedad y el deterioro es evidente en su estado físico y mental causada por múltiples factores sociales y ambientales, las necesidades sentidas presentadas, buscan generar estrategias que permitan mitigar las problemáticas evidenciadas en esta población dado el alto impacto social y de salud (Figura 21).

Figura 21. Problemas en Salud Identificados en la Población Habitante de Calle. Localidad de Santa Fe



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

Población Personas en Ejercicio de Prostitución

Esta población diferencial se constituye como uno de los grupos con más alta vulnerabilidad por las condiciones y conductas de riesgo, bajo las cuales se ofertan y se demandan los servicios sexuales, determinadas, en gran medida, por sus características socioeconómicas y culturales. Por otra parte, su dinámica flotante permite evidenciar que algunas de estas personas no cuentan con un aseguramiento en salud por trabajar dentro y fuera de la ciudad de forma temporal por lo cual el acceso a los servicios de salud es limitado.

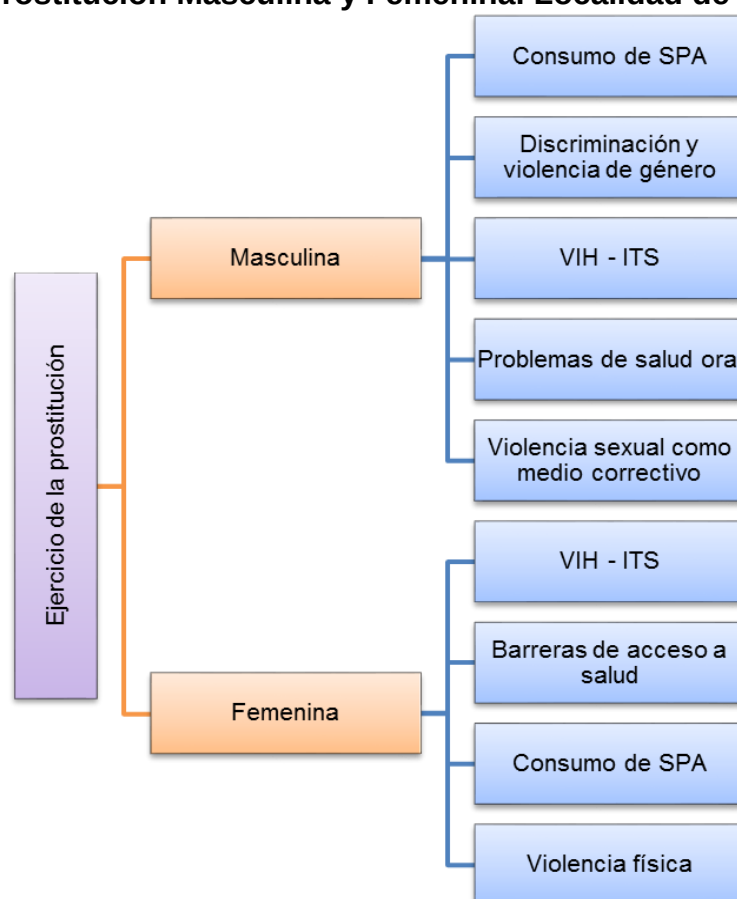
Las características principales de este grupo dejan entrever las dinámicas poblacionales como; realización del ejercicio de prostitución de manera temporal debido a que se

desplazan a otras localidades según necesidades, y/o regreso a sus lugares de origen, porque allí tienen sus redes familiares. A través de los datos suministrados por la población se ha evidenciado que la población se encuentra en el ciclo vital juventud, adultez y vejez.

En la localidad de Santa Fe se ejerce la prostitución en las zonas de Alameda, Capuchina, La Mariposa en San Victorino, Terraza Pasteur (Carrera 8 con 23) y San Bernardo. El ejercicio de la prostitución se ha evidenciado de manera histórica en estos sectores, exigiendo por parte del Estado la atención al fenómeno social.

Parte de esta población se caracteriza por el inadecuado uso de los métodos de protección por lo cual se genera un mayor riesgo de contagio de enfermedades situación que es uno de los temas prioritarios en salud pública. No obstante, las acciones realizadas con la población requieren hacer énfasis en la responsabilidad en términos del uso adecuado y protección en la salud sexual y reproductiva por parte de la misma población. “El ejercicio de la prostitución, por sus características, genera altos riesgos en la salud de las personas. De acuerdo al estudio de la Cámara de Comercio, para 1990-1991 las enfermedades más comunes eran las de las vías respiratorias, seguido de las enfermedades venéreas” (40) (Figura 22).

Figura 22. Identificación de Problemáticas en Salud de la Población en Ejercicio de Prostitución Masculina y Femenina. Localidad de Santa Fe



Fuente: Diagnóstico de la prostitución masculina en la localidad de Santa Fe 2016(41); Boletín diferencial de personas de los sectores LGBTI y documento Fase Exploratoria ASIS Diferencial 2015 localidad de Santa Fe, Hospital Centro Oriente II Nivel ESE.

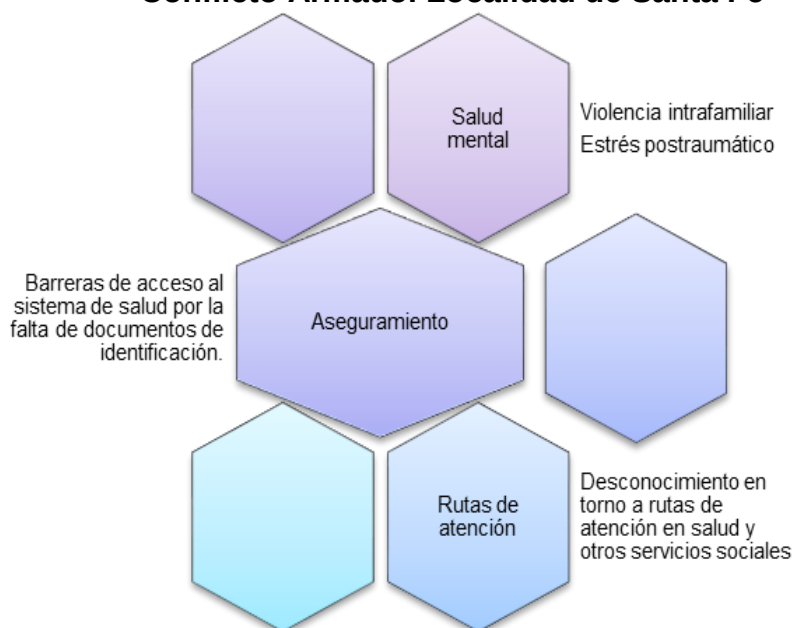
Población Víctima del Conflicto. Situación similar se observa en la población víctima del conflicto armado en el cual se presentaron el mismo número de casos que en la población con discapacidad, siendo el bajo peso al nacer, morbilidad materna extrema, dengue y parotiditis los eventos notificados; con una mayor afectación en la UPZ 96 Lourdes con 2 casos.

La población víctima del conflicto armado, por sus condiciones de fragilidad social generadas como producto de los destierros provenientes principalmente por la violencia interna, son consideradas poblaciones diferenciales; independiente de las diversas situaciones que pueden originar el desplazamiento, aquellas personas se desligan de su territorio, entorno social, actividades económicas ingresando así en un estado de

exclusión, dado que resulta compleja y demorada la reivindicación de sus derechos en un territorio ajeno a ellos.

En el sector de Las Cruces, en el que ya existen familias que de alguna forma generan un apoyo inicial/transitorio a la víctimas y su familia que recién se ubican en la ciudad, y San Bernardo, esto último con características de alto riesgo para la convivencia, por la venta de SPA, delincuencia y violencias, son inquilinatos, en dichos espacios solo se les exige el pago diario, sin ningún soporte de identificación, lo cual facilita el proceso de acomodación residencial, ya que muchos no cuentan con la información, o con los documentos de identificación.

Figura 23. Problemáticas de Salud Identificadas en la Población Víctima del Conflicto Armado. Localidad de Santa Fe



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

Además de las problemáticas identificadas en la Figura 23; otro aspecto que marca la situación de salud de la población víctima del conflicto armado tiene que ver en la inestabilidad laboral, los escasos ingresos económicos y el estar supeditados a las ayudas estatales y a los subsidios institucionales, lo cual conlleva a que presenten cuadros traumáticos en su salud mental. Las personas en esta condición se ven limitadas en lo que respecta a oportunidades laborales por su falta de experiencia y débil formación en competencias laborales para ellos desconocidas.

Personas de los Sectores Sociales LGBTI

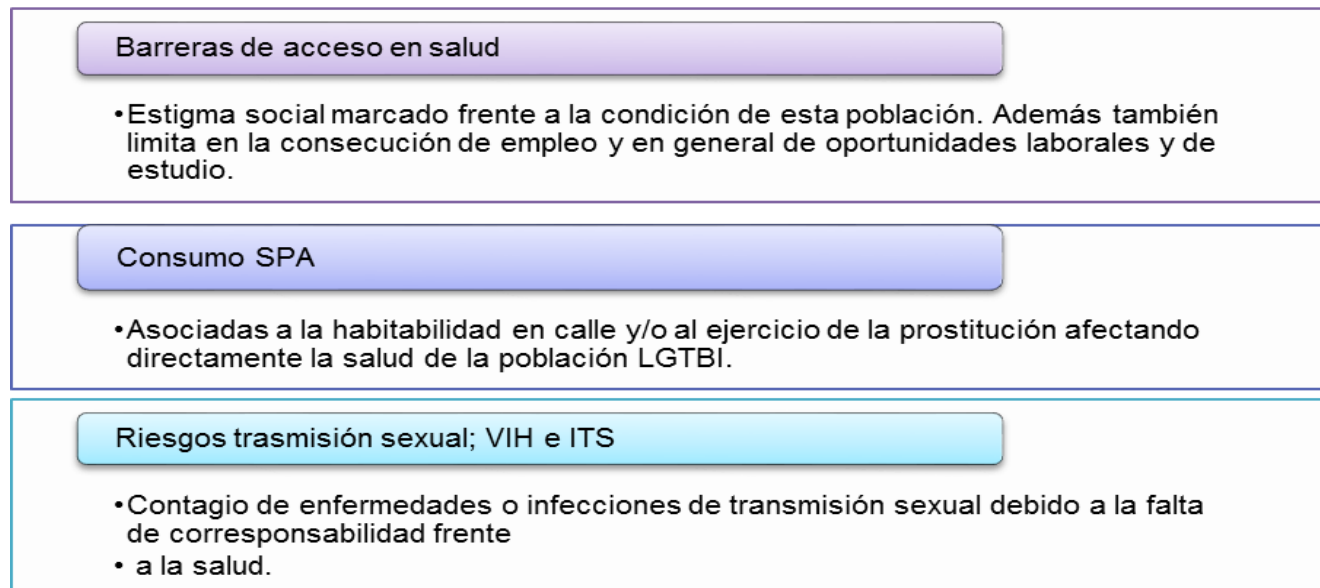
Las personas de los sectores sociales LGBTI, se caracterizan por ser una población diferencial debido a que las personas Lesbianas, Gay, Bisexuales Transgeneristas e Intersexuales –LGBTI- conforman un grupo social sobre el cual se han evidenciado diferentes formas de discriminación, exclusión, tratos inequitativos y desiguales basados en la orientación sexual e identidad o expresión de género.

Esta población diferencial ha enfrentado varias luchas para mitigar todo tipo de discriminaciones y desigualdades que se enfocan en basados relegación de las identidades de orientación sexual y las identidades de géneros. Es así como se evidencia que esta situación, no solo impide la garantía de derechos, sino que se dirige a actos violentos en contra de la población debido a las construcciones estereotipadas de la sociedad en el desarrollo psicosocial y de sus construcciones de identidad.

La comunidad LGBTI ha trabajado constantemente en el auto reconocimiento de su identidad teniendo esto como punto de partida para la garantía de derechos y así sustentar un modelo de reconocimiento social, cultural y político de nuevas formas de organización de la sociedad, que subviertan roles de hombres y mujeres al servicio de la forma de vida anti solidaria y neoliberal. Así mismo se plantean en otras formas de organizar familias que atraviesan por la decisión individual de con o quienes se relacionan en formas de convivencia cotidiana, económicas, de socialización y afectivas, cuyo objetivo no sea la reproducción obligatoria y, que aun en los casos en que se decida tener hijos biológicos y/o sociales, no crezcan bajo modelos patriarcales (42).

Desde el proceso de balance de la información realizada para el proceso ASIS diferencial, y el análisis de la información disponible en fuentes primarias y secundarias, se identificaron algunas problemáticas en la población LGBTI de la localidad que determinan su situación de salud y calidad de vida (Figura 24).

Figura 24. Problemáticas de Salud Identificadas en las Personas de los Sectores Sociales LGBTI. Localidad de Santa Fe



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

Población Étnica

De acuerdo a lo observado en la Tabla 60, el 3,0 % (n:35) del total de notificaciones realizadas al aplicativo SIVIGILA durante el año 2016 correspondieron a población étnica; de estos, el 51,0 % (n:18) se presentaron en población Rom, Gitana; seguido del 29,0 % (n:10) para la población indígena y del 17,% (n:6) en indígenas, mientras que el 3,0 % (n:1) restante fue en población autoreconocida como raizal.

Tabla 60. Distribución de la Notificación Eventos SIVIGILA por Dimensiones según Pertenencia Etnia. Localidad de Santa Fe. Año 2016

UPZ/Dimensiones	Otros	Rom, Gitano	Raizal	Indígena	Negro, mulato afrocolombiano	Total
UPZ 91	101	1	1			103
Salud ambiental	12					12
Seguridad alimentaria y nutricional	6					6
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	17	1				18
Vida saludable y condiciones no transmisibles	3					3
Vida saludable y enfermedades transmisibles	63		1			64

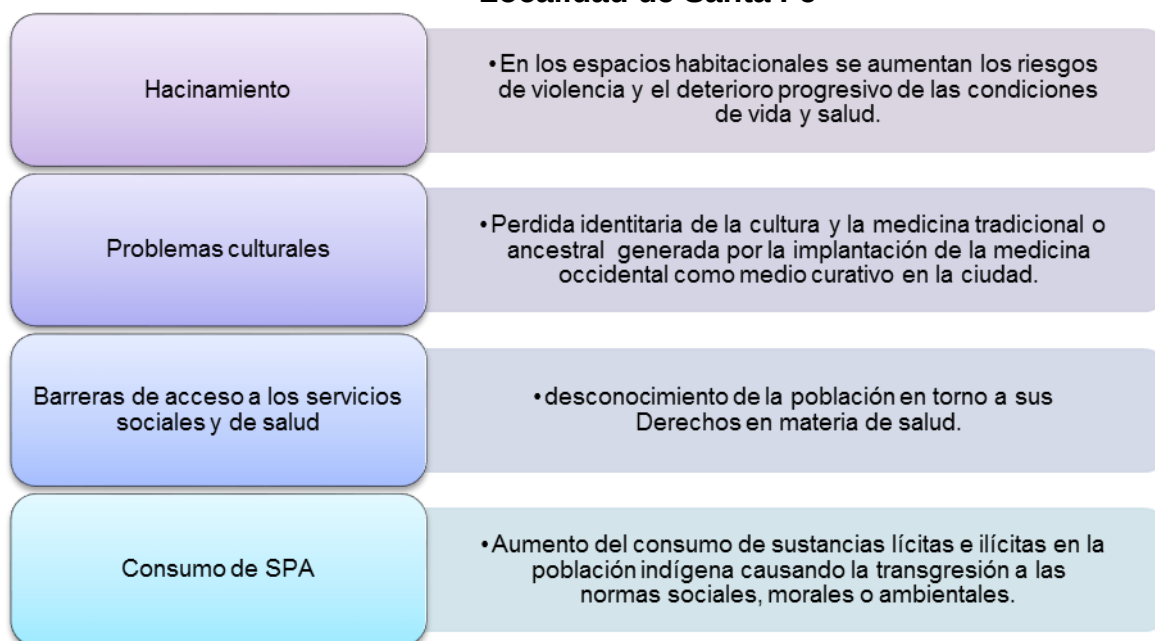
UPZ/Dimensiones	Otros	Rom, Gitano	Raizal	Indígena	Negro, mulato afrocolombiano	TOTAL
UPZ 92	137	6			3	146
Convivencia social y salud mental	2					2
Salud ambiental	15					15
Seguridad alimentaria y nutricional	9					9
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	35	2			1	38
Vida saludable y condiciones no transmisibles	1					1
Vida saludable y enfermedades transmisibles	75	4			2	81
UPZ 93	244	9		4	2	259
Convivencia social y salud mental	2					2
Salud ambiental	25					25
Seguridad alimentaria y nutricional	19			1		20
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	68	1		1	1	71
Vida saludable y condiciones no transmisibles	13					13
Vida saludable y enfermedades transmisibles	117	8		2	1	128
UPZ 95	268	2		1	1	272
Convivencia social y salud mental	6					6
Salud ambiental	11	1				12
Seguridad alimentaria y nutricional	15					15
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	74					74
Vida saludable y condiciones no transmisibles	9					9
Vida saludable y enfermedades transmisibles	153	1		1	1	156
UPZ 96	386			5		391
Convivencia social y salud mental	4					4
Salud ambiental	48					48
Seguridad alimentaria y nutricional	30					30
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	71					71
Vida saludable y condiciones no transmisibles	9					9
Vida saludable y enfermedades transmisibles	224			5		229
Rural	2					2
Vida saludable y enfermedades transmisibles	2					2
TOTAL	1138	18	1	10	6	1173

Fuente: Construcción equipo Subred con información Bases oficiales SDS, SIVIGILA Distrital, reporte Agosto 09 de 2017.

Así pues, de acuerdo a la distribución por UPZ, se observa una mayor afectación en la UPZ 93 Las Nieves con el 42,9 % (n:15) seguido de la UPZ 92 La Macarena con el 25,7 % (n:9). Al revisar cada una de las dimensiones se pudo establecer que Vida Saludable y enfermedades transmisibles son las de mayor afectación en la población étnica de la localidad con el 74 % (n:26), seguido de Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos con el 20 % (n:7) (Tabla 60).

Desde el proceso de balance de la información realizada para el proceso ASIS diferencial, y el análisis de la información disponible en fuentes primarias y secundarias, se identificaron algunas problemáticas en la población étnica (Figura 25).

Figura 25. Problemáticas Sociales y de Salud Identificadas en la Población Étnica. Localidad de Santa Fe



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

4.7. ACCIONES Y RESPUESTAS EN SALUD

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

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

4.7.1. Población Priorizada: Población con Discapacidad

Desde la Subred Centro Oriente se están implementando acciones de comunidades promotoras y protectoras de la salud y la estrategia de rehabilitación basada en comunidad, en las seis localidades.

Así el componente encargado de la política pública de discapacidad y, en menor medida el Espacio Público, han sido los encargados de desarrollar las acciones de atención a la población con discapacidad, las cuales están vinculadas, para el primer caso, con pedagogía del decreto 345 de 2008 (proyecto de gratuidad), la oferta de la ruta de la salud, la implementación de las estrategias denominadas “Comunidades Promotoras y Protectoras de la Salud” y de “Rehabilitación Basada en Comunidad”, la entrega de ayudas técnicas en coordinación con el Fondo de Desarrollo Local; y para el segundo con el abordaje temático en torno a la salud mental y al ambiente con profesionales de psicología y ambientales, y el reforzamiento de redes comunitarias (Figura 26).

En términos generales, la ubicación de la oferta en salud pública se corresponde con las zonas de donde se ha identificado el grueso de población con discapacidad en la localidad

Figura 26. Respuesta Identificada para las Necesidades en Salud de la Población con Discapacidad. Localidad de Santa Fe

Respuesta Salud pública para necesidades de la población con discapacidad

- Espacio público:
 - Trabajo articulado con psicólogos y profesionales en medio ambiente para abordar temas de salud mental y ambientes saludables. Asimismo se realizan actividades para reforzar las redes de apoyo comunitarias, sociales y familiares.
- Gobernanza 1:
 - Se Cuenta con la ruta de la salud la cual funciona en toda la subred y favorece el traslado al servicio médico, sin embargo no todos los usuarios utilizan los servicios y en ocasiones no hay agenda.

Articulación intersectorial

- Espacio público.
 - Articulación con la Junta de Acción Comunal local. Articulación con IDRD para desarrollar acciones de manejo de tiempo libre.
- Gobernanza 1:
 - Desarrollo de procesos de formación para la productividad a través de desarrollo económico.
 - Secretaría de Integración Social a través del programa “Bogotá te nutre”, administra el beneficio del bono alimenticio.

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

Experiencia exitosa en campo con la población con discapacidad

En articulación con el Instituto Distrital para la Recreación y Deporte, La Subdirección Local de Integración Social y el Componente I de Gobernanza de la Subred Centro Oriente desde la política pública distrital de discapacidad se revisó la posibilidad de dar respuesta a las problemáticas generales que se evidencian en los servicios desde integración social y salud a través de acciones que promuevan principalmente la construcción de redes de discapacidad y el empoderamiento de la comunidad así como su corresponsabilidad con el cuidado de la salud.

A partir de ahí se concertó la realización de actividades inicialmente una vez al mes, que involucrarán de manera integral el abordaje de las personas con discapacidad en lo que se refiere a manejo del tiempo libre, actividad física y refuerzo de los hábitos saludables, para lo que se programó desde el mes de septiembre encuentros con las personas con discapacidad en donde a través del programa de activación sin límite de IDRD, que busca garantizar el uso del derecho a la recreación, al descanso y a la diversión, para fortalecer los procesos de integración familiar y comunitaria; las reuniones de fortalecimiento y

empoderamiento de los derechos que se realizan mensualmente desde integración social y las acciones de posicionamiento de la política pública de discapacidad que se realiza desde el componente 1 de Gobernanza en la Subred Centro Oriente se complementarán con esta iniciativa.

De acuerdo a las necesidades en salud identificadas, en donde se evidencian la presencia de enfermedades crónicas, limitación en el movimiento e independencia de las personas con discapacidad y presencia de enfermedades de salud mental, la iniciativa pretende servir como herramienta para promover un espacio de actividades lúdicas y recreativas enfocadas a los beneficios que tiene la actividad física para la salud tanto física como mental y sobre todo la consolidación de una red de discapacidad organizada desde la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad.

A pesar de que la iniciativa es nueva para esta vigencia, se busca que sea exitoso el empoderamiento de la comunidad en su corresponsabilidad y en el refuerzo de sus habilidades para el desarrollo de otras iniciativas que involucren cada vez más familias con personas con discapacidad y que promueva la participación de la población con discapacidad en la localidad, lo que permitirá no solo mejorar la calidad de vida de las personas sino fomentar el reconocimiento de esta población en la localidad y lograr un trabajo articulado a nivel intersectorial.

Como fortalezas del proceso se resalta la importancia de implementar la actividad física como herramienta para la integración, se cuenta con la disposición de las profesionales para la programación y logística de las actividades y con los escenarios en la localidad ya que el primer encuentro realizado en el mes de septiembre se realizó en la subdirección local de integración social y el segundo encuentro realizado en noviembre se realizó en el polideportivo las cruces, se espera también abarcar otros espacios de la localidad.

Dentro de las limitantes se encuentra principalmente la poca participación de las personas con discapacidad, en ocasiones por su condición de salud y en otras por disponibilidad de los cuidadores para el desplazamiento de su familiar a cargo, por lo cual se debe seguir reforzando la importancia y beneficios para la salud de participar en estos espacios.

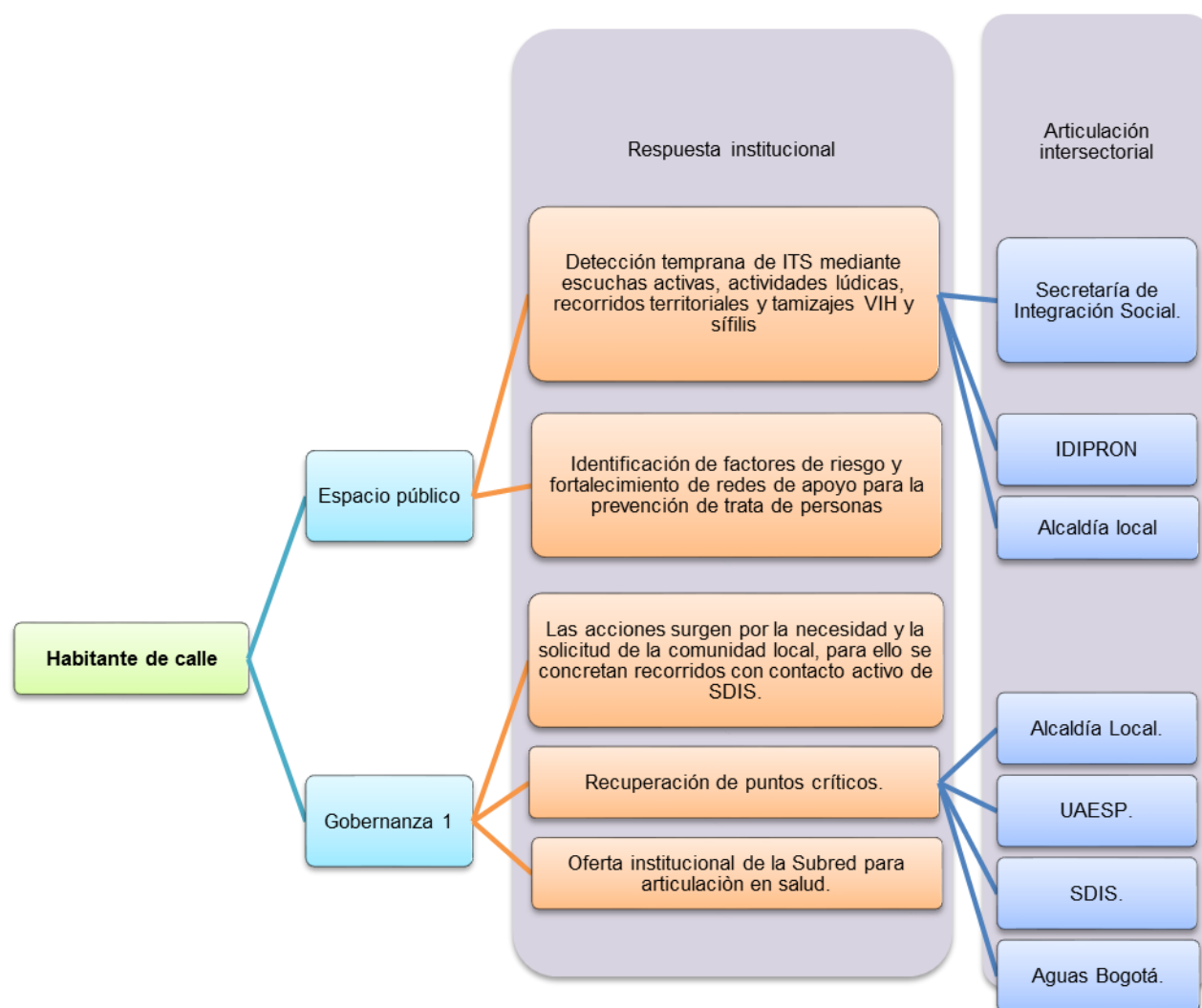
Para lograr la participación se realizó inicialmente la invitación a las personas con discapacidad beneficiarias del bono canjeable por alimentos entregado por la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS -, con el tiempo la idea es conformar un grupo de replicadores (comunicadores), que inviten a nuevas personas a participar. Igualmente se ha trabajado inicialmente con las personas con discapacidad y en algunos casos el cuidador primario, sin embargo, se espera involucrar también al núcleo familiar.

El equipo asignado para esta iniciativa está conformado por la profesional de la política pública de discapacidad de gobernanza componente I de la subred centro oriente, la profesional de recreación incluyente de IDRD y la coordinadora del proyecto 1113 “Por una ciudad incluyente y sin barreras” de la subdirección local de integración social, las cuales cuentan con los conocimientos técnicos y normativos requeridos en los encuentros de la estrategia de Rehabilitación Basada En Comunidad, estrategias de promoción y prevención en salud y por supuesto conocimiento de la Política Pública De Discapacidad como eje principal de los encuentros.

Ciudadanos Habitantes de Calle

Las acciones del Espacio Público se han ubicado en los barrios La Alameda, San Bernardo, Las Cruces y Lourdes; y abarcan la promoción de factores protectores para la detección temprana de infecciones de transmisión sexual, la identificación de factores de riesgo, factores protectores, finalidades y rutas de atención para la prevención de la trata de personas, y acciones de detección temprana y prevención de enfermedades respiratorias; mientras que las actividades del componente de Gobernanza I a cargo de la política pública de esta población se han centrado en los barrios Samper y La Capuchina, en donde se han realizado acciones de recuperación de puntos críticos y las demandadas por la comunidad local (Figura 27).

Figura 27. Respuesta Identificada para las Necesidades en Salud de los Ciudadanos de Calle. Localidad de Santa Fe



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

Frente a la ubicación de la población realizada, existe parcial correspondencia de la oferta existente toda vez que los sitios de intervención abarcan las zonas donde se reportan y se reconocen corredores de ciudadanos habitantes de calle, sobre todo en los barrios de las UPZ 93 y 95.

Experiencia exitosa en campo con la población priorizada: Ciudadano Habitante de Calle

El proceso de abordaje para el fenómeno de habitabilidad de calle de localidad de Santa Fe se ha realizado mediante proceso de articulación interinstitucional, donde se programado las acciones a desarrollar en beneficio de la población, las acciones centradas para esta localidad ha sido recuperación de espacio público y recorridos, desde la Subred Centro Oriente, para estas acciones se ha realizado socialización del portafolio de servicio, orientación en salud y articulación con COIS, puesto que se ha encontrado Ciudadano Habitante de Calle – CHC, “que refieren no tener aseguramiento, carta de certificación como población especial, puntos de atención, Donde se explica detalla mente el proceso, al igual se verifica en el comprobador de derecho el estado de afiliación, cuando presentan una inconsistencia, o retirados son remitidos al CENTRO DE ATENCIÓN TRANSITORIA (CAT) para que Secretaría de Integración Social realice la respectiva planilla y esta sea enviada a SDS para que usuario sea subido al sistema de salud, de esta manera si no tienen la carta de habitabilidad en calle ahí mismo se la tramitan.

Para esta localidad también se ha realizado proceso de articulación con hogar de paso calle 18 día y noche de integración social, hogar de paso Rioja de IDIPRON y PAI, para inmunización de ciudadanos habitantes de calle.

Población Cubierta en jornada de Vacunación:

- Hogar de paso de calle 18 total 124
- Hogar de paso Rioja total 54
- Total: 178
- Cada usuario recibe su respectivo carnet de Vacunación

Para estas jornadas se estuvo la participación activa de miembros de los diferentes hogares, los cuales se mostraron interesados y participe de las actividades los cuales se aplicaron la vacuna.

Los miembros tienen formación técnica, profesional.

Población en Ejercicio de Prostitución

Como puede verse en la Figura 28 desde el componente de Gobernanza I encargado de la política pública laboral se han realizado tamizajes de VIH y sífilis, recorridos nocturnos, asesoría psicosocial, escuchas activas, seguimiento a casos y fortalecimiento de redes en los barrios Las Nieves, La Alameda, La Capuchina y San Bernardo; lo que es coherente con los sitios de residencia y trabajo de esta población.

Figura 28. Respuesta Identificada para las Necesidades en Salud de la Población en Ejercicio de Prostitución. Localidad de Santa Fe



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

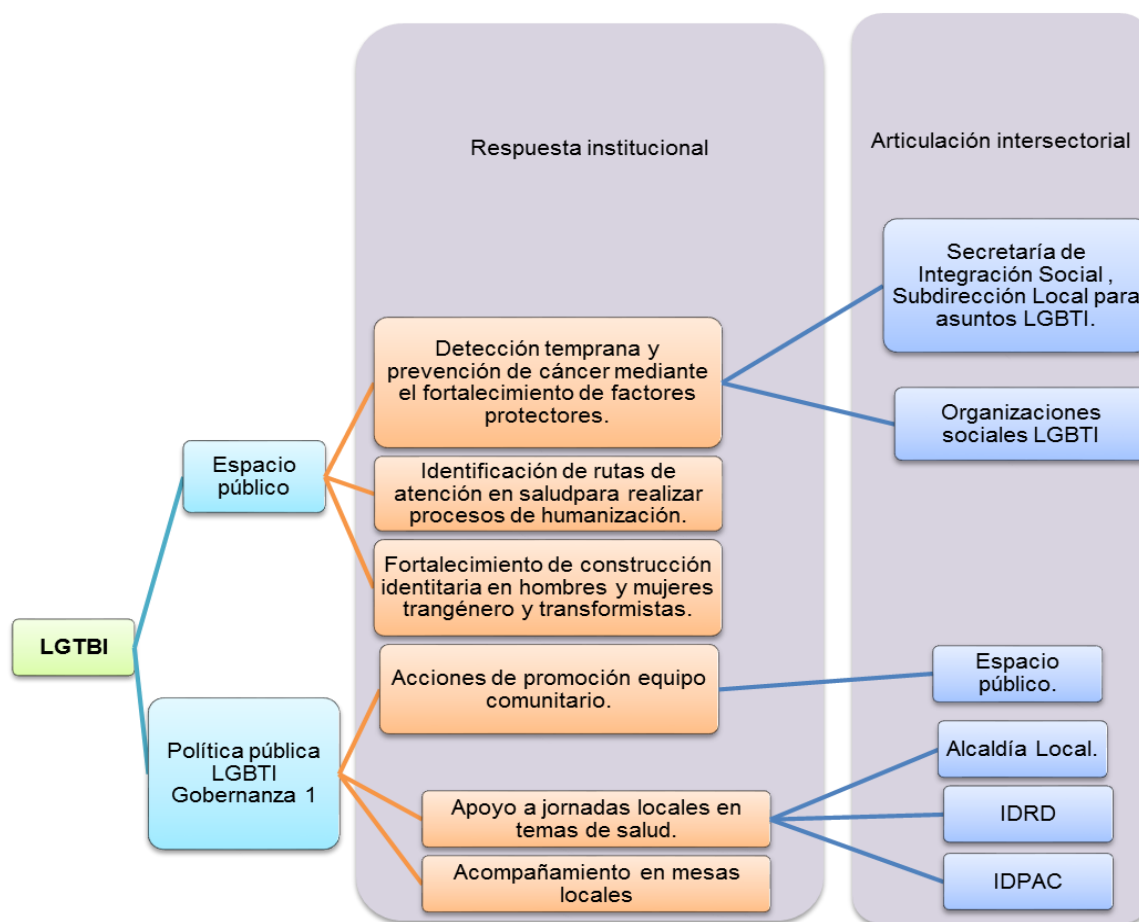
Personas de los Sectores Sociales LGBTI

Considerando que las necesidades identificadas apuntan a las transformaciones corporales artesanales que deterioran el cuerpo de las personas de los sectores sociales LGBT; el cáncer de mama, próstata y testículo; así como la debilidad en las redes de apoyo y el consumo de SPA, desde Salud Pública se llevan a cabo las acciones de respuesta vistas en la Figura 29.

Las acciones desarrolladas en la localidad han sido lideradas por el Espacio Público en los barrios La Alameda, San Bernardo, Las Cruces y Lourdes, enfocadas en jornadas de detección temprana y prevención de enfermedades no transmisibles como cáncer de mama, de testículo, de próstata y cérvico-uterino, la identificación de rutas de atención en salud, y el fortalecimiento de construcción identitaria en hombres y mujeres transgénero y transformistas. Por su parte, el componente de Gobernanza I encargado de la política pública LGBTI, se ha centrado en el acompañamiento a las mesas locales respectivas, las acciones de promoción y el apoyo a jornadas locales en temas de salud, en los barrios La Alameda y La Capuchina.

Los espacios de incidencia Política para la localidad son: Mesa LGBTI de Santa Fe y Mesa Interinstitucional LGBTI de seguimiento a casos de Santa Fe y La Candelaria en cabeza de la Subdirección Para Asuntos LGBTI. Se han detectado 3 sitios o bares de homosocialización dentro del territorio.

Figura 29. Respuesta Identificada para las Necesidades en Salud de la Población LGBTI. Localidad de Santa Fe



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

Frente a la ubicación de la población, se identifica en el correspondencia de la respuesta en los barrios San Bernardo, Las Cruces y Lourdes; en tanto en La Alameda y La Capuchina no se reportaron residentes según la base de Territorios Saludables, aunque sí acciones institucionales, amparadas en el reconocimiento del ejercicio de prostitución de esta población en el sector.

Mujer y Género

En el marco de la política pública de Mujer y Equidad de Género, el equipo de Gobernanza I ha propendido por la activación de ruta en casos de violencia contra las mujeres y se aporta al cumplimiento de los planes locales de seguridad para ellas en los barrios La Alameda y Las Cruces y las veredas Monserrate y El Verjón. En lo que respecta a la

valoración de la respuesta, se hace necesario identificar los criterios de selección de tales sitios teniendo presente la estructura demográfica local, donde el 49,54 % (n=47832) del total poblacional corresponde a mujeres. En cuanto a la articulación intersectorial, se encuentra enlaces con la Secretaría Distrital de la Mujer, con quienes se implementa el sistema SOFIA, que integra las instituciones del orden local frente a acciones de eliminación de violencia contra las mujeres.

Población Víctimas del Conflicto

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

Etnias

La respuesta identificada para esta población se desagrega en el Cuadro 7.

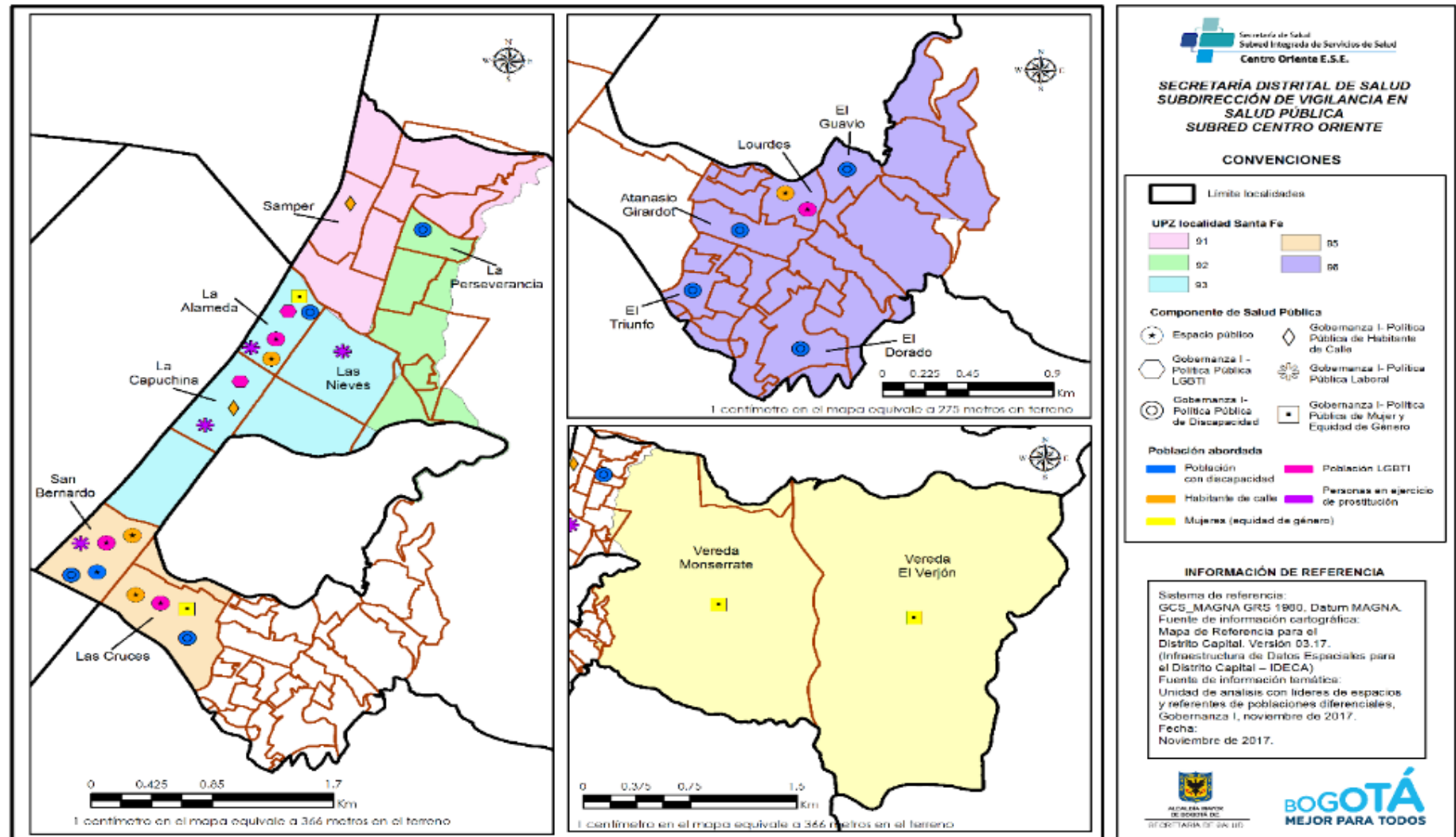
Cuadro 7 Respuesta Identificada para las Necesidades en Salud de los Pueblos Indígenas. Localidad de Santa Fe

Población	Necesidades y riesgos	Respuestas actuales	Acciones intersectoriales
INGA	• Hacinamiento • Alcoholismo (cirrosis) • Consumo de SPA (boxer) • Problemas de salud oral (gingivitis, caries) • Sexualidad temprana • Problemas de salud mental • Tuberculosis	En la localidad se ha consolidado la Mesa indígena donde se llevan avances con un plan de acción donde participan líderes de los pueblos indígenas, en la cual se presentan las problemáticas de los pueblos en todas sus índoles, en estos espacios se busca la articulación interinstitucional con el fin de minimizar dichas problemáticas.	• Alcaldía Local • Secretaría de salud • Secretaría de integración social • Secretaría de hábitat • IDIPROM • IDPAC • SAE • ICBF
UITOTO	• Sexualidad temprana • Alcoholismo • Barreras de aseguramiento • Problemas respiratorios		
EMBERA	• Hacinamiento • Desnutrición • Alcoholismo • Consumo de spa • Embarazos prematuros • Salud oral • Barreras de aseguramiento		
Población	Necesidades y riesgos	Respuestas actuales	Acciones intersectoriales
CAMENTSA	• Barreras de aseguramiento	Avances en el	

	• Promoción y prevención en salud oral • Promoción y prevención en salud sexual.	apoyo espacio Vivienda PIC, aunque este no en todas las comunidades.	
KICHWA	• Aseguramiento • Problemas de postura • Problemas respiratorios en adultos • Problemas auditivos • Problemas de la piel		
NASA	• Barreras de aseguramiento • Falta de implementación de la medicina tradicional		

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

Mapa 10. Respuesta Institucional desde Salud Pública de la Subred Centro Oriente, en torno a las Poblaciones Diferenciales y de Inclusión



Fuente: Elaboración propia. Equipo ACCVSyE a partir de Unidad de Análisis con líderes de espacio y referentes de poblaciones diferenciales, Gobernanza I. Noviembre de 2017.

5. CAPÍTULO V. 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 (43).

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

5.1. 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 (44).

La operación del espacio vivienda comprende dos acciones integradas a saber: Cuidado para la salud familiar y Cuidado para la salud familiar institucional; estas acciones a su vez se subdividen en componentes. Los equipos están conformados por grupos de profesionales según la acción y escenario de desempeño; participan los perfiles de

Enfermería, Psicología y técnico ambiental acompañados de los perfiles de odontología y nutrición de acuerdo al proceso e intervención en el Cuadro 8 (Anexo 10).

**Cuadro 8. Estructura Operativa Espacio Vivienda. Subred Centro Oriente.
Vigencia abril - diciembre 2017**

Componente	Escenario de operación	Talento humano
Acción integrada: Cuidado para la salud familiar		
Gestión del riesgo: acciones dirigidas a la población de mayor vulnerabilidad, con individuos identificables y caracterizables, para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud de la persona.	Viviendas - familias	El grupo está conformado por 9 equipos (enfermera y gestores) distribuidos en las 6 localidades. Y un equipo adicional de 12 gestoras, en articulación con el PAI. En Total 10 equipos. Complementan las acciones: - Equipo de 2 geógrafos quienes organizan la priorización de los usuarios mediante la geocodificación por malla vial y predial exacto; - 3 técnicos en el proceso de consolidación de información; y - 7 digitadores en el proceso de agendamiento.
Acciones familiares: gestión del riesgo combinando medidas preventivas, modificando factores de riesgo y reforzando factores protectores que sean modificables para evitar que ocurra la enfermedad y medidas mitigadoras que modifican los efectos de la enfermedad.		Cada mes se hace caracterización y seguimiento a planes familiares para lo cual se cuenta con 22 equipos distribuidos en las seis localidades de la Subred; están conformados por los perfiles de enfermería, psicología y técnico ambiental, 7 odontólogos y 3 terapeutas, distribuidos de acuerdo al comportamiento de las notificaciones de los eventos en salud pública priorizados para el componente de familias.
Acciones en hogares comunitarios y de bienestar: Cuidado para la salud de la población institucionalizada, encaminada al fortalecimiento del derecho a la salud en beneficio de la población.	Hogares comunitarios y de bienestar	Cuenta con 6 equipos, cada uno con los perfiles de enfermería, técnico ambiental y gestor comunitario con pertenencia étnica, cuatro de esos equipos se complementan con los perfiles de medicina ancestral (Médico sabedor y partera).

Familias étnicas con atención integral en salud	Viviendas – Pagadarios	Se tiene 5 equipos, cada uno conformado por los perfiles de enfermería, psicología y técnico ambiental, y se complementan con el perfil de odontología.
Acción integrada: Cuidado para la salud familiar institucional		
Cuidado para la salud de personas, familias y cuidadores, instituciones de protección y atención integral a personas mayores	Instituciones de protección a personas mayores	Cuenta con 5 equipos, cada uno integrado por perfiles de enfermería y psicología, bajo la orientación del perfil de gerontología, para abordar 46 instituciones de protección y atención integral a personas mayores en las localidades de San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Antonio Nariño y Mártires.
Cuidado para la salud de personas y cuidadores en instituciones de protección y atención para habitantes de calle y personas privadas de la libertad	Instituciones de protección y atención para habitantes de calle y personas privadas de la libertad	Con un equipo, conformado por los perfiles de enfermería, psicología y técnico en salud, para abordar en total 2 instituciones Carcelarias, 1 institución de atención a población habitante de calle y 1 institución de responsabilidad penal para adolescentes.

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

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

Desde este componente se han aplicado en el área de la Subred 32.313 instrumentos de valoración, con corte diciembre 2017, de los cuales 21.014 se identificaron con necesidad de citas en protección específica y detección temprana (65,0 %); de estos, 15.141

usuarios ya han ingresado a la atención en salud (72,0 %). La distribución de estos usuarios para la localidad de Santa Fe se observa en la Tabla 61, con mayor cantidad reportada para las UPZ 95 y 96 en coherencia con los tamaños poblacionales y la situación de aseguramiento (Anexo 10).

Tabla 61. Distribución de Usuarios con agendamiento, componente Gestión de Riesgo. Localidad de Santa Fe. Vigencia abril - diciembre 2017

UPZ	Barrios	Usuarios agendados
91 Sagrado Corazón	Parque Nacional Oriental, Samper, la Merced, Parque Nacional, vereda Monserrate, San Diego, San Martín	126
92 La Macarena	Bosque Izquierdo, Las Aguas, La Macarena, La Perseverancia	170
93 Las Nieves	La Capuchina La Alameda Las Nieves Veracruz y Santa Inés	72
95 Las Cruces	San Bernardo y Las Cruces	522
96 Lourdes	Egipto Alto, El Consuelo, Julio Cesar Turba, SC. San Francisco Rural, El Dorado 2, El Dorado, El Triunfo, Balcones del Triunfo, El Mirador, Cartagena, El Balcón, Gran Colombia, Rocío Parte Baja, Santa Rosa De Lima, Atanasio Girardot, Lourdes III, Lourdes II, San Dionisio, Rocío Oriental, Fabrica de Loza, Rocío Centro Oriental, Lourdes, El Guavio, Los Laches, El Triunfo, La Peña, S.C. Hoya San Cristóbal, S.C. Parque Nacional Oriental	471
TOTAL		1.361

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 62 permite observar que, en coherencia con la situación de aseguramiento, la gestión de riesgo se adelanta principalmente en las UPZ 95 Las Cruces y 96 Lourdes; los programas para los cuales se hace más gestión son la detección de alteraciones en el joven, detección de cáncer cérvico-uterino e higiene oral; así mismo, la mayor efectividad alcanzada en acceso a los programas se da para la detección de cáncer cérvico-uterino en

la UPZ 96 Lourdes, para planificación familiar en la UPZ 95 Las Cruces y para el programa del adulto en la UPZ 93 Las Nieves.

Tabla 62. Acceso a Programas Componente de Gestión del Riesgo por Localidad y UPZ. Localidad de Santa Fe. Vigencia abril - diciembre 2017

Programa		UPZ 91	UPZ 92	UPZ 93	UPZ 95	UPZ 96	Localidad
Control prenatal (captación temprana antes de la semana 12)	Num	0			3		3
	Denom	1			3		4
	Indicador	0			100		75
Crecimiento y desarrollo	Num	7	10	3	70	35	125
	Denom	17	20	11	142	74	264
	Indicador	41,2	50,0	27,3	49,3	47,3	47,3
Higiene oral (control placa bacteriana)	Num	12	8	11	60	32	123
	Denom	36	34	23	164	101	358
	Indicador	33,3	23,5	47,8	36,6	31,7	34,4
Programa del joven	Num	21	23	4	61	73	182
	Denom	46	46	28	195	222	537
	Indicador	45,7	50,0	14,3	31,3	32,9	33,9
Planificación familiar	Num	3	3	0	17	5	28
	Denom	4	5	1	29	18	57
	Indicador	75,0	60,0	0,0	58,6	27,8	49,1
Programa CCU (21 - 69)	Num	26	34	8	71	91	230
	Denom	59	69	29	174	102	433
	Indicador	44,1	49,3	27,6	40,8	89,2	53,1
Programa tamizaje visual	Num			1		1	2
	Denom			1		1	2
	Indicador			100,0		100,0	100,0
Programa del adulto	Num	6	18	6	15	15	60
	Denom	13	24	12	47	52	148
	Indicador	46,2	75,0	50,0	31,9	28,8	40,5
Crónico (resolutivo)	Num				3	2	5
	Denom				4	3	7
	Indicador				75,0	66,7	71,4
Total general	Num	75	96	33	300	254	758
	Denom	176	198	105	758	573	1810
	Indicador	42,6	48,5	31,4	39,6	44,3	41,9

Fuente: Elaboración equipo ACCVSE con base en Matriz espacio vivienda Gestión de riesgo. Num: Numerador Denom: Denominador.

Acción integradora 1 Cuidado para la salud familiar - Acciones familiares

Teniendo en cuenta los criterios de selección de las familias, la acción integrada gestiona el riesgo combinando medidas preventivas modificando factores de riesgo y reforzando factores protectores que sean modificables para evitar que ocurra la enfermedad y medidas mitigadoras que modifican los efectos de la enfermedad evitando complicaciones

(secuelas, discapacidad, incapacidad y muerte) en el individuo y su familia para lo cual se llevan a cabo las siguientes actividades: Selección y priorización de familias, Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia, Reconocimiento cartográfico para el análisis de determinantes estructurales, Análisis conjunto con la familia de las condiciones halladas para establecer prioridades, Concertación del Plan familiar y Desarrollo de acciones centradas en familia.

El componente de acciones familiares construye planes de intervención con cada familia, los implementa, monitorea y evalúa; así, la Tabla 63 indica que en total se elaboraron 2.664 planes para la Subred de los cuales se han implementado 1.793 y se han monitoreado y evaluado un total de 771. En Santa Fe, a diciembre de 2017 se contaba con la implementación y evaluación del 67,6 % y 15,6 % de los planes formulados, respectivamente (Anexo 10).

Tabla 63 Familias abordadas por localidad, componente acciones Familiares, Subred Centro Oriente. Vigencia abril - diciembre 2017

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

Fuente: Plan Programático y presupuestal abril- dic 2017

Las acciones familiares que se generan en la localidad a partir de los eventos epidemiológicos permiten abordar los eventos de interés en salud pública con la participación de la persona en su atención en salud; es así como se observa seguimiento, tratamiento y control, según el evento. En general, se observa mayor impacto en las acciones adelantadas por bajo peso al nacer y DNT aguda; por UPZ, se evidencia mejor comportamiento en la UPZ 96 tanto para los indicadores citados como para los relacionados con sífilis y con morbilidad materna extrema - MME (Tabla 64).

Tabla 64 Indicadores de Operación en Acciones Familiares por Localidad y UPZ.
Localidad de Santa Fe. Vigencia abril - diciembre 2017

Indicador		UPZ 91	UPZ 92	UPZ 93	UPZ 95	UPZ 96	Localidad 3
% de casos de MME con seguimiento (Vivienda)	Num	3	5	13	11	41	73
	Denom	20	19	50	43	79	211
	Indicador	15.0	26.3	26.0	25.6	51.9	34.6
Índice de mortalidad perinatal por MME	Num	0	1	1	2	0	4
	Denom	20	19	50	43	79	211
	Índice	0	0.05	0.02	0.05	0	0.02
% de casos de Sífilis Gestacional con seguimiento (Vivienda)	Num	2	2	1	4	3	12
	Denom	2	2	1	4	3	12
	Indicador	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Porcentaje de gestantes diagnosticadas con Sífilis y con tratamiento	Num	1	1	1	3	1	7
	Denom	2	2	1	4	3	12
	Indicador	50.0	50.0	100.0	75.0	33.3	58.3
Índice de Sífilis Congénita por Sífilis Gestacional	Num	1	0	0	4	2	7
	Denom	2	2	1	4	3	12
	Indicador	1:2	0:2	0:1	4:4	2:3	7:12
Porcentaje de gestantes que asisten a control prenatal después del seguimiento por vivienda	Num	1	0	1	1	2	5
	Denom	2	2	1	4	3	12
	Indicador	50.0	0.0	100.0	25.0	66.7	41.7
% de casos de Bajo peso al nacer con ganancia de peso para la edad	Num			1	4	14	19
	Denom			1	9	14	24
	Indicador			100.0	44.4	100.0	79.2
% de casos de DNT aguda con ganancia de peso para la edad	Num		1	1	1	7	10
	Denom		1	1	1	7	10
	Indicador		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Porcentaje de casos	Num		1	0	1	7	9

de DNT aguda que ingresaron a programas sociales después del seguimiento y canalización por vivienda	Denom		1	1	1	7	10
	Indicador		100.0	0.0	100.0	100.0	90.0

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

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

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

En el componente de Acciones en Hogares Comunitarios y de Bienestar se caracterizaron 100 Hogares, en donde se dio curso al proceso de implementación y seguimiento a los mismos, lo cual indica el cabal cumplimiento en relación a la meta prevista durante el periodo abril-diciembre de 2017, desagregada por localidad y UPZ en la Tabla 65.

Tabla 65. Hogares Comunitarios abordados por localidad, componente Hogares comunitarios. Subred Centro Oriente. Vigencia abril - diciembre 2017

Localidad	UPZ	Número de HCB
Santa Fe	95	10
	96	14
San Cristóbal	32	2
	33	1
	34	13

	50	1
Los Mártires	102	11
Antonio Nariño	38	8
La Candelaria	94	2
Rafael Uribe Uribe	55	38
Subred CO		100

Fuente: Elaboración propia espacio Vivienda

Durante la vigencia 2017 se abordaron este tipo de instituciones en las UPZ 95 Las Cruces y 96 Lourdes; 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 de su necesidad de atención institucional. Además, se identifica una alta proporción de los menores identificados con su esquema de vacunación completa y adheridos al control de crecimiento desarrollo; sin embargo, menos de la mitad de los menores valorados muestran mejora en la calidad de su higiene oral (Tabla 66, Anexo 10).

**Tabla 66. Indicadores de Operación en Hogares Comunitarios y de Bienestar.
Localidad de Santa Fe. Vigencia abril - diciembre 2017**

Indicador	Numerador	Denominador	Indicador
Proporción de los hogares que hacen un manejo adecuado de las basuras	24	24	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	24	24	100,0
Proporción de madres que conocen al menos dos signos que indiquen la necesidad de buscar ayuda fuera del hogar para un niño con diarrea	23	24	95,8
Proporción de las madres que conocen al menos un signo de alarma de neumonía en niños	22	24	91,7
Proporción de niños de cinco años con esquema completo de vacunación según PAI del municipio	37	37	100,0
Proporción de los niños menores de 5 años que disminuyeron el índice de placa bacteriana	71	173	41,0

Proporción de niños menores de cinco años que están vinculados al programa de crecimiento y desarrollo	360	375	96,0
--	-----	-----	------

Fuente: Elaboración equipo ACCVSE con base en Matriz Espacio Vivienda_Instituciones.

Familias Étnicas con atención integral en salud

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

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

En estas instituciones la intervención comprende la Valoración del riesgo, la Construcción del plan institucional y la Implementación del Plan institucional. En el área de la subred, durante el periodo abril – septiembre 2017, en la

actividad de caracterización, implementación del plan y seguimiento, se abordaron 15 Instituciones en total, dando cumplimiento al 100 % de lo programado como meta para el periodo. Para el periodo octubre 2017 – febrero 2018 se vienen abordando 31 instituciones, de las cuales se evidencia el proceso de caracterización e implementación, el seguimiento está previsto para el mes de febrero; no obstante, en Santa Fe no se adelanta acciones para este componente.

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

Este tipo de intervención comprende 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; actividades que no se desarrollan en la localidad en tanto no reporta instituciones de este tipo.

Así pues, 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, es decir con mayor cantidad de acciones hacia el sur de la localidad, con énfasis en eventos como morbilidad materna extrema, sífilis gestacional y desnutrición aguda.

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

5.2. ESPACIO EDUCATIVO

Desde la Secretaría Distrital de Salud y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas planteadas para el año 2017, el espacio educativo busca fomentar la salud y el bienestar en niños, niñas, adolescentes y jóvenes favoreciendo prácticas cotidianas, entornos y estilos de vida saludables en el espacio educativo, a través de la implementación de Sintonizarte como acción integrada de promoción de la salud,

prevención de la enfermedad y gestión del riesgo individual y colectivo; más específicamente, busca promover prácticas y estilos de vida saludables a través de acciones colectivas e individuales incluyentes y diferenciales que favorezcan la calidad de vida de niños, niñas, adolescentes y jóvenes con la participación de la comunidad educativa; y, realizar acciones de gobernabilidad que incidan en los riesgos colectivos e individuales y contribuyan a un entorno escolar seguro y saludable (Cuadro 9, Anexo 10).

**Cuadro 9. Estructura Espacio Educativo. Subred Centro Oriente.
Vigencia abril - diciembre 2017**

Componente	Talento humano
Acompañarte	Psicólogo Enfermero Profesional
Amarte	
Disfrutarte	Nutricionista Enfermero Profesional
Cuidarte	Odontólogo Enfermero Profesional
Explorarte	Técnico Ambiental Fisioterapeuta Nutricionista

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

Componente Acompañarte

En el marco de la gestión de la salud se realizan 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. Lo anterior con el fin de fortalecer las habilidades para la vida a través de la implementación del Componente Acompañarte.

Por otra parte, se articula realizan articulaciones a nivel transectorial con el referente del PESCC de cada institución e incorporar la estrategia Amarte al Proyecto de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC).

Componente Amarte

Para el presente componente, se manejan dos ejes; el primero es gestión para el mejoramiento de entornos escolares donde se revisa en articulación con el programa educativo de la unidad, para la transversalización e implementación del Proyecto de Educación para la Sexualidad y construcción de ciudadanía (PESCC), para lo cual se debe realizar: apertura en la articulación con otros proyectos, planes y /o protocolos que tenga la institución educativa con el tema de Salud Sexual y Reproductiva. Por su parte, el segundo eje hace referencia a la promoción de vida saludable: actividad que se realiza

con docentes en temas relacionados con Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, centrado en temas de imaginarios, creencias, mitos e inquietudes frente a su ejercicio en adolescentes y jóvenes.

Componente Disfrutarte

El componente Disfrutarte tiene dos ejes en el cual se desarrollan acciones de gestión con los directivos, docentes y en especial de educación física, y en general con la comunidad educativa para transversalizar los temas de alimentación saludable y actividad física en el currículo en un proyecto institucional en conjunto con el colegio, el mejoramiento de entornos escolares.

El segundo eje es promoción de vida saludable: actividad que se desarrolla con docentes para lograr la identificación de necesidades, en temas relacionados con seguridad alimentaria y nutricional y actividad física. Asesoría técnica en Promoción de la actividad física en lo cotidiano, resaltando la importancia de incorporar la realización de pausas activas en el aula de clase y jornadas promocionales de la actividad física de manera periódica incentivando la transversalización de la actividad física en el currículo en un proyecto institucional y brindar herramientas al docente a fin de poder ser incorporadas en el plan de aula.

Componente Cuidarte

Trabaja con la comunidad educativa en aspectos acorde con las necesidades de la Institución Educativa, incorporando en estas no solo a los estudiantes, sino también generando corresponsabilidad en los padres de familia y cuidadores, y así garantizar que se establezcan los espacios de tiempo diarios destinados para el desarrollo de las estrategias planteadas al interior tanto de la institución como del hogar.

Componente Explorarte

De acuerdo a los riesgos colectivos identificados que están generando impacto negativo sobre el entorno ambiental escolar, se implementan acciones concertadas con la

institución que permitan disminuir la presentación de las mismas y ubicar los puntos críticos con temas relacionados con Línea de Aire, Ruido y Radiación Electromagnética, Mantenimiento de la salud auditiva y comunicativa, Línea de Alimentos sanos y seguros, Línea de Hábitat, Espacio Público y Movilidad, Línea de Calidad del Agua y Saneamiento Básico, Línea de Seguridad química, Línea de Enfermedades Transmisibles de Origen Zoonótico y Línea de Medicamentos Seguros.

Se realizó la Conformación de Grupos Promotores de Convivencia: 9 grupos promotores (colegios), donde cuatro de ellos no fueron priorizados para todos los componentes abordados desde el espacio (Tabla 67), 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, generando un conjunto de procesos que incidan favorablemente en la convivencia de niños, niñas y adolescentes, reconociendo sus intereses, puntos de vista y expectativas. 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 67. Colegios Abordados. Localidad de Santa Fe.
Vigencia abril - diciembre 2017**

Colegio	Componente abordado				
	Acompañarte	Amarte	Disfrutarte	Cuidarte	Explorarte
Colegio Externado Nacional Camilo Torres (IED)	X	X	X	X	X
Colegio Aulas Colombianas San Luis (IED) Sede A	X	X	X	X	X
Colegio Aulas Colombianas San Luis (IED) Sede B	X	X	X	NO PRIORIZADO	X
Colegio El Verjón (IED)	X	X	X	X	X
Liceo Bethesda	X	X	X	X	X
Colegio De María Auxiliadora	NO PRIORIZADO	NO PRIORIZADO	NO PRIORIZADO	X	NO PRIORIZADO
Instituto San Bernardo De La Salle/Los Pinos B	X	X	X	X	X
Siervas Madre De Dios	X	X	X	X	X
Colegio La Giralda (IED)	X	X	X	X	X
Colegio Jorge Soto Del Corral (IED) Sede A	X	X	X	X	X
Colegio Los Pinos A (IED)	X	X	X	X	X
Colegio De Salerno	X	X	X	X	X
Colegio Benposta Nacional De Muchachos	X	X	X	X	X
Centro Educativo ACF Julia Roncancio	X	X	X	X	X

Colegio Manuel Elkin Patarroyo	X	X	X	X	X
Colegio Ramón B Jimeno	X	NO PRIORIZADO	NO PRIORIZADO	X	NO PRIORIZADO
Colegio Jorge Soto Girardot B (IED) Sede B	NO PRIORIZADO	X	X	NO PRIORIZADO	NO PRIORIZADO

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

En relación a la respuesta obtenida por cada uno de los componentes, acompañarte refiere que el 73,5 % (n:297) de las personas participantes al componente presenta modificaciones positivas entorno a la resignificación de prácticas y hábitos de salud mental, lo anterior, 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.

Así pues, el componente Amarte reporta que el 61,8 % (n:327) de las personas mostraron modificaciones positivas en torno a los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes y jóvenes, a fin de lograr dicho impacto en la comunidad 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.

Para el componente disfrutarte las modificaciones positivas en torno a las mejores prácticas y hábitos en seguridad alimentaria, nutricional y actividad física fue del 40,5 % (n:205), observándose una mejora en la percepción de los hábitos saludables, a través de la conformación de grupos conversacionales donde se realizaron reflexiones que promovieron el acuerdo para desarrollar acciones de cuidado y auto cuidado del cuerpo.

Cuidarte por su parte, muestra un impacto del 91,9 % (n:421) en el mejoramiento de prácticas en salud oral, el cual se mide mediante la verificación del 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.

Por otra parte, explorarte muestra una recuperación de Puntos Críticos recuperados en las instituciones educativas intervenidas del 60 % (n:9); para ello se abordaron en cuatro (4) sesiones en los cuales el objeto de las acciones identificar los riesgos en la caracterización inicial; realizando una contextualización general del proceso.

En tanto, el segundo aspecto evaluado permitió establecer la resignificación en torno a la mejora de las prácticas y hábitos en salud Ambiental, en donde el 96,1 % (n:146) desarrolló reflexiones sobre las problemáticas de las instituciones educativas buscando crear conciencia y modificación de conocimiento, actitudes y prácticas adecuadas de salud ambiental.

La implementación de acciones desde el espacio educativo con la acción integrada sintonizarte, permite procesos de acercamiento y concertación a las instituciones educativas priorizadas, a fin de poder construir el análisis e identificación del riesgo y proyección de planes de acción.

Lo anterior, mediante el desarrollo de temáticas que permitan fortalecer habilidades para la vida desde la lectura de necesidades, pensamiento creativo, resolución de problemas, relaciones interpersonales así mismo, la divulgación de estrategias distritales a fin de lograr la multiplicación de la información por parte de los participantes.

5.3. ESPACIO TRABAJO

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

Siguiendo el referente conceptual de la SDS, el Espacio Trabajo materializa la política para la salud y calidad de vida de los trabajadores, ya que las acciones que se ejecutan son facilitadoras de herramientas que conllevan a mitigar los factores de riesgo y a

potenciar los factores protectores desde un contexto individual y colectivo motivando a la implementación de estrategias favorecedoras de las condiciones de salud y los entornos laborales.

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

La desvinculación progresiva de niños, niñas y adolescentes trabajadores de las peores formas del trabajo infantil, se ejecuta a partir de la estrategia “Habilidades para la vida”, lo que implica un abordaje integral con los niños, niñas, adolescentes, donde se busca fortalecer destrezas que contribuyan de manera positiva en el desarrollo integral de cada individuo, involucrando el entorno familiar como eje primario en el control de los factores de riesgo. Dentro de esta estrategia se realiza acciones colectivas con niños, niñas y adolescentes para la prevención del trabajo infantil.

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

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

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

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

Se realizaron acciones con las unidades de trabajo informal de bajo impacto, orientadas a los grupos de trabajadores informales – GOTI, donde se pretendió abordar temáticas de acuerdo a las necesidades priorizando las condiciones crónicas, derechos en salud y radiaciones ultravioleta. Esta acción se encuentra a cargo de las Especialistas en Salud Ocupacional.

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

A continuación se presenta una tabla donde se relaciona el talento humano que hace parte de la ejecución de las acciones del Espacio Trabajo (Tabla 68, Anexo 10).

Tabla 68. Distribución Estructura. Espacio Trabajo. Subred Centro Oriente.
Vigencia abril - diciembre 2017

Profesional por localidad	Santa Fe	San Cristóbal	Los Mártires	Antonio Nariño	La Candelaria	Rafael Uribe Uribe	Personas en ejercicio de la Prostitución (Toda la Subred)
Líder de espacio	1						
Tecnólogo Salud Ocupacional	3	3	3	3	2	3	0
Especialista en Salud Ocupacional	1	1	1	1	0	1	0
Psicólogo	1 por dos localidades						1

Trabajador Social	1	1	2	1	1	1	1
Enfermería	1 por dos localidades						0
Auxiliar de enfermería	0	0	0	0	0	0	2

Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE, Matriz de acciones 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 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.

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.

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

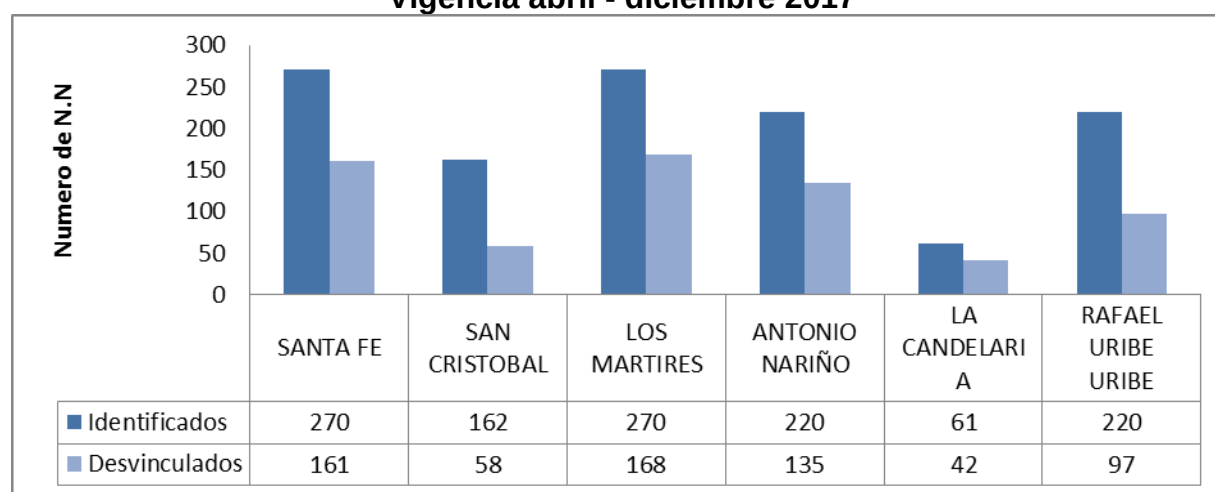
Para la ejecución de la acción integrada dos, se tiene en cuenta que hace la captación y caracterización el Tecnólogo en Salud ocupacional, quien registra las características de cada unidad de trabajo, priorizando los riesgos, valorando el nivel de exposición, daño, definiendo las unidades de mediano 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 este

proceso participa el perfil de enfermería quien fomenta hábitos de vida saludable para la prevención de condiciones crónicas.

A continuación se realiza una descripción de los indicadores de impacto del espacio trabajo para la localidad de Santa Fe (Figura 30, Anexo 10).

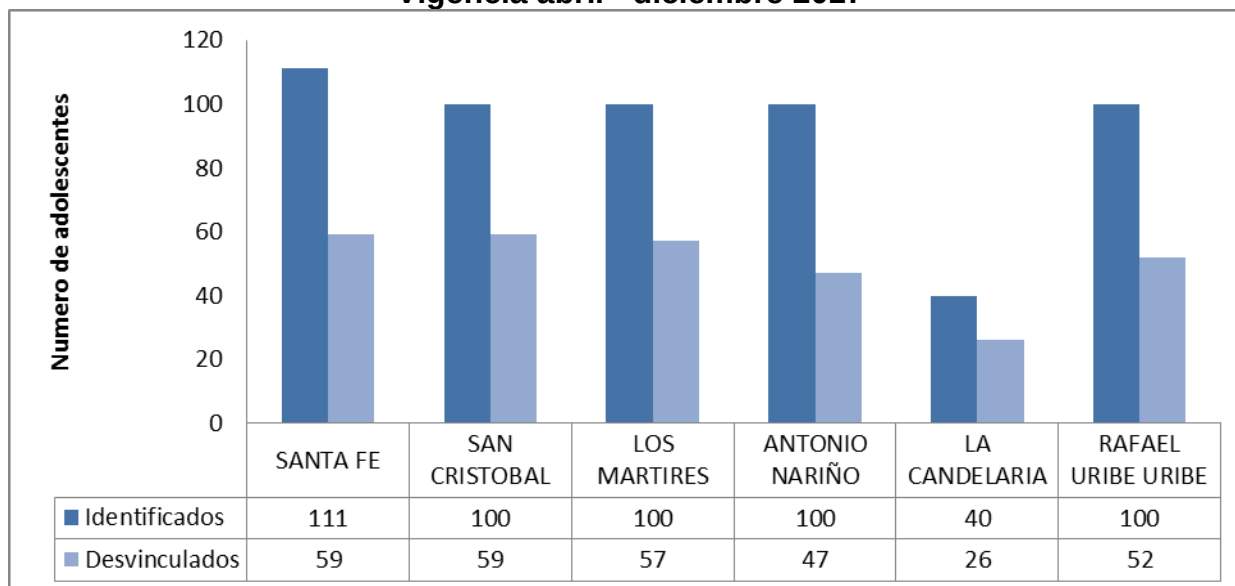
Figura 30. Niños y Niñas Trabajadores con Desvinculación Progresiva de las Peores Formas de Trabajo Infantil por localidad. Subred Centro Oriente. Vigencia abril - diciembre 2017



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

Sobre los adolescentes identificados para la localidad de Santa Fe se logró desvincular al 53,15 % de las peores formas de trabajo a través de acciones de orientación y prevención psicosocial con enfoque laboral (Figura 31, Anexo 10).

Figura 31. Adolescentes con Desvinculación Progresiva de las Peores Formas de Trabajo Infantil por Localidad. Subred Centro Oriente. Vigencia abril - diciembre 2017



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

Del total de UTIS caracterizadas por el equipo, se observa para la localidad de Santa Fe que el 7,31 % (n:81) de los trabajadores informales presentaron afectación por las condiciones de trabajo en UTIS (Tabla 69, Anexo 10).

Tabla 69. Porcentaje de Trabajadores Afectados por las Condiciones de Trabajo en las UTIS por Localidad. Subred Centro Oriente. Vigencia abril - diciembre 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 acciones Espacio Trabajo 2017.

El porcentaje de UTIS que implementan la estrategia de entornos saludables laborales para la localidad de Santa Fe es de 35,48 % (n:458) 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 70, Anexo 10).

Tabla 70. Porcentaje de UTIS que Implementan la Estrategia de Entornos Laborales Saludables por Localidad. Subred Centro Oriente. Vigencia abril - diciembre 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 acciones Espacio Trabajo 2017.

Durante el desarrollo de los centros de escucha se realizó la aplicación de 2162 pruebas rápidas de las cuales 1081 pruebas fueron de VIH y 1081 pruebas fueron de sífilis para la Subred Centro Oriente, de las cuales el 0,37 % (n:4) fueron reactivas para VIH y 0,28 % (n:3) reactivas para Sífilis, frente a lo cual se realiza activación de ruta efectiva.

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.

5.4. ESPACIO PÚBLICO

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

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

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

La operación se instaura a partir de tres prioridades: movilidad, establecimientos abiertos al público y recreación; para el abordaje de esta, se parte de dos acciones integradas las cuales hacen referencia a la gestión del riesgo en salud y comunidades promotoras y protectoras de salud (Cuadro 10, Anexo 10).

Cuadro 10. Estructura Espacio Público. Subred Centro Oriente.
Vigencia abril - diciembre 2017

Acción integrada	Componente	Producto	Talento humano	Distribución por localidad
Gestión del Riesgo en Salud en el Espacio Público	Constructores del Espacio Público	Acciones Itinerantes	Ingeniero Ambiental	Un equipo para la Subred
			Trabajador Social	
			Profesional en Artes	
			Gestores Comunitarios - 6	
		Caracterización y Monitoreo del Riesgo en Salud	Ingeniero Ambiental	Un equipo para la Subred
			Trabajador Social	
			Gestores Comunitarios	
		Cúdate, Sé Feliz	Enfermero Profesional	Un equipo para la Subred
			Fisioterapeuta	
			Ingeniero Ambiental	
			Auxiliar de Enfermería	
	Vincúlate	SOJU	Psicólogo	Un equipo por

			Trabajador Social	cada dos localidades
			Terapeuta Ocupacional	
			Gestor Comunitario	
		Acogida	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	Un equipo para la Subred
		Rehabilitación Basado en Comunidad		

Acción integrada	Componente	Producto	Talento humano	Distribución por localidad
Comunidades Promotoras y Protectoras de la salud	LGTBI - Habitante de Calle	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. * Iniciativa comunitaria para la materialización del conocimiento construido en las sesiones. * Verificación de las capacidades de autogestión y liderazgo de los participantes.	Trabajador Social Enfermero Profesional Médico Gestor Comunitario	Un equipo para la Subred
	Persona Mayor			
	Juventud			
	Barras Futboleras			
	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 en distribuidos en el recorrido de la ciclovía de la Subred, para lo cual se realiza articulación con el IDRD y Aguas de Bogotá, y 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.

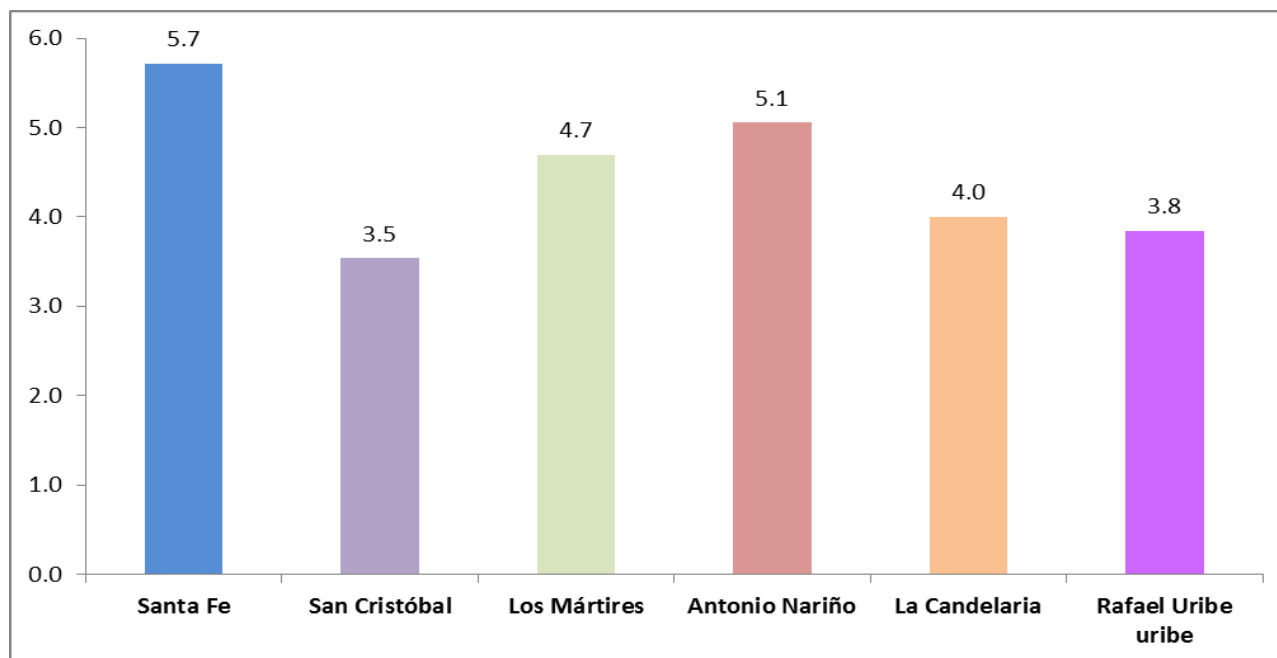
Esta acción busca más que obtener un resultado o ejecución, poder generar una línea base de estas condiciones para la intervención acorde a las necesidades comunitarias en futuras vigencias.

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 se canalizados para seguimiento por parte de las EAPB de acuerdo a los hallazgos de las valoraciones, estableciendo las alertas correspondientes (Figura 32, Anexo 10).

Figura 32. Distribución Población con Riesgo Alto. Cuídate, Sé Feliz. Subred Centro Oriente. Vigencia abril - diciembre 2017



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

Como se observa en la Figura 32, la localidad con mayor afectación en la población por enfermedades crónicas es Santa Fe con una 5,7 % (n:401 – Población: 7019), seguido de Antonio Nariño con 5,1 % (n: 265 – Población: 5263), situación que se ve reflejada en el comportamiento de la pirámide poblacional de la localidad, teniendo en cuenta que esta ha venido presentando una estreches en su base (Figura 1, Anexo 10).

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.

Según la Tabla 71 (Anexo 10), a el 71,6 % (n:234) de las familias se les realizó seguimiento teniendo en cuenta el riesgo relacionado a las condiciones de vulnerabilidad presentes, en donde se interviene no solo al joven sino también para los demás integrantes.

En relación a los grupos conformados, la localidad presenta que en el 4,9 % (n:16) de los participantes se realizaron grupos para el fortalecimiento de habilidades para la vida con un total de 24 sesiones durante el ciclo del programa. De acuerdo a la evaluación de superación inicial de consumo, se observa que con el 38,8 % (n:127) logró dicho objetivo; evidenciándose un mejoramiento en la calidad de vida de los jóvenes del 22,6 % (n:74).

Tabla 71. Distribución Jóvenes con Consumo Inicial de SPA. SOJU. Subred Centro Oriente. Vigencia abril - diciembre 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

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

Para el componente LGTBI – Habitante de Calle, en la localidad se presentó un abordaje a la población frente a los temas concertados con referentes Distritales del 54,1 % (n:252) y 45,9 % (n:214) respectivamente; por su parte en Crónicos fue del 72,22 % (n:54), mientras que en Salud Oral fue de 93,3 % (n:14).

SIVIGILA

De las 205 instituciones que realizaron notificación de eventos de notificación obligatoria a la subred, el 20 % corresponden a la localidad de Santa fe, siendo el 68,3 % (n:28)

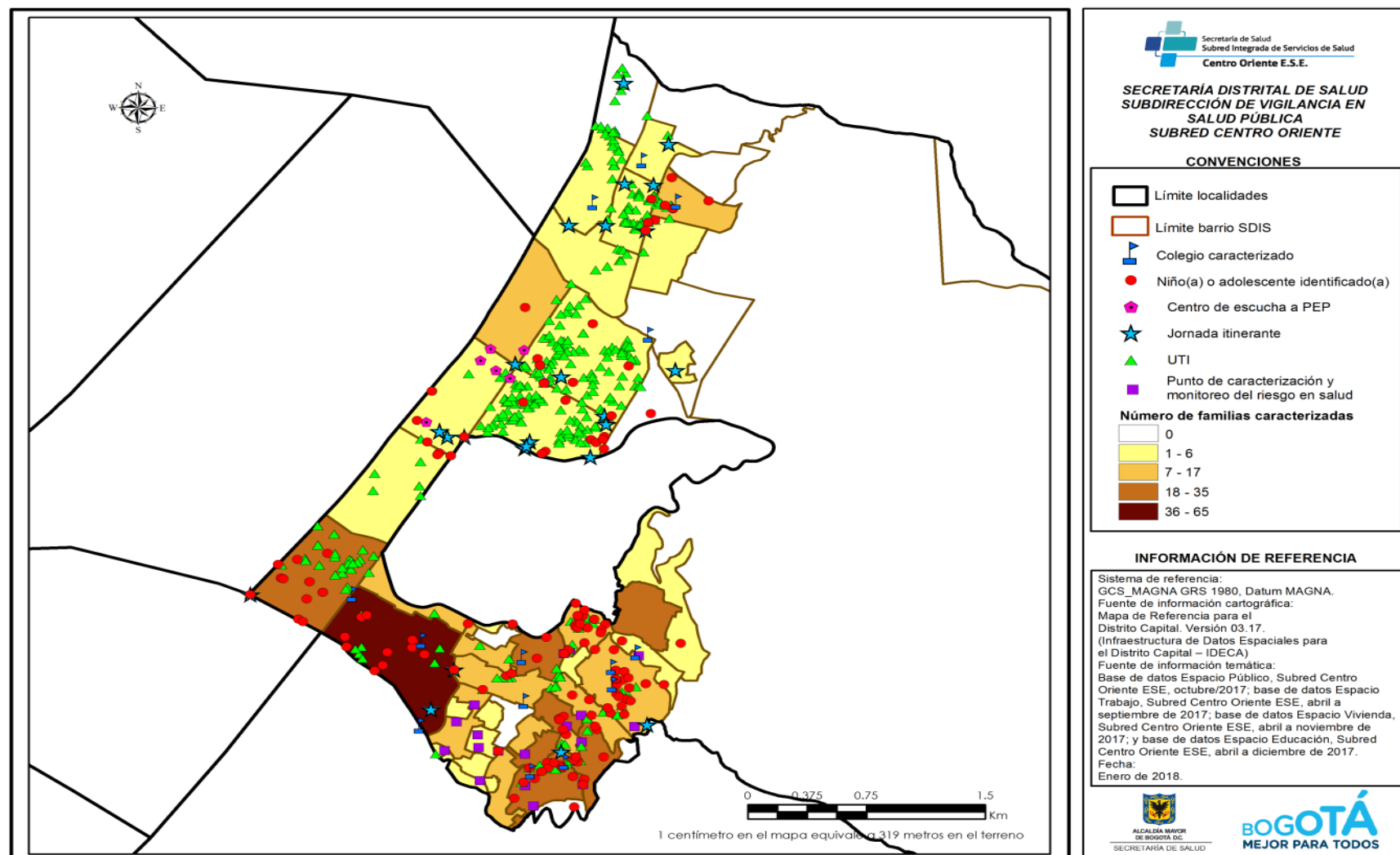
Unidades Informadoras – UI - y el 31,7 % (n:13) Unidades Primarias Generadoras del Dato – UPGD.

Respecto a las enfermedades respiratorias agudas – ERA – la sudred realizó un total de 18 Intervenciones Epidemiológicas de Campo – IEC – de las cuales el 5,6 % (n:1) correspondió a la localidad de Santa Fe. A fin de mitigar la presencia de ERA en las localidades de la Subred, para la vigencia septiembre 2016 a marzo 2017, se contó con 17 salas ERA de IPS públicas y privadas, a las que se realizó asistencia técnica de manera mensual verificando funcionalidad, cumplimiento en la notificación, realizando 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.

Síntesis Cartográfica de Respuesta de Espacios de Vida Cotidiana

La ubicación del accionar de los Espacios de Vida Cotidiana de la Subred, ilustrada en el (Mapa 11) muestra que la mayoría de familias caracterizadas residen en los barrios del sur de la localidad, correspondientes a las UPZ 95 Las Cruces y 96 Lourdes, lo que es coherente con el volumen poblacional de esas zonas; en tanto las Unidades de Trabajo Informal – UTI – intervenidas y los niños o adolescentes trabajadores identificados se emplazan a lo largo del territorio, en consonancia con las actividades comerciales e institucionales predominantes al norte y mixtas (comercial y residencial) al sur; y los centros de escucha a población en ejercicio de prostitución están concentrados en la UPZ 93 Las Nieves, en inmediaciones a la zona de alto impacto de Los Mártires. Por su parte, las jornadas itinerantes se han desarrollado principalmente en los barrios de las UPZ 91 Sagrado Corazón, 92 La Macarena y 93 Las Nieves; mientras que los colegios caracterizados se ubican, fundamentalmente, entre al norte y sur de la localidad.

Mapa 11. Síntesis de la Respuesta Institucional en Salud Pública. Subred Centro Oriente.
Vigencia abril – diciembre 2017



Fuente: Base de Espacio Público, Subred Centro Oriente ESE, octubre-2017; base Espacio Trabajo, Subred Centro Oriente ESE, abril – septiembre 2017; base Espacio Vivienda, Subred Centro Oriente ESE, abril – noviembre 2017; base Espacio Educativo, Subred Centro Oriente ESE, abril – diciembre 2017. Enero 2018

6. CAPÍTULO VI. ANÁLISIS Y SÍNTESIS

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”(45).

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

Un primer elemento se soporta conceptualmente en el modelo para el análisis de balances, interacciones (relaciones) y tensiones entre las dinámicas poblacionales, ambientales, sociales y económicas (BIT PASE) y el modelo de determinantes de la salud desde el enfoque del PDSP 2012-2021.

La formulación de “problemáticas y propuestas” se trabajó a partir de la implementación y adaptación de la metodología PASE, aportando a la priorización y a las propuestas de acción en el marco de la gobernanza; así pues, la aplicabilidad de esta estrategia brinda las herramientas necesarias para lograr una comprensión integral del territorio, en el marco de los determinantes sociales de la salud (45).

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 (Anexo 12)

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. (Anexo 12)

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 de Santa Fe para el año 2014 pasó del tercil medio al menos aventajado (Anexo 12)

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 (46) (Anexo 13).

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.

Por tanto, resulta importante comprender las diferentes interacciones que se desarrollan en torno a las dinámicas de salud – enfermedad de la población residente en la localidad de Santa Fe, y así vislumbrar los mecanismos mediante los cuales se establecen los procesos de calidad de vida, permitiendo la adecuada interpretación y planeación de las intervenciones a lugar; lo anterior, desde la lectura de necesidades realizada a través de los componentes geográficos, sociales y epidemiológicos, que permiten a su vez establecer el contexto histórico, ambiental, demográfico, cultural de la localidad y su proceder para el período analizado.

Así pues, en la localidad se evidencian situaciones en salud que presenta expresiones de impacto en la calidad de vida de los residentes (Tabla 72, Anexo 11).

**Tabla 72. Identificación de Situaciones Tensionantes.
Localidad de Santa Fe. Año 2016**

Momento de curso de vida	# de la tensión	Eventos	Magnitud del evento	Valoración final
Niñez - Adolescencia	1	DNT < 5 años	7,7 % (n:901)	12
	2	BPN	9,2 % (n:134)	10
		Mortalidad Perinatal	15,8 x 1000 NV (n:23)	

	3	Violencia Infantil	1,72% (n:236) respecto al Distrito	10
Juventud	4	Consumo de SPA	1,5 % (n:46)	11
	5	Embarazo	70,7% (n:962) NV de población de 15 a 29 años	12
Adultez	6	Discapacidad	70 % (n:4657)	10
	7	Tuberculosis	3 % (n:31)	13
Vejez	8	Mortalidad por Enfermedad Crónica	2,1 % (n:298)	10
	9	Violencia	4,8 % (n:25)	11

Fuente: Elaboración propia. Equipo ACCVSyE, en articulación Equipo Gobernanza I. Agenda Local. Enero 2018

Con lo anterior, y una vez realizado el proceso de articulación, revisión y discusión con el equipo de Gobernanza I, se construyeron los siguientes nodos:

Nodo 1: Fragilidad en las redes de apoyo familiar y social

Curso de vida: Infancia, Juventud y Vejez

La fragilidad en las redes de apoyo familiar y social propician a lo largo del tiempo la presencia de desnutrición, violencias contra los niños y las niñas, consumo de SPA y violencia en jóvenes y situaciones de abandono en personas mayores. Para lo cual se busca incidir positivamente en mejorar las condiciones sociales y de prácticas de cuidado de las familias con niños y niñas menores de 5 años en las UPZ de mayor afectación de la localidad de Santa Fe, mejorando la adherencia a los programas integrales para la primera infancia a fin de disminuir factores de riesgo de desnutrición y/o malnutrición, abandono, negligencia, violencias; así como la detección temprana de los casos (Anexo 11, 12).

En la localidad de Santa Fe los problemas de desnutrición –DNT– son evidentes a lo largo del territorio. Factor que se relaciona con la situación de pobreza y miseria por

Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI– que se presenta en Santa Fe la cual, dicho sea de paso, es la localidad con el porcentaje más alto en este indicador a nivel distrital, evidenciando así una característica de vulnerabilidad económica para su población residente e impactando en las condiciones de vida y en el acceso a los alimentos en términos de disponibilidad y distribución (Anexo 11, 12).

Factores como los bajos o escasos recursos económicos y la debilidad en la capacidad de adquisición de los alimentos de alto valor nutricional por parte de las familias se constituyen en determinantes de la problemática que se ven agravados por la falta de acceso a los alimentos de la canasta familiar básica, la inequidad en los recursos económicos y la mala distribución de los mismos en el hogar (Anexo 11, 12).

Parte de lo anterior se debe a la presión social que ejercen los medios de comunicación en la alimentación, los cuales venden una idea errada sobre la nutrición, incidiendo en la malnutrición, el acceso a comidas rápidas o precocidas como salida a la necesidad. Todo ello crea un impacto en la re-producción de imaginarios de alimentación que son construcción y heredados a nivel generacional, de modo que así es posible observar la malnutrición tanto por exceso como por defecto en niños y niñas como en adultos jóvenes, maduros y mayores; de ahí que se observe un incremento en las enfermedades crónicas asociadas a los hábitos alimenticios adquiridos a lo largo del transcurrir vital (Anexo 11, 12).

De tal modo la DNT resulta ser un factor de riesgo para la presencia de las enfermedades crónicas en la adultez y la vejez representado por los imaginarios sobre la alimentación encontrados al interior de la cosmovisión de la familia y las tradiciones culturales acerca de la nutrición (Anexo 11, 12).

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

En relación al comportamiento de las desigualdades es importante mencionar que el Índice de Calidad de Vida –ICV– de la localidad disminuyó del año 2011 a 2014 en 1,8 puntos lo que se traduce en un deterioro en las condiciones de vida de la población que reside en la localidad representado por la calidad de las viviendas, el acceso a servicios públicos, los niveles educativos de las personas que componen un hogar y características de habitabilidad dentro del predio. Este hecho aunado a los niveles de pobreza, permitió considerar a la localidad dentro de la categoría de las localidades menos aventajadas con respecto al Distrito (Anexo 11,12).

Análisis de respuesta: Las acciones de respuesta frente a las necesidades y problemáticas a la salud que plantea el nodo 1, son las siguientes:

Desde el componente de espacios de vida de salud pública:

- A través de los espacios público y vivienda que tienen presencia en las UPZ 95 y 96 se fortalece el concepto de la granja a la mesa, esto con el fin de potenciar los hábitos alimentarios e implementación de la estrategia AIEPI comunitario.
- Articulación con EAPB a través de la activación de la ruta de infancia.
- Desarrollo de estrategias desde espacio vivienda para el fortalecimiento del núcleo familiar con acompañamiento de trabajador social y psicólogo; también se desarrollan acciones de prevención de violencia intrafamiliar.

Desde los demás sectores se ejecutan las siguientes acciones de respuesta:

- Aumento de la cobertura de servicios mediante la oferta y disponibilidad de talento humano y de beneficiarios en los proyectos y programas que desarrollan la Secretaría Distrital de Integración Social –SDIS–, Dirección Local de Educación –DILE–, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF– que llevan a cabo actualmente en la UPZ 95 y 96.
- Articulación con Alcaldía local para la priorización de recursos en la UPZ 95 y 96 a través de los proyectos UEL.

- Entrega de bonos alimentarios por familia, apuntando a una solución que cubra a todos los miembros de la misma.
- Articulación de acciones con SDIS, Alcaldía local y DILE para aumentar la cobertura de acciones dirigidas al ciclo de vida juventud.

Pese al desarrollo de las acciones anteriores, se encuentra que estas son insuficientes, por tanto, se requiere evaluar el impacto y la población a la cual se están destinando dichas acciones. En ese sentido es importante resaltar que la priorización de UPZ deja por fuera gran parte de población que requiere atención, así se plantea la necesidad de desarrollar iniciativas comunitarias lideradas por y para adolescentes y jóvenes que involucren nuevas tecnologías y propuestas que contemplen sus necesidades. Con ello es fundamental crear herramientas pedagógicas en prevención del consumo de SPA y mitigación de su impacto, para líderes de organizaciones juveniles (Anexo 11, 12, 13).

En cuanto a las acciones desde el sector salud se evalúa la posibilidad de incluir en las acciones de los espacios de vida, acciones de sensibilización en temas de acompañamiento al adulto mayor y autocuidado desde la salud mental como estrategia preventiva. Asimismo, es fundamental retomar el Servicio de Salud Mental integral en la Unidad de Servicios de Salud –USS– Perseverancia con el abordaje integral a través de equipo interdisciplinario compuesto por Psicología, Terapia ocupacional, Psiquiatría y Trabajo social (Anexo 11, 12, 13).

A nivel intersectorial es conveniente impulsar la política de envejecimiento en la comunidad de las UPZ 95 y 96 garantizando que la comunidad adulta mayor se empodere de sus derechos y conozca los mecanismos de participación y las rutas de atención. Igualmente debe considerarse la apertura de más centros de acompañamiento "Centro día" y "Centro noche" para el adulto mayor en situación de habitabilidad en calle o abandono. Por último, se requiere mayor articulación de acciones con IDRD para promoción de actividades lúdico deportivas y culturales que fortalezcan las redes de apoyo de los adultos mayores y les permitan ocupar su tiempo libre (Anexo 13).

Nodo 2: Fallas en integralidad, oportunidad y calidad de los servicios de salud

Curso de vida:

Infancia, Juventud, Adulthood y Vejez

Los servicios de salud presentan fallas en integralidad, oportunidad y calidad, por desconocimiento de la forma en que operan en el territorio y baja disponibilidad a la atención y los medicamentos, que tienen impacto negativo en la aparición de afecciones relacionadas con el periodo perinatal e infantil, consumo de SPA en jóvenes, embarazo en adolescentes de 15 a 19 años, enfermedades crónicas en adultos y personas mayores y enfermedades mentales en personas mayores (Anexo 11, 12, 13).

Lo anterior concuerda con los indicadores de pobreza por –NBI– pues en consecuencia de la situación de pobreza, los niños y niñas menores de 5 años de la localidad, específicamente de las UPZ 95 y 96, son vulnerables ante la problemática al no tener acceso a una alimentación adecuada; asimismo algunos factores socio-económicos como los bajos ingresos económicos y los bajos niveles de educación también tienen relación con el incremento de menores con peso bajo (Anexo 11, 12, 13).

A pesar de los esfuerzos encaminados a mitigar los riesgos en la salud materno infantil aún existen factores que vulneran la salud de la población en estado de gestación y la población infantil; de ahí que las barreras de acceso a los servicios de salud tanto administrativas como geográficas que derivan en consecuencia de la habitabilidad en las laderas de la montaña o en la zona rural de la localidad, así como también la falta de corresponsabilidad de las usuarias frente a la asistencia a los controles prenatales, a los programas de promoción y prevención para el desarrollo de la niñez, el desconocimiento de los signos de alarma y de las rutas de atención se constituyan como determinantes directos de la problemática (Anexo 11, 12, 13).

Por otra parte, como bien se pudo apreciar en el ejercicio de espacialización de nodos, en los informes de reconocimiento territorial y en los ejercicios comunitarios desarrollados en las Estrategias de Abordaje Territorial –EAT– el consumo de sustancias psicoactivas –SPA– determinante que impacta otras áreas de la vida individual y colectiva de la población

de la sociedad y que a su vez da cuenta de una serie de políticas de regulación y mitigación de consumo de sustancias legales e ilegales así como la normatividad para reducción del consumo por parte de los medios de comunicación que no son suficientes debido a la influencia de los contextos sociales que atraviesan las relaciones entre jóvenes. El SPA suele ser una problemática atendida desde el sector salud de manera resolutive para algunos casos donde el consumo es inicial o experimental, dejando de lado la atención integral que conlleva la problemática. En ese sentido se observa la falta de integralidad en la atención al consumidor a fin de resolver y mitigar la problemática (Anexo 11, 12, 13).

Dentro del contexto económico se relaciona también, como un determinante de la problemática, las largas jornadas laborales y el desempleo de los padres, puesto que es un evento que afecta de manera indirecta a los niños, niñas y adolescentes que crecen sin atención de sus padres, dejándoles vulnerables ante la presión de pares y al modelamiento cultural que ejerce el entorno (Anexo 11, 12, 13).

De acuerdo a lo anterior, las dimensiones PASE involucradas en el presente nodo hacen referencia a poblacional y social, comprendidas en las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública vida saludable y enfermedades transmisibles, convivencia social y salud mental, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, y vida saludable y condiciones no transmisibles.

Las desigualdades sociales en su mayoría no permiten garantizar los derechos a una salud plena y de calidad lo que se asocia a factores socioeconómicos de pobreza, al desplazamiento y al desconocimiento de los procesos de atención en salud para mejorar condiciones de vida y de bienestar integral. Parte de esto se refleja en los casos de mortalidad en menores de 5 años los cuales contemplan la ocurrencia de mortalidad perinatal, mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas -IRA- y mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda -EDA- (Anexo 11, 12, 13).

Análisis de respuesta: Las acciones de respuesta frente a las necesidades y problemáticas a la salud que plantea el nodo 2, son:

Desde el componente de espacios de vida de salud pública:

- Seguimiento de casos y demanda inducida a los servicios de salud de las UPZ priorizadas.
- Desde el espacio vivienda el técnico ambiental contextualiza a las familias sobre la importancia de realizar acciones de saneamiento básico y reconocer riesgos en el hogar que incidan en el deterioro de la salud de los menores de 5 años.
- Educación para la prevención del embarazo adolescente, así como el cuidado del cuerpo de la madre y del menor.
- Acciones que garantizan los esquemas de vacunación de los menores de 5 años en las UPZ 95 y 96.
- Seguimiento y detección de casos, desde el ámbito escolar, así como prevención de posibles casos, a través de actividades de IEC, orientación profesional y proyecto de vida
- Desarrollo de actividades de promoción y detección desde el equipo de espacio vivienda que aborda las UPZ 95 y 96, fomentando los hábitos para el cuidado de la salud integral.
- Implementación de acciones de detección temprana de enfermedades crónicas y fortalecer la demanda inducida a nivel público y privado.
- Asistencia técnica por parte de espacio vivienda para el desarrollo de competencias a cuidadores en centros e instituciones de adulto mayor en las UPZ 95 y 96.
- Acciones desde los servicios de medicina familiar abarcando temas directamente con los cuidadores y familiares del paciente crónico.

Los actores intersectoriales también desarrollan acciones de respuesta a las problemáticas planteadas por el nodo 2, ellas son:

- Articulación entre el DILE y Alcaldía local para socializar oferta local de actividades deportivas, culturales, artísticas y de manejo de tiempo libre, así como proyecto de vida para mejorar las expectativas de los jóvenes.
- Fortalecer desde SDIS el programa de creciendo en familia.
- Desarrollo de acciones intersectoriales de prevención de embarazo adolescente.

- Fortalecimiento de las competencias de cuidado nutricional para adulto mayor desde los programas de SDIS.
- Oferta de bonos alimentarios para adulto mayor.
- Articulación de acciones con IDRD para promoción de actividad física específica para adulto mayor, con el seguimiento de síntomas osteomusculares y cardiovasculares, identificando casos de riesgo.

En términos de efectividad e impacto, algunas de estas acciones no son suficientes para mitigar las problemáticas que plantea el nodo 2, por lo que es necesario tomar en cuenta nuevas acciones desde el sector salud y desde los demás sectores, a saber:

- Ampliar la cobertura de servicios de salud y fortalecer los procesos de activación de ruta para los adultos mayores con habitabilidad en calle, debido a que esta población ha tomado los espacios de la UPZ 95 tras la intervención del antiguo territorio Bronx.
- Es importante fomentar la articulación desde los espacios del PIC al POS en los casos que se puedan detectar en campo y permitan adherencia al programa de crónicos.
- En cuanto a los embarazos en adolescentes es fundamental crear servicios especializados para este tipo de población que incluya asesoría, acompañamiento en salud sexual y reproductiva, de fácil acceso a métodos de planificación y prácticas de autocuidado. Igualmente se requiere abordar este grupo poblacional con temas que incluyan maternidad y paternidad responsable como iguales y nuevas clases de masculinidad.
- Lo anterior requiere la creación de servicios especializados para la prevención del embarazo adolescente, que incluya asesoría en sexualidad temprana, el cuidado del cuerpo de la madre y del menor.
- Por otra parte, es clave desarrollar piezas comunicativas de activación de rutas: RIAS en diferentes medios de comunicación, locales y distritales, las cuales apunten al posicionamiento de los servicios y la adherencia de la oferta de la Subred.

- En cuanto a las actividades de manejo de tiempo libre y mitigación de consumo de SPA, conviene generar acciones articuladas entre la Alcaldía Local, Secretaría de Educación y Secretaría Distrital de Salud con el fin de generar proyectos que permitan a los padres la identificación oportuna de conductas relacionadas con el consumo de SPA y sus nuevas formas, a fin de mitigar las problemáticas adyacentes. Igualmente resulta significativo involucrar a la comunidad dentro de las acciones de prevención mediante la creación de herramientas pedagógicas en prevención del consumo de SPA y mitigación de su impacto, para líderes de organizaciones juveniles.

Nodo 3: Bajo nivel de ingresos en los grupos familiares que compromete la calidad de vida

Curso de vida: Infancia y Juventud

El Bajo nivel de ingresos en los grupos familiares favorece la aparición de afecciones relacionadas con el periodo perinatal e infantil, la presencia de desnutrición y embarazo en adolescentes de 15 a 19 años (Anexo 11, 12, 13).

Si bien en apartados anteriores se ha relacionado el ámbito económico y su impacto en la salud de la población de la localidad de Santa Fe, como lo son la desnutrición en su totalidad, así como en relación con los eventos de mortalidad perinatal e infantil, factores como el acceso a los alimentos, la distribución de los recursos económicos al interior del hogar, el desempleo y la pobreza resultan ser eventos que afectan y ponen en riesgo la salud de la población infantil. Sin embargo, esta situación no se inscribe solamente en el ámbito económico, pues el componente social que se teje alrededor de la construcción de imaginarios y conductas de autocuidado tiene un peso relevante en la corresponsabilidad de los usuarios frente a los eventos mencionados (Anexo 11, 12, 13).

Frente a los embarazos en adolescentes, el análisis de determinantes da cuenta de eventos relacionados con inequidades sociales y económicas como la falta de oportunidades académicas y laborales impiden que los adolescentes y jóvenes ocupen su

tiempo de manera adecuada. Este hecho se refuerza con los medios de comunicación quienes inciden en la reproducción de imaginarios sobre sexualidad y maternidad temprana, y potencian a la vez el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en el marco del ejercicio de la ciudadanía (Anexo 11, 12, 13).

En ese sentido es importante evaluar las acciones de la política de salud sexual y reproductiva la cual prioriza acciones educativas a fin de prevenir y mitigar el aumento de casos en etapas tempranas; sin embargo esta no cuenta con la efectividad suficiente en parte debido a la falta de corresponsabilidad y en parte debido a la debilidad de los mecanismos que se implementan en dicha estrategia así como la falta de continuidad de los proyectos de salud sexual en las instituciones educativas (Anexo 11, 12, 13).

Al respecto es importante mencionar que en el marco de los derechos de la salud, el tema de salud sexual y reproductiva presenta limitaciones en el acceso a los servicios de planificación familiar, pues los programas generados desde el sector educativo, no dan cuenta de las necesidades reales de los adolescentes y jóvenes, generando desconocimiento en derechos sexuales y reproductivos que se tejen dentro de los constructos culturales frente a imaginarios de maternidad temprana, normalización del embarazo e influencia de pares. A nivel proximal deben considerarse factores como las prácticas sexuales inadecuadas influenciadas por el desconocimiento de los temas sexuales y el inicio temprano de las relaciones sexuales (Anexo 11, 12, 13).

De acuerdo a lo anterior, las dimensiones PASE involucradas en el presente nodo hacen referencia a social y poblacional, comprendidas en las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública seguridad alimentaria y nutricional, vida saludable y enfermedades transmisibles, y convivencia social y salud mental.

Análisis de respuesta: Las acciones de respuesta frente a las necesidades y problemáticas a la salud que plantea el nodo 3, identificadas son:

Desde el componente de espacios de vida de salud pública:

- A través de los espacios público y vivienda que tienen presencia en las UPZ 95 y 96 se fortalece el concepto de la granja a la mesa, esto con el fin de potenciar los hábitos alimentarios e implementación de la estrategia AIEPI comunitario.
- Sensibilización a las familias en la importancia de realizar acciones de saneamiento básico, adopción de adecuados hábitos higiénico sanitarios y reconocer riesgos en el hogar que incidan en el deterioro de la salud de los menores de 5 años.
- Acciones de demanda inducida para garantizar el cumplimiento de los esquemas de vacunación de los menores de 5 años en las UPZ 95 y 96.
- Seguimiento y detección de casos, desde el ámbito escolar, así como prevención de posibles casos, a través de actividades de IEC, orientación profesional, proyecto de vida.

En cuanto al análisis de la respuesta, se encuentran factores que deben mejorarse a fin de dar cuenta de la efectividad de la misma mediante la mitigación de las problemáticas que confluyen en el nodo 3. Por tal razón se debe fortalecer la cobertura de los programas de planificación familiar a fin de facilitar el acceso a los métodos de planificación, disminuyendo las barreras de acceso en términos de oportunidad de los mismos.

Desde el sector salud, es importante trabajar de manera articulada con las EAPB a través de la activación de la ruta de infancia.

En cuanto a los demás sectores debe fortalecerse desde SDIS el programa de creciendo en familia, para aumentar la cobertura y seguimiento y detección de casos, desde el ámbito escolar, así como prevención de posibles casos, a través de actividades de IEC, orientación profesional, proyecto de vida.

Nodo 4: Normalización cultural de las acciones violentas

Curso de vida: Infancia, Juventud y Vejez

La normalización cultural de las acciones violentas valida el incremento en ocurrencia de hechos violentos contra niños, niñas y jóvenes y afectaciones a la salud mental de las personas mayores (Anexo 11, 12, 13).

La salud mental es una parte importante dentro del bienestar individual y colectivo. De ahí que la convivencia dentro y fuera del hogar resulte ser fundamental para garantizar una adecuada salud mental. Parte del análisis cualitativo que reflejan las dinámicas sociales y económicas de la localidad de Santa Fe dan cuenta de factores que pueden repercutir en la ocurrencia de conductas violentas como parte del proceso de naturalización de la misma (Anexo 11, 12, 13).

Las características sociales marcadas por las desigualdades sociales y de género, por la falta de entornos seguros adecuados y de servicios de apoyo a las familias, las políticas y programas insuficientes de prevención del maltrato, la pornografía, la prostitución, la naturalización del sexo de la violencia y del trabajo infantil resultan ser factores que determinan el aumento de casos de violencia en la infancia (Anexo 11, 12, 13).

Las dinámicas socioeconómicas de las UPZ con mayor afectación se encuentran marcadas por el desempleo, los bajos recursos económicos y la pobreza, las condiciones habitacionales, los horarios laborales de los padres y en algunos casos la falta de responsabilidad frente al cuidado, así como las construcciones culturales frente a la violencia, el cuidado integral de los niños y las niñas se ve afectado en la medida en que se vulnera el contexto de desarrollo del menor (Anexo 11, 12, 13).

En este sentido, cabe resaltar la falta de importancia de la comunidad sobre la salud mental que repercute en los servicios de salud que no cuentan con la suficiente oferta de servicios ni las estrategias adecuadas de atención a los trastornos de salud mental o al consumo de SPA, generando así un impacto en las acciones de promoción y prevención de las violencias en toda la población y en especial en la infancia (Anexo 11, 12, 13).

Así el lenguaje violento, la re-producción de la violencia en los medios de comunicación, la habitabilidad en inmuebles utilizados como inquilinatos o pagadarios y las putas de

crianza actúan como reforzadores de la problemática aumentando los casos de violencia contra niños y niñas (Anexo 11, 12, 13).

Como consecuencia de la violencia, se observan cambios en la conducta y la salud mental de los menores; el maltrato puede contribuir a las enfermedades del corazón, al cáncer, problemas psicológicos y a las infecciones de transmisión sexual. Más allá de sus consecuencias sanitarias y sociales, el maltrato infantil tiene un impacto económico que abarca los costos de la hospitalización, de los tratamientos por motivos de salud mental, de los servicios sociales para la infancia y los costos sanitarios a largo plazo (Anexo 11, 12, 13).

Otra problemática de la localidad es el abandono de las familias hacia los adultos mayores. Constantemente la persona mayor se ha visto rechazada o relegada por la familia y la sociedad debido a su condición de salud vulnerable y a los imaginarios que se tejen alrededor de la edad productiva la cual contempla la fragilidad y la confunde con inutilidad. El adulto mayor ve en el abandono y el rechazo social algo natural asociado a la edad, lo cual puede ser una de las razones por la cual se sienta improductivo y relegado a realizar actividades acordes a su edad (Anexo 11, 12, 13).

De acuerdo a lo anterior, las dimensiones PASE involucradas en el presente nodo hacen referencia a social y poblacional, comprendidas en las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública convivencia social y salud mental, y vida saludable y enfermedades transmisibles.

Análisis de respuesta: Las acciones de respuesta frente a las necesidades y problemáticas a la salud que plantea el nodo 3, son similares a las expuestas en el nodo 4, considerando que comparten las mismas tensiones y temáticas en salud.

En un análisis de la efectividad de la respuesta, se encuentra debilidad en la misma, por lo cual se requiere el fortalecimiento de las redes de apoyo familiares y sociales a través de Información, educación, comunicación sobre temas de buen trato, potenciando el proyecto de vida y amor propio.

Desde el sector salud es importante implementar estrategias desde espacio vivienda para el fortalecimiento del núcleo familiar con acompañamiento de trabajador social y psicólogo, así como acciones de prevención de violencia intrafamiliar. Para los casos identificados, articulación con EAPB a través de la activación de la ruta de infancia.

Para las acciones intersectoriales se propone impulsar y potenciar la política de envejecimiento en la comunidad de las UPZ 95 y 96 garantizando que la comunidad adulta mayor se empodere de sus derechos y conozca los mecanismos de participación y las rutas de atención; asimismo poder incluir en las acciones de los espacios de vida cotidiana público, educación y trabajo sensibilización en temas de acompañamiento al adulto mayor y autocuidado desde la salud mental como estrategia preventiva desde los cursos de vida intervenidos.

Realizar articulaciones con alcaldía local para la priorización de recursos en la UPZ 95 y 96 a través de los proyectos UEL. Por último, se resalta la apertura de más centros de acompañamiento "centro día" y "centro noche" para el adulto mayor en las UPZ priorizadas.

Nodo 5: Baja oferta y disponibilidad de alternativas de uso del tiempo libre

Curso de vida: Juventud, Adulterez y Vejez

El mercado de las SPA lícitas y su legalidad para la producción, distribución y consumo permite a la sociedad consumir de una forma libre aumentando un mayor riesgo a la salud y al abuso del consumo de sustancias lícitas e ilícitas; adicionalmente, en los mercados ilegales la ley y las regulaciones financieras del país no aseguran un control en el mercado ilegal ni suministran ingresos fiscales, lo cual permite al expendedor generar sus propios recursos para seguir comercializando. Por otra parte, la baja oferta y disponibilidad de alternativas de uso del tiempo libre, propone un reto para las acciones a realizar en la localidad, buscando propender por el fortalecimiento de los centros integrales de apoyo, prevención y atención del consumo de SPA a fin de mitigar el impacto del consumo de sustancias psicoactivas para el curso de vida juventud, disminuyendo la aparición de nuevos casos (Anexo 11, 12, 13).

En el afán cotidiano de suplir las necesidades individuales y familiares, la población adulta ha descuidado su salud generando dificultades en el bienestar integral afectando su proceso de salud-enfermedad. Parte de lo anterior se refleja en la falta de adherencia a hábitos de autocuidado y de prevención como lo es la actividad física (Anexo 11, 12, 13).

Como consecuencia de la distribución espacial de la localidad, se evidencian ausencia de espacios para el desarrollo de actividades que fomenten la ocupación adecuada del tiempo libre, así como hábitos saludables basados en la actividad física y la recreación. De ahí que se presenten alteraciones en la salud de los adultos, generando enfermedades crónicas e inhabilidades como la discapacidad adquirida. Un factor encontrado en los ejercicios de EAT concluye que si bien hay pocos parques y zonas de recreación, los que existen son empleados de mala manera, pues ahí se reúnen personas consumidoras de SPA y algunos ciudadanos habitantes de calle duermen ahí, factores que fomentan la inseguridad en la zona e impiden la ejecución de actividades recreativas y deportivas (Anexo 11, 12, 13).

Como un determinante positivo es importante resaltar la presencia del Punto de Articulación Social –PAS– que está ubicado en el barrio Lourdes y donde se despliega una oferta amplia de actividades recreativas y deportivas para toda la población de la localidad; sin embargo, este se encuentra retirado de la población que vive hacia el occidente y hacia el norte de la localidad, dejando por fuera a la población que reside en esas zonas (Anexo 11, 12, 13).

Otro aspecto fundamental a evaluar se encuentra en la zona rural de El Verjón, UPR 2 Cerros Orientales, confluyen con mayor impacto estas problemáticas pues aquí la población predominante son los adultos mayores, algunos de ellos viven solos en condiciones de abandono, discapacidad y algunos sin aseguramiento en salud, ni identificación. Este hecho corresponde a las barreras de acceso geográficas, a la dificultad de desplazamiento a la zona urbana, a la ausencia de espacios para el desarrollo de actividad física, al desconocimiento de la oferta de servicios, sumado a esto hay desconocimiento de esta población en las rutas de atención de las instituciones existentes a nivel nacional, distrital y local (Anexo 11, 12, 13).

Una situación similar ocurre en la zona urbana de la localidad, específicamente en la falda de la montaña, donde, por su infraestructura hay dificultad en el acceso a servicios sociales y de salud. Asimismo hay evidencia de presencia de inquilinatos los cuales son generalmente viviendas antiguas que no cuentan con estructuras adecuadas para la habitabilidad; dentro de estos recintos se encuentran problemáticas sociales y de salud como son el hacinamiento, condiciones de insalubridad malos olores debido a la inadecuada disposición de las basuras dentro de las habitaciones, población en condición de discapacidad, situaciones de abandono al adulto mayor, población con discapacidades de tipo cognitiva y física principalmente (Anexo 11, 12, 13).

De acuerdo a lo anterior, las dimensiones PASE involucradas en el presente nodo hacen referencia a social y poblacional, comprendidas en las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública convivencia social y salud mental, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, y vida saludable y condiciones no transmisibles.

Análisis de respuesta: Las acciones de respuesta frente a las necesidades y problemáticas a la salud que plantea el nodo 5, encontrando una debilidad en la efectividad de las acciones de respuesta que requieren potenciamiento de las iniciativas comunitarias enfocadas y lideradas por adolescentes y jóvenes que involucren nuevas tecnologías y propuestas hechas por y para jóvenes, que promuevan el uso del tiempo libre, como herramienta para la prevención de consumo de SPA. Igualmente es necesario fortalecer las actividades de PyD desde el equipo de espacio vivienda que aborda las UPZ 95 y 96, a fin de fomentar los hábitos para el cuidado de la salud integral.

En cuanto a la mitigación de las enfermedades crónicas es importante realizar acciones de detección temprana y fortalecer la demanda inducida a nivel público y privado para así garantizar la adherencia al programa de crónicos y la adopción de hábitos y estilos de vida saludables.

Por otra parte, se propone aumentar la promoción de los parques biosaludables y espacios recreo deportivos como herramientas para la prevención de enfermedades

crónicas y realizar en ellos jornadas de IEC en donde se brinden recomendaciones y procedimientos de hábitos adecuados para el cuidado de la salud.

Por último, se requiere generar acciones en articulación con IDRD para promoción de actividad física específica para el adulto mayor, con el seguimiento de síntomas osteomusculares y cardiovasculares, identificando casos de riesgo.

Nodo 6: Hábitos inadecuados de alimentación y nutrición

Curso de vida: Infancia, Adultez y Vejez

Los hábitos inadecuados de alimentación y nutrición constituyen un determinante proximal de la situación nutricional de los niños y niñas y tiene incidencia en la aparición y complicación de las enfermedades crónicas en la adultez y la vejez (Anexo 11, 12, 13).

Así como el Estado propende por la protección integral de los niños, niñas y adultos mayores, la sociedad y la familia también deben velar por su cuidado; empero en la mayoría de ellos no cuentan con una red de apoyo familiar fuerte lo que limita el acceso a los servicios de salud y debilita el bienestar físico, social y emocional de las personas (Anexo 11, 12, 13).

En razón de las dinámicas laborales, muchos niños y niñas no están al cuidado constante de sus padres, sino que son delegados a familiares o terceras personas, igual sucede con los adultos mayores pues muchos de ellos viven en situación de abandono en instituciones u hogares geriátricos; en consecuencia esta población no tiene conocimiento de prácticas de autocuidado y en ocasiones hay una adherencia a mecanismos de prevención ni asisten a los controles de atención y control de las condiciones crónicas. Así el abandono social y familiar surge como factor determinante tanto de la prevalencia de la HTA en los adultos mayores como de la malnutrición en menores de 5 años ya que, al no contar con una red de apoyo en el proceso de atención y control, se presenta el deterioro de su condición (Anexo 11, 12, 13).

Aunado a lo anterior, también se encontraron adultos mayores que residen solos en inquilinatos y pagadarios, lo que los ubica en un estado de fragilidad social que asociado con la falta de apoyo económico se traduce en una vulnerabilidad a sus derechos en salud, el deterioro de su condición crónica y la falta de adherencia a hábitos y estilos de vida saludables (Anexo 11, 12, 13).

Como otro factor determinante se reconoce la práctica recurrente de hábitos inadecuados mediados por factores socioculturales que implican el consumo de alcohol, tabaco y café los cuales resultan ser elementos que deterioran el estado de salud. Adicionalmente se observa la tendencia al consumo excesivo de sodio y azúcar que interfieren en la dieta adecuada para el control de las condiciones crónicas. Las dinámicas sociales de la localidad están permeadas por la debilidad económica de sus residentes, estas impiden el acompañamiento y el cuidado a los adultos mayores por parte de su red de apoyo familiar cercana, este hecho se traduce en una fragilidad social que merece ser atendida, entendiendo la importancia del conocimiento de los factores de riesgo y la apropiación de un proceso de corresponsabilidad frente a la adopción de hábitos y estilos saludables (Anexo 11, 12, 13).

Los adultos mayores de la localidad presentan una fragilidad social mediada por las dinámicas sociales que impiden el fortalecimiento de las redes de apoyo: familiares, sociales e institucionales. Sin embargo, se destaca la adherencia a los planes y programas del gobierno que potencian la actividad física y el abordaje psicosocial que garantiza el bienestar de los adultos mayores asistentes a estos espacios. Así se encuentra un conocimiento de los factores de riesgo que permite la apropiación de un proceso de corresponsabilidad frente a la adopción de hábitos y estilos saludables (Anexo 11, 12, 13).

De acuerdo a lo anterior, las dimensiones PASE involucradas en el presente nodo hacen referencia a económico y poblacional, comprendidas en las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, y vida saludable y condiciones no transmisibles.

Análisis de respuesta: Las acciones de respuesta frente a las necesidades y problemáticas a la salud que plantea el nodo 6, aún son insuficientes y requieren la toma de acciones tendientes al mejoramiento para mitigar las problemáticas enunciadas.

Así es importante fomentar y potenciar la educación en alimentación saludable mediante estrategias lúdicas y acordes al contexto socioeconómico, cultural y al curso de vida. Para ello se plantea retomar el programa "Tienda Escolar" a fin de fortalecer las acciones de alimentación saludable.

En cuanto a la atención de crónicas se espera fortalecer, desde el espacio vivienda, la educación individual y familiar frente a los hábitos alimenticios y estilos de vida saludables. A través de los espacios público y vivienda que tienen presencia en la UPZ 95 y 96 se puede generar acciones a fin de fortalecer el concepto de la granja a la mesa, así como los hábitos alimentarios e implementación de AIEPI comunitario, y sería importante retomar acciones de suplementación con micronutrientes.

Desde gobernanza, espacio público y espacio vivienda se pueden generar procesos de implementación de huertas a nivel familiar (verticales u horizontales de acuerdo con el espacio disponible).

Por otra parte, se espera poder realizar acciones de detección temprana de enfermedades crónicas y fortalecer la demanda inducida a nivel público y privado y ampliar la cobertura de servicios de salud y fortalecer los procesos de activación de ruta para los adultos mayores.

En cuanto a los demás sectores se propone aumentar la cobertura de servicios en materia de disponibilidad de talento humano, de beneficiarios en los proyectos y programas de SLIS, DILE, ICBF que se desarrollan actualmente en la UPZ 95 y 96.

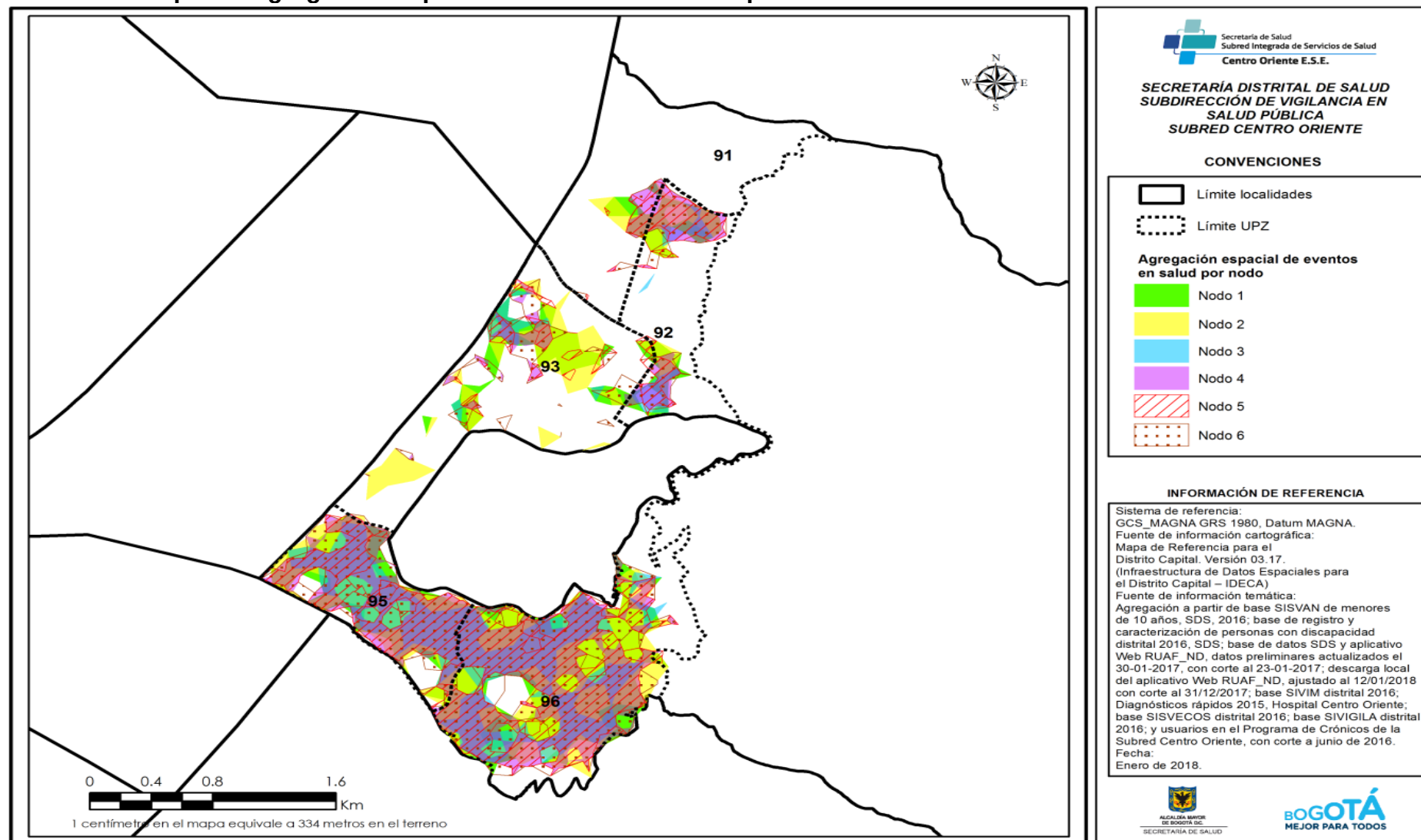
Así mismo, es importante eliminar los mecanismos de asistencialismo adquiridos por la comunidad, por tanto, debe existir una forma de priorización de manera que se destine un solo bono por familia, considerando sus problemáticas particulares y apuntando a una solución que cubra a todos los miembros de la misma. En ese sentido es fundamental

ampliar la cobertura de los comedores comunitarios para infancia y adultez y fortalecer las competencias de cuidado nutricional para infancia, adultez y adulto mayor desde los programas de SLIS.

Agregación Espacial de los Nodos Identificados en la Localidad

El traslape de los nodos, a partir de la agregación espacial de los desenlaces en salud que los conforman, indica que las áreas más críticas, donde se concentra la mayoría de las situaciones problemáticas identificadas, se ubican en las UPZ 95 Las Cruces y 96 Lourdes, con importantes aglomeraciones hacia el centro, en la UPZ 93 Las Nieves y su límite con la UPZ 92 La Macarena; y al norte entre esta última y la UPZ 91 Sagrado Corazón (Mapa 12, Anexo 11, 12, 13).

Mapa 12. Agregación Espacial de Eventos en Salud por Nodos. Localidad de Santa Fe. Año 2016



Fuente: Agregación a partir de base SISVAN de menores de 10 años, SDS, 2016; base de registro y caracterización de personas con discapacidad distrital 2016, SDS; base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos preliminares actualizados el 30-01-2017, con corte al 23-01-2017; descarga local del aplicativo Web RUAF_ND, ajustado el 12-01-2018 con corte al 31-12-2017; base SIVIM distrital 2016; Diagnósticos rápidos 2015, Hospital Centro Oriente; base SISVECOS distrital 2016; base SIVIGILA distrital 2016; y Usuarios en el Programa Crónicos de la Subred centro Oriente, con corte a junio de 2016. Enero 2018.

6.1. RECOMENDACIONES

- Fortalecer los centros integrales de apoyo, prevención y atención del consumo de SPA permiten la mitigación del impacto en el consumo de sustancias psicoactivas para el curso de vida juventud, y disminuye la aparición de nuevos casos.
- Generar acciones en la prevención de casos de violencia y abandono de adulto mayor, a través de la generación de hábitos que fortalezcan redes familiares, personales a fin de generar espacios donde el adulto mayor comparta, se sienta útil, mejorando la salud mental, la resolución de conflictos y el núcleo familiar.
- Fortalecer el acceso a los servicios de salud y, a su vez, empoderar a la comunidad frente a la corresponsabilidad, los controles prenatales, y el reconocimiento de los signos de alarma para consultar oportunamente a los servicios de salud; mediante el refuerzo de la educación sexual en términos de derechos y métodos de planificación a fin de incidir positivamente en la salud sexual y reproductiva mediante el empoderamiento frente a controles prenatales y el reconocimiento de los signos de alarma para consultar oportunamente a los servicios de salud, disminuyendo los índices de embarazo en mujeres de 15 a 19 años.
- Desarrollar hábitos de vida saludable a fin de mejorar la calidad de vida en el proceso de envejecimiento desde las prácticas cotidianas a nivel familiar, social, laboral y de actividad física; disminuyendo la presencia de enfermedades crónicas, así como la reducción de las tasas de mortalidad por dichas causas y casos de conducta suicida y demencia, así como casos de violencia y/o abandono del adulto mayor.
- Incidir positivamente en mejorar las condiciones sociales y de prácticas de cuidado de las familias con niños y niñas menores de 5 años en las UPZ de mayor afectación, mejorando la adherencia a los programas integrales para la primera infancia a fin de disminuir factores de riesgo de desnutrición y/o malnutrición; así como la detección temprana de los casos.

- Generar espacios sociales y de participación que permitan el aprovechamiento de los servicios ofertados por la subred tanto por parte de la población con discapacidad como de sus cuidadores, propiciando estrategias de movilidad y asistencia.
- Dar continuidad a las acciones desarrolladas en términos de no coaccionar los tiempos de ejecución, lo cual disminuye la cobertura de la población a riesgo.
- La violencia sexual en la población con discapacidad se ha incrementado notoriamente, aunque se conoce el subregistro existente frente a la problemática; es importante que, tanto el evento como los subregistros, sean tenidos en cuenta para vigencias posteriores y así poder generar estrategia de mitigación frente a la misma.

6.2. CONCLUSIONES:

- El contraste de la ubicación geográfica de los nodos y de las acciones de los Espacios de Vida Cotidiana permite apreciar la parcial correspondencia espacial entre las situaciones problemáticas vinculadas con desenlaces indeseados en salud y la respuesta que se ofrece desde Salud Pública a escala local, no obstante, la lectura realizada desde las perspectivas operativa, de gestión política y de situación de salud reconoce las limitaciones para atender las necesidades de la población en términos de cobertura y resolutiveidad; aspectos que deben ser considerados para planear las acciones, tiempos y movimientos en vigencias venideras.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. Anexo operativo: Proceso transversal Gobernanza. Componente 2: Generación de conocimiento sobre las relaciones entre condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad. Versión 24 03 2017. Vigencia abril 2017 – febrero 2018
2. Bogotá. Secretaría Distrital de Planeación. 21 monografías de las localidades, Distrito Capital 2011 [Internet]. [Consultado 2017 Abr 21].
3. Bogotá. Secretaría Distrital de Ambiente. Agenda ambiental de la localidad de Santa Fe. [Internet]. [Consultado 2017 Abr 21].
4. Portal Bogotá. [Internet]. Bogotá; c2014. [Consultado 2017 Abr 21].
5. Observatorio Ambiental de Bogotá. Indicadores de espacio público en Bogotá [Internet]. [Consultado 2017 Abr 21].
6. 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.
7. Universidad de los Andes, & Cámara de Comercio de Bogotá. Reporte anual de movilidad 2014. [Internet]. [Consultado 2017 Abr 21].
8. Instituto de Desarrollo Urbano. [Internet]. Bogotá; c2014. [Consultado 2017 Abr 21].
9. Alcaldía Mayor de Bogotá, Encuesta Multipropósito 2014 Principales resultados en Bogotá y la Región, Boletín 65, Bogotá D.C, secretaría distrital de Planeación 2015.
10. DANE. Boletín Censo general 2005. Perfil Localidad de Santa Fe. Bogotá.

- 11 Organización Mundial de la Salud [internet]. Washington, D.C.: OMS; c2004. [Consultado 2018 Ene 17].
- 12 Colombia. Ministerio de Salud. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: Estrategia PASE a la Equidad en Salud – Lineamientos conceptuales [internet]. [Consultado 2018 Ene 17].
- 13 Álvarez Caicedo J. La transformación del barrio Las Cruces y su consolidación como borde urbano durante el siglo XX. [Trabajo de grado Magíster en Urbanismo]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2016.
- 14 Cardeño Mejía F.A. Historia del desarrollo urbano del centro de Bogotá (localidad de Los Mártires). 1 ed. Bogotá. Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte; 2007 [consultado 2018 Ene 18].
- 15 Bogotá. Secretaría Distrital de Planeación. Conociendo la localidad de Santa Fe: Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos, año 2009. [Internet]. [Consultado 2017 Ene 18].
- 16 Bogotá, Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte. Historia del Desarrollo Urbano del centro de Bogotá [Internet]. Bogotá: Alcaldía Mayor; 2006. [Consultado 2018 Ene 17].
- 17 Bogotá. Alcaldía Mayor. Secretaría de Desarrollo Económico. Cuadernos de Desarrollo Económico. Cuaderno N°29. [Internet]. Bogotá; 2015. [Consultado 2018 Ene 18].
- 18 Fondo para el logro de los Objetivos del Milenio –MDGIF– y Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD–. Análisis de brechas. En: Pueblos indígenas y los ODM Objetivos de Desarrollo del Milenio, documento de trabajo y análisis. Primera edición [Internet]. Colombia: PNUD; 2007. 79 – 87. [Consultado 2018 Ene 17].

-
- 19 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE. Bogotá Mejor para Todos. Anexo operativo del informe de Análisis de Condiciones de Salud y Calidad de Vida en la ruralidad de la Subred Centro Oriente 2016. En Prensa.
- 20 Organización Mundial de la Salud. Influencia de la Pobreza en la Salud. [Internet]. Ginebra: OMS; 2003. [Consultado 2018 Ene 17].
- 21 Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Centro de Prensa. Mortalidad Materna. Septiembre de 2016. [Consultado 2017 agosto 08].
- 22 Colombia, Constitución Política de Colombia, Capitulo 2: Delos derechos sociales, económicos y culturales, Artículo 7 y 13
- 23 Ministerio de Salud y Protección Social. Formulación de Política Pública en Discapacidad en Colombia. [Online].; 2012 [cited 2015 06].
- 24 Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. [Online].; 2015 [cited 2015 06].
- 25 Bogotá. Hospital Centro Oriente ESE II Nivel. Atlas de salud pública Santa Fe, 2014. [Internet]. [Consultado 2017 May 08].
- 26 Bogotá. Hospital Centro Oriente ESE II Nivel. Atlas de salud pública Santa Fe, 2014. [Internet]. [Consultado 2017 May0 08].
- 27 Tomado de: Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Ajustado 18-01-2017 (Corte 13-01-2017)
- 28 Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. Análisis de Situación de Salud, anexo 6 – Territorialización. Bogotá: Alcaldía Mayor, 2013.
- 29 Salud OMDI. Organización Mundial de la Salud. [internet].; 2014 [Consultado 2017 Septiembre 13].

- 30 Hospital Centro Oriente ESE II. Diagnostico Local con participación social. Diagnostico. Bogotá: Hospital Centro Oriente ESE II Nivel, Cundinamarca; 2013.
- 31 Bernardo Castiblanco Torres YCMM. Calle y Ciudadania: una mirada desde mujeres habitantes de calle en la ciudad de Bogotá. Investigación. Bogotá:, Bogota; 2011.
- 32 Hospital Centro Oriente ESE II Nivel. Programa de detoxificacion y tratamiento integral ambulatorio con medicina alternativa y complementaria (CAMAD alternativo). Proyecto. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud, Bogota; 2012.
- 33 Contraloria de Bogotá D.C. Estudio sectorial "La prostitucion como problematica social en el Dsitrito Capital". Informe. Bogotá: Contraloria de Bogotá D.C., Cundinamarca; 2004.
- 34 Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud de Poblaciones Diferenciales Relevantes. [Internet]; 2013 [Consultado 2017 Septiembre 12].
- 35 Bogotá. Diagnóstico de situación de personas intersexuales en la ciudad de Bogotá [Internet]. Bogotá: Alcaldía Mayor; 2016. [Consultado 2018 Febrero 22].
- 36 Somosopcion. somosopcionblogspot. [Internet]; 2015 [Consultado 2017 Septiembre 8].
- 37 Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. Presentación proyecto diferencial LGBTI-SDS. 2014.
- 38 Hospital Centro Oriente ESE II. Diagnostico Local con participación social. Diagnostico. Bogotá: Hospital Centro Oriente ESE II Nivel, Cundinamarca; 2013.

- 39 Bernardo Castiblanco Torres YCMM. Calle y Ciudadanía: una mirada desde mujeres habitantes de calle en la ciudad de Bogotá. Investigación. Bogotá:, Bogota; 2011.
- 40 Contraloria de Bogotá D.C. Estudio sectorial “La prostitución como problemática social en el Distrito Capital. Estudio. Bogota: Contraloria de Bogotá D.C., Cundinamarca; 2004.
- 41 Unidad de Servicios de Salud Centro Oriente ESE. Diagnóstico de la prostitución masculina en la localidad de Santa Fe 2016. Bogotá: Unidad de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, Bogotá; 2016.
- 42 somosopcion. somosopcionblogspot. [Internet].; 2015 [consultado 2015 Jun 23.
- 43 Secretaría Distrital de Salud. Guía técnica del Plan de salud pública de intervenciones colectivas. Bogotá, 2017.
- 44 Secretaría Distrital de Salud. Ficha Técnica de espacios de vida cotidiana. Bogotá, 2017.
- 45 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
- 46 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).