

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

Localidad de San Cristóbal

4



Alcalde Mayor de Bogotá
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaria de Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública
Elizabeth Coy Jiménez

Subred Integrada de servicios de salud Centro Oriente ESE

Gerente
Martha Yolanda Ruiz Valdés

Coordinadora PSPIC
Lida Esperanza Montenegro Parra

Referente de Gobernanza
Yulieth Ávila Bohórquez

Equipo Local Gobernanza 2

Lady Viviana Rodríguez Galindo. Líder componente 2
Andrea Rodríguez Pava. Antropóloga
Donald Rodrigo García Jiménez. Geógrafo
Francy Cecilia Perdomo Alarcón. Epidemióloga

Fotografía de la portada
Recorrido territorial San Cristóbal Equipo ACCVSE

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

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	15
OBJETIVOS	16
OBJETIVO GENERAL	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
1.1 CONTEXTO TERRITORIAL	18
1.2 ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA	20
1.3 DINÁMICA DEMOGRÁFICA DE LA LOCALIDAD	25
1.4 CONCLUSIONES	34
2 CAPÍTULO 2: CONDICIONES Y CALIDAD DE VIDA	37
3 CAPÍTULO 3: MORTALIDAD Y MORBILIDAD	44
3.1 MORTALIDAD	44
3.1.1 Mortalidad por Grandes Causas 6/67	45
3.1.2 Mortalidad por subgrupos, grandes causas 6/67	49
3.1.2.1 Mortalidad por enfermedades transmisibles	51
3.1.2.2 Mortalidad por neoplasias	52
3.1.2.3 Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio	54
3.1.2.4 Mortalidad por afecciones del periodo perinatal	56
3.1.2.5 Mortalidad por causas externas	56
3.1.2.6 Mortalidad por las demás causas	58
3.1.3 Mortalidad Infantil y en la Niñez	59
3.1.4 Mortalidad Materno-Infantil y de la Niñez	61
3.2 ANÁLISIS DE ESTRUCTURA DE MORBILIDAD	63
3.2.1 Morbilidad General y Análisis de la Prestación de Servicios	63
3.2.1.1 Infancia	67
3.2.1.2 Adolescencia y Juventud	68
3.2.1.3 Adultez	70
3.2.1.4 Vejez	71
3.2.2 Descripción de la oferta	76

3.2.3 Eventos de Vigilancia en Salud Pública	80
3.2.3.1 SIVIGILA Nacional.....	80
3.2.3.2 SIVIGILA Distrital.....	82
3.2.4 Eventos precursores	83
3.2.5 Análisis General de la Morbilidad e Identificación de Prioridades en Morbilidad.....	84
4 CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DIFERENCIAL DE LAS POBLACIONES	88
4.1 INTRODUCCIÓN	88
4.2 BALANCE DE LA INFORMACIÓN Y ESTADO DEL ARTE	91
4.2.1 Metodología.....	91
4.2.2 Grupos poblacionales.....	92
4.2.2.1 Víctimas del conflicto armado.....	92
4.2.2.2 Orientaciones sexuales e identidades de género.....	94
4.2.2.2.1 Población LGBTI	94
4.2.2.3 Población con Discapacidad	96
4.2.2.4 Poblaciones vulnerables.....	98
4.2.2.4.1 Habitante de Calle	98
4.2.2.4.2 Población de ocupación recicladora, carreteros, pequeños bodegueros	99
4.2.2.4.3 Personas en ejercicio de la prostitución	100
4.2.2.5 Población étnica: indígenas, Afrodescendientes, palenqueros, raizales y Rom ..	101
4.2.2.6 Género y nuevas masculinidades.....	102
4.3 CONTEXTO DEMOGRÁFICO	103
4.3.1 Víctimas del conflicto armado.....	103
4.3.2 Orientaciones sexuales e identidades de género.....	105
4.3.3 Población con Discapacidad	107
4.3.4 Condición/situación o aquellas determinadas por la vulnerabilidad	112
4.3.4.1 Habitante de calle.....	112
4.3.4.2 Reciclador de oficio	114
4.3.4.3 Personas en ejercicio de prostitución	116
4.3.5 Pertenencia étnica.....	119
4.3.6 Género y nuevas masculinidades	122

4.4 RELACIÓN POBLACIÓN - TERRITORIO	122
4.4.1 Víctimas del conflicto armado.....	123
4.4.2 Poblaciones vulnerables.....	123
4.4.3 Orientaciones sexuales e identidades de género	125
4.4.4 Condición de Discapacidad	127
4.4.5 Pertenencia étnica.....	129
4.5 ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD PARA POBLACIONES DIFERENCIALES.....	131
4.5.1 Víctimas del conflicto armado.....	131
4.5.2 Poblaciones vulnerables.....	132
4.5.2.1 Habitante de calle.....	132
4.5.2.2 Reciclador de oficio	133
4.5.2.3 Personas en ejercicio de prostitución	134
4.5.3 Orientaciones sexuales e identidades de género.....	134
4.5.4 Población con Discapacidad	135
4.5.5 Pertenencia étnica.....	137
4.6 ACCIONES Y RESPUESTAS EN SALUD	138
4.6.1 Víctimas del conflicto armado.....	138
4.6.2 Orientaciones sexuales e identidades de género.....	139
4.6.2.1 Población LGBTI	139
4.6.2.2 Mujer y género	140
4.6.3 Población con Discapacidad	140
4.6.4 Poblaciones vulnerables.....	143
4.6.4.1 Población en ejercicio de prostitución	143
4.6.4.2 Ciudadanos habitantes de calle	143
5 CAPÍTULO 5: ACCIONES EN SALUD PÚBLICA.....	147
5.1 ESPACIO VIVIENDA.....	147
5.1.1 Estructura.....	148
5.1.2 Resultados	149
5.1.2.1 Acción integradora 1 Cuidado para la salud familiar - Gestión del riesgo	149

5.1.2.2	Acción integradora 1 Cuidado para la salud familiar - Acciones familiares	152
5.1.2.3	Acción integradora 1 Cuidado para la salud familiar - Acciones en hogares comunitarios y de bienestar.....	154
5.1.2.4	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	156
5.1.2.5	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	156
5.1.3	Conclusiones.....	157
5.2	ESPACIO EDUCACIÓN	157
5.2.1	Estructura	158
5.2.2	Resultados	159
5.2.2.1	Componente Acompañarte.....	161
5.2.2.2	Componente Amarte	161
5.2.2.3	Componente Disfrutarte	161
5.2.2.4	Componente Cuidarte	161
5.2.2.5	Componente Explorarte.....	162
5.2.3	Conclusiones.....	162
5.3	TRABAJO.....	163
5.3.1	Estructura	163
5.3.2	Resultados	165
5.3.2.1	Desvinculación progresiva de los niños, niñas y adolescentes de las peores formas del trabajo Infantil	165
5.3.2.2	Estrategia de entornos laboralmente saludables para la promoción de autocuidado y gestión del riesgo en salud.....	166
5.3.3	Conclusiones.....	168
5.4	ESPACIO PÚBLICO.....	169
5.4.1	Estructura	169
5.4.2	Resultados	173
5.4.2.1	Acciones Itinerantes	173
5.4.2.2	Caracterización y monitoreo del riesgo en salud	174

5.4.2.3	Cuídate, Sé Feliz	174
5.4.2.4	SOJU	176
5.4.2.5	Acogida	176
5.4.2.6	Comunidades Promotoras y Protectoras de la salud	177
5.5	GOBERNANZA	178
5.5.1	Estructura operación 2017	178
5.5.2	Resultados	178
5.6	GESTION DE PROGRAMAS Y ACCIONES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA-GPAISP.....	178
5.6.1	Estructura	179
5.6.2	Resultados	180
5.6.2.1	Planificación y orientación de la gestión operativa	180
5.6.2.2	Gestión y ejecución de acciones extramurales	180
5.6.2.3	Gestión en IPS	181
5.6.3	Conclusiones.....	182
5.7	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	183
5.7.1	Estructura	183
5.7.2	Resultados	184
5.7.2.1	Componente transmisibles	184
5.7.2.2	Componente no transmisibles	189
5.8	VALORACION DE LA RESPUESTA.....	199
6	CAPÍTULO 6: ANÁLISIS Y SÍNTESIS.....	203
6.1	DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA	203
6.2	IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES TENSIONANTES EN LA LOCALIDAD	205
6.2.1	Nodo 1: Fragilidad en las redes de apoyo familiar y social.....	207
6.2.2	Nodo 2: Falla en integralidad, oportunidad y calidad de los servicios de salud	210
6.2.3	Nodo 3: Normalización cultural de las acciones violentas con impactos en la salud mental de niños, niñas, jóvenes y personas mayores.....	213
6.2.4	Nodo 4: Baja oferta y disponibilidad de alternativas de uso y aprovechamiento del tiempo libre para jóvenes, adultos y personas mayores	216
6.3	RECOMENDACIONES	219

7	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	221
---	----------------------------------	-----

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1.	Equivalencia territorios, microterritorios por UPZ, localidad de San Cristóbal.....	89
Cuadro 2.	Respuesta identificada para las necesidades en salud de la población con discapacidad, localidad de San Cristóbal	141
Cuadro 3.	Estructura operativa espacio vivienda, Subred Centro Oriente, 2017	148
Cuadro 4.	Estructura operativa espacio educación, Subred Centro Oriente, 2017	158
Cuadro 5.	Estructura Espacio Público, Subred Centro Oriente, 2017	170
Cuadro 6.	Estructura gestión de programas de interés en salud pública, Subred Centro Oriente, 2017	179

LISTADO DE MAPAS

Mapa 1.	Contexto territorial, localidad de San Cristóbal	19
Mapa 2.	Condiciones de vida, localidad de San Cristóbal	42
Mapa 3.	Ubicación de las IPS públicas y privadas, localidad de San Cristóbal, 2016	79
Mapa 4.	Reporte de ubicación de población vulnerable o víctima del conflicto armado, localidad de San Cristóbal	124
Mapa 5.	Población LGBTI por microterritorio, localidad de San Cristóbal.	126
Mapa 6.	Población con discapacidad por microterritorio, localidad de San Cristóbal	128
Mapa 7.	Población étnica por microterritorio, localidad de San Cristóbal.	130
Mapa 8.	Respuesta institucional desde salud pública de la Subred Centro Oriente, en torno a las poblaciones diferenciales y de inclusión.....	145
Mapa 9.	Respuesta en salud pública, espacios de vida, localidad de San Cristóbal, 2017 ..	201
Mapa 10.	Nodos Temáticos, localidad de San Cristóbal.....	218

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1.	Densidad poblacional por UPZ, localidad de San Cristóbal, 2015	20
Tabla 2.	Distribución de la población por grupo de edad y sexo, localidad.....	21
Tabla 3.	Distribución de la población rural y urbana por UPZ y sexo, localidad San Cristóbal, 2015.....	23
Tabla 4.	Distribución de la población por sexo según curso de vida, localidad San Cristóbal, 2016	23
Tabla 5.	Población diferencial, localidad de San Cristóbal, 2005 a 2016.....	24

Tabla 6. Régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, localidad de San Cristóbal, diciembre 2016	25
Tabla 7. Indicadores demográficos, localidad de San Cristóbal, 2006, 2011 y 2016	25
Tabla 8. Indicadores demográficos, localidad de San Cristóbal, 2012 a 2016	26
Tabla 9. Nacimientos en adolescentes de 10 a 14 años, localidad de San Cristóbal, ...	29
Tabla 10. Nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años, localidad de San Cristóbal, ...	31
Tabla 11. Mortalidad por quinquenios según grandes causas 6/67, Localidad San Cristóbal, 2012 – 2014	46
Tabla 12. Tasas crudas de mortalidad por grandes causas 6/67 según sexo y total, localidad de San Cristóbal, 2012 – 2014	47
Tabla 13. Tasas crudas de primeras causas de mortalidad por subgrupos 6/67 según sexo y total, localidad de San Cristóbal, 2012 – 2014	49
Tabla 14. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades transmisibles según sexo, localidad de San Cristóbal, 2012- 2014	52
Tabla 15. Tasas ajustadas de mortalidad por neoplasias según sexo, localidad de San Cristóbal, 2012- 2014	53
Tabla 16. Tasas ajustadas de mortalidad por afecciones del periodo perinatal según sexo, localidad de San Cristóbal, 2012- 2014	56
Tabla 17. Tasas ajustadas de mortalidad por causas externas según sexo, localidad San Cristóbal, 2012- 2014	58
Tabla 18. Tasas ajustadas de mortalidad por las demás causas según sexo, localidad de San Cristóbal, 2012- 2014	59
Tabla 19. Mortalidad Infantil y en la Niñez específica en menores de 1 año, por subgrupo de causas, localidad de San Cristóbal, 2012 a 2014	60
Tabla 20. Mortalidad Infantil y en la Niñez específica en menores de uno a cuatro años, por subgrupo de causas, localidad de San Cristóbal, 2012 a 2014	61
Tabla 21. Comparativo de la mortalidad Infantil y de la Niñez, localidad de San Cristóbal, 2012 a 2016	62
Tabla 22. Distribución de la población atendida por curso de vida, IPS localidad de San Cristóbal, 2012- 2016	65
Tabla 23. Distribución de las atenciones en salud durante la infancia según agrupación 6/67, IPS de la localidad de San Cristóbal, 2012- 2016	68
Tabla 24. Distribución de las atenciones en salud a residentes durante la adolescencia y juventud según agrupación 6/67, IPS en la localidad de San Cristóbal, 2012- 2016	69
Tabla 25. Distribución de las atenciones en salud a residentes durante la adultez según agrupación 6/67, IPS en la localidad San de Cristóbal, 2012- 2016	70
Tabla 26. Distribución de las atenciones en salud durante la vejez según agrupación 6/67, IPS en la localidad de San Cristóbal, 2012- 2016	71
Tabla 27. Diez primeras causas de atención según sexo, IPS de la localidad San Cristóbal, 2015- 2016	72

Tabla 28. Diez primeras causas de atención en consulta externa, IPS de la localidad San Cristóbal, 2015- 2016	74
Tabla 29. Diez primeras causas de atención en hospitalización, IPS de la localidad	75
Tabla 30. Diez primeras causas de atención en urgencias, IPS de la localidad San Cristóbal, 2015- 2016	75
Tabla 31. Prestadores de servicios de salud localidad de San Cristóbal, según naturaleza jurídica a noviembre de 2016	76
Tabla 32. Distribución de servicios ofertados según naturaleza jurídica de los prestadores de servicios de salud, Subred Centro Oriente- localidad de San Cristóbal, 2015-2016.....	77
Tabla 33. Distribución de la notificación individual por grupos de eventos, localidad de San Cristóbal, 2016.....	81
Tabla 34. Distribución de la notificación colectiva por grupos de eventos, localidad de San Cristóbal, 2016.....	81
Tabla 35. Distribución de la notificación por subsistemas distritales de vigilancia epidemiológica, localidad de San Cristóbal, 2016.....	83
Tabla 36. Proporción de atenciones por eventos precursores, en IPS localidad de San Cristóbal, 2012-2016.....	83
Tabla 37. Distribución de Población Víctima por UPZ, localidad de San Cristóbal identificada por APS en Línea.....	92
Tabla 38. Población LGTBI por sexo y curso de vida APS en Línea, localidad San Cristóbal, enero 2013 a agosto 2016	95
Tabla 39. Población con discapacidad por Sexo, Curso de vida y UPZ de residencia entre la población intervenida, APS en línea, localidad de San Cristóbal, enero 2013 a agosto 2016	96
Tabla 40. Población de inclusión - habitante de calle por sexo y UPZ de residencia, población intervenida por el Programa Territorios Saludables, localidad San Cristóbal, enero 2013 a agosto 2016.....	99
Tabla 41. Frecuencia población de inclusión bodegueros por sexo y UPZ de residencia de la población intervenida por el Programa Territorios Saludables, localidad de San Cristóbal, enero 2013 a agosto 2016.....	100
Tabla 42. Población étnica intervenida por el programa Territorios Saludables según sexo, localidad de San Cristóbal, enero 2013 a agosto 2016.	101
Tabla 43. Población víctima del conflicto, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según sexo, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016.....	103
Tabla 44. Población víctima del conflicto, usuarios atendidos localidad de San Cristóbal según curso de vida, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016.....	103
Tabla 45. Población víctima del conflicto, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según aseguramiento, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016.....	104
Tabla 46. Población víctima del conflicto, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según nivel educativo, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016.....	105

Tabla 47. Población LGBTI, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según sexo, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016	105
Tabla 48. Población LGBTI, usuarios atendidos localidad de San Cristóbal según curso de vida, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016	106
Tabla 49. Población LGBTI, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según aseguramiento, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016	106
Tabla 50. Población LGBTI, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según nivel educativo, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016	107
Tabla 51. Distribución de la población con discapacidad, según origen de la discapacidad, residentes localidad de San Cristóbal, 2004 - 2015	108
Tabla 52. Distribución de la población con discapacidad, según alteración permanente que más afecta, residentes, localidad de San Cristóbal, 2004 - 2015	109
Tabla 53. Distribución de la población con discapacidad según sexo, residentes localidad de San Cristóbal, 2004 - 2015	110
Tabla 54. Distribución de la población con discapacidad según curso de vida, residentes localidad de San Cristóbal, 2004 - 2015	110
Tabla 55. Distribución de la población con discapacidad según régimen de afiliación, residentes, localidad de San Cristóbal, 2004 - 2015	111
Tabla 56. Población Habitante de calle, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según sexo, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016	112
Tabla 57. Población Habitante de calle, usuarios atendidos localidad de San Cristóbal según curso de vida, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016	112
Tabla 58. Población Habitante de calle, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según aseguramiento, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016	113
Tabla 59. Población Habitante de calle, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según nivel educativo, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016	114
Tabla 60. Población Recicladora de oficio, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según sexo, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016	114
Tabla 61. Población Recicladora de oficio, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según curso de vida, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016	115
Tabla 62. Población recicladora de oficio, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según aseguramiento, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016	115
Tabla 63. Población Recicladora de oficio, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según nivel educativo, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016	116
Tabla 64. Población en ejercicio de prostitución, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según sexo, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016	117

Tabla 65. Población en ejercicio de prostitución, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según curso de vida, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016	117
Tabla 66. Población en ejercicio de prostitución, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según aseguramiento, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016	118
Tabla 67. Población en ejercicio de prostitución, usuarios atendidos, localidad San Cristóbal según nivel educativo, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016	118
Tabla 68. Población con pertenencia étnica, usuarios atendidos, localidad San Cristóbal según sexo, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016	119
Tabla 69. Nacimientos localidad de San Cristóbal según pertenencia étnica y edad de la madre, 2016	119
Tabla 70. Población con pertenencia étnica, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según curso de vida, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016	120
Tabla 71. Población con pertenencia étnica, usuarios atendidos, localidad San de Cristóbal según aseguramiento, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016	121
Tabla 72. Población con pertenencia étnica, usuarios atendidos, localidad San de Cristóbal según nivel educativo, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016	121
Tabla 73. Distribución de usuarios con agendamiento, componente Gestión de Riesgo, localidad de San Cristóbal, 2017	150
Tabla 74. Acceso a programas componente de gestión de riesgo según localidad y UPZ, San Cristóbal, 2017	151
Tabla 75. Familias abordadas por localidad, componente acciones Familiares, Subred Centro Oriente	152
Tabla 76. Indicadores de operación en acciones familiares por localidad y UPZ, San Cristóbal, 2017	153
Tabla 77. Hogares Comunitarios abordados por localidad, componente Hogares comunitarios, Subred Centro Oriente	154
Tabla 78. Indicadores de operación en hogares comunitarios y de bienestar, localidad de San Cristóbal, 2017	155
Tabla 79. Indicadores de cuidado para las personas con privación de la libertad, ...	157
Tabla 80. Colegios abordados localidad de San Cristóbal vigencia abril 2017- febrero, 2018	160
Tabla 81. Distribución del talento humano del espacio trabajo	164
Tabla 82. Porcentaje de trabajadores afectados por las condiciones de trabajo en las UTIS por localidad, Subred Centro Oriente, 2017	167

Tabla 83. Proporción de UTIS que implementan la estrategia de entornos laborales saludables por localidad, Subred Centro Oriente, 2017	168
Tabla 84. Distribución de Jóvenes con Consumo Inicial de SPA - SOJU.....	176
Tabla 85. Cantidad de hechos vitales en la Subred Centro Oriente, cobertura septiembre 2016 a marzo 2017	198
Tabla 86. Semaforización de efectos en salud, localidad de San Cristóbal.....	205

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide poblacional según quinquenios de edad, localidad San Cristóbal, 2006, 2011, 2016.....	22
Figura 2. Tasas específicas de fecundidad por edad, localidad de San Cristóbal, 2010 a 2016	27
Figura 3. Serie total de nacidos vivos, localidad de San Cristóbal, 2011 a 2016.....	28
Figura 4. Serie nacimientos según edad de la madre, localidad de San Cristóbal, 2011 a 2016	28
Figura 5. Tasas específicas de fecundidad de 10 a 14 años, localidad de San Cristóbal, 2011 a 2016	33
Figura 6. Tasas específicas de fecundidad de 15 a 19 años, localidad de San Cristóbal, 2011 a 2016	34
Figura 7. Mortalidad general, localidad de San Cristóbal, 2012-2014	45
Figura 8. Tasas ajustadas de mortalidad por grandes causas 6/67 según sexo, localidad de San Cristóbal, 2012- 2014	48
Figura 9. Tasas ajustadas de primeras causas de mortalidad según sexo, localidad San Cristóbal, año 2014	51
Figura 10. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio según sexo, localidad de San Cristóbal, 2012- 2014	55
Figura 11. Distribución de las atenciones e individuos atendidos por ubicación de las IPS, localidades Subred Centro Oriente, 2012-2016.....	63
Figura 12. Distribución de la población atendida según tipo de red, IPS localidad San Cristóbal, 2012 - 2016	64
Figura 13. Distribución de las atenciones según tipo de servicio, IPS localidad San Cristóbal, 2012 - 2016	65
Figura 14. Distribución de las atenciones según grupo de causa 6/67, IPS localidad San Cristóbal, 2012 - 2016	66
Figura 15. Diez primeras causas de atención según curso de vida, IPS de la localidad San Cristóbal, 2015- 2016	73
Figura 16. Distribución de las atenciones por diabetes mellitus, localidad San Cristóbal, 2012 - 2016	84

Figura 17. Identificación de problemáticas de la población víctima, localidad San Cristóbal	94
Figura 18. Principales problemáticas identificadas para la población LGBT, localidad de San Cristóbal	95
Figura 19. Identificación de problemáticas de la población con discapacidad, localidad de San Cristóbal	98
Figura 20. Distribución de la población con discapacidad, según localidad de residencia, Subred Centro Oriente, 2004- 2015.....	108
Figura 21. Niños y niñas trabajadores con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil por localidad, Subred Centro Oriente, 2017.....	165
Figura 22. Adolescentes con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil por localidad, Subred Centro Oriente, 2017	166
Figura 23. Proporción de población valorada con riesgo alto, Estrategia Cuídate, Sé Feliz. Subred Centro Oriente, 2017	175
Figura 24. Unidades Primarias Generadoras de Datos y Unidades Informadoras activas en el SIVIGILA, Subred Centro Oriente, septiembre 2016 a marzo 2017	184
Figura 25. Distribución porcentual de las Investigaciones Epidemiológicas de Campo según evento, Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente, septiembre 2016 a marzo 2017	185
Figura 26. Distribución asistencias técnicas sala ERA Subred Centro Oriente, septiembre 2016 - marzo 2017	188
Figura 27. Distribución de la población con discapacidad, según localidad de registro, Subred Centro Oriente, septiembre 2016 - marzo 2017	193
Figura 28. Proporción de Situaciones Socioculturales y Problemáticas Colectivas Notificadas a VCSP Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, julio 2016 - febrero 2017	195
Figura 29. Distribución porcentual de los Brotes intervenidos, septiembre 2016 – marzo 2017, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.....	197
Figura 30. Proporción de Instituciones notificadoras de hechos vitales de la Subred sCentro Oriente, septiembre 2016 a marzo 2017	198

INTRODUCCIÓN

Este documento presenta el análisis de información de la localidad de San Cristóbal en lo relacionado con el estado de calidad de vida de la población, como herramienta del sector salud, útil en la gobernanza, la planificación y la conducción de políticas públicas en el territorio.

Está estructurado en capítulos, el primero de los cuales presenta la caracterización de los contextos territorial y demográfico de la localidad, este último con base en proyecciones poblacionales por UPZ a 2015 y por localidad a 2016 más el reporte de nacimientos DANE para la estimación de tasas de fecundidad. El segundo capítulo describe las condiciones de vida identificadas como determinantes y el análisis de posibles efectos en la salud de las personas, a partir de fuentes de información recabadas durante los años 2014 a 2016. El tercer capítulo por su parte describe el comportamiento de la mortalidad para el periodo 2012 a 2014 según datos DANE, por grandes causas, específica por subgrupo y materno-infantil y de la niñez, y a continuación presenta la morbilidad atendida durante el año 2016, desagregada por grandes grupos, por curso de vida y por tipo de atención. El capítulo cuarto asume el análisis de situación para poblaciones diferenciales desde su ubicación en el territorio hasta la valoración de la respuesta en salud. El quinto capítulo de este documento pone presente la respuesta generada este último año en salud pública para la localidad, desagregada por espacios de vida cotidiana y componentes. Finalmente, el capítulo seis, recoge los elementos más relevantes de la información registrada, lo complementa con aportes surgidos desde la estrategia de abordaje territorial y valora en conjunto los desenlaces en salud frente a sus determinantes sociales intermediarios y estructurales y, con base en información disponible, se observan gradientes de desigualdad entre grupos hasta proponer una forma de priorización temática y territorial para orientar el abordaje de la población.

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

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

1.1 CONTEXTO TERRITORIAL

La localidad de San Cristóbal está ubicada en el sector centro oriental de la ciudad y limita al norte con la localidad de Santa Fe, al sur con la localidad de Usme, al oriente con el municipio Ubaque y al occidente con las localidades Antonio Nariño, Rafael Uribe Uribe y Usme. En términos políticos y administrativos, la conforman cinco Unidades de Planeamiento Zonal – UPZ –ubicadas en el área urbana (Mapa1A). Cuenta con una extensión total de 4.909,9 hectáreas (ha), de las cuales 3.260,9 están clasificadas como suelo rural (1).

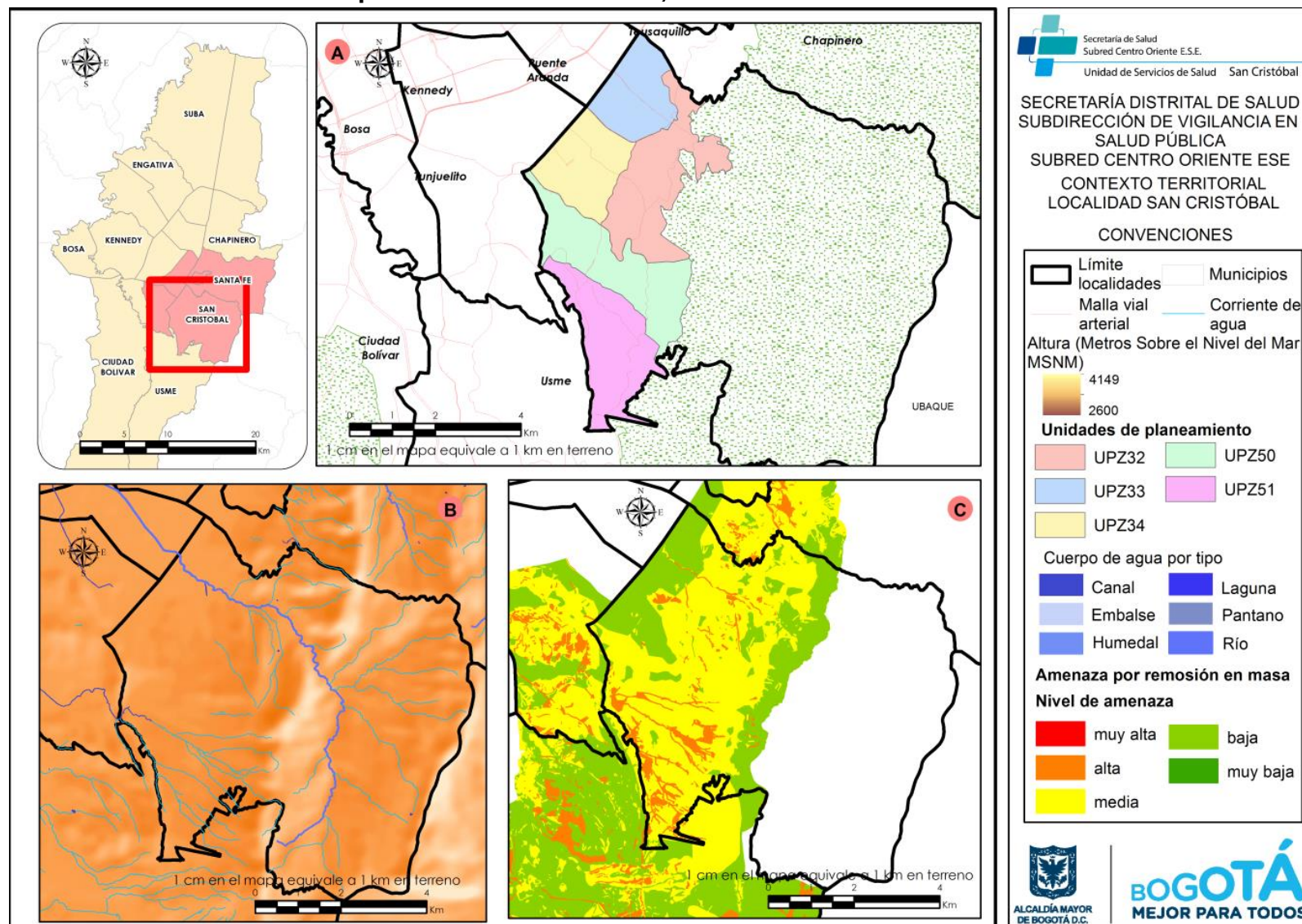
Este territorio comprende un área de cerros orientales, sus piedemontes y el llano fluviolacustre de la sabana de Bogotá; por lo que su altura se incrementa de occidente a oriente y varía entre 2600 y 3200 Metros el Nivel del Mar – MSNM, con temperatura media anual de 12°C y precipitación promedio de 1437 mm (2); su sistema hídrico está conformado por dos corrientes principales: el río Fucha y la quebrada Chiguaza; los cuales fluyen hacia el occidente (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” (3), la localidad reporta 3,54 m² por habitante 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 (4).

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, el Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático – IDIGER –ha identificado y delimitado en la localidad zonas de amenaza de remoción en masa hacia el sur de la misma, 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).

En lo que a movilidad se refiere, alrededor del 66 % de la malla vial arterial se encuentra en buen estado, situación que contrasta con la de las vías locales, que son las predominantes(5), en donde solo el 12 % de sus carriles se encuentran en buen estado (6).

Mapa 1. Contexto territorial, localidad de San Cristóbal



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

1.2 ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA

La población estimada para la localidad de San Cristóbal es de 396.383 habitantes al año 2016, 409.799 para el año 2011 y 409.864 para el año 2006; esta población es predominantemente del área urbana, en tanto la proyección poblacional del año 2015 estima un total de 210 habitantes en el área rural de la localidad*.

La densidad poblacional a escala local equivale a 80,73 personas/Ha, cifra baja explicable por la extensión del área clasificada como suelo rural. No obstante, la desagregación por UPZ permite evidenciar que tres de las cinco UPZ son de muy alta densidad poblacional, a saber: San Blas, 20 de Julio y La Gloria (Tabla 1), esta última propia de las zonas periféricas de baja altura, en tanto las dos primeras se pueden vincular a circunstancias de hacinamiento en las viviendas.

Tabla 1. Densidad poblacional por UPZ, localidad de San Cristóbal, 2015

Cód. UPZ	Nombre UPZ	Área (Ha)	Población 2015	Densidad poblacional (Hab./Ha)
UPZ33	Sosiego	234,9	48.626	207,0
UPZ51	Los Libertadores	364,9	74.694	204,7
UPZ50	La Gloria	385,9	99.331	257,4
UPZ34	20 de julio	262,5	86.351	328,9
UPZ32	San Blas	400,0	96.813	242,0

Fuente: Elaboración propia con base en DANE-SDP, estimaciones de población 1985-2005.

Según la Encuesta Multipropósito de 2014, la localidad cuenta con 116.589 hogares que habitaban 113.258 viviendas, lo que, en comparación con la misma fuente para el año 2011, representa un crecimiento del 6,7 % en cantidad de hogares y de 9,2 % en la cantidad de viviendas. En esta localidad se observa disminución en el promedio de personas por hogar, de 3,8 en 2011 a 3,5 para el año 2014, superior al 3,2 estimado para la ciudad (7).

*A la fecha no se cuenta con proyección poblacional urbano/rural o por UPZ posterior al año 2015.

La desagregación por sexo indica que para el año 2016 el 48,6 % de la población son hombres (n=192.514) y el 51,4 % son mujeres (n=203.869), es decir, por cada 100 mujeres hay 94 hombres. Por quinquenio de edad, tanto para hombres como para mujeres, la mayor cantidad de población se calcula para el grupo de los 20 a los 24 años (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la población por grupo de edad y sexo, localidad San Cristóbal, 2016

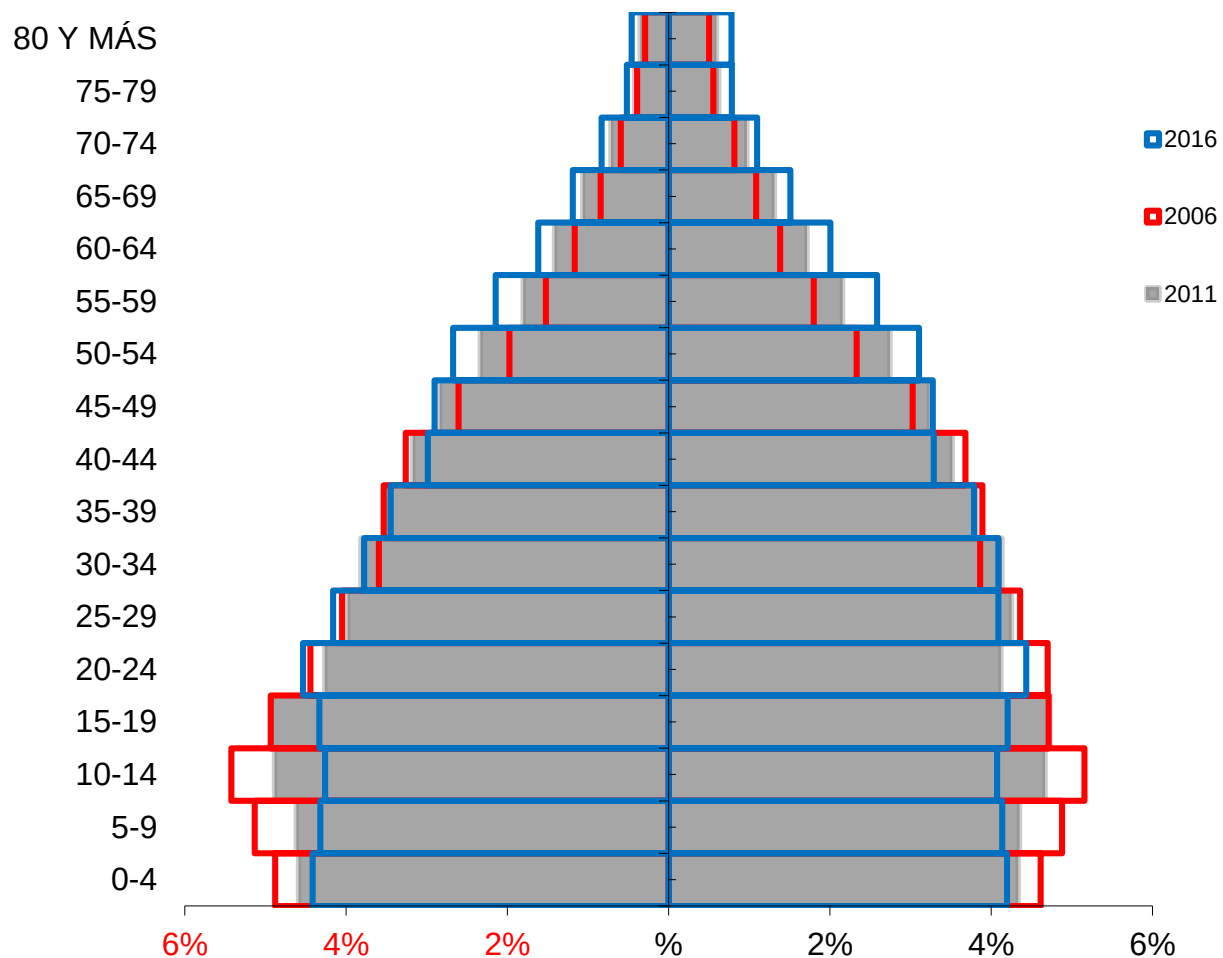
Grupo de edad	Hombres		Mujeres	
0 a 4 años	17.508	9,1	16.631	8,2
5 a 9 años	17.120	8,9	16.397	8,0
10 a 14 años	16.889	8,8	16.143	7,9
15 a 19 años	17.165	8,9	16.659	8,2
20 a 24 años	17.970	9,3	17.573	8,6
25 a 29 años	16.502	8,6	16.215	8,0
30 a 34 años	14.974	7,8	16.211	8,0
35 a 39 años	13.657	7,1	15.020	7,4
40 a 44 años	11.840	6,2	13.024	6,4
45 a 49 años	11.506	6,0	12.984	6,4
50 a 54 años	10.591	5,5	12.305	6,0
55 a 59 años	8.507	4,4	10.239	5,0
60 a 64 años	6.414	3,3	7.946	3,9
65 a 69 años	4.707	2,4	5.984	2,9
70 a 74 años	3.294	1,7	4.343	2,1
75 a 79 años	2.054	1,1	3.099	1,5
80 años y más	1.816	0,9	3.096	1,5
Total	192.514	%	203.869	%

Fuente: Anexo 9 - Herramienta pirámide poblacional, localidad de San Cristóbal, año 2016.

La estructura poblacional de la localidad muestra el avance de la transición demográfica con tendencia creciente al envejecimiento, en donde la proporción de la población adulta y adulta

mayor crece más rápido al tiempo que se va estrechando la base de la pirámide poblacional, para los grupos de edad de menores de 15 años (Figura 1).

Figura 1. Pirámide poblacional según quinquenios de edad, localidad de San Cristóbal, 2006, 2011, 2016



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

Del total de la población para el año 2015, el 0,1 % (n=210) reside en el área rural, la población restante se ubica en la zona urbana, donde el 48,9 % son hombres (n=198.270) y el 51,1 % son mujeres (n=207.545), con la mayor proporción de población ubicada en las UPZ La Gloria y San Blas, como indica la Tabla 3.

Tabla 3. Distribución de la población rural y urbana por UPZ y sexo, localidad de San Cristóbal, 2015

UPZ	Total		Hombres		Mujeres	
San Cristóbal	406.025		198.396	48,9	207.629	51,1
San Blas	96.813	23,8	47.598	49,2	49.215	50,8
Sosiego	48.626	12,0	23.888	49,1	24.738	50,9
Veinte De Julio	86.351	21,3	41.948	48,6	44.403	51,4
La Gloria	99.331	24,5	48.219	48,5	51.112	51,5
Los Libertadores	74.694	18,4	36.617	49,0	38.077	51,0
UPZ RURAL	210	0,1	126	60,0	84	40,0

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

La distribución de la población por momentos del curso de vida evidencia que predomina la población adulta con un 38,1 %, mientras que los grupos de primera infancia e infancia representan el 20,4 %; las diferencias en la distribución por sexo se evidencian a partir de la adultez, en donde predominan las mujeres, que superan en 12,2 % y 33,8 % a los hombres adultos y mayores, respectivamente (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de la población por sexo según curso de vida, localidad de San Cristóbal, 2016

Curso de vida	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Primera infancia 0 a 5 años	20.965	5,3	19.933	5,0	40.898	10,3
Infancia 5 a 11 años	20.443	5,2	19.586	4,9	40.029	10,1
Adolescencia 12 a 17 años	20.344	5,1	19.546	4,9	39.890	10,1
Juventud 18 a 29 años	41.402	10,4	40.553	10,2	81.955	20,7
Adultez 30 a 59 años	71.075	17,9	79.783	20,1	150.858	38,1
Vejez 60 años y más	18.285	4,6	24.468	6,2	42.753	10,8
Total local	192.514	48,6	203.869	51,4	396.383	100

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

Aunque más adelante en este documento se amplía la información, es preciso considerar que la localidad comprende grupos poblacionales identificados 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 se reporta mayor número de personas con discapacidad (con corte a 2016) y afrodescendientes (Tabla 5), en tanto el censo poblacional de 2005 reportó que el 2 % de la población residente en San Cristóbal se auto-reconoce como raizal, palenquero, negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente (8).

Tabla 5. Población diferencial, localidad de San Cristóbal, 2005 a 2016

Población	Cantidad
Población General Total 2016	396.383
Recicladores (UAESP, 2014)	746
Habitantes de calle (Censo, SDIS 2007-2011)	193
LGTBI (APS, 2014)	36
Personas en ejercicio de prostitución APS, 2014	2
Víctimas del conflicto armado (APS, BDUA, RUV, 2015)	1696
Población con discapacidad (RLCPCD 2004-2016, SDS)	17929
Indígenas (SISPI, 2014)	252
Afrodescendientes (DANE 2005)	8.243

Fuente: Elaboración propia Equipo ACCVSyE, con base en los datos del documento de ASIS Diferencial de la localidad de San Cristóbal.

En lo que respecta a la afiliación al sistema general de seguridad social en salud, a diciembre de 2016 predomina el régimen contributivo con el 67,8 % de los habitantes, seguido del régimen subsidiado con el 25,5 % (Tabla 6).

Tabla 6. Régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, localidad de San Cristóbal, diciembre 2016

Régimen	Cantidad	%
R. Contributivo (e)	268.753	67,8
R. Excepción (e)	4.757	1,2
R. Subsidiado	100.908	25,5
Total SISBEN No Afiliados	3.316	0,8
No afiliados, no encuestados	18.649	4,7
Proyección DANE 2016	396.383	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 vigente a 31 de diciembre de 2016 / (e): estimado.

1.3 DINÁMICA DEMOGRÁFICA DE LA LOCALIDAD

La población estimada para la localidad de San Cristóbal es de 396.383 habitantes al año 2016, cifra que ha disminuido en un 3,3 % con respecto a los años 2011 y 2006 (n=409.799 al 2011 y n=409.864 al 2006). Para el mismo periodo, los índices de infancia y juventud han disminuido en un 15,6 % y 5,3 %, respectivamente; mientras que los índices de vejez y de envejecimiento han aumentado en un 41,4 % y 67,5 %, respectivamente (Tabla 7).

Tabla 7. Indicadores demográficos, localidad de San Cristóbal, 2006, 2011 y 2016

Índice Demográfico	Año		
	2006	2011	2016
Población total	409.864	409.799	396.383
Población masculina	199.389	199.724	192.514
Población femenina	210.475	210.075	203.869
Relación hombres: mujer	94,73	95,07	94,4
Razón niños: mujer	34	32	32
Índice de infancia	30	27	25
Índice de juventud	27	26	26
Índice de vejez	8	9	11
Índice de envejecimiento	25	33	42
Índice demográfico de dependencia	54,23	50,38	48,29
Índice de dependencia infantil	46,40	41,28	37,67
Índice de dependencia mayores	7,83	9,11	10,62
Índice de Friz	144,67	132,29	123,16

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

La localidad reporta una tasa de crecimiento natural baja explicable por la disminución progresiva de la tasa de natalidad, tasa de fecundidad global y general de fecundidad; la primera de ellas en los últimos cinco años disminuyó en un 8,2 % pasando de 15,9 a 14,6, superior a 12,3 reportado por el distrito a 2016 con disminución en natalidad del 11,6 %; la segunda, para el año 2016 se estima en 1,7 hijos por mujer en edad fértil, tras una disminución del 10,5 % que aun así sigue superior al dato distrital de 1,5; por su parte, la tasa general de fecundidad estimada en 42,4 nacidos vivos por mil mujeres en edad fértil reporta disminución del 6,4 % y se mantiene superior para lo estimado tanto a nivel de Subred como del distrito (Tabla 8).

Tabla 8. Indicadores demográficos, localidad de San Cristóbal, 2012 a 2016

Tasa	Ubicación	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016
Tasa de crecimiento anual	San Cristóbal	1,2	1,1	1,1	1,1	
	Subred Centro Oriente	1,0	1,0	1,0	0,9	
	Bogotá	1,0	1,0	1,0	0,9	
Tasa bruta de natalidad	San Cristóbal	15,9	15	15,5	14,8	14,6
	Subred Centro Oriente	14,9	14,7	14,6	13,9	13,8
	Bogotá	13,9	13,3	13,4	13,0	12,3
Tasa global de fecundidad	San Cristóbal	1,9	1,8	1,9	1,8	1,7
	Subred Centro Oriente	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7
	Bogotá	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5
Tasa general de fecundidad	San Cristóbal	45,3	43,2	39,9	43,1	42,4
	Subred Centro Oriente	43,1	42,9	43,0	41,2	41,4
	Bogotá	39,1	37,7	38,0	37,2	35,6

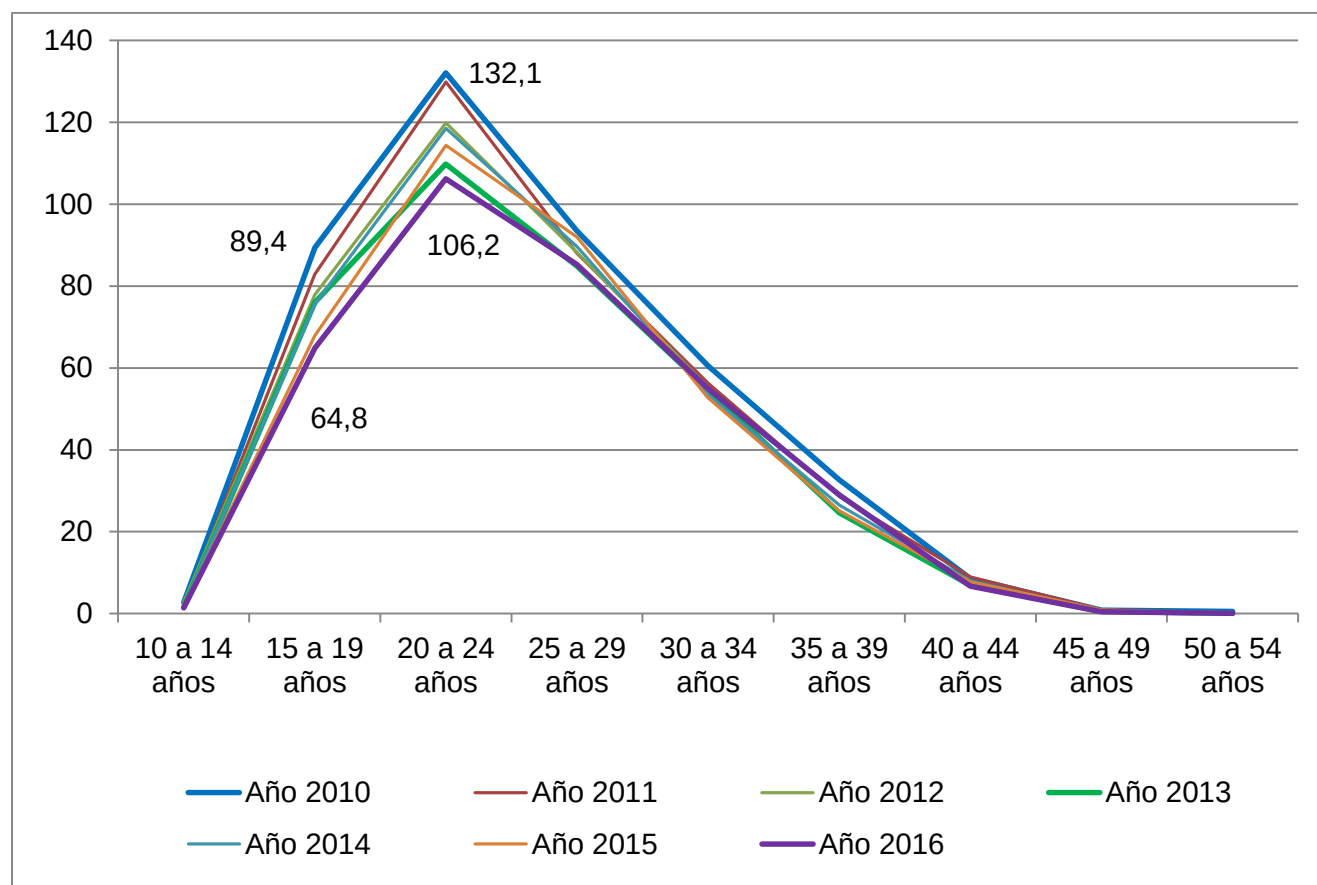
Fuente: Indicadores demográficos Subred y localidad 2010-2016, SDS bases diciembre/2016.

Las tasas de fecundidad más altas se presentan en las mujeres entre 20 y 24 años, seguido por las de 25 a 29 años y las de 15 a 19 años de edad; cifras que han reportado disminución durante el periodo 2010 a 2016 para todos los grupos de edad, aunque en mayor proporción para el grupo de 15 a 19 años, con disminución de la tasa de fecundidad en 27,4 % al pasar

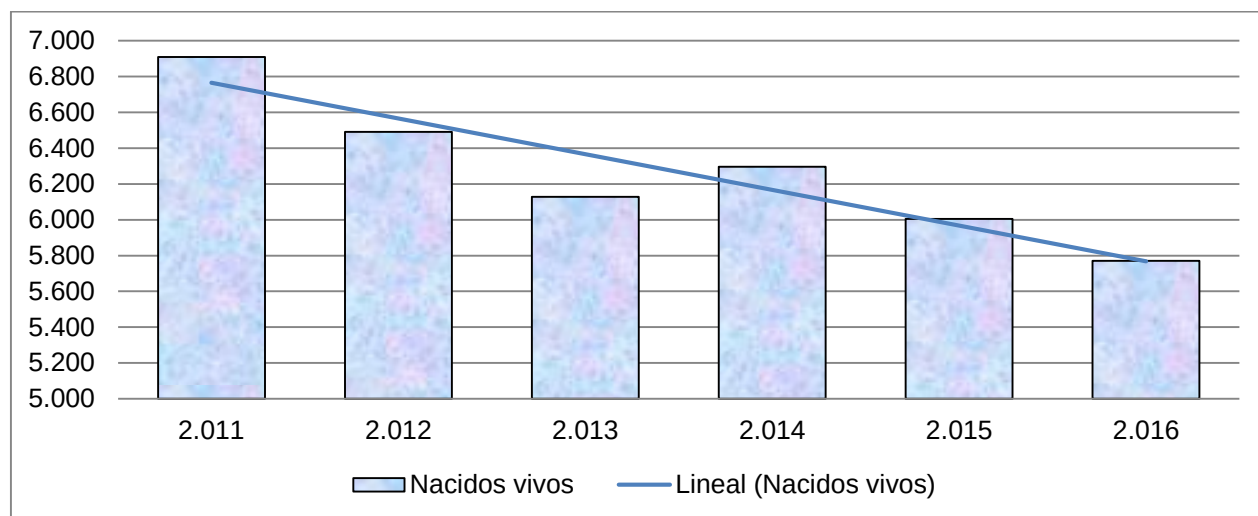
de 89,4 a 64,8 nacimientos por mil nacidos vivos de madres de este grupo de edad, todavía superior a la tasa estimada para la Subred de 58,9 nacimientos por mil nacidos vivos de madres de 15 a 19 años (Figura 2).

Por su parte, los nacidos vivos en la localidad han tenido un comportamiento decreciente, disminuyendo en un 16,5 %, toda vez que al año 2011 se reportaron 6.909 mientras que para 2016 esta cifra descendió a 5.771 (Figura 3).

Figura 2. Tasas específicas de fecundidad por edad, localidad de San Cristóbal, 2010 a 2016

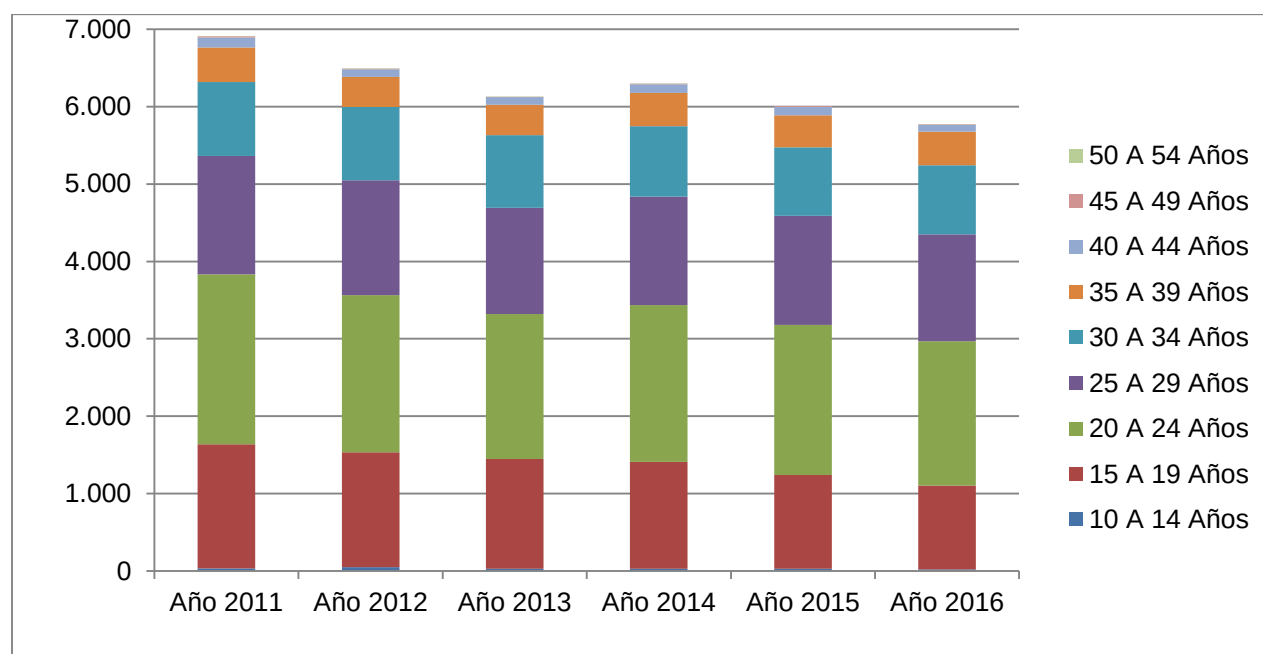


Fuente: Indicadores demográficos subred y localidad 2010-2016, SDS bases diciembre/2016.

Figura 3. Serie total de nacidos vivos, localidad de San Cristóbal, 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).

Además del comportamiento decreciente de la natalidad para el periodo 2011 a 2016 en la localidad, se observa mayor proporción de nacimientos en el grupo de 20 a 24 años, a la vez que se presenta incremento proporcional de los nacimientos, en 16,5 % y 11,8 %, en madres de 35 a 39 años y de 30 a 34 años, respectivamente (Figura 4).

Figura 4. Serie nacimientos según edad de la madre, localidad de San Cristóbal, 2011 a 2016

Fuente: Nacimientos según sitio de residencia por localidad vs edad de la madre 1999 – 2016, SDS (enviado 12-05-2017).

De otro lado, la observación de nacimientos de madres adolescentes muestra comportamiento decreciente durante el periodo 2012 a 2016. Por nivel educativo, disminuye la proporción de madres de 10 a 14 años con básica primaria y se mantiene la proporción de adolescentes de 15 a 19 años con educación básica secundaria, al mismo tiempo se incrementa el reporte de estas menores viviendo con pareja y se encuentra una alta proporción de afiliadas al régimen subsidiado, estimado en 56,5 % y 45,3 % para madres de 10 a 14 y de 15 a 19 años de edad, respectivamente. En cuanto a su pertenencia étnica, para el año 2016 se reporta un caso de madre indígena y uno de madre afrodescendiente en adolescentes de 10 a 14 años y dos gestantes indígenas de 15 a 19 años. Como parte del análisis, es relevante indicar que casi la mitad de los menores nacen por debajo del peso esperado (Tabla 9 y tabla 10).

Tabla 9. Nacimientos en adolescentes de 10 a 14 años, localidad de San Cristóbal, 2012 a 2016

De 10 a 14 años	Año 2012		Año 2013		Año 2014		Año 2015		Año 2016	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	51	100	28	100	28	100	29	100	23	100
Sexo										
Hombres	32	62,7	18	64,3	14	50,0	19	65,5	15	65,2
Mujeres	19	37,3	10	35,7	14	50,0	10	34,5	8	34,8
Régimen										
Contributivo	14	27,5	9	32,1	11	39,3	16	55,2	9	39,1
Subsidiado	31	60,8	17	60,7	16	57,1	11	37,9	13	56,5
Excepción							1	3,4		
No asegurado	6	11,8	2	7,1	1	3,6	1	3,4	1	4,3
Etnia										
Indígena									1	4,3

De 10 a 14 años	Año 2012		Año 2013		Año 2014		Año 2015		Año 2016	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	51	100	28	100	28	100	29	100	23	100
Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente									1	4,3
Ninguno de los anteriores	51	100,0	28	100,0	28	100,0	29	100,0	21	91,3
Peso al nacer										
Extrabajo (0 -999)										
Muy bajo (1000 - 1499)	1	2,0			1	3,6				
Bajo (1500 -2499)	8	15,7	2	7,1	7	25,0	4	13,8	4	17,4
Déficit (2500 -2999)	20	39,2	12	42,9	7	25,0	14	48,3	6	26,1
Normal (3000-4199)	22	43,1	14	50,0	13	46,4	11	37,9	13	56,5
Estado conyugal de la madre										
No está casada y lleva dos o más años viviendo con su pareja			1	3,6	2	7,1	6	20,7	2	8,7
No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja	9	17,6	10	35,7	3	10,7	2	6,9	3	13,0
Está separada, divorciada										
Está soltera	42	82,4	17	60,7	22	78,6	21	72,4	18	78,3

De 10 a 14 años	Año 2012		Año 2013		Año 2014		Año 2015		Año 2016	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	51	100	28	100	28	100	29	100	23	100
Está casada										
Sin información					1	3,6				
Nivel educativo de la madre										
Preescolar										
Básica primaria	18	35,3	6	21,4	6	21,4	11	37,9	2	8,7
Básica secundaria	32	62,7	21	75,0	21	75,0	16	55,2	21	91,3
Media académica o clásica	1	2,0	1	3,6			2	6,9		
Media técnica										
Ninguno										
Sin información					1	3,6				

Fuente: Construcción propia equipo Subred con base en anexo capítulos demográficos, SDS 27/04/2017.

Tabla 10. Nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años, localidad de San Cristóbal, 2012 a 2016

De 15 a 19 años	Año 2012		Año 2013		Año 2014		Año 2015		Año 2016	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	1485	100	1421	100	1382	100	1214	100	1080	100
Sexo										
Hombres	762	51,3	722	50,8	681	49,3	644	53,0	555	51,4
Mujeres	723	48,7	699	49,2	701	50,7	570	47,0	525	48,6
Régimen										
Contributivo	626	42,2	599	42,2	575	41,6	585	48,2	528	48,9
Subsidiado	665	44,8	654	46,0	678	49,1	561	46,2	489	45,3
Excepción	13	0,9	19		15		1	0,1	13	1,2
Especial							13	1,1		
No asegurado	181	12,2	149	10,5	114	8,2	54	4,4	50	4,6

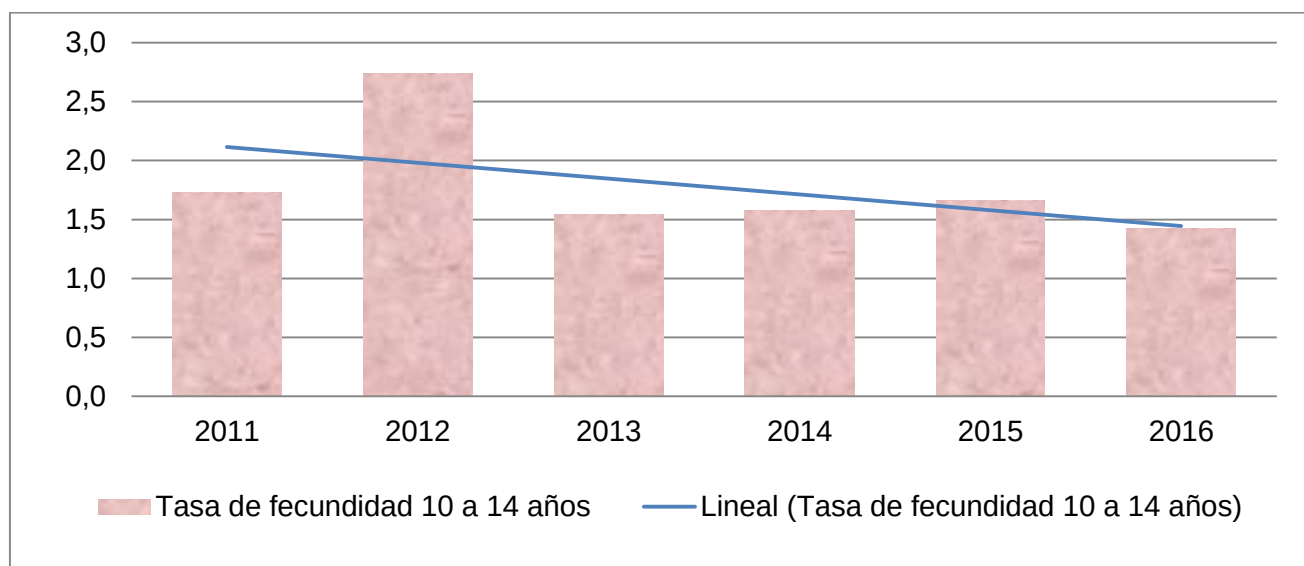
De 15 a 19 años	Año 2012		Año 2013		Año 2014		Año 2015		Año 2016	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	1485	100	1421	100	1382	100	1214	100	1080	100
Etnia										
Indígena			1	0,1			1	0,1	2	0,2
Palenquero de san Basilio			1	0,1						
Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente	7	0,5	10	0,7	7	0,5	13	1,1	14	1,3
Ninguno de los anteriores	1478	99,5	1409	99,2	1375	99,5	1200	98,8	1064	98,5
Peso al nacer										
Extrabajo (0 -999)	11	0,7	4	0,3	8	0,6	4	0,3	3	0,3
Muy bajo (1000 - 1499)	14	0,9	16	1,1	8	0,6	10	0,8	7	0,6
Bajo (1500 -2499)	204	13,7	195	13,7	171	12,4	185	15,2	140	13,0
Déficit (2500 -2999)	634	42,7	512	36,0	583	42,2	480	39,5	451	41,8
Normal (3000-4199)	619	41,7	692	48,7	609	44,1	534	44,0	479	44,4
Exceso (4200 y más)	3	0,2	2	0,1	3	0,2	1	0,1		0,0
Estado conyugal de la madre										
No está casada y lleva dos o más años viviendo con su pareja	348	23,4	305	21,5	414	30,0	327	26,9	274	25,4
No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja	482	32,5	516	36,3	414	30,0	397	32,7	304	28,1
Está separada, divorciada	1	0,1	4	0,3	3	0,2	4	0,3		0,0
Está viuda	2	0,1	3	0,2		0,0	1	0,1		0,0
Está soltera	590	39,7	565	39,8	520	37,6	467	38,5	474	43,9
Está casada	18	1,2	9	0,6	14	1,0	10	0,8	17	1,6
Sin información	44	3,0	19	1,3	17	1,2	8	0,7	11	1,0
Nivel educativo de la madre										
Preescolar		0,0	1	0,1	1	0,1		0,0	1	0,1
Básica primaria	119	8,0	108	7,6	98	7,1	94	7,7	85	7,9
Básica secundaria	599	40,3	595	41,9	549	39,7	450	37,1	431	39,9
Media académica o clásica	635	42,8	615	43,3	612	44,3	561	46,2	482	44,6
Media técnica	24	1,6	25	1,8	28	2,0	16	1,3	18	1,7

De 15 a 19 años	Año 2012		Año 2013		Año 2014		Año 2015		Año 2016	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	1485	100	1421	100	1382	100	1214	100	1080	100
Normalista		0,0	1	0,1		0,0		0,0		0,0
Técnica profesional	35	2,4	35	2,5	36	2,6	40	3,3	33	3,1
Tecnológica	15	1,0	24	1,7	12	0,9	25	2,1	19	1,8
Profesional	21	1,4	7	0,5	17	1,2	12	1,0	7	0,6
Ninguno	2	0,1	1	0,1	2	0,1	1	0,1	2	0,2
Sin información	35	2,4	9	0,6	27	2,0	15	1,2	2	0,2

Fuente: Construcción propia equipo Subred con base en Anexo capítulos demográficos, SDS 27/04/2017.

La tasa de fecundidad más alta se presenta en el año 2012 con 2,7 nacimientos en menores de 10 a 14 años por mil nacidos vivos, sin embargo, del 2011 al 2016 esta cifra reporta disminución del 17,4 % al pasar de 1,7 a 1,4 nacimientos por mil nacidos vivos de madres menores de 14 años (Figura 5).

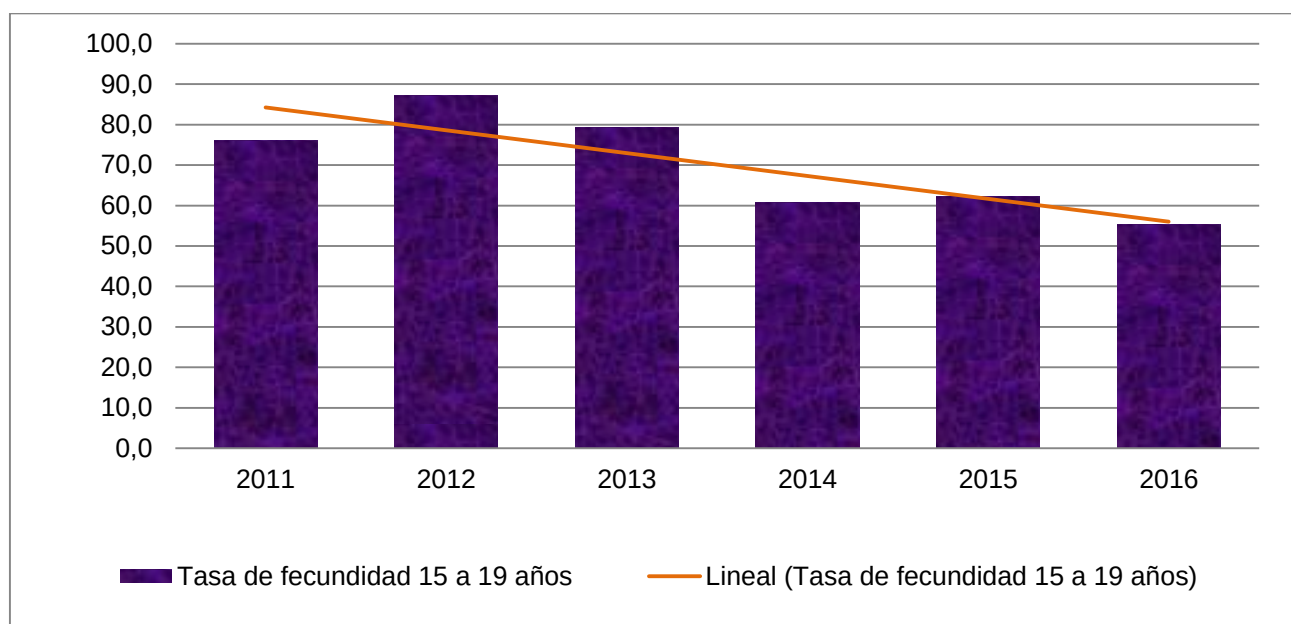
Figura 5. Tasas específicas de fecundidad de 10 a 14 años, localidad de San Cristóbal, 2011 a 2016



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

Para el grupo de 15 a 19 años de edad, la tasa de fecundidad más alta se presentó en el año 2011 con 82,9 nacimientos por mil nacidos vivos, cifra que reporta disminución al año 2016 del 21,8 %, con 64,8 nacimientos por mil nacidos vivos (Figura 6).

Figura 6. Tasas específicas de fecundidad de 15 a 19 años, localidad de San Cristóbal, 2011 a 2016



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

1.4 CONCLUSIONES

San Cristóbal es una localidad de tamaño intermedio en la ciudad, de alta densidad poblacional, sobre todo en las UPZ La Gloria y Los Libertadores, de más reciente creación y que surgieron por asentamientos de origen informal, ubicadas sobre un territorio pendiente que tiene escaso espacio público para su disfrute y con dificultades de movilidad para sus habitantes en razón a una malla vial local deficiente.

En los últimos cinco años, se ha observado disminución del tamaño de los hogares e incremento en el reporte de registros de personas con discapacidad que sería equivalente al 4,5 % de la población.

La estructura y dinámica poblacional dan cuenta de un proceso de transición demográfica, con paulatino descenso de las tasas de mortalidad y natalidad y con rápidos cambios de envejecimiento, principalmente para la UPZ Los Libertadores que reporta la mayor reducción del índice de infancia y el más alto incremento en el índice de vejez.

En términos de fecundidad, la reducción de la natalidad ha sido rápida y progresiva, aunque todavía se observa superior a lo estimado a nivel de Subred y Distrito; la curva de fecundidad tiene su pico hacia los 20 a 24 años de edad, acompañado de incremento proporcional para los grupos de 35 a 39 años y de 30 a 34 años durante los últimos cinco años.

Aunque el embarazo adolescente ha sido de comportamiento decreciente, se observan como características persistentes la afiliación al régimen subsidiado, el nivel educativo básico, la pareja a temprana edad y el nacimiento de niños por debajo del peso normal, situación que condiciona el siguiente ciclo generacional.

2. CAPÍTULO 2. CONDICIONES Y CALIDAD DE VIDA

1 CAPÍTULO 2. CONDICIONES Y CALIDAD DE VIDA

Debido a su capacidad para influir en las desigualdades de la situación de salud, es importante relacionar las circunstancias en que transcurre la vida de las personas en la localidad; es así como la adaptación de la estrategia PASE permite valorar la calidad de vida de los individuos desde las perspectivas ambiental, social, económica y político-administrativa en relación con el proceso salud – enfermedad de la población de la localidad de San Cristóbal, características descritas en la matriz de determinantes del anexo 2 de este documento, documentadas en su mayoría con base en expresiones locales o de UPZ por disponibilidad de fuentes de información oficial.

Como se describió en el capítulo anterior, las condiciones ambientales están determinadas por la ubicación de la localidad en términos de topografía e hidrología y de alguna manera explican la forma como ha sido ocupada, la infraestructura que se ha generado y los posibles impactos en sus residentes. Ejemplo de ello son los andenes angostos, empinados o inexistentes en algunos casos y las vías angostas que configuran dificultades de desplazamiento e incrementan las posibilidades de accidentes de tránsito, principalmente a personas con discapacidad o personas mayores (9).

Si bien las condiciones del aire no cuentan con mediciones de alcance local, su percepción favorable se da aproximadamente para la mitad de la población (10); además, se debe considerar que hacia el oriente de la localidad se encuentra la zona de reserva forestal de topografía más alta, las temperaturas son más bajas y un mayor volumen de lluvia inciden en la forma en que se desenvuelven las personas, sobre todo si se trata de menores de 5 años y personas mayores como se observa en el (Mapa 2)

Aun cuando en su mayoría la localidad se origina en dinámicas de ocupación y autoconstrucción, actualmente cuenta con cobertura casi total de servicios públicos domiciliarios -acueducto, alcantarillado, aseo y energía eléctrica -. No obstante, la presencia de basuras y escombros dispuestos de manera inadecuada y en forma permanente atraen animales como perros, palomas, y tal vez algunos vectores[†].

[†] Equipo local ACCVSE. Documento recorrido territorial San Cristóbal, Septiembre 2017

En relación con la movilidad, la localidad de San Cristóbal cuenta con una malla vial relativamente regular, pues aunque el 66 % de la malla vial troncal se encuentra en buen estado, el 44 % de la malla vial intermedia y el 88 % de la malla vial local no están en un estado óptimo (11). Además, la medición agregada de variables vinculadas del índice de movilidad ubica las UPZ de esta localidad en el nivel más bajo en razón de una baja tasa de motorización y dependencia del transporte público que representa una alta proporción de gasto frente a bajos ingresos de la población (12). Así mismo, la movilidad actúa como determinante de la productividad y de las relaciones de las personas en la localidad, el Mapa 2 permite observar una limitada oferta de transporte público y la distribución de la malla vial explicable en la topografía pero que a su vez representa mayores tiempos de desplazamiento que redundan en disminución del tiempo de disfrute y descanso de las personas.

Respecto al contexto de vivienda, aunque el 60,7 % no presenta ningún tipo de humedad, el 0,9 % de las viviendas se han clasificado como inadecuadas, el 5,1 % de las viviendas reporta problemas habitacionales graves y en el 1,6 % de los hogares de la localidad se observa una situación de hacinamiento crítico; elementos que junto con las condiciones ambientales mencionadas muestran una exposición de la población a situaciones de riesgo en salud para enfermedades respiratorias (10).

La tenencia de los predios para muchos de los residentes no es viable por lo cual deben arrendar, generándose inquilinatos como respuesta a la necesidad de habitar bajo techo que surge como consecuencia de la pobreza que caracteriza la parte sur de San Cristóbal.

La infraestructura local en educación es amplia para los niveles de primaria, básica y media y está distribuida por toda la localidad (Mapa 2) pero reporta una tasa de deserción superior a la del distrito, estimadas al año 2015 en 3,7 y 2,3 respectivamente (13); además, la asistencia escolar disminuye para el grupo etario de 18 a 25 años en donde la cifra reportada está alrededor del 35 %; esto refleja una barrera en el ingreso al nivel educativo superior determinada por el limitado nivel de ingreso familiar, sumado a los imaginarios alrededor de la importancia y rentabilidad de ingresar a este nivel de educación, situación que incide en la estructuración del proyecto de vida de la población joven de San Cristóbal.

En el ámbito cultural, su desempeño se cualifica como insuficiente por su baja razón de equipamientos culturales así como un bajo reporte de participación en actividades relacionadas con el arte, las letras, etc.[‡] necesario en una sociedad en tanto la cultura responde a interrelaciones que favorecen expresiones subjetivas y comunitarias.

En términos de espacio público para la dimensión de recreación, la Encuesta Bienal del Culturas del año 2015 muestra que la localidad reporta bajo porcentaje de los indicadores que pretenden mostrar la práctica regular o guiada de actividad física; aquí se evidencia que únicamente el 17 % de los residentes en la localidad asiste a eventos deportivos mientras que apenas en un 15 % refieren haber practicado ejercicios aeróbicos durante los últimos siete días aunque la oferta identificada en el Mapa 2 es amplia para la franja occidental de la localidad. No obstante, se debe considerar que se ha perdido apropiación de estos espacios a medida que se utilizan para expendio y consumo de sustancias psicoactivas[§].

Otro aspecto importante que incide en la sensación de un espacio urbano adecuado, es el tema de la seguridad ciudadana. Para el año 2014, según la Encuesta Multipropósito, en la localidad las personas manifiestan tener algún problema de seguridad, solo el 19%, de las personas encuestadas sienten que la ubicación de sus viviendas es segura y únicamente el 52 % la población encuestada opina que se han visto mejoras en términos de la vigilancia, seguridad y la reacción oportuna y eficiente de la policía.

Por otro lado, en el ámbito de la salud es importante contextualizar que, de acuerdo con la Encuesta Multipropósito 2014, el 93,10 % de la población cuenta con la afiliación al Sistema General de Seguridad Social y de Salud –SGSSS– distribuidos así: el 66,10 % está afiliada al régimen contributivo, el 32,4 % al régimen subsidiado, y el 1,20 % al especial. En esta dimensión llama la atención la debilidad en la adherencia a los hábitos y estilos de vida saludables, pues solo el 11,23 % de la población ha participado en acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades realizadas por la EPS. Esto se refleja en la escasa proporción de personas que practican un deporte entre 3 o más veces a la semana (26,94 %). Además, la prestación y acceso a los servicios de salud, ha venido consolidándose en función

[‡] Matriz de Valoración de Dimensiones y Características - Calidad de Vida - con base en encuesta bienal de cultura 2015 Subred Centro Oriente, 2016

[§] Ibíd.

de oferta y demanda, ordenada por asegurador que depende de la agregación de los usuarios en el territorio; situación que se ve condicionada en acceso y disponibilidad para las personas si implica desplazamiento y gasto de bolsillo para acudir al sitio designado, principalmente si se trata de menores de edad o personas mayores.

El componente de bienestar y protección social - jardines infantiles, casas de juventud, ancianatos, centros para personas en condiciones de vulnerabilidad, situación de desplazamiento, víctimas de la violencia, etc. - así como programas educativos para el fomento del deporte responden a iniciativas institucionales se distribuye para toda la localidad. No obstante, se debe considerar la infraestructura en términos de servicios sociales, de servicios de salud y de recreación en relación con el “envejecimiento” evidenciado en la población de la localidad, lo cual implica un reto para los tomadores de decisiones a nivel local y distrital.

Para la dimensión económica se encuentra que, de acuerdo con la Encuesta Multipropósito 2014, la localidad de San Cristóbal tiene un alto porcentaje de proporción de pobreza (6,1 %) y de miseria (0,7 %) por Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI– en relación con la ciudad; asimismo se encuentra que el porcentaje de alta dependencia económica es del 3%. Otro indicador que llama la atención para el análisis de la presente dimensión es el porcentaje de pobres totales y pobres extremos totales los cuales reportan un 23,10 % y 4,70 % respectivamente, permitiendo inferir que se cuenta con dinámicas socioeconómicas asociadas a la pobreza que afectan la calidad de vida de la población en términos de seguridad alimentaria y nutricional, el acceso a servicios de salud y acceso a vivienda saludable. Parte de lo anterior se refleja en el 8,9 % de los hogares de la localidad para los que, debido a su situación económica, alguno de sus miembros no consumió ninguna de las tres comidas en uno o más días a la semana. Entre las actividades económicas reportadas se encuentra el trabajo informal sobre todo en las áreas de alta afluencia de personas como ocurre en la zona del 20 de julio (Mapa 2).

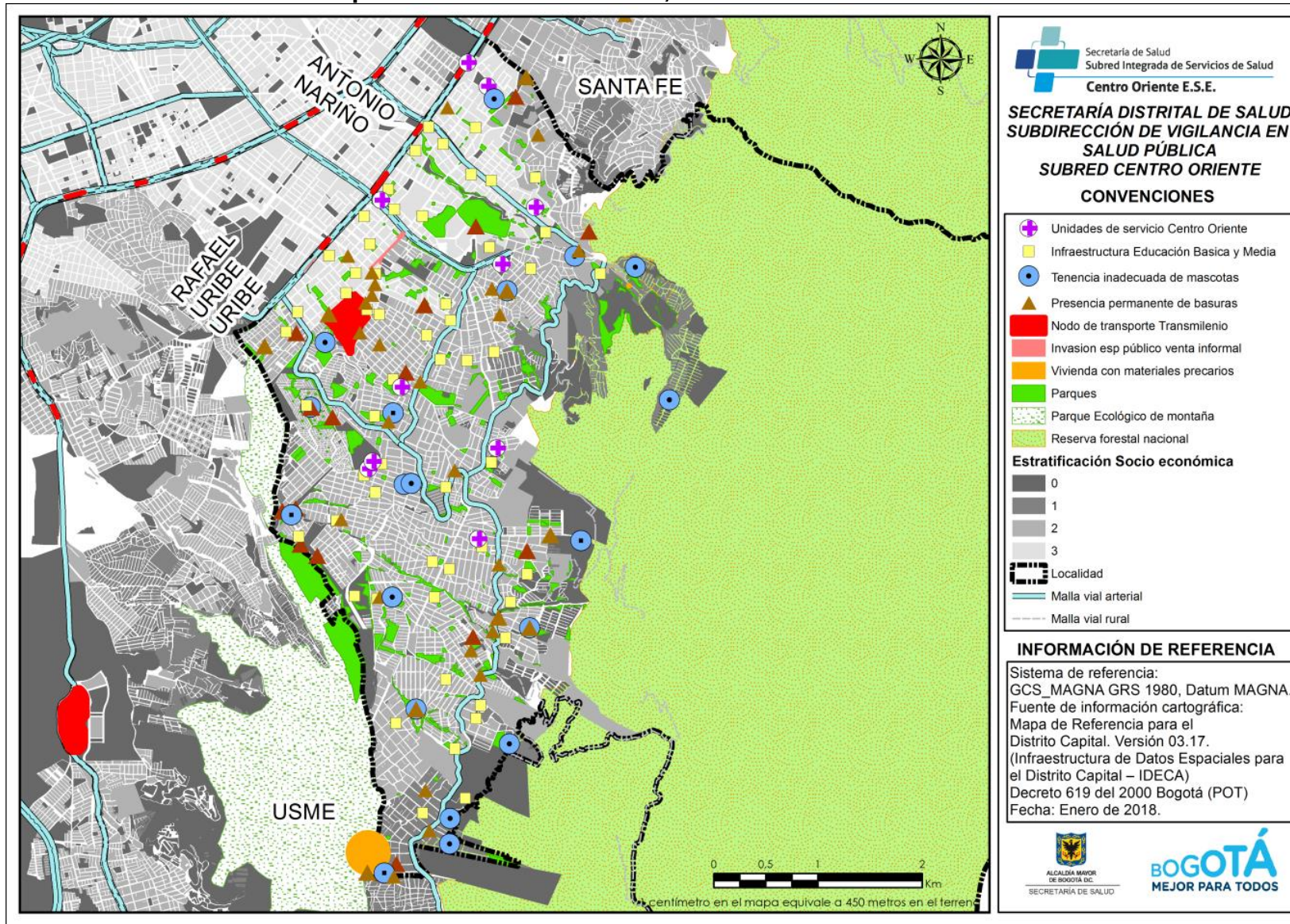
De tal forma, el ámbito socioeconómico influye de una manera importante en el tema alimentario de las familias, en tanto se vincula la amplia disponibilidad de centros de abastecimiento de alimentos en casi todas las UPZ de la localidad a excepción de la UPZ 51 Libertadores y la franja más oriental de las UPZ 32 San Blas y 50 la Gloria. Aquí llama la atención los indicadores reportados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica –SISVAN– en

el año 2015 a la Secretaría Distrital de Salud –SDS–; en ellos se aprecia que la localidad de San Cristóbal tiene un cumplimiento aceptable de la meta en los índices de desnutrición en menores de 5 años con el 79 %. Por otro lado, resultan alarmantes los indicadores de desnutrición crónica y global en menores de 5 años, teniendo en cuenta que tan solo presentan Talla y peso adecuados para la edad el 57 % y 68 % de los menores respectivamente; de manera similar ocurre con la población gestante pues solo un 47 % de gestantes registraron peso adecuado para la edad de gestación. Igualmente, para los adultos mayores la situación nutricional es crítica, pues en la localidad únicamente el 31 % de esta población reporta peso adecuado.

La Estructura administrativa de la entidad territorial es de nivel local con 5 UPZ; para analizar la situación de la población con respecto a la participación se seleccionaron de los indicadores propuestos, los que tienen una mayor relación con participación social en las políticas nacionales y decisiones locales de interés general. Similar a las demás localidades de la Subred, San Cristóbal presenta un desempeño deficiente de sus dinámicas de participación con bajos niveles de pertenencia a organizaciones sociales o culturales, lo cual tiene implicaciones en la población que alberga, inmigrantes por ejemplo, que padecen graves problemas socioeconómicos y de exigibilidad de derechos, y por lo mismo la necesidad de organizarse^{**}; a pesar de ello estas poblaciones han enriqueciendo la diversidad étnica y cultural de la capital.

^{**} Matriz de Valoración de Dimensiones y Características - Calidad de Vida - con base en encuesta bienal de cultura 2015 Subred Centro Oriente, 2016

Mapa 2. Condiciones de vida, localidad de San Cristóbal



Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSE con base en matriz de determinantes Localidad de San Cristóbal

3. CAPÍTULO 3. MORTALIDAD Y MORBILIDAD

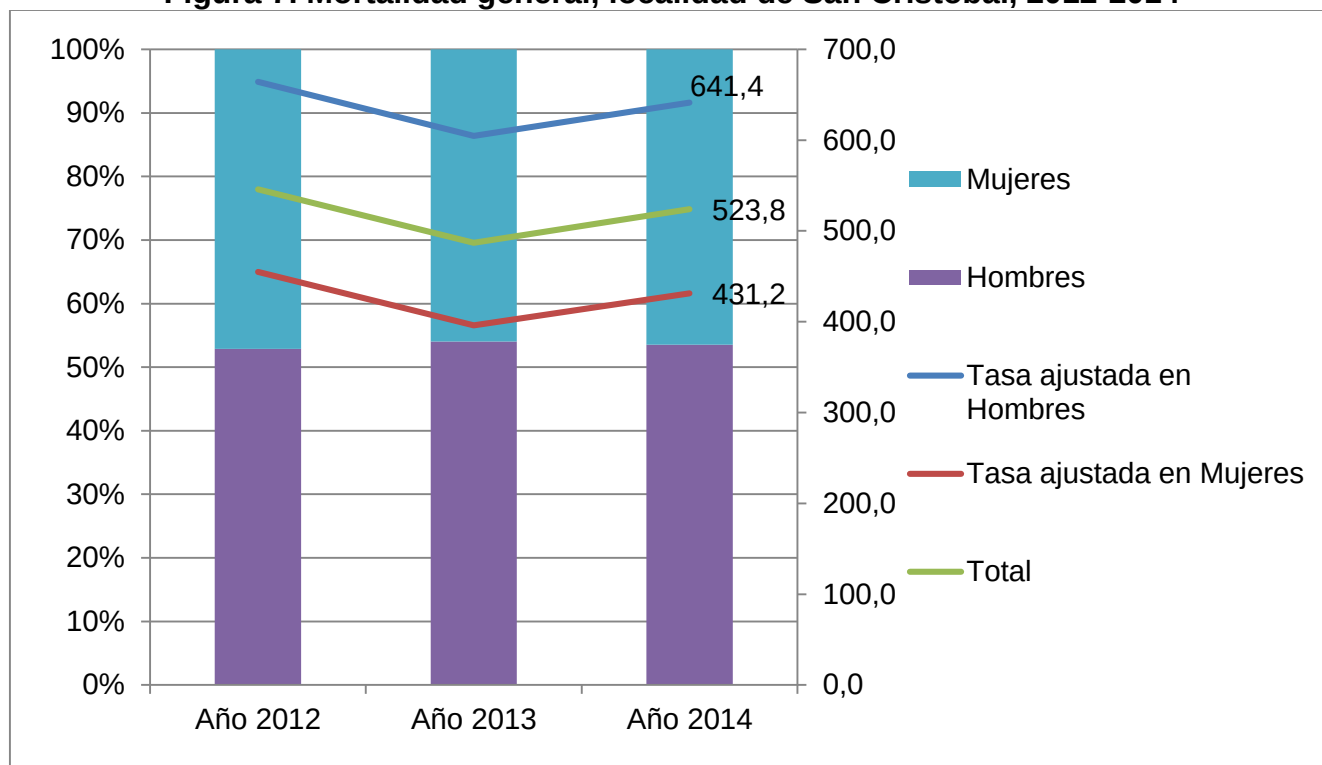
2 CAPÍTULO 3. MORTALIDAD Y MORBILIDAD

Para realizar el análisis de mortalidad y morbilidad, la información se ordena, con base en la información disponible; teniendo en cuenta que la mayoría de las causas de muerte varían significativamente en función de la edad y el sexo, se utilizan tasas ajustadas de mortalidad con fines de comparabilidad en el tiempo y entre localidades, en tanto las tasas de mortalidad se pueden medir independientemente de la estructura de edad de la población.

Para el tema de morbilidad, la información se presenta acorde con los momentos de curso de vida definidos por el nivel nacional (14), que se clasifica de la siguiente manera: Primera infancia: menores de 5 años; Infancia: de 5 a 9 años; Adolescencia: de 10 a 19 años; Juventud: de 20 a 29 años; Adultez: de 30 a 59 años; y Vejez: de 60 años y más.

3.1 MORTALIDAD

Para el periodo 2012 a 2014 en la localidad de San Cristóbal se presentaron en promedio 1.715 muertes anuales, con una desviación estándar de 85,2; en cantidad absoluta, el 48,6 % de los casos ocurren en personas menores de 70 años sin variación significativa durante estos tres años. Durante este periodo, la tasa de mortalidad ajustada por edad disminuyó en un 4,0 %, pasando de 545,7 a 523,8 muertes por cada 100.000 habitantes y, aunque el 53,6 % de las muertes ocurrieron en hombres para el año 2014, la tasa ajustada en hombres es superior a la de las mujeres en un 48,8 %, con valores de 641,4 y 431,2 para hombres y mujeres, respectivamente (Figura 7).

Figura 7. Mortalidad general, localidad de San Cristóbal, 2012-2014

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

3.1.1 Mortalidad por Grandes Causas 6/67

La valoración de causas de mortalidad en cantidades absolutas, para el periodo 2012 al 2014, desagregadas por grandes causas, permite observar disminución en la cantidad reportada para menores de 5 años en todos los grupos y para el grupo de las demás causas en casi todos los grupos de edad; en contraste, hay incremento observado de casos de mortalidad por neoplasias para los grupos comprendidos entre los 45 y los 64 años, por causas externas en los grupos entre los 15 y los 24 años y, por enfermedades del sistema circulatorio en los grupos de 50 a 54 años, 55 a 59 años y 65 a 69 años (Tabla 11).

Tabla 11. Mortalidad por quinquenios según grandes causas 6/67, Localidad de San Cristóbal, 2012 – 2014

EDAD	De 0 a 4 años	De 5 a 9 años	De 10 a 14 años	De 15 a 19 años	De 20 a 24 años	De 25 a 29 años	De 30 a 34 años	De 35 a 39 años	De 40 a 44 años	De 45 a 49 años	De 50 a 54 años	De 55 a 59 años	De 60 a 64 años	De 65 a 69 años	De 70 a 74 años	De 75 a 79 años	De 80 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: Elaboración propia a partir de datos Anexo 11 Ajuste tasas grandes causas 6/67, documento ASIS Ministerio de la Protección Social, localidad de San Cristóbal 2012-2014.

La principal causa de mortalidad en San Cristóbal son las enfermedades del sistema circulatorio con una tasa cruda de 141,6 por cada 100.000 habitantes, en segundo lugar se encuentran las demás causas, que para el mismo año se estima una tasa cruda de 114,6 por cada 100.000 habitantes; cifras que son más altas en hombres que en mujeres en todos los grupos a excepción de las neoplasias y las enfermedades del sistema circulatorio (Tabla 12).

Tabla 12. Tasas crudas de mortalidad por grandes causas 6/67 según sexo y total, localidad de San Cristóbal, 2012 – 2014

Grupo 6/67	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Enfermedades transmisibles	30,1	34,6	29,7	25,3	19,6	18,7	27,6	26,9	24,1
Neoplasias	88,7	88,3	87,0	87,7	81,3	90,7	88,2	84,7	88,9
Enfermedades sistema circulatorio	134,8	129,4	138,2	131,6	120,5	144,8	133,2	124,9	141,6
Afecciones periodo perinatal	11,5	10,0	9,6	11,0	6,2	7,2	11,2	8,1	8,3
Causas externas	66,1	53,2	78,9	19,6	13,4	17,3	42,3	32,8	47,4
Las demás causas	123,3	111,9	122,2	113,5	105,7	107,4	118,3	108,7	114,6
Signos y síntomas mal definidos	12,0	9,0	12,1	6,7	7,2	9,1	9,3	8,1	10,6

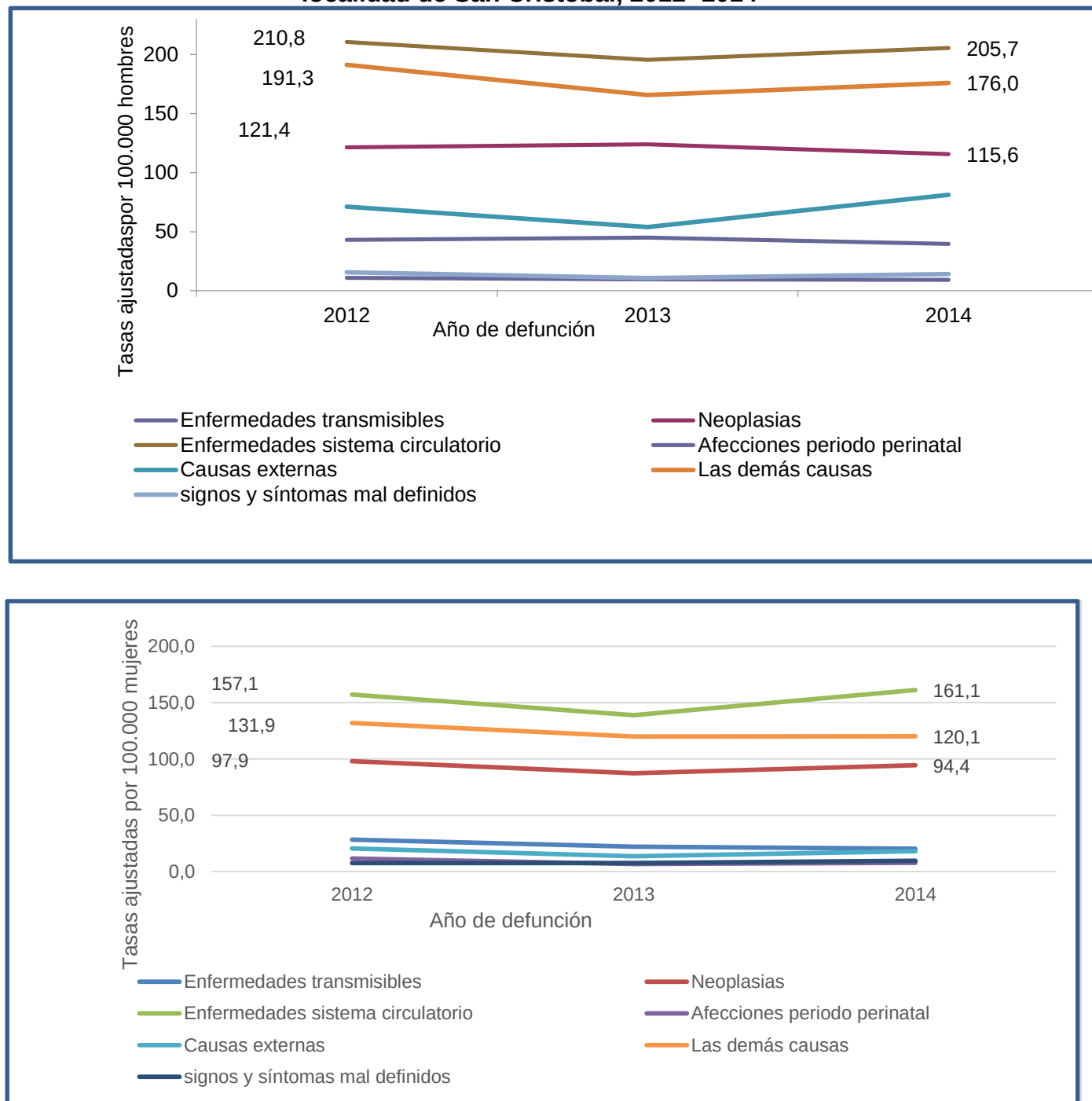
Fuente: Elaboración propia a partir de datos Anexo 11 Ajuste tasas grandes causas 6/67, documento ASIS Ministerio de la Protección Social, localidad de San Cristóbal 2012-2014.

La desagregación y contrastación de tasas ajustadas de mortalidad por sexo evidencia la diferencia indicada entre hombres y mujeres, ver Figura 8; para el año 2014, las mortalidades debidas a enfermedades del sistema circulatorio en hombres superan en 27,6 % la mortalidad por esta causa en mujeres, lo cual indica una diferencia absoluta de 45 muertes por cada 100.000 habitantes; diferencia que para el grupo de las demás causas es del 46,5 % y para las neoplasias se estima en 22, 5 %.

Para el total de la población, la tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio se mantiene casi sin variación, en tanto resulta del incremento en 2,5 % de la tasa ajustada en mujeres y la disminución del 2,4 % en hombres; el grupo de las demás causas pasa de una tasa de 156,0 a 144,2 muertes por cada 100.000 personas para una reducción del 7,6 %; mientras que las neoplasias, que representan el 20,4 % (362) de las muertes en el

año 2014, reportan reducción del 5,1 % frente al año 2012, explicable en reducción del 4,7 % y 3,6 % en hombres y mujeres, respectivamente.

Figura 8. Tasas ajustadas de mortalidad por grandes causas 6/67 según sexo, localidad de San Cristóbal, 2012- 2014



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

En contraste con las cifras estimadas para la Subred, en casi todos los casos, las cifras locales son superiores a excepción de las muertes reportadas por causas externas en hombres en el año 2013, al igual que por afecciones en el periodo perinatal en hombres y por enfermedades transmisibles en mujeres, en el año 2014.

3.1.2 Mortalidad por subgrupos, grandes causas 6/67

El análisis de mortalidad por subgrupos de causas 6/67 para la localidad de San Cristóbal en el periodo 2012 a 2014 mostró que las tasas crudas más altas, en general, se atribuyen a las enfermedades isquémicas del corazón en primer lugar, con 61,3, 59,0 y 67,7 mortalidades por 100.000 habitantes, respectivamente; en segundo lugar se encuentran las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con tasas crudas de 33,0, 31,8 y 35,8 por 100.000 habitantes y le sigue la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares con 34,0, 28,6 y 35,3 mortalidades por 100.000 habitantes. No obstante, en hombres el segundo lugar lo reportan las muertes por agresiones y le siguen las debidas a Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, mientras que en mujeres el segundo lugar lo ocupan las Enfermedades cerebrovasculares, seguido por las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y las hipertensivas, como indica la Tabla 13.

Tabla 13. Tasas crudas de primeras causas de mortalidad por subgrupos 6/67 según sexo y total, localidad de San Cristóbal, 2012 – 2014

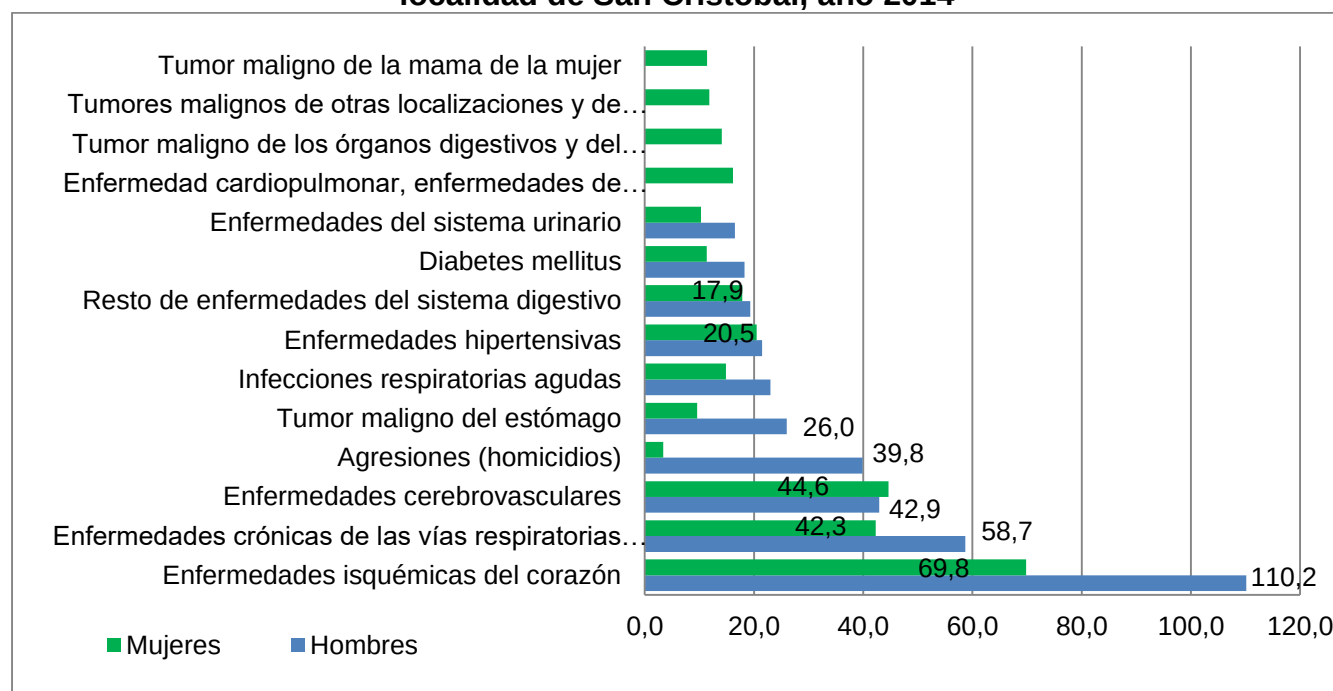
Subgrupo 6/67	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
3,03 Enfermedades isquémicas del corazón	66,6	68,2	72,9	56,3	50,2	62,8	61,3	59,0	67,7
5,12 Agresiones (homicidios)	30,6	22,1	41,2	2,4	4,8	3,4	16,1	13,2	21,8
6,05 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	36,6	34,6	34,7	29,6	29,2	36,9	33,0	31,8	35,8
3,07 Enfermedades cerebrovasculares	31,6	26,1	30,2	36,2	31,1	40,3	34,0	28,6	35,3
2,01 Tumor maligno del estómago	15,5	17,6	21,1	10,5	10,5	9,1	13,0	14,0	15,0

1,08 Infecciones respiratorias agudas	21,0	18,1	15,1	14,8	14,8	13,4	17,8	16,4	14,2
5,01 Accidentes de transporte terrestre	12,0	14,6	14,1	3,8	4,8	5,8	7,8	9,5	9,8
6,09 Resto de enfermedades del sistema digestivo	25,1	13,0	13,6	19,6	19,6	15,8	22,2	16,4	14,7
6,01 Diabetes mellitus	10,0	9,0	13,6	14,8	9,1	10,1	12,5	9,1	11,8
3,02 Enfermedades hipertensivas	14,5	14,0	13,1	18,1	18,6	17,7	16,4	16,4	15,5
2,14 Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	16,0	14,6	10,1	10,0	13,9	11,5	13,0	14,2	10,8
3,04 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	11,5	10,5	9,6	12,9	10,5	14,9	12,2	10,5	12,3
2,03 Tumor maligno De los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	13,5	14,6	9,0	12,9	10,5	13,4	13,2	12,5	11,3
6,10 Enfermedades del sistema urinario	11,0	14,6	12,1	11,0	10,0	9,1	11,0	12,2	10,6

Fuente: Elaboración propia a partir de datos Anexo 12 tasas ajustadas 67 causas, documento ASIS Ministerio de la Protección Social, localidad de San Cristóbal 2012-2014

La contrastación con base en tasas ajustadas valida como primera causa de mortalidad en hombres y mujeres las enfermedades isquémicas del corazón que para el año 2014 se estiman en 110,2 y 69,8 por cada 100.000 habitantes, respectivamente; con incremento aproximado del 3 % durante el periodo 2012 a 2014; en hombres le siguen las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con disminución del 9,1 % en este periodo y estimado en 58,7 muertes por cada 100.000 hombres al año 2014; para las mujeres, el segundo lugar lo ocupan las enfermedades cerebrovasculares, con incremento del 3,7 % en el período y una tasa de 44,6 por cada 100.000 mujeres para el mismo año (Figura 9).

Figura 9. Tasas ajustadas de primeras causas de mortalidad según sexo, localidad de San Cristóbal, año 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de datos Anexo 12 Ajuste tasas subgrupos grandes causas 6/67, documento ASIS Ministerio de la Protección Social, Documento ACCVSE Subred Centro Oriente, localidad de San Cristóbal * Tasas por subgrupos grandes causas lista 6/67, OPS.

3.1.2.1 Mortalidad por enfermedades transmisibles

Las enfermedades transmisibles como causa de mortalidad han tenido comportamiento decreciente en el tiempo; principalmente ocurren por enfermedades respiratorias, responsables del 59,2 % (58) de las muertes en este grupo y que para el periodo 2012 a 2014 evidencia una disminución del 21,9 %, lo cual en términos absolutos equivale a 5,0 muertes por 100.000 habitantes. Según sexo, esta causa afecta más a los hombres en 64,6 % (Tabla 14).

Seguidamente, el VIH (SIDA) da cuenta del 27,6 % de las muertes y casi triplica la tasa reportada al año 2012, con un mayor incremento proporcional en mujeres de la localidad aunque la tasa estimada en hombres es 2,5 veces la de las mujeres (Tabla 14).

Tabla 14. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades transmisibles según sexo, localidad de San Cristóbal, 2012- 2014

Grupo	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Enfermedades infecciosas intestinales	0,0	1,3	2,4	1,0	0,0	0,6	0,5	0,6	1,3
Tuberculosis	2,0	1,9	2,0	1,5	0,0	0,0	1,6	0,8	0,9
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	1,2	0,6	0,0	1,1	0,6	0,0	1,2	0,6	0,0
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,5	0,6	0,6	1,5	0,0	0,0	1,0	0,3	0,3
Meningitis	0,5	0,0	0,0	0,6	0,6	0,6	0,6	0,4	0,4
Septicemia, excepto neonatal	1,2	1,9	0,0	1,6	0,5	0,0	1,4	1,1	0,0
Enfermedad por el VIH (SIDA)	4,8	10,6	10,0	0,5	2,3	3,7	2,5	6,2	6,6
Infecciones respiratorias agudas	32,3	26,7	23,0	16,7	17,2	14,9	22,9	21,3	17,9
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,5	1,4	1,6	3,9	1,1	0,5	2,5	1,3	1,0

Fuente: Datos Anexo 12 Ajuste tasas subgrupos grandes causas 6/67, documento ASIS Ministerio de la Protección Social, Documento ACCVSE Subred Centro Oriente, localidad de San Cristóbal

Comparada con las localidades de cobertura de la Subred Centro Oriente, las principales causas de mortalidad en este grupo coinciden y esta localidad reporta valores similares a los estimados para Rafael Uribe Uribe.

3.1.2.2 Mortalidad por neoplasias

Las neoplasias, una de las tres primeras causas de muerte identificadas, entre 2012 y 2014, reporta el tumor maligno del estómago como causa del 16,9 % (61) del total de muertes por neoplasias, pasando de 15,7 a 16,9 muertes por cada 100.000 habitantes, en donde se observa incremento en hombres y disminución en mujeres, como lo indica la Tabla 15. En segundo lugar se encuentran los tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, que causaron el 12,7 % (46) de las muertes, con tasas tendientes al descenso pasando de 16,8 a 13,2 muertes por cada 100.000 habitantes, lo cual implica una reducción de 3,6 muertes menos por cada 100.000 habitantes en términos absolutos.

Sin embargo, en hombres la segunda causa corresponde al Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón que causó el 14,5 % (25) de las muertes por neoplasias en hombres y la tasa ajustada a 2014 es 2,5 veces la estimada en 2012, cuando pasa de 6,3 a 15,8, lo cual se traduce en 9,5 muertes más por cada 100.000 habitantes.

Tabla 15. Tasas ajustadas de mortalidad por neoplasias según sexo, localidad de San Cristóbal, 2012- 2014

Grupo	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Tumor maligno del estómago	20,2	23,4	26,0	11,8	11,4	9,6	15,7	16,6	16,9
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	8,6	7,9	5,1	6,4	5,6	6,6	7,5	6,4	5,9
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	19,5	20,0	11,8	14,7	11,6	14,1	16,8	15,2	13,2
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	6,3	8,5	15,8	4,0	3,9	6,3	5,2	5,8	10,6
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	1,3	1,6	3,2	1,7	0,5	0,0	1,6	0,9	1,3
Tumor maligno de la mama de la mujer				10,2	9,9	11,4	5,7	5,8	6,4
Tumor maligno del cuello del útero				10,5	6,4	4,7	5,8	3,6	2,5
Tumor maligno del cuerpo del útero				1,6	2,1	1,7	0,9	1,3	1,0
Tumor maligno del útero, parte no especificada				1,1	0,5	0,5	0,7	0,3	0,3
Tumor maligno de la próstata	20,8	18,7	14,3				8,2	7,4	5,7
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	3,2	4,1	5,2	11,0	6,7	8,9	7,6	5,5	7,1
Leucemia	4,6	6,4	5,9	0,9	5,0	5,6	2,7	5,5	5,6
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	7,2	7,0	7,8	6,1	3,0	6,2	6,7	4,8	6,9
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	20,9	20,5	14,2	11,4	15,1	11,8	15,6	17,4	12,5
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	8,7	5,1	6,3	6,5	5,7	7,1	7,5	5,4	6,7

Fuente: Datos Anexo 12 Ajuste tasas subgrupos grandes causas 6/67, documento ASIS Ministerio de la Protección Social, Documento ACCVSE Subred Centro Oriente, localidad de San Cristóbal

Las tasas reportadas para las principales causas de mortalidad conservan la misma distribución que las localidades de la Subred pero son superadas por lo estimado para la

localidad de Rafael Uribe Uribe, que reporta para tumor maligno del estómago y tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon de 20,3 y 14,7 muertes por 100.000 habitantes, respectivamente.

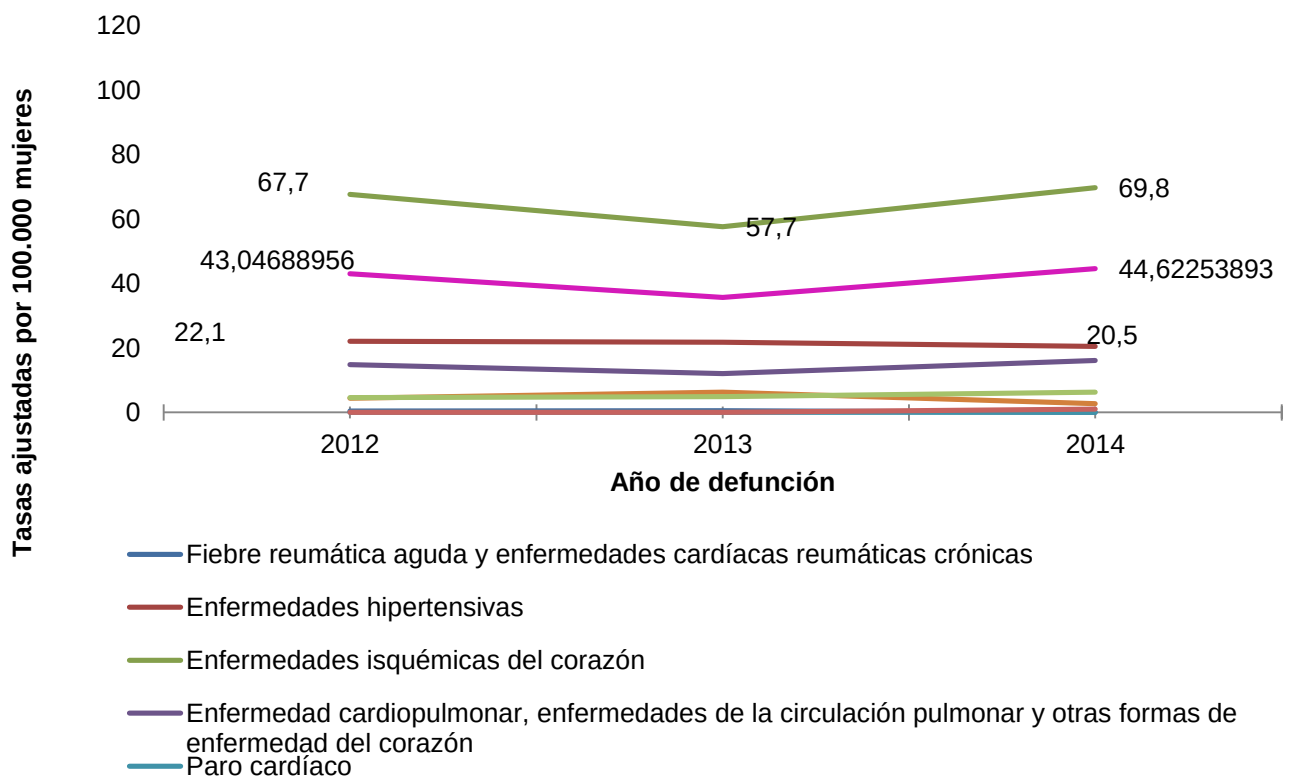
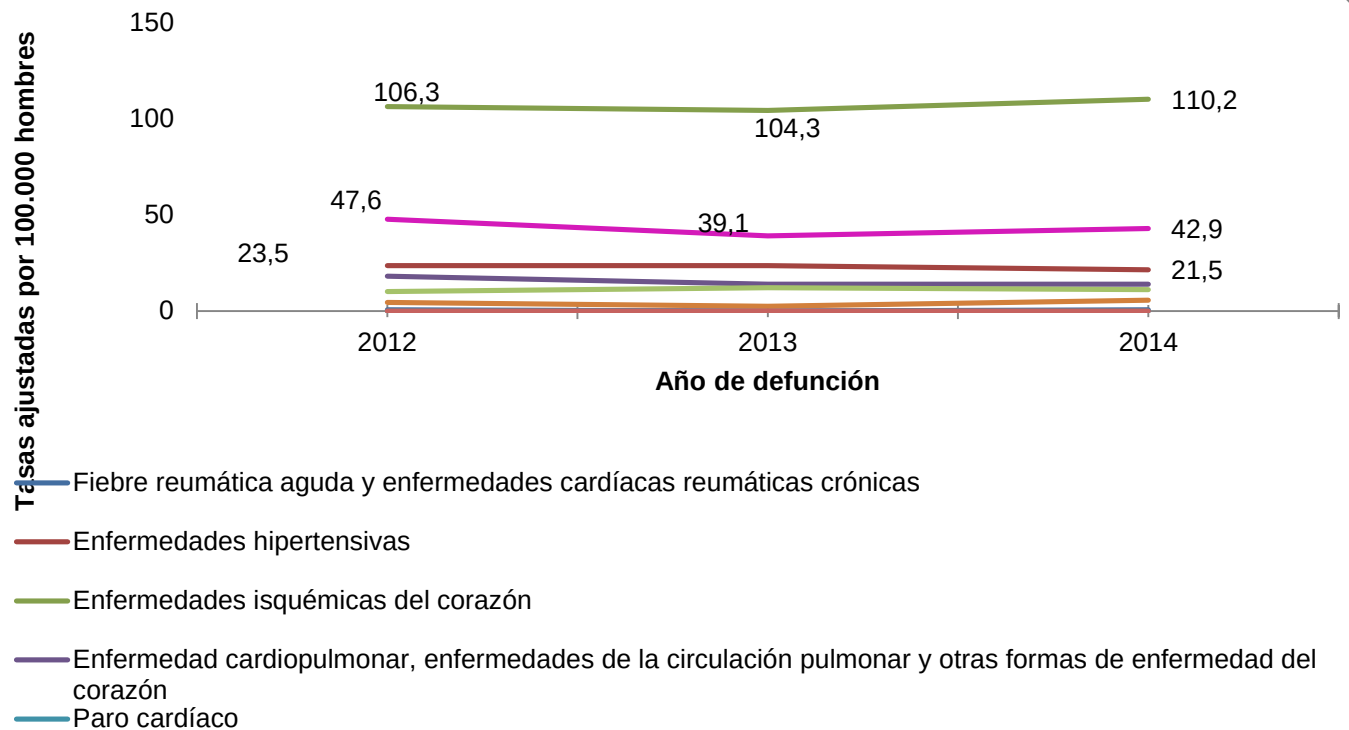
3.1.2.3 Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio

En San Cristóbal, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad en hombres y mujeres entre 2012 y 2014, de las cuales las enfermedades isquémicas del corazón representan el 47,8 % (276) de las muertes por enfermedades del sistema circulatorio, y pasa de 61,3 a 67,7 muertes por cada 100.000 habitantes, lo cual implica un incremento del 10,4 % en términos relativos y de 6,4 muertes por cada 100.000 personas en términos absolutos.

Por su parte, las enfermedades cerebrovasculares representan el 25,0 % (144) de las muertes, con tasas ajustadas por edad tendientes al ascenso de 34,0 a 35,3 muertes por cada 100.000 habitantes. En tercer lugar, se ubican las enfermedades hipertensivas, que en 2014 representan el 10,9 % de las muertes, la tasa muestra disminución 5,5 % al pasar de 16,4 a 15,5 por 100.000 habitantes. Por sexo, se observa diferencia significativa solo para muerte por enfermedades isquémicas del corazón, que son superiores en los hombres en 40,4 muertes por cien mil habitantes, equivalente al 57,8 %.

Entre las localidades de cobertura de la Subred, San Cristóbal reporta la tasa más alta para enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares, en tanto se ubica en segundo lugar para la tasa de enfermedades hipertensivas.

Figura 10. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio según sexo, localidad de San Cristóbal, 2012- 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de datos Anexo 12 Ajuste tasas subgrupos grandes causas 6/67, documento ASIS Ministerio de la Protección Social, Documento ACCVSE Subred Centro Oriente, localidad de San Cristóbal

3.1.2.4 Mortalidad por afecciones del periodo perinatal

En general, la mortalidad por afecciones del periodo perinatal se ha mantenido baja, con comportamiento decreciente; entre 2012 y 2014, el 43,0 % (15) de las muertes por estas causas se atribuyó a trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal; las tasas ajustadas se redujeron en un 40,7 %, equivalente a 2,6 muertes menos por cada 100.000 habitantes, aunque distribuida por sexo es mayor en mujeres que en hombres.

Le sigue el grupo del resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, el cual causó el 25,5 % (9) de las muertes, sin variaciones significativas durante este periodo, que distribuida por sexo, ocurre más en mujeres que en hombres (Tabla 16).

Tabla 16. Tasas ajustadas de mortalidad por afecciones del periodo perinatal según sexo, localidad de San Cristóbal, 2012- 2014

Grupo	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	0,0	0,0	1,0	0,5	0,5	0,0	0,2	0,2	0,5
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	0,0	1,0	1,0	1,0	0,5	0,0	0,5	0,7	0,5
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	0,0	1,4	1,5	0,0	0,0	0,5	0,0	0,7	1,0
Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	6,7	3,9	3,4	6,0	3,1	4,1	6,4	3,5	3,8
Sepsis bacteriana del recién nacido	1,0	1,9	1,5	2,0	1,0	0,0	1,5	1,5	0,8
Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	3,3	1,4	1,0	2,0	1,5	3,6	2,7	1,5	2,2

Fuente: Datos Anexo 12 Ajuste tasas subgrupos grandes causas 6/67, documento ASIS Ministerio de la Protección Social, Documento ACCVSE Subred Centro Oriente, localidad de San Cristóbal

3.1.2.5 Mortalidad por causas externas

En San Cristóbal, las causas externas se ubicaron en el cuarto lugar de frecuencia de mortalidad entre 2012 y 2014, en el cual las agresiones (homicidios) provocaron el 43,9 % (89) del total de estas muertes; durante este periodo, las tasas ajustadas incrementaron un 34,7 %,

lo cual se traduce en 5,5 muertes más por cada 100.000 habitantes, pasando de producirse 15,8 a 21,3 muertes por cada 100.000 habitantes; cifras inferiores a lo estimado en Santa Fe y Rafael Uribe Uribe que para el mismo año se ubican en 33,1 y 39,0 muertes por cada 100.000 habitantes respectivamente. Según sexo, para 2014, la tasa ajustada de mortalidad por esta causa en hombres es casi 12 veces la reportada en mujeres (ver Tabla 17).

En segundo lugar se ubican los accidentes de transporte terrestre, que generaron el 21,5 % (40) de todas las muertes en el grupo, con incremento de tasas ajustadas del 27 %, pasando de 8,2 a 10,4, lo cual implica que para 2014 se produjeron 2,2 muertes más por cada 100.000 habitantes y superada por las tasas ajustadas de Santa Fe y Los Mártires, de 11,7 y 12,0, respectivamente; por sexo, como ocurre con la causa principal, la tasa ajustada de mortalidad por esta causa es mayor en hombres, que es 2,6 veces la estimada en mujeres (Tabla 17).

En tercer lugar, las caídas, disminuyeron en un 11,8 %, con tasas ajustadas que pasaron de 6,6 a 5,8 muertes por cada 100.000 habitantes y solo superada por la tasa de 6,0 de Santa Fe; nuevamente, más frecuente en hombres que en mujeres (Tabla 17).

Tabla 17. Tasas ajustadas de mortalidad por causas externas según sexo, localidad de San Cristóbal, 2012- 2014

Grupo	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Accidentes de transporte terrestre	13,2	15,4	15,6	3,9	5,2	5,9	8,2	10,1	10,4
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Caídas	7,4	3,5	8,4	5,7	1,0	3,7	6,6	2,2	5,8
Accidentes por disparo de arma de fuego	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0
Ahogamiento y sumersión accidentales	0,5	1,4	0,5	0,5	0,0	0,0	0,5	0,7	0,3
Accidentes que obstruyen la respiración	0,0	1,0	0,6	0,5	0,0	0,0	0,3	0,5	0,3
Exposición a la corriente eléctrica	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
Exposición al humo, fuego y llamas	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	0,7	0,6	0,5	0,0	0,0	0,5	0,3	0,3	0,5
Los demás accidentes	2,0	0,0	1,1	1,4	0,5	0,5	1,7	0,2	0,8
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	9,0	2,9	5,6	1,9	1,4	1,9	5,3	2,1	3,7
Agresiones (homicidios)	30,3	21,5	39,8	2,2	4,7	3,4	15,8	13,0	21,3
Eventos de intención no determinada	7,5	5,6	7,5	4,4	1,1	2,1	5,5	3,2	4,7
Las demás causas externas	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3

Fuente: Datos Anexo 12 Ajuste tasas subgrupos grandes causas 6/67, documento ASIS Ministerio de la Protección Social, Documento ACCVSE Subred Centro Oriente, localidad de San Cristóbal

3.1.2.6 Mortalidad por las demás causas

En San Cristóbal, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores son la primera causa de muerte dentro de este grupo, causan el 33,7 % (146) de los fallecimientos; durante el periodo 2012-2014 se mantiene sin variaciones importantes. No obstante, la desagregación por sexo durante estos tres años, indica disminución del 9,1 % de las tasas ajustadas en hombres al tiempo que se incrementa en 17,0 % en mujeres (Tabla 18).

La siguiente causa corresponde a los diagnósticos del resto de enfermedades del sistema digestivo que no presenta diferencias significativas por sexo y ha disminuido en 35,1 % del año 2012 al 2014, equivalente a 10,1 muertes por 100.000 habitantes (Tabla 18).

Tabla 18. Tasas ajustadas de mortalidad por las demás causas según sexo, localidad de San Cristóbal, 2012- 2014

Grupo	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Diabetes mellitus	15,0	12,8	18,3	17,3	10,6	11,4	16,5	11,7	14,6
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	2,7	2,8	3,7	4,7	3,4	2,7	3,9	3,2	3,0
Trastornos mentales y del comportamiento	1,7	1,0	3,5	0,0	0,0	1,7	0,7	0,4	2,4
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	7,8	6,9	12,3	5,8	7,0	5,3	6,8	7,2	8,6
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	64,5	57,9	58,7	36,1	35,0	42,3	47,4	44,4	48,6
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	16,0	9,3	14,8	5,7	7,4	7,7	9,9	8,2	10,7
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	3,8	4,6	2,8	3,5	4,8	1,6	3,7	4,7	2,2
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	8,9	14,9	5,9	3,0	3,5	2,9	5,4	8,4	4,2
Resto de enfermedades del sistema digestivo	37,5	18,8	19,3	22,5	22,2	17,9	28,8	21,0	18,7
Enfermedades del sistema urinario	16,8	21,6	16,5	12,9	11,5	10,3	14,6	15,8	13,1
Hiperplasia de la próstata	1,5	3,2	2,7				0,6	1,3	1,0
Embarazo, parto y puerperio				1,4	0,9	0,4	0,7	0,5	0,2
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	5,7	3,9	6,4	8,0	3,0	5,7	6,8	3,5	6,1
Resto de las enfermedades	9,4	8,2	11,2	11,0	10,4	10,4	10,2	9,1	10,6

Fuente: Datos Anexo 12 Ajuste tasas subgrupos grandes causas 6/67, documento ASIS Ministerio de la Protección Social, Documento ACCVSE Subred Centro Oriente, localidad de San Cristóbal

3.1.3 Mortalidad Infantil y en la Niñez

En la localidad de San Cristóbal la principal causa de muerte en menores de un año durante el periodo 2012 al 2015 se le atribuye al grupo de ciertas afecciones del periodo perinatal (ver Tabla 19); tanto en valores absolutos como relativos, la cantidad de fallecimientos reportados en este grupo de edad disminuye frente a lo reportado en el año 2012, tanto en hombres como en mujeres. Le siguen en frecuencia reportada las malformaciones congénitas equivalentes al

23,4 % de las muertes en menores de un año. Como ocurre en mortalidad general, las cifras de la localidad son superiores a las estimadas para la Subred.

Tabla 19. Mortalidad Infantil y en la Niñez específica en menores de 1 año, por subgrupo de causas, localidad de San Cristóbal, 2012 a 2014

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,26	0,27	0,00	0,00	1,68	0,00	0,00	0,00	0,95	0,14	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,29	0,00	0,00	0,00	0,14	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,26	0,54	0,00	0,00	0,28	0,28	0,00	0,00	0,27	0,41	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,14	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	1,32	1,34	0,82	0,00	1,12	0,28	1,45	0,00	1,23	0,83	1,13	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,26	0,00	0,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,14	0,00	0,14	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	6,08	5,38	4,92	0,00	6,45	3,68	4,35	0,00	6,26	4,55	4,65	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,91	1,88	2,74	0,00	3,93	1,41	2,03	0,00	3,40	1,65	2,39	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	1,06	0,27	1,37	0,00	0,84	1,98	0,87	0,00	0,95	1,10	1,13	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,27	0,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,14	0,14	0,00

Fuente: Anexo 15 Mortalidad específica infantil y niñez, documento ASIS Ministerio de la Protección Social, localidad de San Cristóbal 2012-2014

En menores de uno a cuatro años, la principal causa de muerte durante el periodo 2012 al 2015 en la localidad de San Cristóbal, se le atribuye a causas externas seguida de las malformaciones congénitas, aunque en hombres la causa principal son las enfermedades del sistema nervioso (Tabla 20); los fallecimientos reportados en este grupo de edad se comportan similar a lo estimado a nivel de las localidades de la Subred aunque con valores superiores.

Tabla 20. Mortalidad Infantil y en la Niñez específica en menores de uno a cuatro años, por subgrupo de causas, localidad de San Cristóbal, 2012 a 2014

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	6,82	0,00	0,00	7,14	0,00	0,00	0,00	3,47	3,51	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	14,27	14,45	0,00	0,00	6,94	7,02	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,33	0,00	0,00	0,00	3,56	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,00	20,74	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,67	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,22	7,33	0,00	0,00	3,51	3,56	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,00	6,91	0,00	7,14	14,45	7,33	0,00	3,47	7,02	7,12	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	7,14	0,00	0,00	0,00	3,47	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	6,91	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,56	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,00	6,91	0,00	0,00	0,00	14,66	0,00	0,00	0,00	10,67	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	6,75	20,47	6,91	0,00	7,14	0,00	7,33	0,00	6,94	10,53	7,12	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	6,75	13,65	13,83	0,00	7,14	0,00	14,66	0,00	6,94	7,02	14,23	0,00

Fuente: Anexo 15 Mortalidad específica infantil y niñez, documento ASIS Ministerio de la Protección Social, localidad de San Cristóbal 2012-2014

3.1.4 Mortalidad Materno-Infantil y de la Niñez

Las estimaciones de mortalidad perinatal y mortalidad infantil han reportado comportamiento decreciente en la localidad durante el periodo observado y sin diferencias significativas con lo reportado a nivel de Subred y Distrito; aunque, se reporta incremento en la tasa de mortalidad en menores de cinco años, por infección respiratoria aguda – IRA y las debidas a enfermedad diarreica aguda – EDA para el periodo analizado en tanto las ocurridas por desnutrición se mantienen en 0 casos, por quinto año consecutivo (Tabla 21).

No obstante, la disminución observada, al año 2016 la mortalidad en la niñez en San Cristóbal, se encuentra por encima de la estimada para el distrito y para la localidad Santa Fe en 8,8 % y 5,7 %, respectivamente; la diferencia se incrementa si se contrasta la mortalidad observada por IRA y por EDA en la localidad frente al distrito, sin que represente diferencia estadísticamente significativa.

Así mismo, en San Cristóbal la muerte materna ha descendido durante los últimos cinco años hasta presentar un caso el año 2015 y no se presentaron casos en 2016, cifra significativamente inferior a la estimada en el distrito y para las localidades de la Subred Centro Oriente (Tabla 21)

Tabla 21. Comparativo de la mortalidad Infantil y de la Niñez, localidad de San Cristóbal, 2012 a 2016

Causa de muerte	Distrito, 2016	Subred, 2016	San Cristóbal, 2016				
				2013	2014	2015	2016
Razón de mortalidad materna	24,50	40,00	0,00	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad perinatal	13,20	12,60	9,99	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad infantil	9,10	8,50	9,18	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	17,50	18,90	19,04	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	4,00	3,50	5,86	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0,50	1,20	2,93	↗	↘	-	↗
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 16, Mortalidad infantil y niñez, documento ASIS Ministerio de la Protección Social, localidad de San Cristóbal 2012-2016.

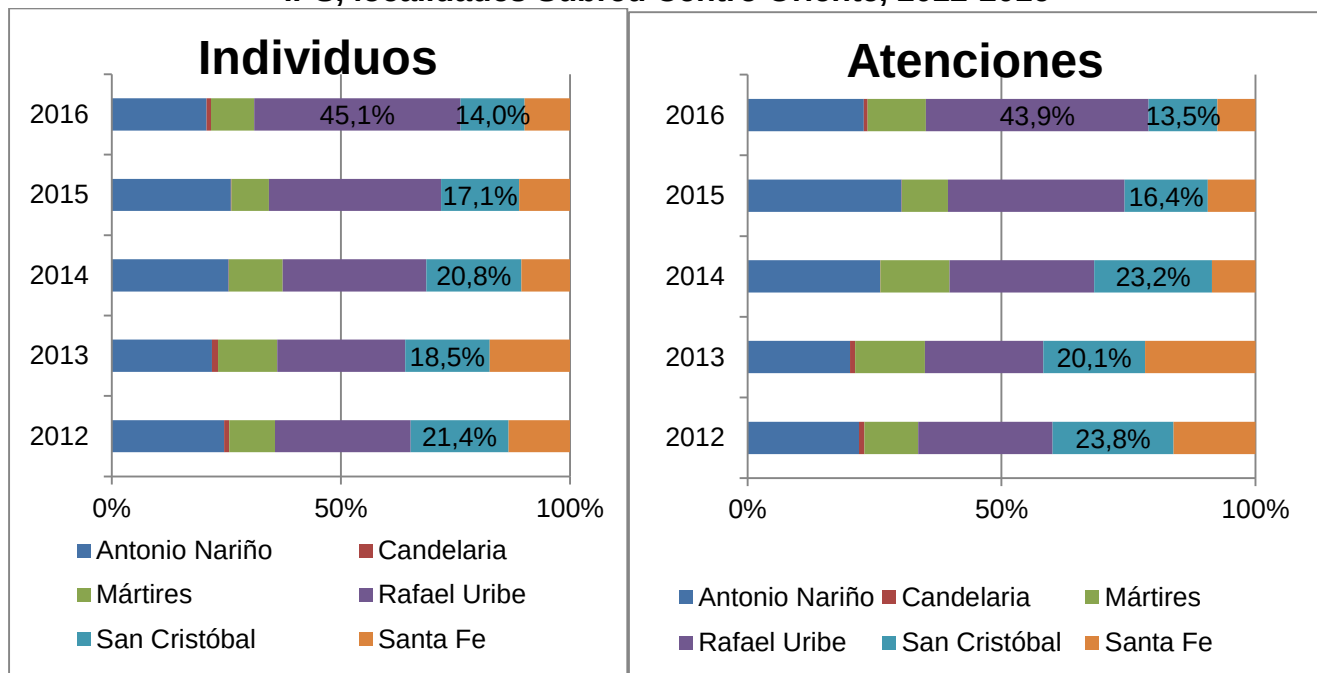
3.2 ANÁLISIS DE ESTRUCTURA DE MORBILIDAD

3.2.1 Morbilidad General y Análisis de la Prestación de Servicios

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

Acorde con la información proveniente de los RIPS, para el periodo 2012-2016 se hicieron, en promedio, 464.403 atenciones para 205.362 individuos por cada año; equivalente a 2,3 atenciones por persona con desviación estándar de 0,3. Este reporte equivale a una proporción decreciente de las atenciones e individuos atendidos en la localidad de San Cristóbal que al año 2016 se estima en 13,5 % y 14 %, respectivamente (Figura 11). La mayor proporción de atenciones se identifican en Rafael Uribe Uribe, explicable en mayor cantidad de IPS presentes en la localidad.

Figura 11. Distribución de las atenciones e individuos atendidos por ubicación de las IPS, localidades Subred Centro Oriente, 2012-2016

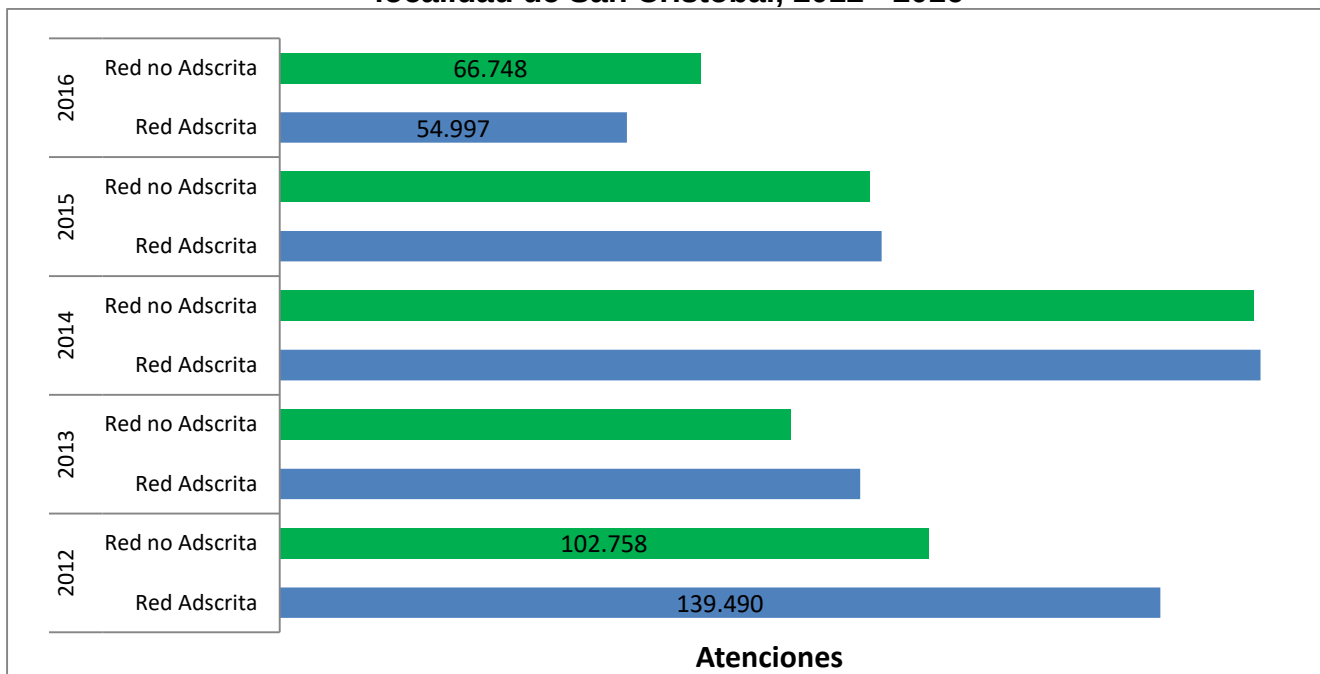


Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS 2012-2016 Red Adscrita y No Adscrita, SDS 11082017

La desagregación por sexo indica que, durante el periodo 2012-2016, en su mayoría asisten mujeres a los servicios, sin variaciones significativas entre años, y que representan el 62,2 % de las personas atendidas en las sedes de la localidad para el año 2016.

Si bien se desconoce el régimen de aseguramiento de las personas atendidas en la localidad, la información disponible diferencia red adscrita de no adscrita; para el periodo observado, se evidencia disminución en cantidades absolutas y relativas de las personas atendidas en la red adscrita, al pasar de 139.940 a 54.997 individuos de 2012 a 2016, mientras que la red no adscrita pasó de 102.758 a 66.748 individuos durante el mismo periodo, disminución que resulta en incremento proporcional de la atención en la Red No Adscrita (Figura 12). En este sentido, sería pertinente contar con información relacionada con el cambio en aseguramiento y en IPS de atención de los usuarios que traslada las atenciones fuera de la localidad.

**Figura 12. Distribución de la población atendida según tipo de red, IPS
localidad de San Cristóbal, 2012 - 2016**

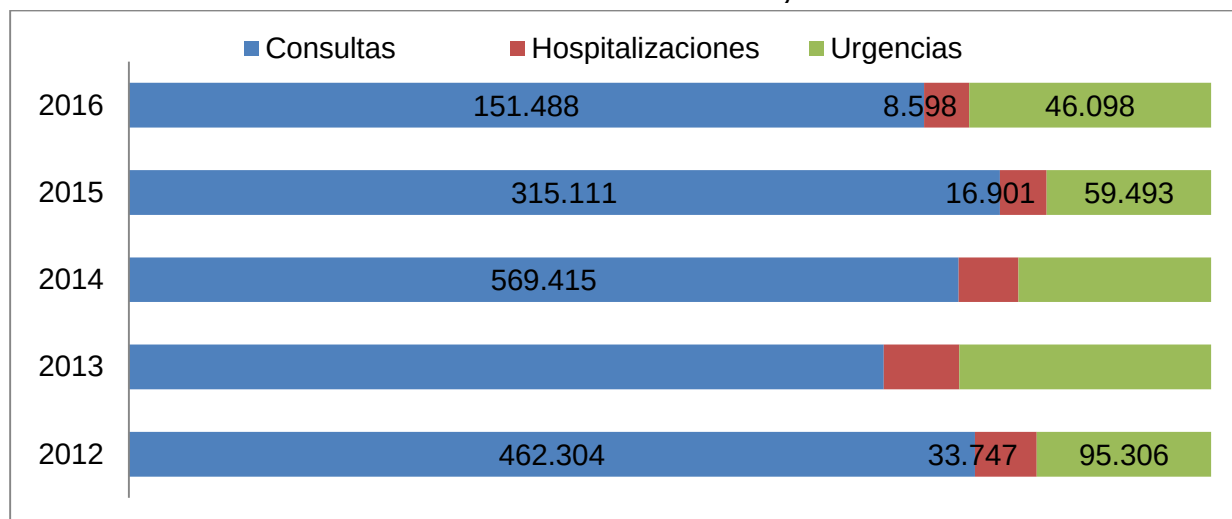


Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS 2012-2016 Red Adscrita y no adscrita, SDS 11082017

El tipo de atención predominantemente reportado para las instituciones que prestan servicios en San Cristóbal son las consultas, que han disminuido en proporción durante el periodo observado y se ubican en el 73 % de las atenciones (n=151.488), tendencia que también se

evidencia en las hospitalizaciones con 4,2 % de las atenciones (n=8.598), en tanto las urgencias han aumentado en proporción y representan el 22,4 % (n=46.098) (Figura 13).

Figura 13. Distribución de las atenciones según tipo de servicio, IPS localidad de San Cristóbal, 2012 - 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS 2012-2016 Red Adscrita y no adscrita, SDS 11082017

Para hacer la valoración de individuos atendidos según el curso de vida es preciso notar en la Tabla 22 que la mayor cantidad está reportada para las personas adultas y las personas mayores; para el periodo observado, la proporción de adultos ha disminuido del 36,5 % al 34,5 % del total (n=88.856 que pasa a n=42.116), en tanto las personas mayores que representaban el 14,2 % del total en 2012, pasaron al 17,5 % en 2016.

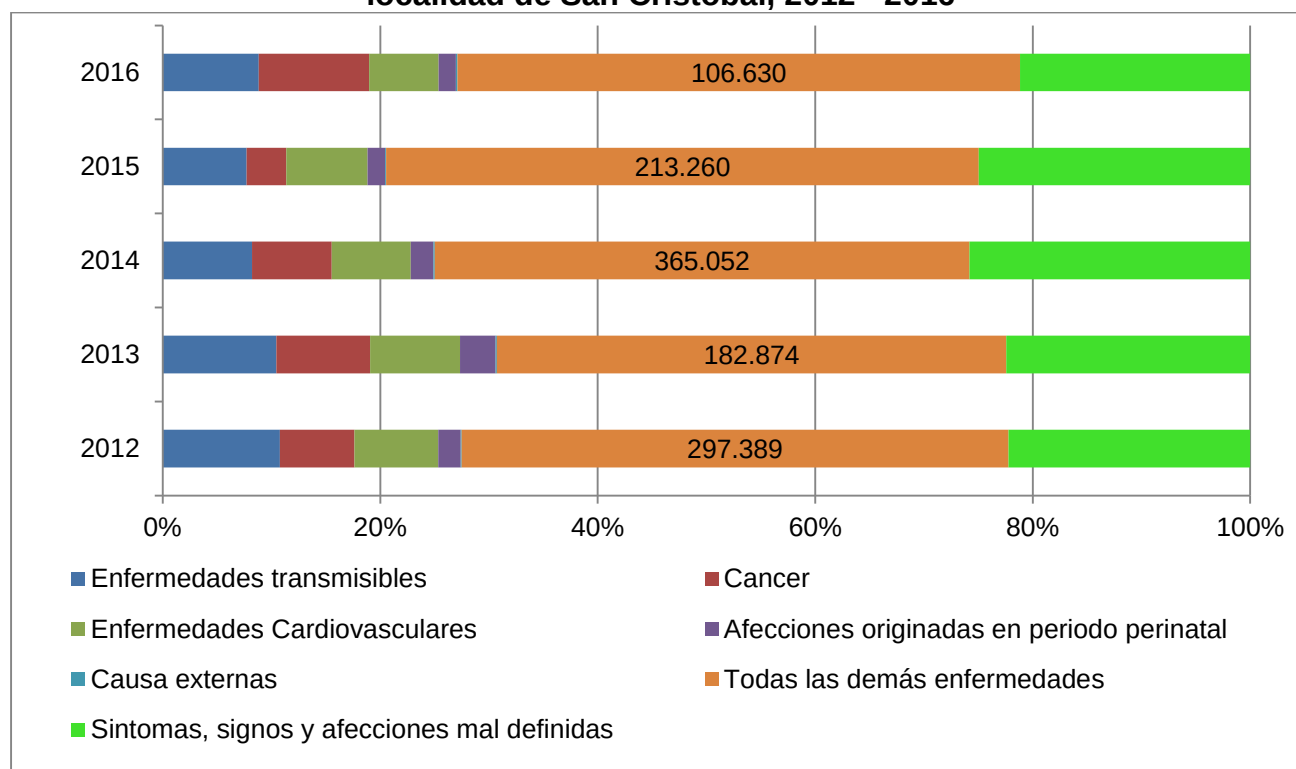
Tabla 22. Distribución de la población atendida por curso de vida, IPS localidad de San Cristóbal, 2012- 2016

Curso de vida	2012	2013	2014	2015	2016
Menores de 1 año	12.331	9.655	13.378	6.980	1.542
De 1 a 5 años	25.239	18.792	33.459	21.621	14.230
De 6 a 11 años	17.734	11.380	25.285	16.145	10.439
De 12 a 17 años	19.517	12.891	27.203	16.843	9.538
De 18 a 28 años	45.260	34.103	55.062	35.583	22.883
De 29 a 59 años	88.856	58.507	104.724	65.728	42.116
De 60 y más años	34.628	27.014	51.868	26.151	21.362
Total general	243.565	172.342	310.979	189.051	122.110

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS 2012-2016 Red Adscrita y no adscrita, SDS 11082017

La desagregación de las atenciones por grupos de enfermedades según la agrupación 6/67 permite observar que en su mayoría se dan para los diagnósticos clasificados en el grupo de las demás enfermedades durante todo el periodo observado. Si se contrasta con la distribución estimada para la Subred, en San Cristóbal se reporta menor proporción de atención para enfermedades transmisibles, cardiovasculares y el grupo de las demás enfermedades, incluida la diabetes mellitus; en tanto se observa mayor proporción de atención para las Afecciones originadas en periodo perinatal y las neoplasias, estas últimas con comportamiento creciente al pasar del 6,9 % de las consultas en 2012 al 10,1 % en 2016 mientras para la Subred estuvo entre el 2,5 % y 2,7 % durante el mismo periodo. Finalmente, el grupo de signos y síntomas no definidos que abarca también los diagnósticos relacionados con acciones promocionales y preventivas, se dan en menor proporción para atenciones en la localidad que las reportadas en toda la Subred (Figura 14).

Figura 14. Distribución de las atenciones según grupo de causa 6/67, IPS localidad de San Cristóbal, 2012 - 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS 2012-2016 Red Adscrita y no adscrita, SDS 11082017

3.2.1.1 Infancia

Las atenciones a usuarios en la localidad durante su infancia se pueden observar desagregadas para tres subgrupos de edad a saber: menores de un año, de 1 a 5 años y de 6 a 11 años de edad.

En menores de 1 año se pasó de reportar 35.466 atenciones en 2012 a 5.292 en 2016, en tanto la cantidad de individuos pasó de 12.331 a 1.542, lo cual equivale a 2,9 atenciones por persona en promedio con desviación estándar de 0,4. Al mismo tiempo se observa que frente a la Subred, las atenciones a menores en San Cristóbal pasaron del 6,0 % al 2,6 %.

Así mismo, la cantidad de atenciones en menores de 1 a 5 años, se redujo en 57,4 % al pasar de 49.131 atenciones en 2012 a 20.920 en 2016, que en proporción de atenciones en la Subred representa incremento del 8,3 % al 10,1 % y equivale a 1,8 atenciones por persona en promedio con desviación estándar de 0,3.

Las atenciones en menores de 6 a 11 años disminuye en valores absolutos un 53,8 %, pasa de 30.573 en 2012 a 14.138 en 2016, equivalentes al 6,1% del total de la Subred en 2016, con a 1,7 atenciones por persona en promedio con desviación estándar de 0,2 (ver Tabla 23).

La causa principal de atención a menores de un año en San Cristóbal según causa 6/67 fueron las enfermedades transmisibles para el año 2012, en tanto del año 2013 en adelante priman las afecciones del periodo perinatal que en 2016 representan el 45,8 % de las atenciones en 2016 (Tabla 23).

En menores de 1 a 5 años, la causa principal de atención se ubica en el grupo de las demás enfermedades, seguido de las enfermedades transmisibles durante el periodo 2012-2016. Además, cabe resaltar que la atención por cáncer, en proporción, se ha duplicado durante el periodo observado (Tabla 23).

Tabla 23. Distribución de las atenciones en salud durante la infancia según agrupación 6/67, IPS de la localidad de San Cristóbal, 2012- 2016

Grupo 6/67	2012	2013	2014	2015	2016
Menores de 1 año	35.466	29.599	35.820	16.612	5.292
Enfermedades transmisibles	11.615	7.550	8.346	3.334	1.278
Cáncer	56	33	51	46	9
Enfermedades Cardiovasculares	25	29	46	8	3
Afecciones originadas en periodo perinatal	10.990	12.165	13.045	5.597	2.425
Causa externas	4	7	6	3	
Todas las demás enfermedades	5.525	4.062	5.340	2.373	722
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	7.251	5.753	8.986	5.251	855
De 1 a 5 años	49.131	36.164	71.032	37.449	20.920
Enfermedades transmisibles	14.240	11.178	17.479	8.237	5.915
Cáncer	279	256	570	395	238
Enfermedades Cardiovasculares	90	63	113	68	36
Afecciones originadas en periodo perinatal	99	260	937	288	611
Causa externas	50	37	85	49	33
Todas las demás enfermedades	17.124	12.341	23.485	13.262	7.663
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	17.249	12.029	28.363	15.150	6.424
De 6 a 11 años	30.573	19.606	47.321	29.188	14.138
Enfermedades transmisibles	5.037	3.361	6.273	3.561	2.477
Cáncer	396	356	802	318	229
Enfermedades Cardiovasculares	51	44	121	70	59
Afecciones originadas en periodo perinatal	7		565	40	49
Causa externas	58	54	63	37	27
Todas las demás enfermedades	15.319	9.669	23.379	16.594	7.567
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	9.705	6.122	16.118	8.568	3.730

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS 2012-2016 Red Adscrita y no adscrita, SDS 11082017

3.2.1.2 Adolescencia y Juventud

Las atenciones a usuarios en la localidad durante la adolescencia pasaron de 37.839 atenciones en 2012 a 14.278 en 2016, con disminución observada del 62,3 %, en tanto la cantidad de individuos pasó de 19.517 a 9.538, lo cual equivale a 1,9 atenciones por persona

en promedio con desviación estándar de 0,2. Frente al total de Subred, las atenciones a adolescentes en San Cristóbal que representaban el 6,4 % en 2012, pasaron al 6,9 % en 2016. Así mismo, la cantidad de atenciones en jóvenes, se redujo en 62,8 % al pasar de 105.315 en 2012 a 39.144 en 2016, que en proporción de atenciones en la Subred representa incremento del 17,8 % al 19,0 % y equivale a 2,1 atenciones por persona en promedio con desviación estándar de 0,3.

La causa principal de atención en adolescentes en San Cristóbal según agrupación 6/67 se ubica en el grupo de las demás enfermedades que representan casi el 60 % de las atenciones durante el periodo observado; adicionalmente, se observa incremento proporcional del reporte de atención por cáncer que en 2012 representaba el 1,6 % de las atenciones y a 2016 se estima en el 3,6 % de las atenciones (Tabla 24).

En jóvenes, la causa principal de atención se ubica en el grupo de las demás enfermedades, seguido de las enfermedades transmisibles durante el periodo 2012-2016. No obstante, la atención por causas externas, en proporción, se ha duplicado durante el periodo observado al tiempo que disminuye el peso de las enfermedades transmisibles (Tabla 24).

Tabla 24. Distribución de las atenciones en salud a residentes durante la adolescencia y juventud según agrupación 6/67, IPS en la localidad de San Cristóbal, 2012- 2016

Grupo 6/67	2012	2013	2014	2015	2016	Total general
De 12 a 17 años	37.839	24.727	57.104	32.855	14.278	166.803
Enfermedades transmisibles	3.778	2.203	3.937	2.169	1.101	13.188
Cáncer	593	692	1.033	500	521	3.339
Enfermedades Cardiovasculares	163	123	307	149	88	830
Afecciones originadas en periodo perinatal	195	36	119	78	74	502
Causa externas	78	55	82	63	49	327
Todas las demás enfermedades	21.298	13.929	30.929	19.298	8.827	94.281
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	11.734	7.689	20.697	10.598	3.618	54.336
De 18 a 28 años	105.315	72.354	129.874	75.061	39.144	421.748
Enfermedades transmisibles	9.071	5.143	6.554	3.675	2.274	26.717

Cáncer	1.860	1.568	2.206	1.111	708	7.453
Enfermedades Cardiovasculares	1.557	546	1.227	563	456	4.349
Afecciones originadas en periodo perinatal	636	205	570	220	97	1.728
Causa externas	112	124	194	119	91	640
Todas las demás enfermedades	61.155	41.684	70.966	42.817	23.516	240.138
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	30.924	23.084	48.157	26.556	12.002	140.723

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS 2012-2016 Red Adscrita y no adscrita, SDS 11082017

3.2.1.3 Adultez

Las atenciones en adultos, como ha ocurrido en los grupos anteriores, disminuye en valores absolutos un 68,5 %, pasa de 231.452 en 2012 a 72.870 en 2016, equivalentes al 35,3 % del total de la Subred en 2016, con a 2,2 atenciones por persona en promedio con desviación estándar de 0,3 (Tabla 25).

La causa principal identificada en adultos atendidos en San Cristóbal según agrupación 6/67 fueron las demás enfermedades (59,0 %), seguido por el cáncer (10,9 %) y las enfermedades cardiovasculares 7,1 %); no obstante, es preciso rastrear el subgrupo de enfermedades involucradas en la atención (Tabla 25).

Tabla 25. Distribución de las atenciones en salud a residentes durante la adultez según agrupación 6/67, IPS en la localidad de San Cristóbal, 2012- 2016

Grupo 6/67	2012	2013	2014	2015	2016
De 29 a 59 años	231.452	130.624	255.862	142.171	72.870
Enfermedades transmisibles	15.656	8.452	13.256	7.015	3.701
Cáncer	18.787	14.862	23.205	7.317	7.937
Enfermedades Cardiovasculares	17.527	11.201	19.831	11.932	5.144
Afecciones originadas en periodo perinatal	282	124	254	95	7
Causa externas	132	107	261	153	83
Todas las demás enfermedades	137.199	71.320	148.194	90.041	43.911
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	41.869	24.558	50.861	25.618	12.087

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS 2012-2016 Red Adscrita y no adscrita, SDS 11082017

3.2.1.4 Vejez

Las atenciones a personas mayores mantienen el comportamiento descrito, con una disminución del 61,1 % cuando pasó de 101.581 a 39.542 atenciones entre 2012 y 2016, para 34.628 y 21.362 individuos respectivamente; equivalente a 2,5 atenciones con desviación estándar de 0,5 (Tabla 26).

En personas mayores, la causa principal de atención se ubica en el grupo de las demás enfermedades con el 36,5 % del reporte (n=13.569), seguido de las atenciones por cáncer, que muestra comportamiento proporcional creciente durante el periodo 2012-2016 hasta llegar a representar el 28,5 % de las atenciones. Finalmente, la atención por enfermedades cardiovasculares, en proporción, ocupa el tercer lugar con el 18,7% de las atenciones (Tabla 26).

Tabla 26. Distribución de las atenciones en salud durante la vejez según agrupación 6/67, IPS en la localidad de San Cristóbal, 2012- 2016

Grupo 6/67	2012	2013	2014	2015	2016
De 60 y más años	101.581	77.364	145.521	58.169	39.542
Enfermedades transmisibles	4.264	2.920	5.140	2.200	1.468
Cáncer	18.625	15.899	26.597	4.608	11.258
Enfermedades Cardiovasculares	26.125	20.278	32.347	16.442	7.408
Afecciones originadas en periodo perinatal	5	1	3	1	
Causa externas	44	33	80	25	35
Todas las demás enfermedades	37.131	26.889	57.314	27.192	13.569
Diabetes Mellitus (DM)	2.638	2.980	5.445	1.683	855
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	12.749	8.364	18.595	6.018	4.949

Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS 2012-2016 Red Adscrita y no adscrita, SDS 11082017

Si el análisis se remite a las diez primeras causas de atención, se valida lo observado por grupos de causas en donde predominan los diagnósticos del grupo de las demás enfermedades, aunque con reporte para los demás grupos; priman la Hipertensión esencial, caries de la dentina y rinofaringitis aguda, sin diferencias importantes según sexo y sin que representen un volumen importante del total de atenciones registradas (Tabla 27).

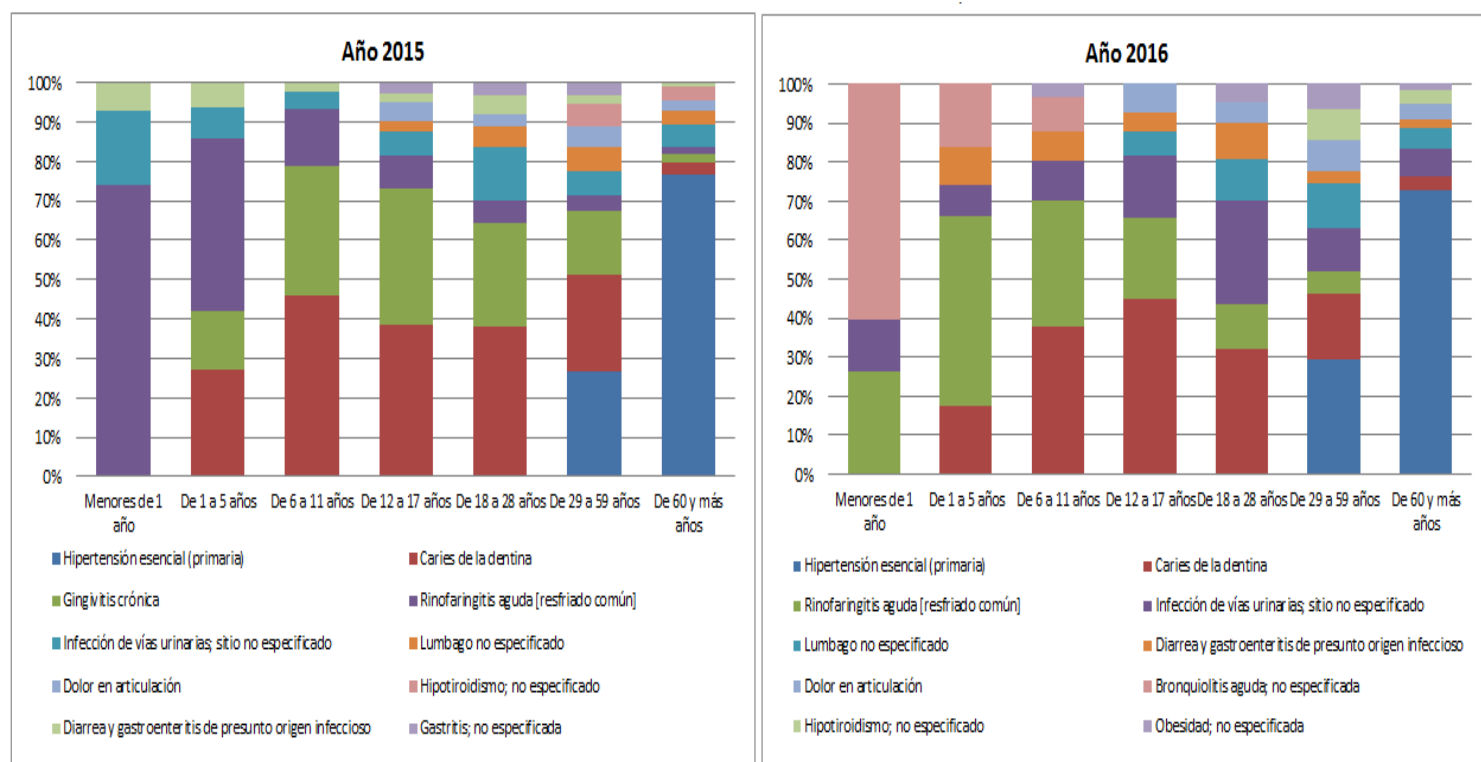
Tabla 27. Diez primeras causas de atención según sexo, IPS de la localidad de San Cristóbal, 2015- 2016

Diagnóstico	Año 2015				Año 2016			
	Hombre	%	Mujer	%	Hombre	%	Mujer	%
Hipertensión esencial (primaria)	7.081	4,8	15.750	6,4	2.814	3,6	6.201	4,8
Caries de la dentina	8.278	5,7	12.522	5,1	2.134	2,8	3.523	2,7
Rinofaringitis aguda [resfriado común]	3.495	2,4	4.540	1,9	2.009	2,6	2.634	2,0
Tumor maligno de la mama; parte no especificada	151	0,1	1.565	0,6	125	0,2	3.641	2,8
Infección de vías urinarias; sitio no especificado	1.475	1,0	4.615	1,9	738	1,0	2.919	2,3
Lumbago no especificado	1.334	0,9	2.146	0,9	882	1,1	1.329	1,0
Dolor en articulación	1.121	0,8	1.894	0,8	546	0,7	1.031	0,8
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	934	0,6	1.187	0,5	621	0,8	936	0,7
Bronquiolitis aguda; no especificada	881	0,6	685	0,3	736	1,0	726	0,6
Pérdida de dientes debida a accidente; extracción o enfermedad periodontal local	554	0,4	1.061	0,4	459	0,6	961	0,7
Total atenciones	146.118	100	245.387	100	77.323	100	128.861	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Total atenciones y usuarios únicos por Diagnóstico, año, sexo y localidad de la IPS (Primeros 20 Diagnóstico), SDS 11092017

Una vez identificadas las diez primeras causas de morbilidad según sexo, es preciso observar su comportamiento a lo largo del curso de vida, tanto para el año 2015 como el 2016 (Figura 15); es así como en la primera infancia predominan las enfermedades respiratorias que disminuyen paulatinamente y son de muy baja proporción a partir de la juventud; así mismo, se observa que la infección de vías urinarias se reporta para todo el curso de vida, con incremento proporcional en la población joven, mientras que desde la primera infancia y hasta la adultez, las enfermedades de la boca y los dientes tienen relevancia como causa principal de atención a la población, en coherencia con hallazgos de nivel distrital y nacional. De otra parte, en la juventud y adultez se identifica atención por lumbago, obesidad e hipertensión esencial, esta última que incrementa proporcionalmente en la vejez.

Figura 15. Diez primeras causas de atención según curso de vida, IPS de la localidad de San Cristóbal, 2015- 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Total atenciones y usuarios únicos por Diagnóstico, año, curso de vida y localidad de la IPS (Primeros 20 Diagnóstico), SDS 11092017

Visto desde la estructura de prestación de servicios, se analiza la identificación de primeras causas de atención desde el servicio de consulta externa para los años 2015 y 2016 en donde, como ocurre en general, predominan las atenciones por Hipertensión esencial, caries y

rinofaringitis (Tabla 28). Aunque en 2016 frente al año anterior sale de este reporte de principales causas la diabetes mellitus, se incorpora el diagnóstico de obesidad.

Tabla 28. Diez primeras causas de atención en consulta externa, IPS de la localidad de San Cristóbal, 2015- 2016

Diagnóstico	Año 2015	%	Año 2016	%
Hipertensión esencial (primaria)	22.184	7,0	8.582	5,7
Caries de la dentina	20.518	6,5	5.564	3,7
Rinofaringitis aguda [resfriado común]	6.274	2,0	3.445	2,3
Infección de vías urinarias; sitio no especificado	3.862	1,2	2.179	1,4
Lumbago no especificado	3.050	1,0	1.812	1,2
Dolor en articulación	2.911	0,9	1.497	1,0
Hipotiroidismo; no especificado	2.974	0,9	1.360	0,9
Dientes incluidos		0,0	1.276	0,8
Gastritis; no especificada		0,0	1.272	0,8
Obesidad; no especificada	2.192	0,7	1.191	0,8
Total atenciones	315.111	100,0	151.488	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Total atenciones y usuarios únicos por Diagnóstico, año, tipo de atención y localidad de la IPS (Primeros 20 Diagnóstico), SDS 11092017

La atención por hospitalización está dirigida principalmente a la atención de partos, que disminuye proporcionalmente pasar de 13,6 % de las atenciones de este tipo en 2015 al 9,4 % en 2016. Aun cuando el comportamiento es similar de un año a otro se debe considerar el reporte de Esquizofrenia paranoide que no aparece como causa principal en 2015 y se ubica en cuarto lugar para 2016 (Tabla 29).

Tabla 29. Diez primeras causas de atención en hospitalización, IPS de la localidad San Cristóbal, 2015- 2016

Diagnóstico	Año 2015	%	Año 2016	%
Parto único espontaneo; presentación cefálica de vértice	1.498	8,9	518	6,0
Infección de vías urinarias; sitio no especificado	519	3,1	255	3,0
Bronquiolitis aguda; no especificada	285	1,7	173	2,0
Esquizofrenia paranoide		0,0	166	1,9
Parto por cesárea de emergencia	473	2,8	160	1,9
Parto por cesárea; sin otra especificación	320	1,9	130	1,5
Neumonía bacteriana; no especificada	134	0,8	92	1,1
Neumonía; no especificada	115	0,7	77	0,9
Apendicitis aguda; no especificada	136	0,8	72	0,8
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; no especificada	154	0,9	57	0,7
Total atenciones	16.901	100	8.598	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Total atenciones y usuarios únicos por Diagnóstico, año, tipo de atención y localidad de la IPS (Primeros 20 Diagnóstico), SDS 11092017

Finalmente, en los servicios de urgencias, la causa principal de atención está vinculada a enfermedades transmisibles a saber rinofaringitis, diarrea, bronquiolitis y amigdalitis, que representan 5,3 % de las atenciones en 2015 y 6,2 % en 2016. Además, se encuentran el diagnóstico de infección de vías urinarias, la amenaza de aborto y la hipertensión arterial, con comportamiento similar para el periodo observado (Tabla 30).

Tabla 30. Diez primeras causas de atención en urgencias, IPS de la localidad de San Cristóbal, 2015- 2016

Diagnóstico	Año 2015	%	Año 2016	%
Infección de vías urinarias; sitio no especificado	1.709	2,9	1.223	2,7
Rinofaringitis aguda [resfriado común]	1.725	2,9	1.176	2,6
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	920	1,5	893	1,9

Amenaza de aborto	1.021	1,7	505	1,1
Bronquiolitis aguda; no especificada	130	0,2	448	1,0
Hipertensión esencial (primaria)	480	0,8	394	0,9
Lumbago no especificado	408	0,7	389	0,8
Contusión de la rodilla	419	0,7	389	0,8
Amigdalitis aguda; no especificada	399	0,7	358	0,8
Pulpitis		0,0	174	0,4
Total atenciones	59.493	100	46.098	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Total atenciones y usuarios únicos por Diagnóstico, año, tipo de atención y localidad de la IPS (Primeros 20 Diagnóstico), SDS 11092017

3.2.2 Descripción de la oferta

La oferta de servicios de salud en la localidad de San Cristóbal es limitada tanto en cantidad como en ubicación; de acuerdo con la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) del Ministerio de la Protección Social, en la localidad se encuentran inscritos 181 prestadores (††), equivalente al 1,32 % de los registrados para la ciudad. Según su naturaleza jurídica, el 6,1 % son IPS Públicas, el 14,9 % son IPS privadas resto de las instituciones son privadas, el 5 % corresponde a entidades con objeto social diferente y el 73,5 % corresponde a profesionales independientes (Tabla 31).

Tabla 31. Prestadores de servicios de salud localidad de San Cristóbal, según naturaleza jurídica a noviembre de 2016

Clase de Prestador	Naturaleza	Total	%
Instituciones – IPS	Pública	11	6,1
	Privada	27	14,9
Total Instituciones – IPS		38	21,0
Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud	Pública	0	0,0
	Privada	9	5,0
Total Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud		9	5,0
Profesional Independiente	Privada	133	73,5

††Considera cada sede de la Subred Centro Oriente como una IPS pública.

Total Profesional Independiente		133	73,5
Transporte Especial de Pacientes	Privada	1	0,6
Total Transporte Especial de Pacientes		1	0,6
Total general		181	100

Fuente: Elaboración propia con datos del REPS; 2016.

En términos de los servicios ofertados, en el área de la Subred se encuentran habilitados 4.552 servicios de salud, equivalentes al 10,6 % de los servicios de la ciudad; en su mayoría corresponden a servicios de consulta externa, apoyo terapéutico y protección específica y detección temprana (15), con distribución similar entre las sedes públicas de la localidad y la Subred. En lo que a la red privada se refiere, hay mayor oferta proporcional de servicios de consulta externa y otros servicios en tanto, es menor la oferta de servicios de detección temprana y protección específica y de internación. Como se muestra en la Tabla 32, la información de la red privada está disponible y estimada para la Subred mas no para la localidad.

Tabla 32. Distribución de servicios ofertados según naturaleza jurídica de los prestadores de servicios de salud, Subred Centro Oriente- localidad de San Cristóbal, 2015-2016

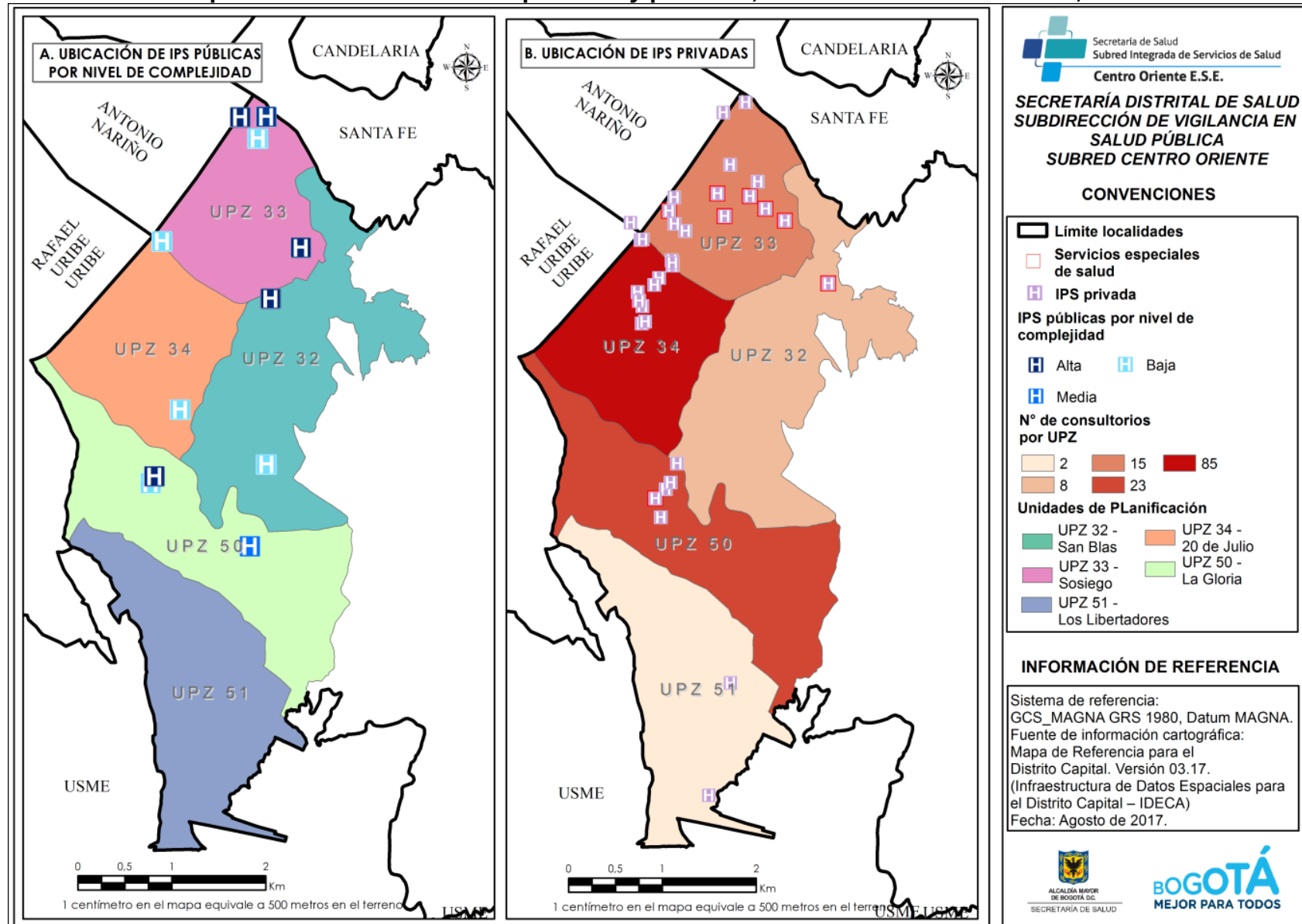
Servicio	Subred Centro Oriente						Pública San Cristóbal	
	PRIVADA*		PÚBLICA*		TOTAL	%	Cantidad	%
	Cantidad	%	Cantidad	%				
Consulta Externa	2.017	87,8	281	12,2	2.298	50,5	83	31,9
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	730	80,1	181	19,9	911	20,0	62	23,8
Protección Específica y Detección Temprana	266	52,9	237	47,1	503	11,1	62	23,8
Otros Servicios	388	92,4	32	7,6	420	9,2	0	0,0
Quirúrgicos	166	67,5	80	32,5	246	5,4	22	8,5
Internación	74	56,5	57	43,5	131	2,9	23	8,8
Transporte Asistencial	13	56,5	10	43,5	23	0,5	5	1,9
Urgencias	8	40,0	12	60,0	20	0,4	3	1,2
TOTAL CENTRO ORIENTE	3.662	80,5	890	19,6	4.552	100	260	100

Fuente: *Cuadro SDS con base en REPS (corte 02/03/2016); San Cristóbal, reporte SDS noviembre, 2016

El Mapa 3, indica la ubicación de las IPS públicas y privadas, las primeras desagregadas por nivel de complejidad que representa la accesibilidad a servicios para usuarios del régimen subsidiado; no obstante, requiere ser complementada con el tipo de servicios ofertados acorde a la implementación del modelo de salud. La ubicación de los prestadores públicos y privados, tanto institucionales como de servicios independientes, se observan principalmente hacia las UPZ 33 Sosiego y 34 Veinte de Julio, en contraste con la escasa oferta en las UPZ 32 San Blas y 51 Los Libertadores.

Así, el acceso de la población a los servicios de salud está sujeto, no solo a la oferta de servicios identificada, sino a los aseguradores involucrados, los prestadores contratados 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.

Mapa 3. Ubicación de las IPS públicas y privadas, localidad de San Cristóbal, 2016



Fuente: Equipo Gobernanza con datos de IDECA, Oficina de Planeación Subred Centro Oriente, 2016; y Secretaría Distrital de Salud, 2016

Si se contrasta de una parte la oferta disponible con la morbilidad y mortalidad reportada en la localidad que ubica las enfermedades crónicas no transmisibles en primer lugar, y de otra, la evidencia disponible que indica eficacia de la atención primaria concentrada en las acciones de gestión de factores de riesgo y la coordinación de atención y suministro de medicamentos entre especialistas y hospitales (16), es pertinente manifestar la necesidad de información relacionada con el tipo de servicios ofertados y el comportamiento de la contratación de estos con los distintos aseguradores de la población residente en San Cristóbal.

3.2.3 Eventos de Vigilancia en Salud Pública

En la medida que la observación sistemática y constante de los eventos que afectan o pueden afectar la salud de la población permite dar respuesta en forma oportuna y estructurada a las necesidades identificadas, a continuación, se relacionan los hallazgos procedentes de los reportes de SIVIGILA a escala nacional y distrital sobre eventos reportados para la localidad de San Cristóbal.

3.2.3.1 SIVIGILA Nacional

Durante el año 2016, el SIVIGILA captó 165.517 eventos notificados de los cuales 27.104 se vinculan a individuos con residencia en el área correspondiente a la Subred, equivalentes al 16,4 % de la notificación en el Distrito; en tanto las notificaciones locales llegaron a 7.476 casos, es decir, el 4,5 % de la notificación distrital. En coherencia con el tamaño poblacional, la notificación local da cuenta del 27,6 % de los eventos reportados en la Subred; proporción que se incrementa para los eventos clasificados en el componente de Seguridad alimentaria y nutricional, Salud Ambiental y Convivencia social y salud mental.

Además, la Tabla 33 permite observar el comportamiento de la notificación agregado por las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública para las cinco UPZ de la localidad en donde un poco menos de la cuarta parte de la notificación del componente de enfermedades transmisibles se genera en la UPZ 34, Veinte de Julio y, principalmente, debida a parotiditis y rubeola.

La notificación de eventos relacionados con sexualidad y derechos sexuales y reproductivos se observa en mayor proporción para la UPZ 50 La Gloria debida a morbilidad materna extrema, defectos congénitos y mortalidad perinatal y neonatal; no obstante, en las UPZ 32 y 34 hay reporte relevante de VIH/SIDA y Muerte por SIDA. La afectación por factores de riesgo ambiental implica a la UPZ 32 San Blas vinculada a Intoxicaciones por Sustancias Químicas, y a la 50 La Gloria por notificación de ETA. Por su parte, los eventos de salud mental tienen peso importante entre la población de las UPZ 34 Veinte de Julio y 50 La Gloria; y, las enfermedades vinculadas a las enfermedades no transmisibles son de mayor proporción en las UPZ 50 La Gloria y 32 San Blas (Tabla 33).

Tabla 33. Distribución de la notificación individual por grupos de eventos, localidad de San Cristóbal, 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 32 frente a la localidad	Proporción de notificación por grupo de eventos UPZ 33 frente a la localidad	Proporción de notificación por grupo de eventos UPZ 34 frente a la localidad	Proporción de notificación por grupo de eventos UPZ 50 frente a la localidad	Proporción de notificación por grupo de eventos UPZ 51 frente a la localidad	proporción de notificación por grupo de eventos UPZ nd frente a la localidad
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	4,81	25,60	19,67	16,37	24,16	21,21	18,38	0,21
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	6,78	24,46	21,44	14,67	21,30	25,81	16,50	0,28
Convivencia Social y Salud Mental	3,44	29,30	15,84	21,49	22,02	22,68	16,15	1,81
Salud Ambiental	5,20	32,43	23,04	9,95	17,28	38,74	10,99	0,00
Seguridad Alimentaria y Nutricional	7,25	37,96	20,00	17,47	25,52	25,06	11,49	0,46
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	4,93	26,84	20,37	15,78	20,07	24,81	12,89	6,07

Fuente: Construcción propia con información Bases oficiales SDS por subsistemas SIVIGILA Distrital, reporte julio 19 de 2017.

Los eventos de notificación colectiva (Tabla 34) tienen bajo nivel de reporte para la localidad pero, como ocurre en lo individual, el mayor volumen lo representa la enfermedad diarreica, del componente de enfermedades transmisibles.

Tabla 34. Distribución de la notificación colectiva por grupos de eventos, localidad de San Cristóbal, 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 32 frente a la localidad	Proporción de notificación por grupo de eventos UPZ 33 frente a la localidad	Proporción de notificación por grupo de eventos UPZ 34 frente a la localidad	Proporción de notificación por grupo de eventos UPZ 50 frente a la localidad	Proporción de notificación por grupo de eventos UPZ 51 frente a la localidad
Salud Ambiental	1,08	20,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	0,70	16,70	16,72	23,47	29,58	16,40	13,83

Fuente: Construcción propia con información Bases oficiales SDS por subsistemas SIVIGILA Distrital, reporte julio 19 de 2017.

3.2.3.2 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 35, indica que frente al nivel distrital la notificación desde la localidad da cuenta de una proporción importante de la notificación para los tres grupos de eventos.

Como en el aparte anterior, la distribución por UPZ de la notificación muestra distribución similar con mayor proporción identificada en la UPZ 34 Veinte de Julio para las dimensiones de Seguridad Alimentaria y Nutricional y Convivencia Social y Salud Mental; mientras que para el componente de Vida saludable y Condiciones No Transmisibles la mayor proporción se observa para la UPZ 32 San Blas (Tabla 35).

Visto por grupos de eventos, en la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional el mayor reporte proviene de las cifras de exceso de peso, en mayor proporción en la UPZ 34 Veinte de julio; esta información es coherente con el reporte de obesidad identificado entre las atenciones desde las IPS de la localidad.

En el componente de convivencia social y salud mental, la notificación de consumo de SPA es similar en las UPZ de la localidad, mientras que la relacionada con lesiones de causa externa es ligeramente superior en las UPZ 34 20 de Julio y 50 La Gloria, por accidentes de trabajo y lesiones intencionales; estas mismas UPZ reportan mayor notificación para conducta suicida y violencia intrafamiliar. Finalmente, en Vida saludable y Condiciones No Transmisibles, la desagregación muestra mayor influencia de la condición de discapacidad y la afectación a la salud oral por caries cavitacional y gingivitis, en las UPZ 50 La Gloria y 32 San Blas (Tabla 35).

Tabla 35. Distribución de la notificación por subsistemas distritales de vigilancia epidemiológica, localidad de San Cristóbal, 2016

Grupo de eventos	Subsistemas	Proporción de eventos frente al distrito	Proporción de eventos localidad frente al Subred	Proporción de notificación por grupo de eventos UPZ 32 frente a la localidad	Proporción de notificación por grupo de eventos UPZ 33 frente a la localidad	Proporción de notificación por grupo de eventos UPZ 34 frente a la localidad	Proporción de notificación por grupo de eventos UPZ 50 frente a la localidad	Proporción de notificación por grupo de eventos UPZ 51 frente a la localidad	Proporción de notificación por grupo de eventos UPZ SD frente a la localidad
Seguridad Alimentaria y Nutricional	SISVAN	4,143	37,413	22,533	6,325	32,044	28,566	10,531	0,000
Convivencia Social y Salud Mental	VESPA LCE SISVECOS SIVIM	5,041	33,122	16,903	16,664	23,587	21,136	17,205	4,504
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	DISCAPACIDAD SISVESO SIVISTRA	4,921	23,744	13,971	12,054	16,130	18,775	9,057	30,013

Fuente: Construcción propia con información Bases oficiales SDS por subsistemas SIVIGILA Distrital, reporte julio 19 de 2017.

3.2.4 Eventos precursores

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

El reporte disponible frente a diabetes mellitus e hipertensión arterial es para usuarios atendidos en IPS de la localidad de San Cristóbal, según lo cual la proporción de atenciones debidas a diabetes mellitus - DM osciló entre 1,02 % y 0,9 % entre 2012 y 2016; en tanto para hipertensión arterial se reportan en el 4,0 % y 3,0 % para 2015 y 2016, respectivamente; estas cifras son proporcionalmente inferiores a las reportadas para la Subred a 2016 aunque la diferencia no es significativa (Tabla 36).

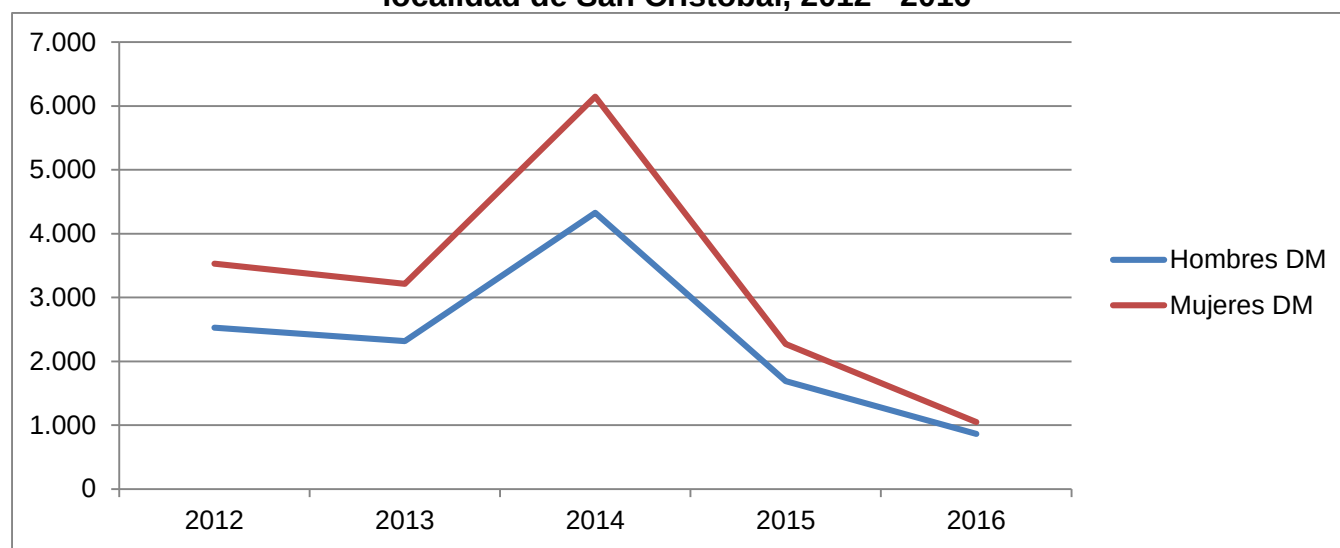
Tabla 36. Proporción de atenciones por eventos precursores, en IPS localidad de San Cristóbal, 2012-2016

Evento	Subred 2016	Local 2016	2013	2014	2015	2016
Proporción de atención por diabetes mellitus - DM	1,4	0,9	↗	↘	↘	↘
Proporción de atención por hipertensión arterial	4,5	3,0	-	-	↗	↘

Fuente: Anexo 18, Eventos precursores, documento ASIS Ministerio de la Protección Social, localidad de San Cristóbal 2012-2016.

Así mismo, el reporte de atenciones durante el periodo 2012-2016 según ubicación de las IPS, ordenado por grupos 6/67 y especificando las atenciones por diabetes mellitus evidencia con la Figura 16 un comportamiento oscilante de las atenciones por DM, en donde la proporción de atención a mujeres pasa de representar el 58,3 % al 54,8 %, de 2012 a 2016.

Figura 16. Distribución de las atenciones por diabetes mellitus, localidad de San Cristóbal, 2012 - 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de datos RIPS 2012-2016 Red Adscrita y no adscrita, SDS 11082017

No obstante lo anterior, es necesario conocer y analizar las diferencias existentes entre las prevalencias de hipertensión arterial y diabetes mellitus, para lo cual se requiere el reporte de individuos atendidos y su denominador poblacional a través del tiempo, para el correspondiente análisis de tendencia tanto para diabetes mellitus como para hipertensión arterial.

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

El conjunto de elementos que da lugar al contexto socioeconómico y cultural de San Cristóbal tiene su expresión en el estilo de vida de las personas y guarda relación con la ocurrencia de las enfermedades observadas que además se afecta con el acceso a servicios de salud en el contexto de las necesidades presentadas. De acuerdo con la información registrada, las principales causas de morbilidad general están vinculadas al grupo de las demás enfermedades que, desagregada en el contexto de las primeras causas de atención, se

corresponde con lo observado para el curso de vida de la población de San Cristóbal frente a los datos de orden nacional y distrital.

Por curso de vida, en la primera infancia se ve afectación en proporción importante por las enfermedades vinculadas al periodo perinatal y por afectaciones respiratorias frente a las cuales se debe considerar la ubicación geográfica de la localidad y sus condiciones ambientales, así como las características socio-económicas predominantes en la población (estrato 1 y 2), entre otros. Además, es preciso atender los problemas de salud oral que se reportan desde la primera infancia por su impacto en la seguridad alimentaria y nutricional y en el crecimiento y desarrollo de niños y niñas que tiene impactos referidos en la convivencia escolar y comunitaria. La atención a este grupo poblacional es particularmente relevante para las UPZ Los Libertadores, La Gloria y San Blas que es donde se reportan los más altos índices de infancia y de dependencia infantil.

En la adolescencia y la juventud, además del componente de enfermedades infecciosas descritas, cobran relevancia las temáticas de salud mental y lesiones de causa externa que ubican como causa principal la mortalidad por agresiones en hombres jóvenes, ante lo cual deben revisarse los procesos de construcción de proyectos de vida frente a la oferta educativa, deportiva y cultural de la localidad, según la cual una alta proporción de jóvenes no estudia, ni trabaja. Vale recordar que este grupo poblacional es de proporciones más altas en las UPZ Los Libertadores y San Blas, la primera de ellas con baja oferta institucional identificada.

En la adultez se observa comportamiento creciente de la mortalidad por neoplasias entre los 50 y los 59 años y por enfermedades del sistema circulatorio a partir de los 55 años, lo cual puede guardar relación con los estilos de vida en torno al tipo de trabajo desarrollado, informal en proporción importante, con jornadas de trabajo extensas, que impacta la salud física y mental de las personas. De la misma manera, la morbilidad atendida en adultos presenta como causas principales de atención la hipertensión arterial, la caries dental, el lumbago, el hipotiroidismo y la obesidad que dan cuenta del estilo de vida referido.

En las personas mayores se observa el acumulado del curso de vida, por morbilidad atendida predomina la hipertensión arterial seguida por la infección de vías urinarias y la enfermedad obstructiva crónica, coherente con la identificación de primeras causas de mortalidad en las

enfermedades del sistema circulatorio a partir de los 65 años, más específicamente las isquémicas del corazón. En conjunto, implican una necesidad de transformación de los estilos de vida, de los mecanismos de atención y seguimiento en concordancia con su cultura, nivel educativo y asegurador.

Si bien el sistema de salud comprende actividades promocionales orientadas a evitar la ocurrencia de muchos de estos eventos y estas son de competencia del asegurador, la información de morbilidad reportada es de las IPS que operan en la localidad y no se cuenta con información específica de atención a residentes o aquella que permita identificar el acceso a este tipo de servicios en condiciones de calidad y oportunidad para la población de la localidad.

No obstante, una medición de afectaciones a la salud, se da en el tema de discapacidad, que tiene su causa principal vinculada a enfermedad general, es de mayor frecuencia en mujeres que en hombres, por momento del curso de vida, los adultos y personas mayores son quienes más reportan limitaciones; y, las discapacidades de mayor prevalencia en la población de la localidad son aquellas que limitan el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, seguida por aquellas que afectan el sistema nervioso, situación esta que se complejiza en una localidad en la cual predominan las pendientes en su geografía.

Finalmente, para valorar la oferta y demanda de servicios de salud en la localidad es preciso considerar que la mayor proporción de población se encuentra afiliada al régimen contributivo, las UPZ más densamente pobladas son 20 de Julio, La Gloria y San Blas, y la información disponible da cuenta de oferta por tipo de servicios de entidades públicas para el área de cobertura mientras que solo se conoce la distribución de entidades privadas, y queda pendiente conocer los usuarios definidos para las IPS que operan en el territorio, así como los servicios disponibles para estos.

4. CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE LAS POBLACIONES

3 CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE LAS POBLACIONES

3.1 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.

Este aparte del documento recolecta la información disponible con desagregación de variables poblacionales permitiendo construir un análisis aproximado frente a las características de salud y enfermedad de las poblaciones étnicas (indígenas, afrocolombiano, raizales, palenqueros, ROM o gitana); población con discapacidad; población en situación de vulnerabilidad (personas en ejercicio de la prostitución, reciclador de oficio, ciudadano habitante de calle); población víctima del conflicto y población de los sectores 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 (17).

‡‡ 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.

En consecuencia de lo anterior, el ASIS diferencial pretende ofrecer información actualizada sobre estas poblaciones, siendo una herramienta de análisis de situación de salud que orienta la toma de decisiones en torno al mejoramiento del acceso a los servicios de salud mediante el reconocimiento de los procesos de salud-enfermedad y calidad de vida.

Por tanto, el documento se estructura de la siguiente manera: En el primer capítulo se presenta el balance de la información previa disponible para cada población; el segundo, se hace una aproximación de las poblaciones con el territorio, aclarando que la información espacial disponible corresponde a los datos colectados por los equipos de salud pública durante la vigencia 2012 – 2016 cuya unidad geográfica de desagregación es el microterritorio, con las equivalencias por UPZ que 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. Equivalencia territorios, microterritorios por UPZ, localidad de San Cristóbal

Territorio	UPZ	Microterritorio
San Blas (14)	32 San Blas	San Vicente 120
		Las Mercedes 121
		San Blas 122
		Santa Inés I 123
		Santa Inés II 124
		Aguas Claras 125
		El Triángulo 126
		San Pedro 127
		La Herradura 128
		Ramajal 129
		Horacio Orjuela 130
		Alpes 131
Sosiego (13)	32 San Blas	Buenos Aires 18
		Vitelma 109
	33 Sosiego	Quinta Ramos 110
		Villa Javier 111
		Las Brisas 112
		Velódromo 113

Territorio	UPZ	Microterritorio
		Modelo Sur 114
		Calvo Sur 115
		Nariño Sur 116
	32 San Blas	San Cristóbal Sur 117
		La Castaña 118
	33 Sosiego	Sociego 511
Veinte de Julio (17)	34 20 de Julio	Atenas 156
		Bello Horizonte este 157
		Bello Horizonte Sur 158
		Córdoba 159
		Barcelona 160
		San Isidro 161
	50 La Gloria	Guacamayas 162
	34 20 de Julio	20 de Julio 163
		Villa de los Alpes I 164
		Villa de los Alpes II 165
		Granada Sur 166
		Monte Bello 167
La Gloria(16)	50 La Gloria	Guacamayas I y II 144
		San Martin Malvinas 145
		San Martin I y II 146
		La Victoria 147
		San José 148
		La Gloria 149
		San Miguel 150
		Altamira 151
		Panorama 152
		Moralba 153
		Santa Rosa 154
		Quindío 155
Libertadores (15)	51 Los Libertadores	Canadá Güira 132
		Península 133
		La Belleza 134
		Nueva gloria 135
		Republica de Canadá 136
		Libertadores Alto 137
		Libertadores Bajo 138
		Nueva Delly 139
		Santa Rita 140
		Los Pinares 141
		Antioquia 142
		Ciudad Londres 143
		Valparaiso 143A

Fuente: Construcción propia equipo ACCVSE con base en datos APS 2012-2016

3.2 BALANCE DE LA INFORMACIÓN Y ESTADO DEL ARTE

El ejercicio de balance de la información y estado del arte comprende la valoración de fuentes de información vinculadas a los grupos poblacionales objeto de descripción que permitan establecer el alcance del ejercicio de análisis de situación de salud a adelantar.

Los grupos poblacionales a considerar en este capítulo son aquellos reconocidos por su condición o situación y cuya definición se enuncia al inicio de cada descripción. Es así como la identificación de estos grupos poblacionales, su dimensionamiento en términos de cantidad, ubicación, procedencia cuenta con cantidad limitada de fuentes de información, resultado de ejercicios específicos de atención a medida que se han ido incorporando los grupos a los diferentes instrumentos de registro. Además, las cantidades identificadas se reportarán como parte de la descripción demográfica.

3.2.1 Metodología

El ejercicio de apropiación conceptual y balance se adelantó mediante búsqueda, revisión de documentación previa y síntesis apoyada en una matriz de agrupación de fuentes de información vinculadas a los grupos poblacionales objeto de descripción.

Como el balance evidencia que no se han generado actualizaciones a la mayoría de fuentes, que precisamente por tratarse de grupos poblacionales de abordaje diferencial, su denominación no necesariamente se ha incorporado a los instrumentos de registro actuales.

Así, se determina utilizar como fuentes para la descripción demográfica la información disponible en el enlace de estadísticos de la operación del programa territorios saludables para todos los grupos poblacionales a excepción del de discapacidad, en tanto hay un mecanismo sistemático de alimentación. Las variables descriptivas disponibles son sexo, curso de vida, aseguramiento y nivel educativo. A medida que se generen actualizaciones o salidas de nivel distrital con mejores herramientas de procesamiento será viable detallar la caracterización.

3.2.2 Grupos poblacionales

3.2.2.1 Víctimas del conflicto armado

Se consideran víctimas del conflicto armado las personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno. (Ley 1448 de 2011).

De acuerdo al Diagnóstico en la “Situación de los derechos humanos en la localidad de San Cristóbal”, la población residente en la localidad ha sido expulsada principalmente por los departamentos de Nariño, Valle del Cauca y Tolima (7). Este estudio también indica que para 2013 la población víctima de conflicto armado se encuentra concentrada territorialmente en la localidad, así: UPZ La Gloria: 3.582 víctimas, UPZ San Blas: 2764 víctimas, UPZ 20 de Julio: 2478 víctimas, UPZ Los Libertadores: 2296 víctimas, UPZ Sosiego: 1882 víctimas. De este total, el 42 % corresponde a hombres desplazados y el 58 % a mujeres desplazadas, el 47% son niños, niñas y adolescentes y entre estos el 17 % son menores de 5 años, la población de la tercera edad corresponde al 4 %, el grupo poblacional más amplio son los adultos entre 26 y 45 años que corresponde al 24 % y le siguen los jóvenes entre 18 y 25 años con 16 %. (8). Mientras que la información recolectada a través de boletines trimestrales sobre poblaciones diferenciales del programa de la vigencia Territorios Saludables, hay un total de 1.696 personas víctimas registradas distribuidas por UPZ como se indica en la Tabla 37.

Tabla 37. Distribución de Población Víctima por UPZ, localidad de San Cristóbal identificada por APS en Línea.

UPZ	Población identificada
Sosiego	245
San Blas	424
20 de julio	418
La Gloria	430
Los Libertadores	179

Fuente: Bases de Datos Programa Territorios Saludables-APS en Línea, SDS, enero 2013-agosto 2016, Preliminares

El respectivo análisis de sexo y residencia infiere que, en su mayoría, las mujeres desplazadas se han asentado en el territorio La Gloria 25,4 % (n=430), el ciclo vital primera infancia aporta el 39,1 % (n= 663) de la población intervenido y en segundo lugar el ciclo vital infancia con el 24,5 % (n= 415). Los hallazgos en salud establecidos en dicho diagnóstico indican que el 53% de la población tiene información asociada a la afiliación a salud, el 28 % está vinculado al régimen subsidiado, el 15 % está vinculado al régimen subsidiado con condición de población especial, el 7 % no tiene ningún tipo de afiliación y el 3 % está vinculado al régimen contributivo.

Esta población se auto reconoce principalmente como mestizos 64 %, el 22 % no se reconoce como parte de ninguna etnia, mientras que el 12 % se auto reconocen como afrodescendientes, el 2 % como indígenas y existe un 0.44 % del que no se tiene información sobre la pertenencia étnica.

De acuerdo al segundo documento utilizado como insumo para la elaboración de este informe “Caracterización del micro territorio Ciudadela Santa Rosa adscrito al territorio La Gloria”, documento realizado por la Dirección de Análisis y Diseño Estratégico de la Secretaría Distrital de Integración Social en el mes de mayo de 2014, se estimó que 2.433 personas residentes en dicho micro territorio, de las cuales el 50.3 % corresponde a mujeres y el 43.3 % a hombres. Se identificaron 484 personas con identificación y pertenecía étnica, 34 indígenas, 15 raizales, 2 ROM y 1 palenquero.

Los hogares se encuentran conformados de la siguiente manera: 42 % son nucleares, el 35 % son uniparentales, el 13 % son individuales y el 6 % son extensos, el 4 % restante no tiene información. De los hogares uniparentales, el 95 % tiene cabeza de hogar femenina y el 5 % masculina.

Para 2014 el área de vigilancia epidemiológica registra en cuanto atención a víctimas del conflicto armado un total de 399 casos correspondientes a un 1.9 %, se puede precisar que la mayor proporción de datos es aportada por el subsistema de discapacidad con un 59.1 % (n=399), SIVIM genera un 36.6 % de la información (n=247), el porcentaje restante es generado por SISVECOS, SISVAN, SIVIGILA y SISVESO.

Como se indica en la Figura 17, las problemáticas más relevantes se relacionan con identificación, aseguramiento e ingresos.

Figura 17. Identificación de problemáticas de la población víctima, localidad de San Cristóbal



Oferta Ocupacional Y Laboral

- Es incoherente con las dinámicas e intereses de las víctimas por cuestiones de tiempo, traslados, costos, recursos, costumbres, etc., situación que genera el prolongamiento del asistencialismo en la política pública, y bajo de ingresos para el núcleo familiar.



Barreras de acceso a los servicios de salud y subsidios

- Generadas por la falta de documentos de identificación y afiliación al sistema general de seguridad social en salud generando limitantes para el acceso a los servicios. Inconformidad sobre los requisitos que deben reunir las víctimas para la respectiva postulación.

Fuente: Documento de Análisis de situación de salud de poblaciones diferenciales y de inclusión - ASIS Diferencial - Fase exploratoria 2015

3.2.2.2 Orientaciones sexuales e identidades de género

Se define que el sexo biológico binario (hombre – mujer) no determina necesariamente nuestra identidad, ni el deseo erótico afectivo como una experiencia posible solo con las personas del sexo opuesto, y que, por el contrario, existen formas muy diversas de construir y vivir nuestra sexualidad. Así, deben tenerse en cuenta tres ámbitos en este aspecto: Sexo, Orientación Sexual e Identidad de Género.

3.2.2.2.1 Población LGBTI

Las bases APS en Línea y Territorios saludables en el periodo comprendido de enero de 2013 a agosto de 2016, esta población hace referencia al 6,8 % (n=36) de la población diferencial intervenida de la Localidad, cabe mencionar que el 50 % (n=18) de intervenciones se encuentra en la etapa de ciclo adultez, el 58,3 % de la población es del sexo hombre, los territorios de 20 de Julio, La Gloria y Libertadores aportan la mayor frecuencia de intervenciones con el 22,2 % (n=8) y la población diferencial bisexual se encuentra en mayor frecuencia con 33,3 % (n=12), seguido del 22,2 % (n=8) de la población Gay (10). Para el año 2015 el subsistema SIVIM notificó 15 eventos, correspondientes a violencia intrafamiliar (n=8), maltrato infantil (n=5) y violencia sexual (n=2).

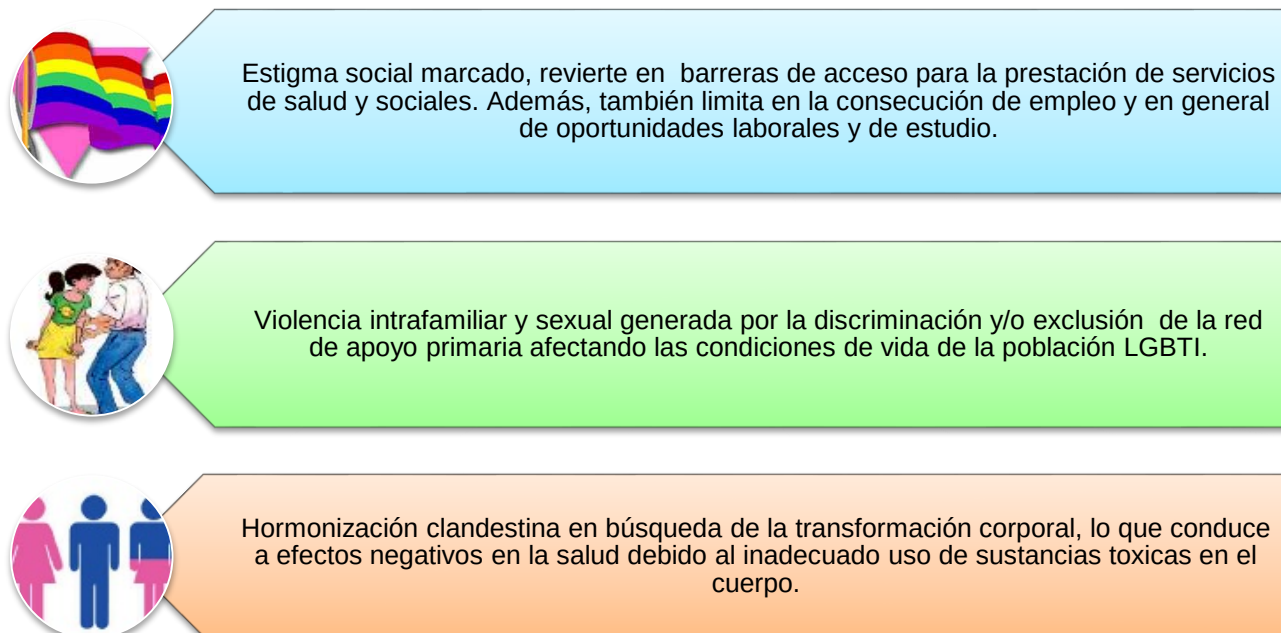
Tabla 38. Población LGTBI por sexo y curso de vida APS en Línea, localidad de San Cristóbal, enero 2013 a agosto 2016

Curso de Vida	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Primera Infancia	0	0	0	0	0	0
Infancia	0	0	0	0	0	0
Adolescencia	7	19,4	2	5,6	9	25
Juventud	4	11,1	2	5,6	6	16,7
Adulthood	9	25	9	25	18	50
Vejez	1	2,7	0	0	1	2,7
S/D	0	0	2	5,6	2	5,6
Total	21	58,3	15	41,8	36	100

Fuente: Bases de Datos Programa Territorios Saludables-APS en Línea, SDS, enero 2013-agosto 2016, Preliminares.

La Figura 18 presenta la identificación de problemáticas, vinculadas al reconocimiento y a la interacción con el entorno que les rodea, además de aquellos eventos en salud ligados a transformaciones corporales inadecuadas.

Figura 18. Principales problemáticas identificadas para la población LGBT, localidad de San Cristóbal



Fuente: Documento de Análisis de situación de salud de poblaciones diferenciales y de inclusión - ASIS Diferencial - Fase exploratoria 2015.

3.2.2.3 Población con Discapacidad

Según la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), este es un concepto que evoluciona y resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones. Aquello que siempre se ha buscado para este enfoque es la participación permanente de los actores sociales por ser quienes conocen las situaciones y problemáticas relacionadas a su situación.

Según resultados del registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad, se han identificado 13.021 personas con discapacidad, de las cuales el 55 % son mujeres y el 45 % son hombres, resultado que guarda relación con la pirámide poblacional de la localidad (12).

El registro sintetizado en la Tabla 39 revela que el 42 % pertenece a la etapa de ciclo vejez, seguida de la etapa de ciclo adultez con 40 %, juventud 9 %, adolescencia 3 %, e infancia 4 %; lo anterior evidencia el aumento de edad puede constituirse como factor de riesgo y la posibilidad asociada a una discapacidad, por presencia de enfermedades crónicas y condiciones físicas, según ubicación por territorio el 28 % se ubica en La Gloria, el 22 % en San Blas, 19 % 20 de Julio, 17 % Libertadores y Sosiego con un 12 %.

Tabla 39. Población con discapacidad por Sexo, Curso de vida y UPZ de residencia entre la población intervenida, APS en línea, localidad de San Cristóbal, enero 2013 a agosto 2016

UPZ	Primera infancia		Infancia		Adolescencia		Juventud		Adultez		Vejez		S/D		Total	
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
Sosiego	4	2	8	18	6	11	24	11	35	11	21	11	18	8	116	72
San Blas	60	61	5	4	1	3	13	8	72	21	59	8	1	1	211	106
20 de Julio	3	4	3	3	2	1	8	4	50	10	38	10	7	6	111	38

La Gloria	40	35	13	18	19	15	27	26	205	143	120	76	12	10	436	323
Los Libertadores	9	3	5	7	5	16	15	10	52	30	41	28	6	6	133	100
Total local	116	105	34	50	33	46	87	59	414	215	279	133	44	31	1007	639

Fuente: Bases de Datos Programa Territorios Saludables-APS en Línea, SDS, enero 2013-agosto 2016, Preliminares.

Del total de la población registrada se encuentran que el 35 % alteraciones son en el movimiento del cuerpo: manos, brazos y piernas, el 25 % del sistema nervioso, 19% del sistema cardiorrespiratorio, el 7 % alteraciones visuales. El resultado de registro y caracterización de personas con discapacidad, permite evidenciar que el 48 % de la población con discapacidad registrada y caracterizada, pertenece al régimen subsidiado seguida de un 31 % que corresponde a régimen contributivo.

De acuerdo con las principales necesidades identificadas desde prestación de los servicios de salud, en los niños y niñas existe baja cobertura y calidad en las canalizaciones a los servicios de salud y rehabilitación; en adolescentes y jóvenes existe baja oferta de programas de rehabilitación acorde con las particularidades del y la joven con discapacidad, desconocimiento de prácticas de autocuidado para prevenir enfermedades crónicas, dependencia y aplazamiento de la presencia de discapacidad, en la etapa de ciclo vejez se evidencia barreras físicas y actitudinales que restringen el goce efectivo del derecho a la salud y calidad de vida (Figura 19).

Figura 19. Identificación de problemáticas de la población con discapacidad, localidad San de Cristóbal



Escenarios educativos y laborales excluyentes afectando el desarrollo de proyecto de vida; las personas con discapacidad enfrentan negligencia por parte de la familia frente a su cuidado generando deterioro de la condición de salud



La población con discapacidad se enfrenta a barreras actitudinales con frecuencia se encuentran en familia y amigos, lo que se relaciona con el manejo de imaginarios sociales frente a la discapacidad, que generan segregación y restricción para la participación e inclusión social en diferentes contextos de la vida cotidiana.



Dificultades para el fácil desplazamiento, se encuentran microterritorios cercanos a los cerros orientales siendo lugares muy montañosos, en otros los entradas a los barrios son por medio de escaleras lo que dificulta la movilidad de la población con discapacidad, el servicio de transporte no está planificado de manera que facilite desplazamiento y la infraestructura de los automotores no son accesibles para el uso de la población con discapacidad.

Fuente: Documento de Análisis de situación de salud de poblaciones diferenciales y de inclusión - ASIS Diferencial - Fase exploratoria 2015.

3.2.2.4 Poblaciones vulnerables

En esta categoría reconoce las circunstancias, elementos y oportunidades del entorno que rodean e interactúan con la persona en su curso de vida y determinan su salud, el desarrollo de capacidades, el ejercicio de sus derechos, su constitución como sujeto político, su grado de participación y el desempeño de un papel social en pro de la calidad de vida de su colectivo. Aquí, en razón a la condición o situación, entran las categorías de habitante de calle, reciclador de oficio y personas en ejercicio de prostitución.

3.2.2.4.1 Habitante de Calle

En el periodo enero 2013 a Agosto 2016 se intervino el 2,4 % (n=83) personas ciudadanas habitantes de calle del total de la población de inclusión, donde la Tabla 40 permite evidenciar que el territorio con mayor número de personas habitante de calle fue el territorio del 20 de Julio con el 59,0 % (n=49), a su vez se muestra que el ciclo vital predominante es el de

población Adulta con el 51,8 % (n=43) y el sexo masculino es el más frecuente con el 74,7 % (n=62).

Tabla 40. Población de inclusión - habitante de calle por sexo y UPZ de residencia, población intervenida por el Programa Territorios Saludables, localidad de San Cristóbal, enero 2013 a agosto 2016

UPZ	Primera Infancia				Infancia				Adolescencia				Juventud				Adultez				Vejez			
	M	%	H	%	M	%	H	%	M	%	H	%	M	%	H	%	M	%	H	%	M	%	H	%
Sosiego	0	0	1	1,6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4,8	1	1,6	2	9,5	1	1,6	1	4,8	0	0
San Blas	1	4,8	2	3,2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4,8	0	0	0	0	1	1,6	0	0	0	0
20 de Julio	0	0	0	0	2	9,5	0	0	1	4,8	1	1,6	0	0	15	24,2	1	4,8	29	46,8	0	0	0	0
La Gloria	0	0	0	0	0	0	1	1,6	4	0	0	0	1	4,8	3	4,8	3	14,3	5	8,1	0	0	0	0
Los Libertadores	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4,8	1	1,6	0	0	1	1,6	1	4,8	0	0	1	4,8	0	0
TOTAL LOCAL	1	4,8	3	4,8	2	9,5	1	1,6	6	0	2	3,2	3	0	20	32,3	7	33,3	36	58,1	2	9,5	0	0

Fuente: Bases de Datos Programa Territorios Saludables-APS en Línea, SDS, enero 2013-agosto 2016, Preliminares.

3.2.2.4.2 Población de ocupación recicladora, carreteros, pequeños bodegueros

La UAESP para el año 2014 señala que existe en la localidad, según base enviada, 746 personas dedicadas al oficio del reciclaje. La mayor parte de la población identificada se encuentran en las UPZ la Gloria, Libertadores y 20 de julio en el orden respectivo.

Por las características mismas de su oficio se encuentra en alta vulnerabilidad y desprotección social, pues es una actividad principalmente informal. La actividad del reciclaje es catalogada como de rebusque, pero en realidad es una ocupación de tiempo completo y estilo de vida. Y según la atención recibida por parte de salud pública se distribuyen como se indica en la Tabla 41.

Tabla 41. Frecuencia población de inclusión bodegueros por sexo y UPZ de residencia de la población intervenida por el Programa Territorios Saludables, localidad de San Cristóbal, enero 2013 a agosto 2016

UPZ	Primera Infancia				Infancia				Adolescencia				Juventud				Adultez				Vejez			
	M	%	H	%	M	%	H	%	M	%	H	%	M	%	H	%	M	%	H	%	M	%	H	%
Sosiego	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33,3	1	33,3	0	0	2	40	4	28,6	1	7,7	1	14,3	0	0
San Blas	0	0	0	0	0	0	2	66,7	2	66,7	1	33,3	1	100	2	40	5	35,7	1	7,7	1	14,3	0	0
20 de Julio	1	100	0	0	1	50	1	33,3	0	0	1	33,3	0	0	0	0	0	0	1	7,7	1	14,3	0	0
La Gloria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	20	3	21,4	9	69,2	3	42,9	3	100
Los Libertadores	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	14,3	1	7,7	1	14,3	0	0
TOTAL LOCAL	1	3,6	0	0	2	7,1	3	11,1	3	10,7	3	11,1	1	3,6	5	18,5	14	50	13	48,1	7	25	3	11,1

Fuente: Bases de Datos Programa Territorios Saludables-APS en Línea, SDS, enero 2013-agosto 2016, Preliminares.

3.2.2.4.3 Personas en ejercicio de la prostitución

Las personas en ejercicio de prostitución, principalmente las mujeres se encuentran afectadas por diferentes problemáticas como discriminación, dificultades para acceder a prestaciones sociales, créditos de vivienda, oportunidades laborales, formación para el trabajo, financiamiento y seguimiento para emprender proyectos productivos y garantía para una vejez digna, sin embargo, en la búsqueda de otras fuentes de información que permitan visibilizar las necesidades y contexto de las personas en ejercicio de prostitución se evidenció que las instituciones locales no han identificado sectores y/o establecimientos en donde se lleva a cabo el ejercicio de la prostitución por la tanto las respuestas institucionales en torno a la identificación de la población y sus necesidades son escasas. Excepto por parte de la SDIS a través del proyecto de adultez se identificaron dos sitios donde se prestan estos servicios, sin embargo, por cuestiones de inseguridad de las zonas no se realizan intervenciones.

Las bases de datos del programa Territorios Saludables reportan dos personas; uno de los cuales no registra edad, con residencia en el territorio Sosiego, y el otro de un hombre del territorio Libertadores en el ciclo vital vejez; los resultados obtenidos hacen evidenciar la necesidad de fortalecer la captura y calidad de los datos al ingreso en los sistemas de información de población diferencial e inclusión en lo local; ya que en la operación del programa se logró una intervención efectiva a dos (2) mujeres en ejercicio de la prostitución. También se procuró identificar actores institucionales locales que realicen acciones dirigidas a esta población. En la localidad de San Cristóbal no se han identificado sectores y/o

establecimientos en donde se lleve a cabo el ejercicio de la prostitución de manera explícita, por tanto, las respuestas institucionales en torno a la identificación de la población y sus necesidades son mínimas.

3.2.2.5 Población étnica: indígenas, Afrodescendientes, palenqueros, raizales y Rom

La pertenencia étnica hace referencia a prácticas sociales, culturales y económicas compartidas por un grupo de personas, con identidades, ideologías, patrones, lenguajes, valores, rituales, formas de vida comunes y propias que hacen parte de su historia individual y colectiva; que a su vez configuran su vida cotidiana, cultural, social y política; así mismo, etnia no expresa necesariamente la pertenencia a un grupo de personas con rasgos físicos similares, sino que involucra características culturales con respecto a lenguajes, usos, costumbres, valores, entre otros; comprende los grupos (indígena, Afrodescendiente, palenquero, raizal y Rom).

También es importante mencionar que para la identificación de los grupos étnicos se debe tener presente el auto reconocimiento, el cual se configura en el criterio para captar la pertenencia étnica, en la que cada persona, por sí misma, se reconoce en uno de los grupos étnicos o a ninguno a través de la identificación de características como la lengua, usos y costumbres y la territorialidad, medicina; y, la pertenencia étnica, como la identificación de las personas como integrantes de uno de los grupos étnicos. Para este balance de información se incluye, a los pueblos indígena, afro, palenquero, raizales y Rom identificadas en acciones previas desde salud pública y desagregadas en la Tabla 42.

Tabla 42. Población étnica intervenida por el programa Territorios Saludables según sexo, localidad de San Cristóbal, enero 2013 a agosto 2016.

Población diferencial	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Afro descendiente	100	52,9	204	66,2	304	61,2
Indígena	47	24,9	51	16,6	98	19,7
Palenquero	18	9,5	25	8,1	43	8,7
Raizal	17	9,0	21	6,8	38	7,6

Rom-gitano	6	3,2	4	1,3	10	2,0
S/D	1	0,5	3	1,0	4	0,8
Total	189	38,0	308	62,0	497	100,0

Fuente: Bases de Datos Programa Territorios Saludables-APS en Línea, SDS, enero 2013-agosto 2016, Preliminares.

En la localidad de San Cristóbal se encuentran residentes de 11 pueblos indígenas, de acuerdo con la información suministrada por SISPI actualizada al 9 de diciembre de 2014, en donde se encuentra un total de 252 personas pertenecientes a la etnia indígena; el pueblo indígena con mayor número de personas residentes en la localidad es Eperara 25.4 % (n=64), seguido de la comunidad Inga con el 15.5 % (n=39), y finalmente la comunidad Uitoto con 47 personas residentes en la localidad. Los pueblos identificados son Ingas, Uitotos, Eperara, EmberaChami, EmberaKatio, Pijao, Pasto, Yanakona, Mizak, Tubu, Naza, Koreguaje, Kichwa, Kamentsa.

3.2.2.6 Género y nuevas masculinidades

El abordaje temático de las nuevas masculinidades se vincula al enfoque de género, como una manera de asumir la realidad en términos de comprensión y prácticas, que precisa considerar un proceso de transición que la sociedad ha venido realizando en respuesta a los planteamientos de reivindicación de derechos planteados por las mujeres, frente al sistema patriarcal de género al que han estado “sometidas” por décadas. Como resultado del mismo se valora la asignación de roles ejercidos, se observan diferencias de crianza y crecimiento entre los hombres y las mujeres, que propone pasar de la lógica patriarcal y hegemónica masculina a una que obvie las condiciones de subordinación.

En consecuencia, algunos hombres empiezan a reflexionar frente a su quehacer, intentando realizar cambios en esta sociedad, de 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.

3.3 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

3.3.1 Víctimas del conflicto armado

De acuerdo con el Registro Único de Víctimas, año 2015, la población víctima del conflicto para la localidad se estima en 1.696 personas. Esta descripción, con base en el programa territorios saludables de la Secretaría Distrital de Salud, durante el periodo 2012 a 2016, identifica 3.213 personas víctimas, en su mayoría mujeres, como indica la Tabla 43; la población étnica reportada en la localidad representa el 29,3 % de la identificada en la Subred y el 6,6 % del dato de la ciudad.

Tabla 43. Población víctima del conflicto, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según sexo, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016

	Hombre	%	Mujer	%	SD	%	Total
San Cristóbal	1.397	43,5 %	1.804	56,1 %	12	0,4 %	3.213
Subred	4.917	44,8 %	6.038	55,0 %	21	0,2 %	10.976
Bogotá	20.359	41,7 %	28.363	58,1 %	115	0,2 %	48.837

Fuente: Bases de datos SDS programa Territorios Saludables descarga 04072017

Se estima la edad promedio de la población víctima en 26,7 años que por curso de vida, se observa mayor proporción en infancia y primera infancia, aunque inferior a lo identificado en la Subred (Tabla 44).

Tabla 44. Población víctima del conflicto, usuarios atendidos localidad de San Cristóbal según curso de vida, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016

Curso de vida	San Cristóbal	Subred	Bogotá
Primera infancia	491	2061	6876
%	15,3	18,8	14,1
Infancia	575	2168	8629
%	17,9	19,8	17,7
Adolescencia	248	1176	5058
%	7,7	10,7	10,4
Juventud	600	1647	8839
%	18,7	15,0	18,1
Adultez	1087	3247	16242
%	33,8	29,6	33,3

Curso de vida	San Cristóbal	Subred	Bogotá
Vejez	196	618	2962
%	6,1	5,6	6,1
Sin dato	16	59	231
%	0,5	0,5	0,5
Total	3.213	10.976	48.837

Fuente: Bases de datos SDS programa Territorios Saludables descarga 04072017

Aparte de los registros sobre los cuales no se indaga aseguramiento, en la Tabla 45 se evidencia que la mayor proporción de víctimas se ubican en el régimen subsidiado, seguido del régimen contributivo, en proporciones inferiores a lo reportado a nivel de Subred.

Tabla 45. Población víctima del conflicto, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según aseguramiento, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016

Aseguramiento	San Cristóbal	Subred	Bogotá
Contributivo	480	2252	8923
%	14,9	20,5	18,3
Subsidiado	616	2728	10898
%	19,2	24,9	22,3
No asegurado	256	1182	4756
%	8,0	10,8	9,7
Especial	22	115	381
%	0,7	1,0	0,8
Sin dato	1839	4699	23879
%	57,2	42,8	48,9
Total	3.213	10.976	48.837

Fuente: Bases de datos SDS programa Territorios Saludables descarga 04072017

Frente a nivel educativo, la educación básica primaria resulta ser el nivel predominante de formación identificado, que supera en 15 % las víctimas que reportan secundaria (Tabla 46).

Tabla 46. Población víctima del conflicto, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según nivel educativo, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016

Nivel educativo	San Cristóbal	Subred	Bogotá
Primaria	1181	3683	18203
%	37,9	32,1	6,5
Secundaria	1024	3418	16433
%	21,8	30,0	6,2
Otros	90	433	1693
%	3,0	20,8	5,3
Sin dato	918	3442	12508
%	37,3	26,7	7,3
Total	3.213	10.976	48.837

Fuente: Bases de datos SDS programa Territorios Saludables descarga 04072017

3.3.2 Orientaciones sexuales e identidades de género

El programa territorios saludables de la Secretaría Distrital de Salud, durante el periodo 2012 a 2016, identifica 167 personas LGBTI, sin que se cuente con desagregación local de los tipos de orientación sexual; a diferencia de la distribución observada en la Subred, en su mayoría son mujeres, como indica la Tabla 47; la población reportada en la localidad representa el 15,7 % de la identificada en la Subred y el 5,7 % del dato obtenido en la ciudad.

Tabla 47. Población LGBTI, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según sexo, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016

	Hombre	%	Mujer	%	SD	%	Total
San Cristóbal	20	32,26	48	77,42	0	0,00	62
Subred	232	58,59	163	41,16	1	0,25	396
Bogotá	568	52,54	508	46,99	5	0,46	1.081

Fuente: Bases de datos SDS programa Territorios Saludables descarga 04072017

Se estima la edad promedio de la población LGBTI en 35,2 años que por curso de vida, se observa mayor proporción en juventud y adultez, aunque inferior a lo identificado en la Subred (Tabla 48).

Tabla 48. Población LGBTI, usuarios atendidos localidad de San Cristóbal según curso de vida, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016

Curso de vida	San Cristóbal	Subred	Bogotá
Primera infancia	0	0	0
%	0,0	0,0	0,0
Infancia	5	10	55
%	8,1	2,5	5,1
Adolescencia	10	17	84
%	16,1	4,3	7,8
Juventud	21	125	391
%	33,9	31,6	36,2
Adulthood	18	187	408
%	29,0	47,2	37,7
Vejez	8	31	85
%	12,9	7,8	7,9
Sin dato	0	26	58
%	0,0	6,6	5,4
Total	62	396	1081

Fuente: Bases de datos SDS programa Territorios Saludables descarga 04072017

Aun cuando algunos registros no reportan aseguramiento, se evidencia que la mayor proporción de LGBTI se ubica en el régimen subsidiado, seguido del régimen contributivo, en proporción superior a lo reportado a nivel de Subred (Tabla 49).

Tabla 49. Población LGBTI, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según aseguramiento, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016

Aseguramiento	San Cristóbal	Subred	Bogotá
Contributivo	18	83	334
%	29,0	21,0	30,9
Subsidiado	22	129	317
%	35,5	32,6	29,3
No asegurado	7	124	232
%	11,3	31,3	21,5
Otros	2	5	18
%	3,2	1,3	1,7
Sin dato	13	55	180
%	21,0	13,9	16,7
Total	62	396	1081

Fuente: Bases de datos SDS programa Territorios Saludables descarga 04072017

En cuanto a nivel educativo, la secundaria resulta ser el nivel predominante de formación identificado, que triplica la población LGBTI que reportan primaria (Tabla 50).

Tabla 50. Población LGBTI, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según nivel educativo, programa Territorios Saludables, 2012 – 2016

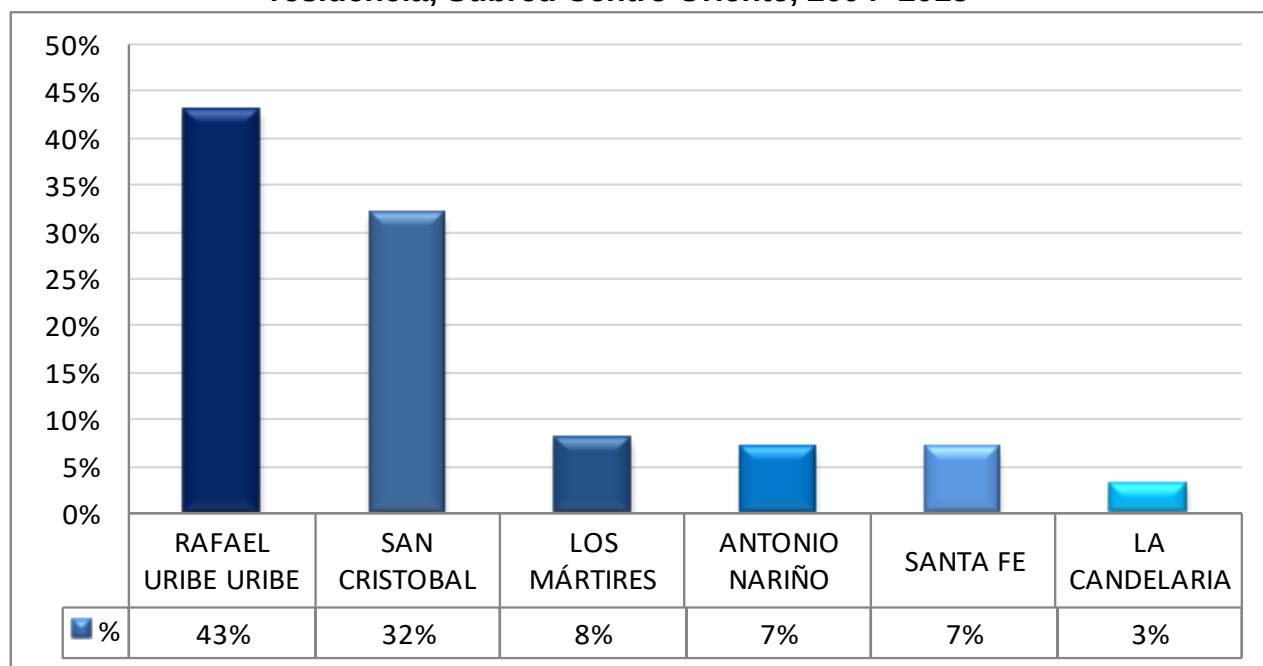
	San Cristóbal	Subred	Bogotá
Primaria	11	91	208
%	17,7	23,0	19,2
Secundaria	34	224	601
%	54,8	56,6	55,6
Técnico	0	0	0
%	0,0	0,0	0,0
Otros	12	35	151
%	19,4	8,8	14,0
Sin dato	5	46	121
%	8,1	11,6	11,2
Total	62	396	1081

Fuente: Bases de datos SDS programa Territorios Saludables descarga 04072017

3.3.3 Población con Discapacidad

En tanto la población con discapacidad cuenta con una fuente oficial de registro de orden nacional, es posible avanzar en la caracterización de la población en la localidad y notar cambios en el tiempo. Al año 2013 se estimaba en 13.021 la población con discapacidad de la localidad cifra que se ha incrementado en 15 %, y, al año 2015 corresponde a 14.974 personas registradas; lo cual representa el 32 % de la población con discapacidad de la Subred (Figura 20).

Figura 20. Distribución de la población con discapacidad, según localidad de residencia, Subred Centro Oriente, 2004- 2015



Fuente: Aplicativo Distrital del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud; subred Centro Oriente 2004 – 2015. (Información preliminar). (n= 46.697)

El principal origen identificado de la discapacidad en la población de la localidad corresponde a enfermedad general, en proporción inferior a la estimada para la Subred, en proporción inferior a la estimada para la Subred, seguido a distancia de las alteraciones genéticas y los accidentes (Tabla 51).

Tabla 51. Distribución de la población con discapacidad, según origen de la discapacidad, residentes localidad de San Cristóbal, 2004 - 2015

Origen de la discapacidad	San Cristóbal	%	Subred	%
Enfermedad general	4421	29,5	16079	34,4
Alteración genética, hereditaria	1695	11,3	4926	10,5
Accidente	1572	10,5	4204	9,0
Condiciones de salud de la madre	551	3,7	1517	3,2
Complicaciones en el parto	475	3,2	1271	2,7

Origen de la discapacidad	San Cristóbal	%	Subred	%
Otras causas	437	2,9	1826	3,9
Víctima de violencia	218	1,5	757	1,6
Enfermedad profesional	200	1,3	947	2,0
Consumo SPA	197	1,3	612	1,3
Conflicto armado	166	1,1	317	0,7
Dificultades prestación de servicios de salud	109	0,7	456	1,0
Lesión auto-inflingida	24	0,2	64	0,1
Desastre natural	5	0,0	16	0,0
No sabe	4836	32,3	13545	29,0
SD	68	0,5	160	0,3

Fuente: Aplicativo Distrital del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud; Subred Centro Oriente 2004 – 2015. (Información preliminar). (n= 14.974)

En cuanto a la limitación predominante, la Tabla 52 las que más afectan a personas de la localidad son las que restringen el movimiento del cuerpo; aunque es levemente inferior a lo estimado en la Subred, su relevancia está dada por la geografía de la localidad.

Tabla 52. Distribución de la población con discapacidad, según alteración permanente que más afecta, residentes, localidad de San Cristóbal, 2004 - 2015

Alteración permanente que más afecta	San Cristóbal	%	Subred	%
Movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas	5263	35,1	17955	38,5
Sistema nervioso	4209	28,1	11287	24,2
Sistema cardio-respiratorio y defensas	2355	15,7	9297	19,9
Visuales	1067	7,1	4330	9,3
Digestión, metabolismo y hormonas	795	5,3	3173	6,8
Auditivas	568	3,8	2121	4,5

Sistema genital y reproductivo	327	2,2	1249	2,7
Voz y habla	255	1,7	965	2,1
Piel	74	0,5	395	0,8
Demás órganos de los sentidos	31	0,2	140	0,3
Otra alteración	30	0,2	85	0,2
Ninguna	0	0,0	1	0,0

Fuente: Aplicativo Distrital del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud; subred Centro Oriente 2004 – 2015. (Información preliminar). (n= 14.974)

La distribución observada de discapacidad en la localidad, indica que en su mayoría afecta mujeres, como indica la Tabla 53; la población reportada en la localidad representa el 15,7 % de la identificada en la Subred y el 5,7 % del dato obtenido en la ciudad.

Tabla 53. Distribución de la población con discapacidad según sexo, residentes localidad de San Cristóbal, 2004 - 2015

	Hombre	%	Mujer	%
San Cristóbal	6.866	45,85	8.108	54,15
Subred	19.632	42,04	27.065	57,96

Fuente: Aplicativo Distrital del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud; subred Centro Oriente 2004 – 2015. (Información preliminar). (n= 14.974)

Por curso de vida, la discapacidad se observa mayor proporción en la vejez aunque en la adultez la cifra es superior a la estimada para la Subred, lo que puede tener implicaciones en términos de dependencia y transcurso de vida con discapacidad (Tabla 54).

Tabla 54. Distribución de la población con discapacidad según curso de vida, residentes localidad de San Cristóbal, 2004 - 2015

Curso de vida	San Cristóbal	Subred
Infancia	624	1649
%	4,2	3,5
Adolescencia	404	1001
%	2,7	2,1
Juventud	1364	3304
%	9,1	7,1
Adultez	5.673	15.941

%	37,9	34,1
Vejez	6.909	24.802
%	46,1	53,1

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

En tanto el registro de discapacidad indaga por aseguramiento, se evidencia que la mayor proporción de personas se ubican en el régimen subsidiado, seguido del régimen contributivo, en proporciones similares a lo reportado a nivel de Subred; no obstante, se debe considerar que el registro es abierto para toda la población pero lo asumen con más frecuencia quienes demandan servicios o acciones en particular (Tabla 55).

Tabla 55. Distribución de la población con discapacidad según régimen de afiliación, residentes, localidad de San Cristóbal, 2004 - 2015

Aseguramiento	San Cristóbal	Subred
Contributivo	4877	15991
%	32,6	34,2
Subsidiado	7285	21869
%	48,7	46,8
Especial	502	2979
%	3,4	6,4
Vinculado	1486	3102
%	9,9	6,6
Ninguno	787	2534
%	5,3	5,4
No sabe	18	149
%	0,1	0,3
SD	19	73
%	0,1	0,2

Fuente: Aplicativo Distrital del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud; subred Centro Oriente 2004 – 2015. (Información preliminar). (n= 14.974)

3.3.4 Condición/situación o aquellas determinadas por la vulnerabilidad

3.3.4.1 Habitante de calle

El programa territorios saludables de la Secretaría Distrital de Salud, durante el periodo 2012 a 2016, identifica 376 personas habitantes de calle en la localidad; así como se observa la distribución en la Subred, en su mayoría son hombres, como indica la Tabla 56; es un grupo de baja proporción identificada, la población reportada en la localidad no llega a representar el 1 % de la identificada en la Subred o en la ciudad.

Tabla 56. Población Habitante de calle, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según sexo, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016

	Hombre	%	Mujer	%	SD	%	Total
San Cristóbal	247	65,69	129	34,31	0	0,00	376
Subred	7.704	75,86	2.451	24,14	1	0,01	10.155
Bogotá	568	4,13	508	3,69	5	0,04	13.764

Fuente: Bases de datos SDS programa Territorios Saludables descarga 04072017

Se estima la edad promedio de la población habitante de calle en 32,9 años que por curso de vida, se observa mayor proporción en su adultez, aunque inferior a lo identificado en la Subred (Tabla 57).

Tabla 57. Población Habitante de calle, usuarios atendidos localidad de San Cristóbal según curso de vida, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016

Curso de vida	San Cristóbal	Subred	Bogotá
Primera infancia	34	104	263
%	9,0	1,0	1,9
Infancia	22	94	273
%	5,9	0,9	2,0
Adolescencia	46	301	424
%	12,2	3,0	3,1
Juventud	83	1961	2804
%	22,1	19,3	20,4
Adultez	157	6940	8937

Curso de vida	San Cristóbal	Subred	Bogotá
%	41,8	68,3	64,9
Vejez	34	655	913
%	9,0	6,5	6,6
Sin dato	0	26	150
%	0,0	0,3	1,1
Total	376	10.155	13.764

Fuente: Bases de datos SDS programa Territorios Saludables descarga 04072017

Aun cuando en su mayoría los registros no reportan aseguramiento, se evidencia que la mayor proporción de Habitante de calle se ubica entre no asegurados y beneficiarios del régimen subsidiado (Tabla 58).

Tabla 58. Población Habitante de calle, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según aseguramiento, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016

Aseguramiento	San Cristóbal	Subred	Bogotá
Contributivo	37	336	548
%	9,8	3,3	4,0
Subsidiado	63	2170	3054
%	16,8	21,4	22,2
No asegurado	70	6404	7355
%	18,6	63,1	53,4
Otros	0	141	163
%	0,0	1,4	1,2
Sin dato	206	1104	2644
%	54,8	10,9	19,2
Total	376	10.155	13.764

Fuente: Bases de datos SDS programa Territorios Saludables descarga 04072017

En cuanto a nivel educativo, según la Tabla 59, la secundaria resulta ser el nivel predominante de formación identificado, que duplica la población habitante de calle que reporta primaria.

Tabla 59. Población Habitante de calle, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según nivel educativo, programa Territorios Saludables, 2012 – 2016

Nivel	San Cristóbal	Subred	Bogotá
Primaria	93	2384	3317
%	24,7	23,5	24,1
Secundaria	180	3822	5471
%	47,9	37,6	39,7
Otros	23	442	697
%	6,1	4,4	5,1
Sin dato	80	3507	4279
%	21,3	34,5	31,1
Total	376	10.155	13.764

Fuente: Bases de datos SDS programa Territorios Saludables descarga 04072017

3.3.4.2 Reciclador de oficio

Como atención a población por inclusión, el programa territorios saludables de la Secretaría Distrital de Salud, durante el periodo 2012 a 2016, identifica 106 recicladores de oficio en la localidad; a diferencia de la distribución observa en la Subred, no hay grandes diferencias por sexo; equivale al 11,1 % de la población identificada en la Subred, y representa el 4,2 % de la identificada en la ciudad (Tabla 60).

Tabla 60. Población Recicladora de oficio, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según sexo, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016

	Hombre	%	Mujer	%	SD	%	Total
San Cristóbal	50	47,17	56	52,83	0	0,00	106
Subred	678	71,22	274	28,78	0	0,00	952
Bogotá	1.455	57,69	1.066	42,27	5	0,04	2.522

Fuente: Bases de datos SDS programa Territorios Saludables descarga 04072017

Se estima la edad promedio de la población recicladora de oficio en 34,7 años y, por curso de vida, se observa mayor proporción en su adultez, inferior a lo identificado en la Subred, seguido de la población en vejez (Tabla 61).

Tabla 61. Población Recicladora de oficio, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según curso de vida, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016

Curso de vida	San Cristóbal	Subred	Bogotá
Primera infancia	27	57	261
%	25,5	6,0	10,4
Infancia	3	35	159
%	5,9	0,9	2,0
Adolescencia	0	0	159
%	0	0	3,9
Juventud	9	104	377
%	8,5	10,9	15,0
Adultez	47	615	1.223
%	44,3	64,6	48,5
Vejez	17	102	233
%	16,0	10,7	9,2
Sin dato	4	39	171
%	3,8	4,1	6,8
Total	106	952	2.522

Fuente: Bases de datos SDS programa Territorios Saludables descarga 04072017

Aun cuando algunos registros no reportan aseguramiento, se evidencia que la mayor proporción de recicladores de oficio son beneficiarios del régimen subsidiado, no obstante se han identificado algunos de régimen contributivo (Tabla 62).

Tabla 62. Población recicladora de oficio, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según aseguramiento, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016

Aseguramiento	San Cristóbal	Subred	Bogotá
Contributivo	21	91	338
%	19,8	9,6	13,4
Subsidiado	53	367	1.201
%	50,0	38,6	47,6
No asegurado	12	425	625
%	11,3	44,6	24,8

Aseguramiento	San Cristóbal	Subred	Bogotá
Otros	1	20	45
%	0,9	2,1	1,8
Sin dato	19	49	313
%	17,9	5,2	12,4
Total	106	952	2.522

Fuente: Bases de datos SDS programa Territorios Saludables descarga 04072017

En cuanto a educación, la primaria resulta ser el nivel educativo predominante de formación identificado en la población recicladora, que casi triplica aquella que reporta secundaria (Tabla 63).

Tabla 63. Población Recicladora de oficio, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según nivel educativo, programa Territorios Saludables, 2012 – 2016

	San Cristóbal	Subred	Bogotá
Primaria	64	435	1219
%	60,4	45,7	48,3
Secundaria	27	408	937
%	25,5	42,9	37,2
Otros	3	32	75
%	2,8	3,4	3,0
Sin dato	12	77	291
%	11,3	8,1	11,5
Total	106	952	2.522

Fuente: Bases de datos SDS programa Territorios Saludables descarga 04072017

3.3.4.3 Personas en ejercicio de prostitución

Este grupo poblacional de inclusión, abordado desde el programa territorios saludables de la Secretaría Distrital de Salud durante el periodo 2012 a 2016, identificó 18 personas en ejercicio de prostitución en San Cristóbal; aunque es una pequeña cantidad, en su mayoría son mujeres, al igual que la distribución en la Subred, indicado la Tabla 64; la población reportada en la localidad equivale al 4,1 % de la identificada en la Subred y al 1,8 % del dato estimado para la ciudad.

Tabla 64. Población en ejercicio de prostitución, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según sexo, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016

	Hombre	%	Mujer	%	SD	%	Total
San Cristóbal	2	11,1	16	88,9	0	0,0	18
Subred	80	18,2	359	81,8	0	0,0	439
Bogotá	130	13,2	853	86,6	2	0,2	985

Fuente: Bases de datos SDS programa Territorios Saludables descarga 04072017

La mitad de la población en ejercicio de prostitución identificada no reporta edad, la restante está en su adultez, en correspondencia con lo observado en la Subred (Tabla 65).

Tabla 65. Población en ejercicio de prostitución, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según curso de vida, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016

Curso de vida	San Cristóbal	Subred	Bogotá
Primera infancia	0	0	0
%	0,0	0,0	0,0
Infancia	0	0	4
%	0,0	0,0	0,4
Adolescencia	1	7	22
%	5,6	1,6	2,2
Juventud	0	152	371
%	0,0	34,6	37,7
Adultez	8	261	539
%	44,4	59,5	54,7
Vejez	0	10	18
%	0,0	2,3	1,8
Sin dato	9	9	31
%	50,0	2,1	3,2
Total	18	439	985

Fuente: Bases de datos SDS programa Territorios Saludables descarga 04072017

A diferencia de lo ocurrido por curso de vida, en su mayoría los registros reportan aseguramiento, e indican que la mayor proporción de personas en ejercicio de prostitución se beneficia del régimen subsidiado aun cuando en algunos casos corresponde al régimen contributivo (Tabla 66).

Tabla 66. Población en ejercicio de prostitución, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según aseguramiento, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016

Aseguramiento	San Cristóbal	Subred	Bogotá
Contributivo	4	53	218
%	22,2	12,1	22,1
Subsidiado	10	174	377
%	55,6	39,6	38,3
No asegurado	0	195	325
%	0,0	44,4	33,0
Otros	1	2	10
%	5,6	0,5	1,0
Sin dato	3	15	55
%	16,7	3,4	5,6
Total	18	439	985

Fuente: Bases de datos SDS programa Territorios Saludables descarga 04072017

En cuanto a nivel educativo, la Tabla 67 indica que la secundaria resulta ser el nivel predominante de formación identificado, que cuadruplica la población en ejercicio de prostitución que reporta primaria o nivel técnico.

Tabla 67. Población en ejercicio de prostitución, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según nivel educativo, programa Territorios Saludables, 2012 – 2016

	San Cristóbal	Subred	Bogotá
Primaria	2	117	185
%	11,1	26,7	18,8
Secundaria	11	242	630
%	61,1	55,1	64,0
Técnico	2	7	43
%	11,1	1,6	4,4
Otros	0	4	17
%	0,0	0,9	1,7
Sin dato	3	69	110
%	16,7	15,7	11,2
Total	18	439	985

Fuente: Bases de datos SDS programa Territorios Saludables descarga 04072017

3.3.5 Pertenencia étnica

De acuerdo con el SISPI, 2014, la población indígena estimada para la localidad es de 252 personas, mientras que la población afrodescendiente, reportada por el censo DANE 2005, corresponde a 8.243 personas. Para esta descripción, con base en el programa territorios saludables de la Secretaría Distrital de Salud, durante el periodo 2012 a 2016, se identificaron 2.205 personas pertenecientes a grupos étnicos, en su mayoría mujeres, como indica la Tabla 68; la población étnica reportada en la localidad representa el 32,5 % de la identificada en la Subred y el 9,61 % del dato de la ciudad.

Tabla 68. Población con pertenencia étnica, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según sexo, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016

Ubicación	Hombre	%	Mujer	%	SD	%	Total
San Cristóbal	967	43,85	1.238	56,15	0	0,00	2.205
Subred	3.027	31,95	3.745	33,06	4	0,00	6.776
Bogotá	10.245	9,44	12.645	9,79	48	0,00	22.938

Fuente: Bases de datos SDS programa Territorios Saludables descarga 04072017

La valoración del reporte de nacimientos para el año 2016 (p) indica que el 1 % de los nacimientos en la localidad corresponde a población étnica, sean estos indígenas o afrodescendientes. No obstante, llama la atención que una proporción alta de nacimientos se da en madres adolescentes (Tabla 69).

Tabla 69. Nacimientos localidad de San Cristóbal según pertenencia étnica y edad de la madre, 2016

	Indígena	Rom (gitano)	Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia	Palenquer o de San Basilio	Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente	Ninguno de los anteriores	total general
Total	6				53	5712	5771
Madre de 10 a 14 años	1				1	21	23
Madre de 15 a 19 años	2				14	1064	1080

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

La edad promedio de la población identificada se estimaría en 26 años y por curso de vida, se observa mayor proporción de niños, niñas y adolescentes, superior a lo identificado en la ciudad como aparece en la Tabla 70.

Tabla 70. Población con pertenencia étnica, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según curso de vida, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016

Curso de vida	San Cristóbal	Subred	Bogotá
Primera infancia	361	919	2784
%	16,4	13,6	12,1
Infancia	349	901	2857
%	15,8	13,3	12,5
Adolescencia	208	531	1740
%	9,4	7,8	7,6
Juventud	422	1363	4494
%	19,1	20,1	19,6
Adultez	736	2564	8824
%	33,4	37,8	38,5
Vejez	106	407	1697
%	4,8	6,0	7,4
Sin dato	22,0585	91	542
%	1,0	1,3	2,4
Total	2.205	6.776	22.938

Fuente: Bases de datos SDS programa Territorios Saludables descarga 04072017

Entendido que no todas las intervenciones del programa de referencia registran el aseguramiento de la persona, se cuenta con esta información para una proporción de las personas étnicas identificadas. Sin embargo, es evidente la mayor proporción de personas no aseguradas y de régimen subsidiado (Tabla 71).

Tabla 71. Población con pertenencia étnica, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según aseguramiento, programa Territorios Saludables, 2012 – 2016

Aseguramiento	San Cristóbal	Subred	Bogotá
Contributivo	166	953	3355
%	7,5	14,1	14,6
Subsidiado	310	1.214	3.302
%	14,1	17,9	14,4
No asegurado	387	945	2.060
%	17,6	13,9	9,0
Especial	22	57	159
%	1,0	0,8	0,7
Sin dato	594	3.607	14.062
%	26,9	53,2	61,3
Total	1.479	6.776	22.938

Fuente: Bases de datos SDS programa Territorios Saludables descarga 04072017

En cuanto a nivel educativo, la educación básica primaria resulta ser el nivel predominante de formación identificado según lo registrado en la Tabla 72.

Tabla 72. Población con pertenencia étnica, usuarios atendidos, localidad de San Cristóbal según nivel educativo, programa Territorios Saludables, 2012 - 2016

	San Cristóbal	Subred	Bogotá
Preescolar	21	39	94
%	1,0	0,6	0,4
Primaria	446	1913	6736
	20,2	28,2	29,4
Secundaria	312	1957	7389
	14,1	28,9	32,2
Técnico	30	120	646
	1,4	1,8	2,8
Tecnológico	0	5	17
	0,0	0,1	0,1
Universitario	10	123	624
	0,5	1,8	2,7
Sin dato	660	2619	7432
	29,9	38,7	32,4
Total	1479	6776	22938

Fuente: Bases de datos SDS programa Territorios Saludables descarga 04072017

3.3.6 Género y nuevas masculinidades

Los hombres se construyen en el marco de los paradigmas patriarcales del poder masculino, complementan su bagaje identitario a lógicas desde las cuales leen sus maneras de pensar y de hacer, las formas en que socializan su hombría con sus diversas prácticas y sus relaciones con las demás personas. De acuerdo con la teoría, el ejercicio de vislumbrar el modelo de masculinidad y las nuevas formas de ejercer la misma dentro la localidad, iniciaría por registrar tendencias en los roles desempeñados por los hombres –en la paternidad, el hogar, a nivel académico o en el laboral- e incluso recaudar información sobre su posición política con relación a la igualdad de género y la reivindicación de los derechos.

La idea de incluir a los hombres y las masculinidades en las políticas de género y en los programas de desarrollo está asociada al reconocimiento de que el hombre, al igual que la mujer, encuentra limitaciones y costos en el orden patriarcal. De tal forma, la opinión y el comportamiento masculino frente a diferentes labores ubicadas culturalmente en el ámbito del quehacer de la mujer, requiere recabar formación cuantitativa y cualitativa específica con la cual se tenga la opción de construir indicadores que nos brinden una línea base de la diversificación de roles y el reconocimiento actual sobre la mujer y el hombre y su afectación específica en salud.

Exponiendo este panorama, se entiende que, en la ausencia de información concluyente, no se tendrían fundamentos para valorar la situación de la localidad sobre el tema.

3.4 RELACIÓN POBLACIÓN - TERRITORIO

El territorio juega un papel importante en los análisis de la población y más aún en la población diferencial y de inclusión, dado que las situaciones particulares que enfrentan generan demandas importantes en el individuo para su desarrollo personal como en la interacción social, incidiendo en la comunidad y en el entorno social como sujetos de derechos, Análisis que aporta un panorama más amplio ya que implica reconocer, además de sus características demográficas, aquellas vinculadas con la manera en que interactúan con sus espacios de vida.

Es de resaltar 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, a través de cuadros de salida que permitieron la elaboración cartográfica presentada a continuación.

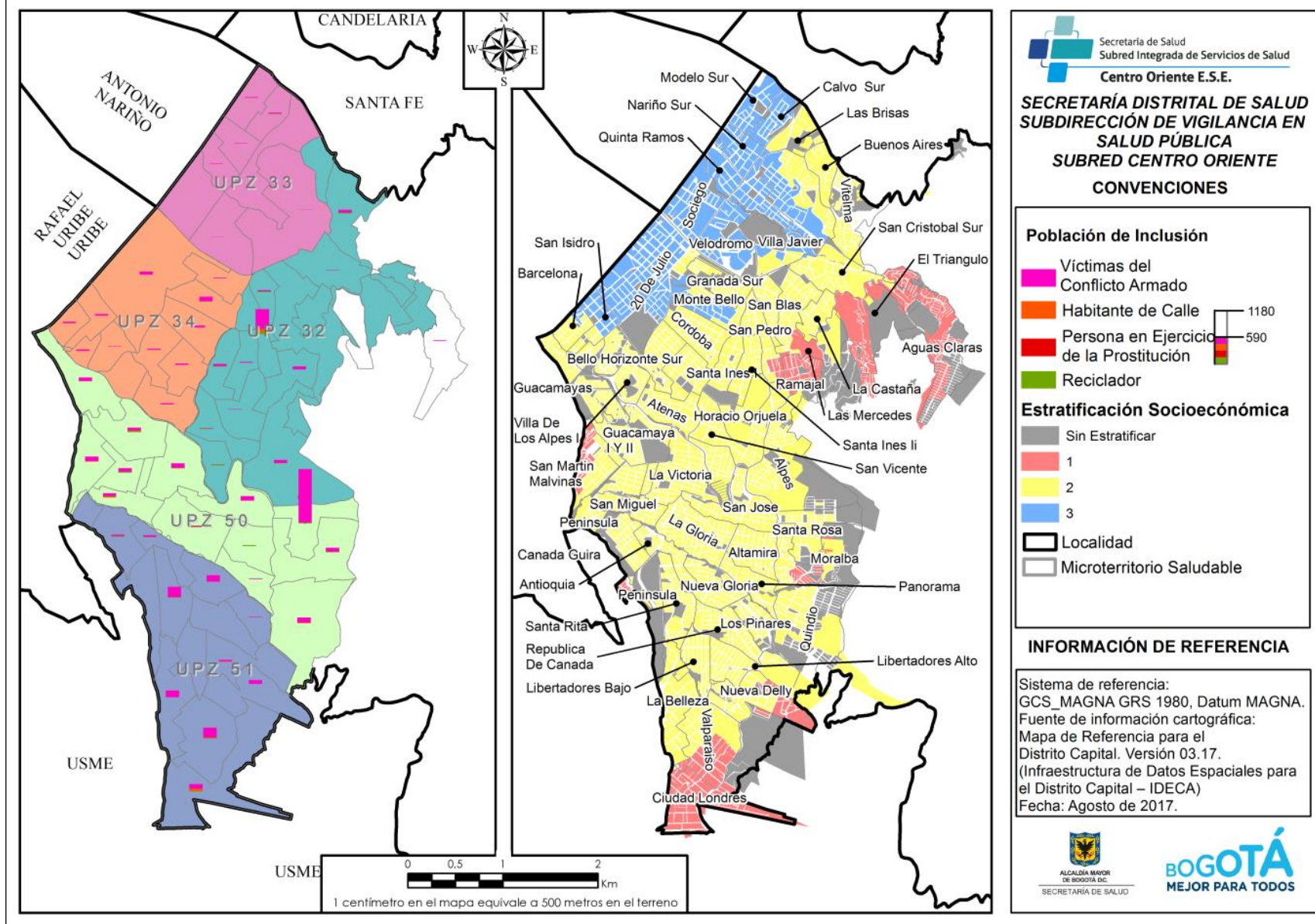
3.4.1 Víctimas del conflicto armado

La localidad de San Cristóbal se ha convertido en un importante territorio receptor de población víctima de conflicto armado, encontrando por tal motivo residentes en las 5 UPZ que conforman la localidad, transformando la dinámica de la localidad y generando segregación en algunos territorios donde reside mayoritariamente esta población. En ellos, se ha agudizado la percepción de deserción escolar, viviendas en hacinamiento con familias extensas con prevalencia de niños, niñas y adolescentes, invasión de residencias por núcleos familiares liderados por mujeres afro descendientes cabeza de hogar, desempleo y/o vinculación a trabajos informales con bajos niveles de ingreso, lo cual implica una interseccionalidad de poblaciones vulnerables.

La oferta ocupacional y laboral no siempre es coherente con las dinámicas e intereses de las víctimas por cuestiones de tiempo, traslados, costos, recursos, costumbres, etc., situación que genera el prolongamiento del asistencialismo en la política pública pues no cumplen como mano de obra cualificada para ejercer dinámicas laborales propias de la capital, sino que sus actividades funcionan en torno a actividades de tipo rural, situación que agudiza que las víctimas soporten sus ingresos con actividades económicas informales y de bajos ingresos.

3.4.2 Poblaciones vulnerables

Los habitantes de calle, recicladores de oficio y las personas en ejercicio de prostitución son susceptibles de registro siempre y cuando se reporten como tal al momento de las intervenciones. Es así como se ha identificado que los recicladores de oficio tienen residencia en las UPZ San Blas y La Gloria, en tanto para los otros grupos poblacionales las relaciones con el territorio no están muy claras (Mapa 4).

Mapa 4. Reporte de ubicación de población vulnerable o víctima del conflicto armado, localidad de San Cristóbal

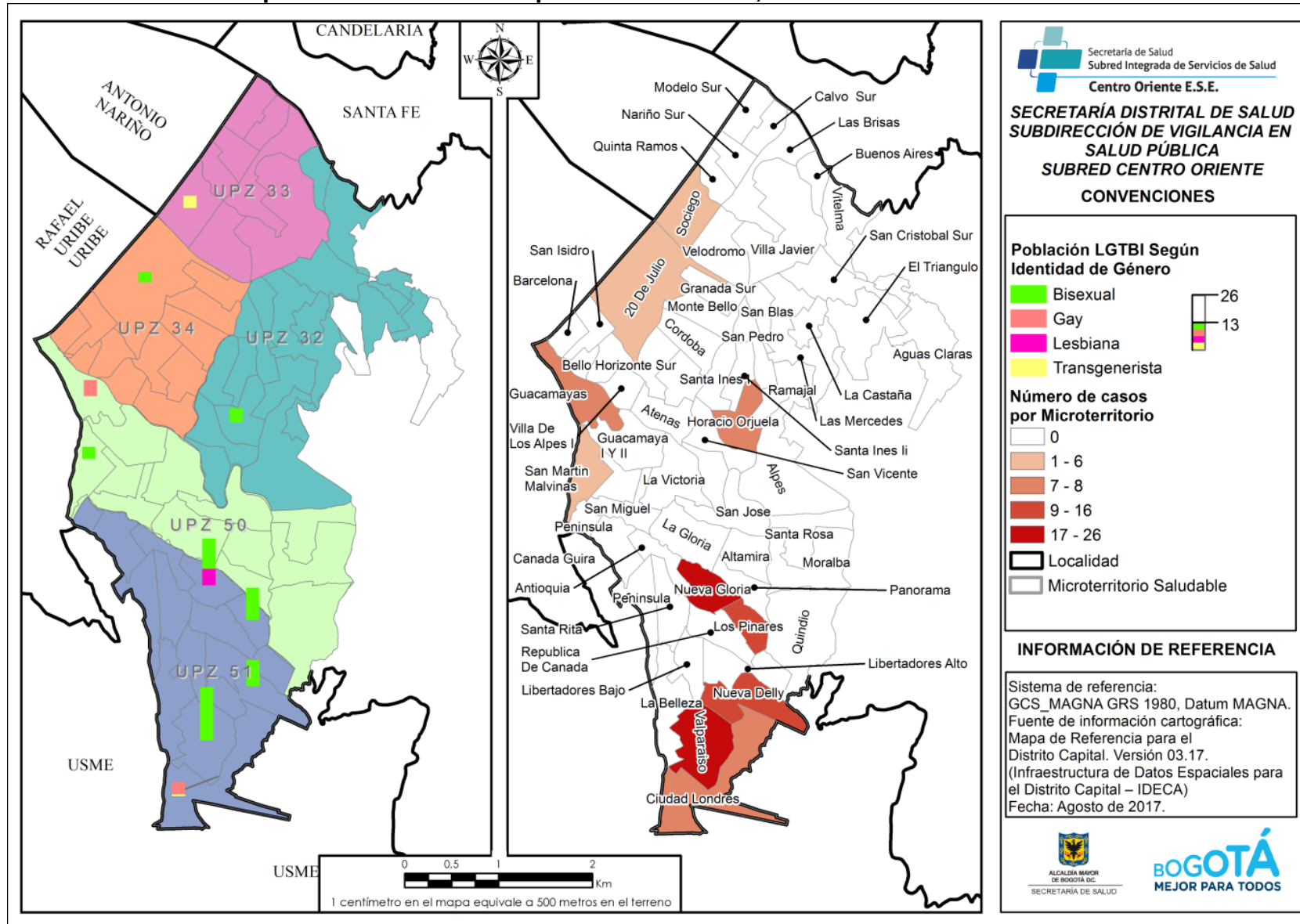
Fuente: Equipo ACCVSyE a partir de la base de datos poblacional APS, Secretaría Distrital de Salud, 2012-2016.

3.4.3 Orientaciones sexuales e identidades de género

La población LGBTI de la localidad es especialmente Trans, lesbianas y homosexuales, residen en todas las UPZ (Mapa 5), pero se destacan unos grupos particulares por sus formas de organización social que se marcan por ser redes sociales de afecto y de apoyo, por ejemplo en la UPZ 20 de julio encontramos una vivienda que da refugio no solo a la propietaria del inmueble (mujer Trans Peluquera de oficio) sino que también acoge trans y algunas de sus parejas, en la búsqueda de la ayuda mutua y condiciones sociales igualitarias; otros tipos de organización comunitarias con acciones similares se pueden encontrar en la UPZ Sosiego.

Los espacios para la homosocialización son externos a la localidad, por tal motivo mucho frecuentan la localidad de Antonio Nariño, Santa Fe, Los Mártires y Chapinero, principalmente.

Mapa 5. Población LGBTI por microterritorio, localidad de San Cristóbal.

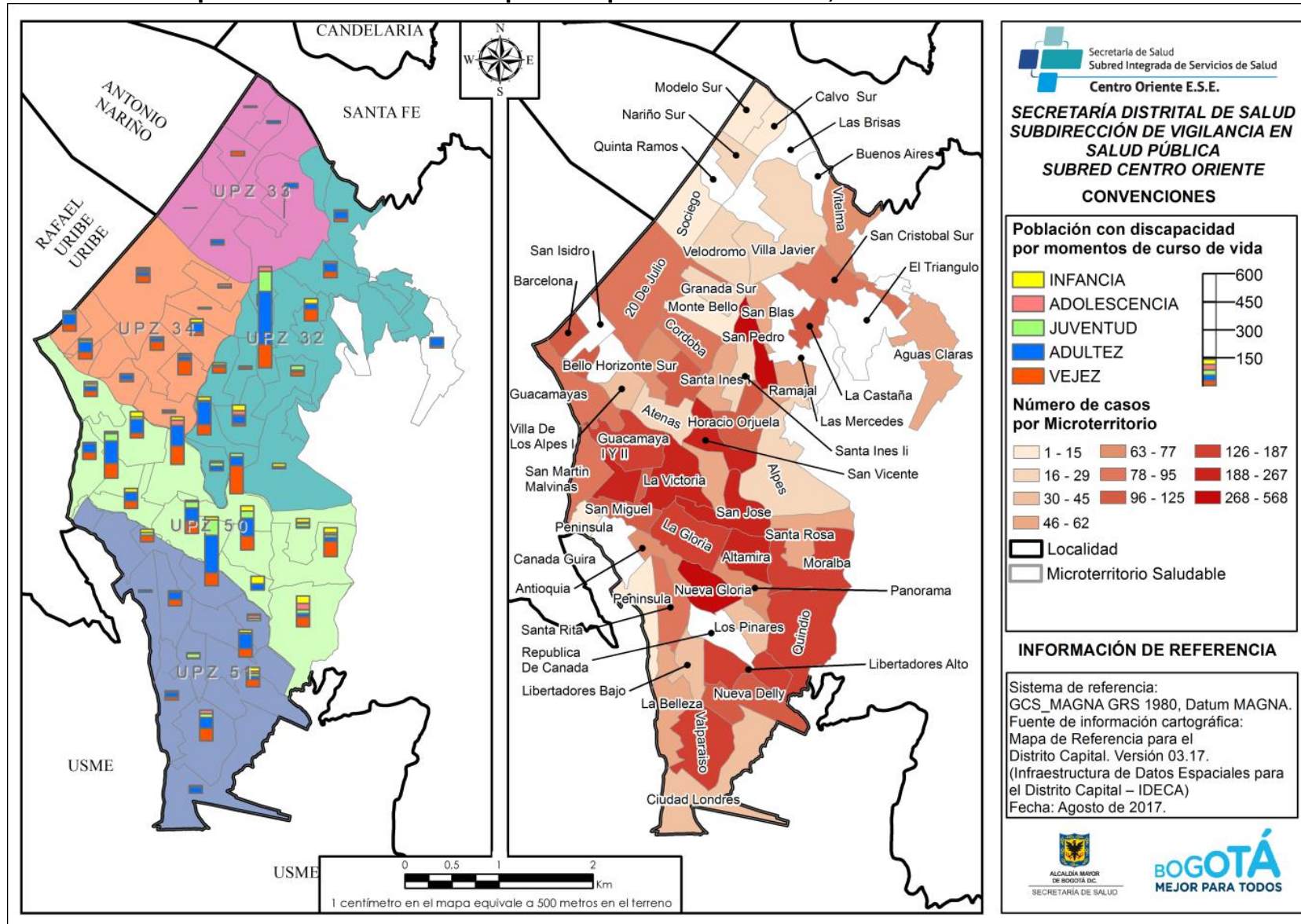


Fuente: Equipo ACCVSyE a partir de la base de datos poblacional APS, Secretaría Distrital de Salud, 2012-2016.

3.4.4 Condición de Discapacidad

Según ubicación por territorio el 28 % se ubica en La Gloria, el 22 % en San Blas, 19 % 20 de Julio, 17 % Los Libertadores y Sosiego con un 12 % (Mapa 6). Situaciones que se complejizan dado que la localidad cuenta con graves dificultades para el desplazamiento, en tanto se encuentran microterritorios cercanos a los cerros orientales que son lugares muy montañosos, o sus accesos a los barrios son por medio de escaleras lo que dificulta la movilidad de la población con discapacidad física; además, el servicio de transporte no está planificado de manera que facilite desplazamiento y la infraestructura de los automotores no son accesibles para el uso de la población con discapacidad.

Mapa 6. Población con discapacidad por microterritorio, localidad de San Cristóbal



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

3.4.5 Pertenencia étnica

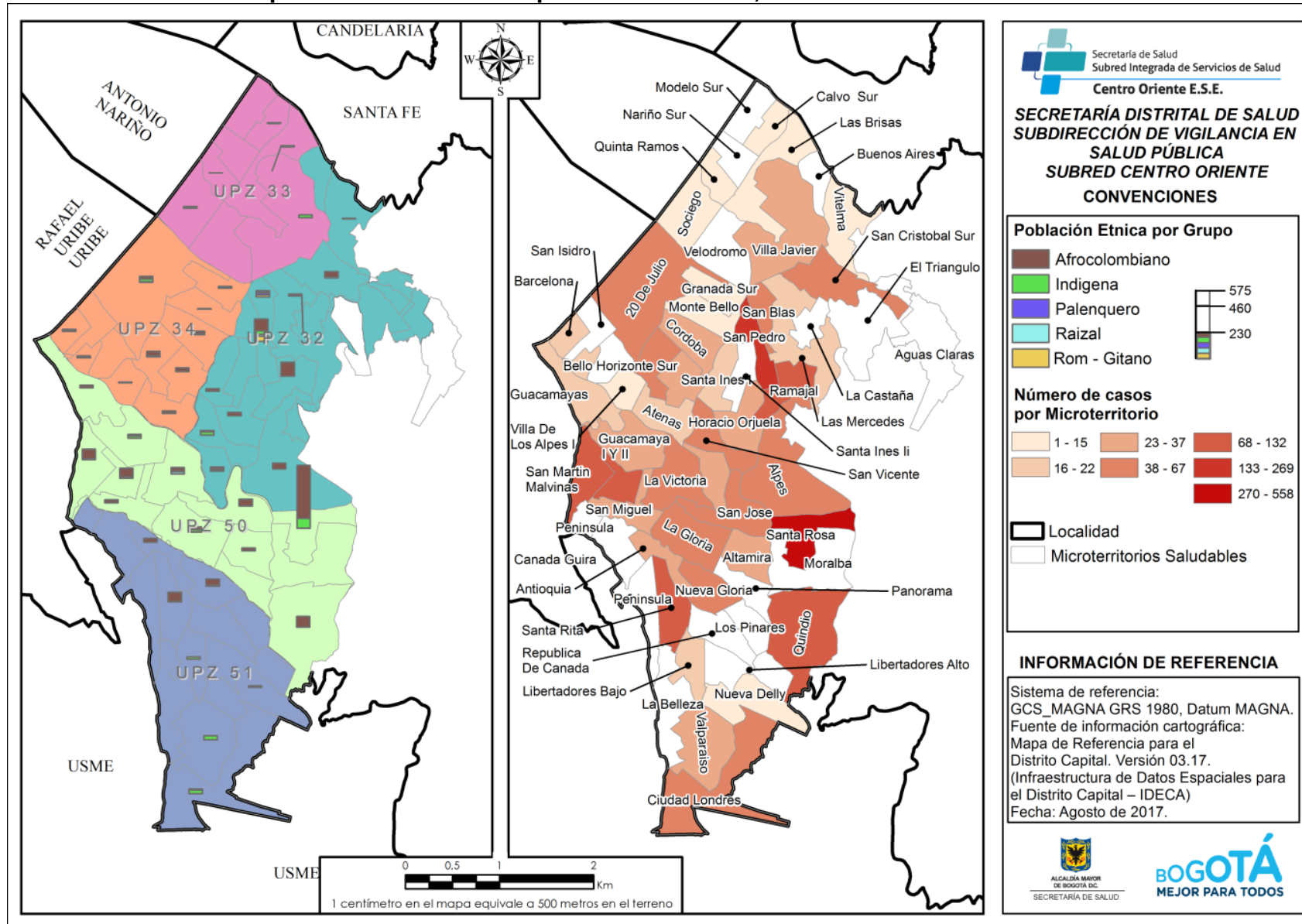
La identificación de población según la pertenencia étnica se observa en el Mapa 7, La población AFRO, hace presencia en toda la localidad, y es el grupo étnico con mayor registro, cuentan con una organización comunitaria fortalecida, entre otras por el consejo local afro, y organizaciones como ASOMADERE. Asimismo se ha logrado identificar por medio de ejercicios de cartografía social y de unidades de análisis con población y actores institucionales, que muchos de los residentes no se auto- reconocen, ya sea porque no se vinculan a actividades diferenciales o de discriminación positiva para esta población específica y que muchos prefieren recibir atención diferencial como víctimas.

La interacción en el territorio está dada por lugar de residencia y de estudio, aunque hay grupos que trabajan en barberías de la localidad que además de los servicios prestados sirven como punto de socialización; la casa Afro y Kilombo que había en la localidad eran un punto importante de concentración de líderes y personas interesadas en el mantenimiento de prácticas tradicionales.

En cuanto a la población indígena, segundo grupo étnico en número de registros, por lugar de residencia están presentes en las 5 UPZ, con varios procesos comunitarios fortalecidos como la mesa indígena, lugares como el Tambo Inga, o médicos tradicionales del pueblo Eperara entre otros. A través del SISPI se ha evidenciado por lo menos 11 pueblos indígenas con residencia en la localidad.

La presencia de registros de otros grupos étnicos es reducida y se evidencia en su orden población Rom y Raizal, de momento no se encuentran registros de población Palenquera. Es importante destacar la alta presencia de población con pertenencia étnica en el barrio Santa Rosa de la UPZ La Gloria, donde se destacan algunas interseccionalidades, en primer lugar con la condición de la población de inclusión víctima del conflicto armado, y en segundo lugar aunque mucho menor con la población en condición de discapacidad.

Mapa 7. Población étnica por microterritorio, localidad de San Cristóbal.



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

3.5 ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD PARA POBLACIONES DIFERENCIALES

El proceso de identificación de necesidades en salud que se presenta a continuación, se basa en la información de fuente primaria y secundaria previamente recolectada, sistematizada y analizada y se enuncia por cada grupo poblacional diferencial, con énfasis en el grupo poblacional de discapacidad priorizado en ejercicios institucionales de análisis.

3.5.1 Víctimas del conflicto armado

La escasez de oportunidades en lo ocupacional y laboral genera una dependencia hacia los programas asistenciales, lo cual afecta la autonomía y adaptabilidad a entornos urbanos. Así mismo, hay un latente descontento por las formas burocráticas para acceder a programas de vivienda que implican, a modo de ver de la población, unas barreras para el restablecimiento de sus derechos. Además, existen débiles planes de retorno y reubicación con baja cobertura de la población, los cuales se ven afectados constantemente en razón a que no existe una garantía de satisfacción y no repetición de hechos violentos en sus lugares de expulsión.

Esta situación en el entendido que una de las preocupaciones más sentidas por la población víctima del conflicto armado se concentra en la adquisición de vivienda y está relacionada con la condición de desarraigo al que han sido expuestas, los ve obligados a habitar espacios que no cuentan con las condiciones salubres necesarias, o pueden estar ubicadas en sectores de riesgo de deslizamiento, incluso pueden vivir en hacinamiento lo que incrementa su vulnerabilidad.

Con respecto a las necesidades en salud, se presentan continuas dificultades en el aseguramiento por tratarse de población migrante, lo que conlleva a barreras en la atención por trámites de vinculación y traslado de EAPB; lo que redundaría en desatención de las necesidades generales en salud. Además, el desconocimiento de las rutas y servicios de atención por falta de divulgación de los mismos dificulta la capacidad de exigibilidad de derechos de la población.

Es así como la población víctima del conflicto armado afectada por eventos de notificación al SIVIGILA, para el año 2016, reporta ocurrencia de un caso de morbilidad materna extrema y uno de varicela en la UPZ San Blas; un caso de tuberculosis en la UPZ La Gloria, un reporte

de ESI-IRAG en la UPZ Los Libertadores y por concepto de varicela, un evento de varicela en la UPZ Sosiego.

3.5.2 Poblaciones vulnerables

3.5.2.1 Habitante de calle

Con la población Habitante de Calle son frecuentes los casos de tuberculosis, infecciones de transmisión sexual (ITS) a causa de las prácticas de alto riesgo, así como infecciones por Neumococo y Herpes. Otro aspecto relevante en las alteraciones de salud son las lesiones menores, secuela de heridas, problemas de limitación articular y de ligamentos (brazos, piernas, espalda), que no se atienden adecuadamente y que van reduciendo la movilidad o generando trastornos de postura, aclarando que a los servicios de salud ingresan solo los más graves, “cuando llegan”.

La identificación de necesidades en salud de la población habitante de calle con base en lo notificado al SIVIGILA, reporta principalmente los eventos relacionados con Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos y enfermedades transmisibles, siendo la tuberculosis el de mayor frecuencia con cuatro casos en la UPZ San Blas y dos en Los Libertadores; le sigue la mortalidad por VIH SIDA, con tres casos en la UPZ Sosiego y un caso más en San Blas. También se reporta morbilidad materna extrema, sífilis gestacional, bajo peso al nacer, Hepatitis B, C y coinfección hepatitis B y delta y varicela, con un caso por evento notificado.

Hay también un conjunto de etiologías crónicas asociadas a problemas de infecciones respiratorias, digestivas, de desnutrición y de piel, que son atendidos solo cuando la fase se torna muy crítica. La situación psicológica se encuentra enmarcada entre las enfermedades de base y las secuelas del consumo de psicoactivas, en donde la depresión es frecuente, así como la desesperanza. El consumo es un paliativo que ayuda a manejar la ansiedad y la depresión, en las personas de calle, son frecuentes crisis psiquiátricas y episodios de intoxicación aguda.

A través del tiempo se han desarrollado metodologías de intervención que oscilan entre las posturas asistenciales y las vinculadas a la inclusión social, desde la reducción del daño, el trabajo con redes sociales, la formación en la práctica y la generación de proyectos

productivos. Esta última tendencia, de acuerdo con resultados documentados, parece ser una alternativa válida para generar cambios sociales y procesos sostenibles (18)

Las condiciones higiénicas en los lugares donde duermen tampoco son buenas, los cambuches y las cobijas para protegerse del frío son caldos de cultivo para parásitos; son frecuentes casos de pediculosis severas, con lesiones de cuero cabelludo y en área genital, lesiones en la piel por escabiosis, salpullidos sobre infectados y lesiones producidas por animales (ratas, perros).

El acceso a medicamentos y sistemas de diagnóstico para la población de y en la calle es muy difícil para casos crónicos o con necesidades de intervención continua. En general cuando notan alguna mejoría, tienden a abandonar el tratamiento por lo cual es necesario el acompañamiento para lograr procesos.

La problemática de salud oral es muy grave y motivo de un sufrimiento muy severo, los servicios que atienden el problema son pocos y con limitaciones de recursos. No hay continuidad en el manejo de los casos, igualmente una vez pasa la fase crítica, no vuelven.

3.5.2.2 Reciclador de oficio

La población de inclusión, personas de ocupación recicladora, carreteros y pequeños bodegueros, son trabajadores informales que se caracterizan por compartir un mismo espacio para el uso productivo, donde se desarrolla una actividad laboral que aporta al sustento de la familiar, con el habitacional.

Además de la exposición a riesgos que pueden generar una enfermedad laboral o un accidente de trabajo para esta población, se le suma la alteración y bajas condiciones de calidad habitacional para todos los miembros del núcleo familiar, quienes debe convivir con el material recolectado, y los vectores a los que estos los puedan exponer.

Así mismo las barreras de acceso a los servicios de salud y la poca adherencia a la asistencia y afiliación al sistema de seguridad social integral, conlleva a la precariedad en la vida de estas personas, entre otras causas por la generación de bajos ingresos, pocas oportunidades de

progreso debido al bajo perfil de la profesión por la poca exigencia de conocimiento y educación para ejercerlo.

La población de ocupación recicladora, carretera y bodeguera se opone a utilizar medios de seguridad industrial en su trabajo, por lo que las condiciones de protección laboral son mínimas como se puede apreciar en las mayorías de las bodegas de acopio. Seguramente en parte por su bajo nivel educativo y estilo de vida, y la falta de regulación entre pares.

3.5.2.3 Personas en ejercicio de prostitución

Las personas en ejercicio de prostitución, principalmente las mujeres se encuentran afectadas por diferentes “problemáticas como discriminación, dificultades para acceder a prestaciones sociales, créditos de vivienda, oportunidades laborales, formación para el trabajo, financiamiento y seguimiento para emprender proyectos productivos y garantía para una vejez digna” (19).

Sin embargo, en la búsqueda de otras fuentes de información que permitan visibilizar las necesidades y contexto de las personas en ejercicio de prostitución se evidenció que las instituciones locales no han identificado sectores y/o establecimientos en donde se lleva a cabo el ejercicio de la prostitución, a excepción de acciones puntuales desde la Subred y la SDIS, esta última a través del proyecto de adultez, identificó dos sitios donde se prestan estos servicios sin embargo, por cuestiones de seguridad de las zonas no se realizan intervenciones.

3.5.3 Orientaciones sexuales e identidades de género

Se ha identificado que la población LGBTI de la localidad se ve afectada por problemáticas como la brechas sociales a causa diversidad sexual y de género que limitan el acceso los servicios sociales y de salud limitando a las personas en tener una vida libre y equitativa. Por su parte el desconocimiento y la poca comprensión por parte de las instituciones y de la población en general invisibiliza sus problemáticas reales y específicas en salud.

Cabe mencionar que la población LGBTI que aún no se encuentra cubierta por los servicios de salud y sociales es aquella que aún no ha resuelto reconocerse y hacer visible su identidad

de género y/o orientación sexual, ya que muchos lo ocultan o procuran no hacerlo visible para no enfrentar las estigmatizaciones sociales.

La discriminación por identidad de género y orientación sexual que afecta a las personas de los sectores LGBTI se entiende como todo acto, decisión y/o manifestación que afecte e impida el desarrollo de una vida digna e igualitaria. Dicha discriminación se deriva en Hechos violentos, la designación de roles laborales relacionados con mano de obra no calificada, la prestación de servicios sociales y de salud sin un enfoque que reconozca su diversidad, la vulneración de derechos como la educación con trato digno, la materialización de prejuicios en los diferentes espacios de la vida cotidiana y escasas redes de apoyo sociales (20).

Las necesidades en salud más visibles se relacionan con garantía de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos y prevención de ITS (21); es recurrente la referencia de la población con respecto a los actos discriminatorios en los servicios de salud, por lo que manifiestan necesidad de atención diferencial continua que permita el acercamiento y la no discriminación, que a su vez logre la adherencia de la población a los programas.

Se presentan situaciones específicas que afectan particularmente la morbi-mortalidad:

- Efectos adversos de transformaciones corporales artesanales
- Desconocimiento de los procesos de hormonización y transformaciones corporales
- Desórdenes alimenticios por los estándares sociales de belleza
- Desconocimiento de Derechos Sexuales y Reproductivos
- Violencia dentro y fuera de la familia
- Discriminaciones y violencias en los servicios de salud (21)

3.5.4 Población con Discapacidad

Las necesidades en salud de las personas con discapacidad se relacionan fundamentalmente con accesibilidad a los servicios de salud s en tanto la localidad se ubica en cercanía a los cerros orientales con pronunciadas pendientes que dificultan el desplazamiento, en otros, el acceso a los barrios es por medio de escaleras que igualmente dificultan el desplazamiento de población con discapacidad física. Adicionalmente, los servicios de transporte no cuentan con

adecuaciones que permitan el acceso incluyente de personas con discapacidad ni en infraestructura ni en rutas.

Por tanto, las condiciones en el entorno cercano a los lugares de habitación se hacen hostiles al limitar la movilidad de las personas con discapacidad y dificultar a su vez la labor de acompañamiento de sus cuidadores. Sumado a esto, no se cuenta con una alta frecuencia de equipamientos de salud, aumentando la necesidad de trasladarse hacia otras localidades para recibir las atenciones. Lo anterior redunda en el desmejoramiento de las condiciones de salud al interrumpirse los tratamientos.

Vista las necesidades por curso de vida se ha identificado que en la adultez y la vejez se presentan más frecuentemente enfermedades crónicas y condiciones físicas, esto quiere decir que las principales alteraciones o deficiencias corresponden al movimiento del cuerpo y el sistema nervioso, de forma tal que las principales limitaciones en las actividades de la vida diaria son: caminar, correr, saltar, pensar y memorizar, mientras que en etapas más jóvenes, la relación se da con problemas cognitivos.

En la infancia se evidencian escasas oportunidades para el desarrollo de capacidades en el contexto educativo; para los jóvenes y adolescentes existen escasas oportunidades para el desarrollo de habilidades y capacidades debido a debilidad en la implementación de políticas y disponibilidad de recursos que permitan dar respuesta a estas necesidades, conllevando a la exclusión social.

Situaciones que se complejizan dado que la población con discapacidad se enfrenta a barreras actitudinales por los imaginarios sociales frente a la discapacidad que desde la familia, los amigos o personas cercanas, generan segregación y restricción para la participación e inclusión social en diferentes contextos de la vida cotidiana, por citar un ejemplo el desconocer o la negación a una vida sexual activa.

Para los adultos con discapacidad los imaginarios sociales se relacionan con incapacidad y no con la capacidad, encontrando escenarios educativos y laborales excluyentes afectando el desarrollo de su proyecto de vida; las personas mayores con discapacidad enfrentan

negligencia por parte de la familia frente a su cuidado generando deterioro de la condición de salud y dependencia en actividades de la vida diaria.

No obstante, desde el SIVIGILA se reporta la ocurrencia de dos casos de morbilidad materna extrema en la UPZ San Blas, un caso de tuberculosis y otro de intoxicación en la misma UPZ. Además se reporta un caso de varicela en los Libertadores y otro de intoxicación en Sosiego.

3.5.5 Pertenencia étnica

La identificación de necesidades en salud en población étnica a partir de lo reportado en SIVIGILA ubica la UPZ Sosiego como la de mayor cantidad de eventos ($n=14$), en tanto la agrupación de eventos de mayor reporte corresponde al de las enfermedades transmisibles ($n=41$).

Las problemáticas identificadas con respecto a salud de la población étnica son principalmente por la falta de garantía del aseguramiento, ya que se presentan dificultades para acceder a los servicios relacionadas con multifiliación y/o afiliación en sus municipios de origen, así como el desconocimiento de la población con respecto a las rutas de acceso a los servicios de salud.

Situación que se acentúa dada la exclusión en el ámbito laboral, en donde a causa del desconocimiento de los empleadores y el bajo nivel educativo formal de muchos de las personas de las poblaciones étnicas residentes en la localidad dificultan el acceso a trabajos de calidad y por tanto al mejoramiento de las condiciones de vida, aunado a la falta una amplia oferta cultural que sea acorde con sus costumbres y prácticas ancestrales.

Dado que la salud no es igual a la medicina y que existen una diversidad de saberes que aportan a la misma, ya que cada cosmovisión tiene formas propias de representarla y prácticas colectivas que aportan a la prevención y atención de las distintas afectaciones de la salud, los grupos étnicos de la localidad ven interrumpidas sus creencia, ya que la atención que se recibe por el sistema de salud se limita solo al saber “científico” biomédico, y entienden los otros saberes como ficciones.

Lo anterior genera actos discriminatorios en los servicios de salud ante las percepciones jerárquicas de las personas tratantes de la medicina alopática lo que a su vez genera falta de

adhesión a tratamientos. Las necesidades en salud de las poblaciones étnicas están profundamente ligadas al reconocimiento de sus Derechos Humanos, a la no discriminación y al trato digno. Por ello, la interculturalidad en salud, como encuentro de sistemas de conocimiento diferentes, se manifiesta como una necesidad sentida de los grupos étnicos.

En población indígena, los eventos reportados con mayor frecuencia son la varicela (n=9) y la malaria (n=4), principalmente de la UPZ Sosiego. Sin embargo, también se reporta morbilidad materna extrema, parotiditis y tos ferina, con un caso por evento.

En cuanto a la población Afrodescendiente, se puede indicar que la mayor cantidad de casos reportados por SIVIGILA son de residentes en las UPZ La Gloria y Veinte de Julio, con seis y cinco casos, respectivamente. Por tipo de evento, se comporta similar a lo enunciado con indígenas, con cuatro casos reportados por varicela y malaria, respectivamente; le sigue el reporte de tres casos de morbilidad materna extrema además de dos casos de tos ferina y, cierra el reporte, un intento de suicidio, una sífilis gestacional y un caso de VIH/SIDA.

3.6 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.

3.6.1 Víctimas del conflicto armado

Las necesidades ya descritas para esta población están relacionadas con dificultades en el aseguramiento por el traslado de locación, la falta de atención diferencial en salud y la dificultad en el acceso a vivienda y trabajo.

Las acciones de respuesta identificadas para población Víctima del Conflicto Armado han sido realizadas por el componente de Gobernanza I y consisten principalmente en el acompañamiento a las mesas locales de participación efectiva de víctimas del conflicto. En el plano de la articulación intersectorial se ha acompañado de igual forma a el PAPSIVI Programa de Atención Psicosocial y salud integral para víctimas del conflicto. Las acciones descritas están dirigidas a las 5 UPZ de la localidad, siendo La Gloria la que concentra mayor número de víctimas.

3.6.2 Orientaciones sexuales e identidades de género

3.6.2.1 Población LGBTI

Con respecto a la población LGBTI ya se han identificado necesidades en salud a consecuencia de efectos adversos de transformaciones corporales artesanales y procesos de hormonización. A su vez, las barreras de acceso por trato discriminatorio en los servicios de salud han generado poca adherencia a los tratamientos.

Las acciones de respuesta identificadas a cargo del equipo de Espacio Público se han enfocado en la prevención y promoción a lo largo de la localidad. Al mismo tiempo, el componente de Gobernanza I efectúa acciones orientadas al acompañamiento a espacios de participación, tanto a la Mesa Comunitaria LGBTI como a la Mesa Interinstitucional de Seguimiento a Casos LGBTI. Lo anterior como parte del agenciamiento institucional.

De igual forma, el acercamiento intersectorial se ha desarrollado en espacios locales, jornadas LGBTI y acompañamiento a casos con la Alcaldía Local, La Subdirección para asuntos LGBTI, Policía local, IDPAC y Derechos Humanos de la Secretaría Distrital de Gobierno.

Los barrios donde las acciones se desarrollan están ubicados en las UPZ: 32, 50 y 34. Sin embargo el subregistro existente de la población en la localidad imposibilita un análisis con respecto a la pertinencia de las acciones de respuesta, esto, toda vez que solo existe el registro de 13 personas en el mapa de distribución de población.

3.6.2.2 Mujer y género

3.6.2.3

Por parte del equipo de Gobernanza I se realizan acciones de respuesta en dos ámbitos, el primero son los planes locales de seguridad para mujeres y el segundo los casos de mujeres víctimas de violencias. Para el primero, desde la política pública de Mujer y Equidad de Género se ha participado activamente y para el segundo se ha realizado la activación de ruta.

Con respecto a la articulación intersectorial se ha implementado el sistema SOFIA, que integra las instituciones del orden local frente a acciones de eliminación de violencia contra las mujeres desde la Secretaría Distrital de la Mujer.

Las acciones de respuesta identificadas se han focalizado en las UPZ Libertadores y La Gloria, sin embargo, para realizar un análisis de la valoración de la respuesta se requeriría una distribución ya no de la población sino de los casos de violencia a mujeres para identificar la localización de las activaciones de ruta.

3.6.3 Población con Discapacidad

Para la población con discapacidad se ha identificado en apartes anteriores que las necesidades más apremiantes en la cotidianidad de esta población y de sus cuidadores está determinada por las dificultades en la movilidad. Estas se afianzan por las condiciones geográficas de los microterritorios de la localidad cercanos a los cerros que presentan importantes pendientes sumadas a una escasa infraestructura incluyente en los barrios y el transporte público.

Las acciones identificadas que se adelantan desde el Espacio Público se han enfocado en la estrategia RBC y para ello han realizado capacitaciones dirigidas a la comunidad que buscan el empoderamiento de la política y brindar herramientas de exigibilidad de derechos desde el conocimiento de la normatividad y de las rutas de atención. Dichas acciones se han llevado a cabo en el barrio La Victoria.

Por su parte, desde el componente de Política Pública de Discapacidad se vienen adelantado acciones dirigidas en mayor medida a instituciones: diligenciamiento del aplicativo de oferta institucional a nivel local en el Concejo de Discapacidad y ejercicios de divulgación con la comunidad; proyecto Banco de Ayudas Técnicas integrado en el Plan de Desarrollo Distrital; Sensibilización a funcionarios de IPS frente a la eliminación de barreras de acceso; Identificación de PCD desde Vigilancia en Salud Pública.

El quehacer de Política Pública de Discapacidad se ha focalizado en los territorios de la localidad que generan mayores barreras de movilidad a las personas con discapacidad. En la UPZ 32 San Blas, los barrios intervenidos son: Montecarlo, Los Laureles, Aguas Claras y Tibaque rural. En la UPZ 51 Los Libertadores son: San Rafael rural, Juan Rey y Yomasa.

En el Cuadro 2 se presentan las acciones de respuesta y las acciones intersectoriales identificadas para la localidad de San Cristóbal.

Cuadro 2. Respuesta identificada para las necesidades en salud de la población con discapacidad, localidad de San Cristóbal

Espacio	Respuesta
Gobernanza 1	Acciones desde la mesa acceso en el Consejo de discapacidad, liderada por salud, donde se diligencia en el aplicativo Distrital la oferta institucional a nivel local y se inician ejercicios con comunidad para su divulgación. Se incluye en el Plan de Desarrollo Distrital y Local la ejecución del proyecto banco de ayudas técnicas, aumentando la cobertura para garantizar el derecho de la comunidad a las ayudas técnicas no POS. Desde el PIC se ha venido sensibilizando a los funcionarios de las diferentes IPS locales sobre la eliminación de barreras y el acceso digno a los servicios de salud. Desde vigilancia en salud pública se continúa la identificación de personas con discapacidad residente en la localidad y puntos equidistantes.
Espacio Educativo	Se realiza conformación de grupo de facilitadores con un total de 12 sesiones: 1 sesión de conformación, 9 sesiones de apadrinamiento para el cuidado y la participación de los estudiantes y 1 sesión de evaluación. Colegios La Victoria y Alemania Unificada.
Espacio Público	Capacitación en RBC, normatividad y rutas de atención. Articulación con Alcaldía Local en empoderamiento de RBC Participación de la comunidad en feria de empleabilidad de CAFAM. Solicitud al PAS La Victoria de un espacio físico.

Articulación intersectorial	Dentro del Consejo Local de discapacidad se articularon acciones con los delegados de las demás instituciones que conforman el espacio, para el diligenciamiento del aplicativo y socialización de la oferta institucional. Se da a conocer la prestación del servicio ruta de la salud para los traslados de personas con discapacidad y movilidad reducida. Actualmente la subred tiene un convenio interadministrativo con la Alcaldía local para la ejecución del proyecto banco de ayudas técnicas vigencia 2016. Desde programas de salud pública se están realizando la identificación de barreras en las EAPBS de la localidad y el abordaje para sensibilización y mejorarla prestación de servicios en salud. Desde vigilancia epidemiológica el equipo de discapacidad tiene dos puntos en la localidad para la realización del registro de personas con discapacidad.

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

En el apartado de descripción demográfica de este documento se observa que la población con discapacidad se encuentra distribuida por toda la localidad, presentando mayor concentración en la UPZ 50 La Gloria, la UPZ con mayor número de población en general, y los barrios de las UPZ 34 y 32 que limitan con esta. Si se hace una comparación espacial entre la población identificada y la localización de las respuestas dadas por el componente de Política de Discapacidad se puede evidenciar que las acciones encaminadas a dar respuesta a las necesidades de la población se da en los barrios periféricos de la parte alta de las UPZ 32, 50 y 51, lo cual no correspondería con las zonas donde se concentra la PCD a menos que se logre evidenciar que esta respuesta se da en función de ayuda a la PCD que se encuentra más vulnerable en términos de acceso al transporte público o por las condiciones de la topografía de la localidad (ayudas como ruta de la salud para los traslados de Etnias).

Con esta población se identificaron acciones de respuesta desde el abordaje de espacio vivienda, adicional a la participación en sus puntos de encuentro mediados por su estructura.

3.6.4 Poblaciones vulnerables

3.6.4.1 Población en ejercicio de prostitución

Para esta población no se identificaron acciones de respuesta en la localidad.

3.6.4.2 Ciudadanos habitantes de calle

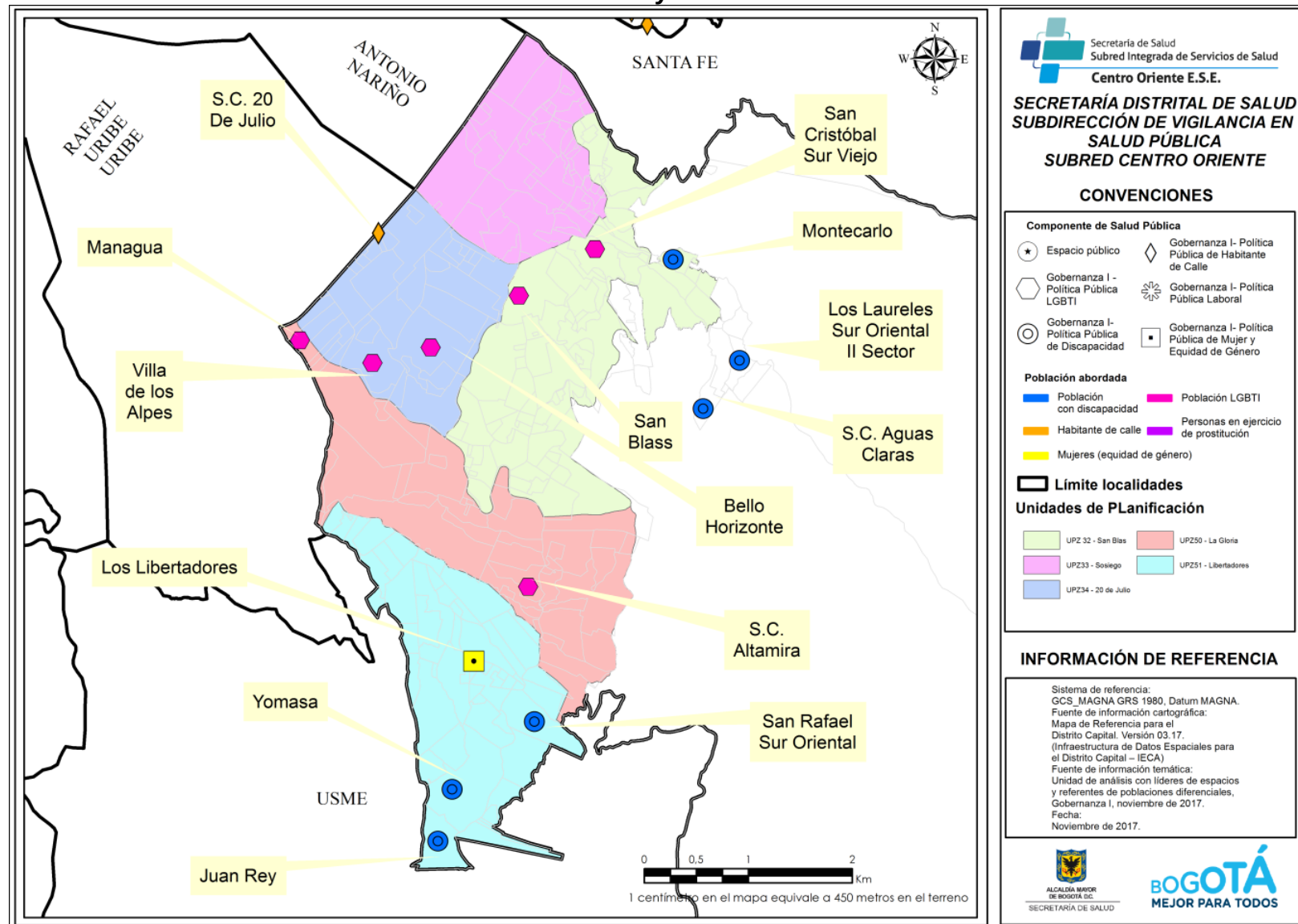
Las necesidades en salud que han sido previamente identificadas para la población Habitante de Calle se centran principalmente en atender el alto consumo de SPA, riesgo de contraer ITS y violencias. Las acciones de respuesta a cargo de Espacio Público están dirigidas directamente a la población y radican en actividades lúdico pedagógicas orientadas a la prevención de trata de personas y prevención de enfermedades infectocontagiosas (VIH, Tuberculosis). Además, se realizan recorridos territoriales que permiten la identificación de problemáticas.

Según el ejercicio de descripción demográfica de esta población el cual se realizó con fuente APS da cuenta de 28 personas habitantes de calle en la localidad, la mayor concentración de esta población se da en los barrios Ciudad Londres con 8 personas y el barrio San Pedro con 10 personas en las UPZ 51 y 32 respectivamente. Las acciones de las que da cuenta el equipo de política pública de Habitante de Calle señalan que estas se han llevado a cabo en la UPZ 34; en esta UPZ la base de datos no reporta la permanencia de personas habitantes de calle, pero de acuerdo al conocimiento de las dinámicas de esta población es sabido que el tramo de la carrera 10 entre la calle 27 sur y la calle 1 corresponde a un corredor de circulación de esta población especialmente en horas de la noche y horas de la mañana debido a que los habitantes de calle cogen los frentes de las construcciones como lugar para dormir dado a que la mayoría de estas no son de carácter residencial (Mapa 8)

La articulación que se adelanta desde Espacio Público se desarrolla en recorridos con Secretaría de Integración Social; se realizan acciones conjuntas con Gobernanza I que consisten en jornadas de desarrollo personal, en acciones de tamizaje de sífilis y VIH, valoración, orientación en salud y activación de ruta para casos de gestantes donde se verifica estado de afiliación.

En conclusión, el análisis de la distribución de acciones de respuesta por componente de Salud Pública y Población Diferencial atendida indica que la cobertura a nivel local de las poblaciones diferenciales es insuficiente. Sin embargo las gestiones que se adelantan en los espacios de participación institucional y comunitaria no pueden ser medibles en términos de distribución sino bajo criterios de gestión intersectorial. Es importante resaltar que el subregistro existente en la identificación de algunas poblaciones en cuestión, invisibiliza sus problemáticas y potenciales puntos de atención prioritaria.

Mapa 8. Respuesta institucional desde salud pública de la Subred Centro Oriente, en torno a las poblaciones diferenciales y de inclusión



5. CAPÍTULO 5. ACCIONES EN SALUD PÚBLICA

4 CAPÍTULO 5. 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 (22).

Este capítulo propone integrar la respuesta definida por el sector salud, particularmente desde la salud pública, frente a las situaciones evidenciadas por las comunidades (23). Se ordena por espacio o proceso de intervención, se estructura con base en la información que procede de las salidas de información generadas desde nivel distrital, con base en las intervenciones por espacio y componente, y se complementa con fuentes de información secundaria aportadas desde las intervenciones.

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.

4.1 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 (24).

4.1.1 Estructura

La operación del espacio vivienda comprende dos acciones integradas a saber: Cuidado para la salud familiar y Cuidado para la salud familiar institucional; estas acciones a su vez se subdividen en componentes. Los equipos están conformados por grupos de profesionales según la acción y escenario de desempeño; participan los perfiles de Enfermería, Psicología y técnico ambiental acompañados de los perfiles de odontología y nutrición de acuerdo al proceso e intervención (Cuadro 3).

Cuadro 3. Estructura operativa espacio vivienda, Subred Centro Oriente, 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.	Viviendas - familias	Cada mes se hace caracterización y seguimiento a planes familiares para lo cual se cuenta con 22 equipos distribuidos en las seis localidades de la Subred; están conformados por los perfiles de enfermería, psicología y técnico ambiental, 7 odontólogos y 3 terapeutas, distribuidos de acuerdo al comportamiento de las notificaciones de los eventos en salud pública priorizados para el componente de familias.
Acciones en hogares comunitarios y de bienestar: Cuidado para la salud de la población institucionalizada, encaminada al fortalecimiento del derecho a la salud en beneficio de la población.	Hogares comunitarios y de bienestar	Cuenta con 6 equipos, cada uno con los perfiles de enfermería, técnico ambiental y gestor comunitario con pertenencia étnica, cuatro de esos equipos se complementan con los perfiles de medicina ancestral (Médico sabedor y partera).

Componente	Escenario de operación	Talento humano
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

4.1.2 Resultados

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

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

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

Desde este componente se han aplicado en el área de la Subred 32.313 instrumentos de valoración, con corte diciembre 2017, de los cuales 21.014 se identificaron con necesidad de citas en protección específica y detección temprana (65,0 %); de estos, 15.141 usuarios ya han ingresado a la atención en salud (72,0 %). Para la localidad se han direccionado 7.119 usuarios, principalmente de las UPZ 50 La Gloria y 34 20 de Julio como se indica su distribución

en la Tabla 73, en donde también es de notar la amplia dispersión de los usuarios de la UPZ 32 San Blas.

Tabla 73. Distribución de usuarios con agendamiento, componente Gestión de Riesgo, localidad de San Cristóbal, 2017

UPZ	Barrios	Usuarios agendados
32 San Blas	La Playa, Los Alpes, El Rincón de la Victoria, Bellavista, San Jerónimo del Yuste S.C., Vitelma, Las Acacias, Las Mercedes, San Vicente, Urb. San Juanito, El Futuro, Macarena de los Alpes S.C, Buenos Aires S.C., San Blas II, Urb. Balcones de Provenza, San Vicente Sur Oriental, Manila, San Pedro, Urb. Bosque de los Alpes, Urb. San Blas, Urb. Sidel, Los Faroles de Santa Inés, Los Arrayanes, Santa Inés, El Ramajal, Buenavista II Sector, Amapolas II Sector, Torres de Gratamira, Amapolas S.C, Las Mercedes S.C, San Cristóbal Sur S.C., Granjas y Huertas, Terrazas de Oriente, El Triángulo, El Manantial, Altos del Sol, Ciudadela Parque de la Roca, Santa Sofía de Vitelma, Arboleda de los Alpes, Urb. Horacio Orjuela, Santa Inés Sur, Urb. Cerro San Vicente, Los Ángeles del Oriente, Buenavista Suroriental, El Tablón, Los Alpes del Zipa, Santa Inés (El Topo), San Blas S.C., Triángulo Alto, La Castaña	1.199
33 Sosiego	S.C. Las Brisas, Villa Albania S.C. La María, Primero de Mayo, Quinta Ramos, Urb. Loyola, S.C. Modelo Sur, S.C. Calvo Sur, El Sosiego, Villa Javier, Camino Viejo de San Cristóbal, Velódromo, Urb. Golconda y Nariño Sur	832
34 20 de Julio	Bello Horizonte II Sector, Barcelona Sur Oriental, Villa Nataly, 20 de Julio, El Encanto, Urb. Ayacucho Sur, Urb. Serafina, Granada Sur III, Sector San Miguel, Granada Sur, Urb. Montebello Bello, Horizonte y San Isidro	1.655
50 La Gloria	Puente Colorado, Las Guacamayas, Malvinas, San Martín de Loba, Los Puentes, La Victoria, Altamira, La Gloria Oriental, La Grovana, Moralba, La Colmena, Los Altos del Zuque, Quindío II Sector y Bellavista Sur Oriental	2.022
51 Los Libertadores	La Nueva Gloria, Los Libertadores, Canadá o Güira, La Península, Juan Rey II, Urb. Villa del Cerro, San Jacinto, Chiguaza, La Sierra, Santa Helena, El Pinar, Republica de Canadá II Sector, Nueva Delly Parte Alta, La Belleza, Valparaíso y Los Pinos	1.411
Total San Cristóbal		7.119

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 74 permite observar que, en coherencia con la situación de aseguramiento, la gestión de riesgo se adelanta principalmente en la UPZ 50 La Gloria y, los programas para los cuales se hace más gestión son la higiene oral, detección de cáncer cérvico uterino y detección de alteraciones en el joven. En general, la mayor efectividad alcanzada en acceso a los programas se da para

tamizaje visual y crónicos aunque la cantidad de usuarios buscados no es muy grande; por UPZ, la mayor efectividad en San Blas y 20 de Julio se da para la detección de alteraciones del adulto mientras que en Sosiego es en control de crecimiento y desarrollo y en La Gloria y Los Libertadores la mayor efectividad se logra en direccionar hacia higiene oral.

Tabla 74. Acceso a programas componente de gestión de riesgo según localidad y UPZ, San Cristóbal, 2017

Programa		UPZ 32	UPZ 33	UPZ 34	UPZ 50	UPZ 51	Localidad
Control prenatal (captación temprana antes de la semana 12)	Num	3	2	5	6	1	17
	Denom	4	2	5	6	3	20
	Indicador	75,0	100	100	100	33,3	85,0
Crecimiento y desarrollo	Num	97	93	120	149	110	569
	Denom	192	152	226	361	314	1245
	Indicador	50,5	61,2	53,1	41,3	35,0	45,7
Higiene oral (control placa bacteriana)	Num	254	163	354	393	288	1452
	Denom	513	355	693	811	585	2957
	Indicador	49,5	45,9	51,1	48,5	49,2	49,1
Programa del joven	Num	135	99	217	276	214	941
	Denom	305	222	447	682	480	2136
	Indicador	44,3	44,6	48,5	40,5	44,6	44,1
Planificación familiar	Num	16	12	15	19	21	83
	Denom	44	40	31	77	52	244
	Indicador	36,4	30,0	48,4	24,7	40,4	34,0
Programa CCU (21 -69)	Num	197	103	302	351	199	1152
	Denom	411	214	557	859	456	2497
	Indicador	47,9	48,1	54,2	40,9	43,6	46,1
Programa tamizaje visual	Num	7	4	5	6	5	27
	Denom	10	4	7	11	10	42
	Indicador	70,0	100	71,4	54,5	50,0	64,3
Programa del adulto	Num	49	32	87	90	58	316
	Denom	90	66	160	209	124	649
	Indicador	54,4	48,5	54,4	43,1	46,8	48,7
Crónico (resolutivo)	Num	9	5	19	21	6	60
	Denom	13	5	24	32	11	85
	Indicador	69,2	100	79,2	65,6	54,5	70,6
Total general	Num	767	513	1124	1311	902	4617
	Denom	1582	1060	2150	3048	2035	9875
	Indicador	48,5	48,4	52,3	43,0	44,3	46,8

Fuente: Elaboración equipo ACCVSE con base en Matriz espacio vivienda Gestión de riesgo abril-diciembre de 2017. Num: Numerador
Denom: Denominador

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

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

El componente de acciones familiares construye planes de intervención con cada familia, los implementa, monitorea y evalúa; así, la Tabla 75 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 San Cristóbal, a diciembre de 2017 se contaba con la implementación y evaluación del 66,9 % y 44,8 % de los planes formulados, respectivamente.

Tabla 75. Familias abordadas por localidad, componente acciones Familiares, Subred Centro Oriente

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: Construcción propia espacio vivienda con datos Plan Programático y presupuestal Abril- Dic 2017

Las acciones familiares que se generan a partir de los eventos epidemiológicos direccionados al espacio vivienda permiten el abordaje integral ante la ocurrencia de estos eventos con la participación de la persona en su atención en salud; es así como se observa seguimiento,

tratamiento y control, según el evento atendido. Por UPZ la mayor cantidad de eventos direccionados con seguimiento se ubican en La Gloria y San Blas; así mismo, los impactos más relevantes observados serían el Índice de mortalidad perinatal por Morbilidad materna Extrema - MME - y el Índice de Sífilis Congénita por Sífilis Gestacional alcanzados en todas las UPZ de la localidad (ver Tabla 76). Más específicamente, es de resaltar el índice de 0 muertes perinatales por 124 MME con seguimiento en la UPZ 20 de Julio.

Tabla 76. Indicadores de operación en acciones familiares por localidad y UPZ, San Cristóbal, 2017

Indicador		UPZ 32	UPZ 33	UPZ 34	UPZ 50	UPZ 51	Localidad
% de casos de MME con seguimiento (Vivienda)	Num	66	23	63	83	65	300
	Denom	140	32	124	180	121	597
	Indicador	47,1	71,9	50,8	46,1	53,7	50,3
Índice de mortalidad perinatal por MME		2	1	0	2	1	6
		140	32	124	180	121	597
	Índice	0,014	0,031	0	0,011	0,008	0,010
% de casos de Sífilis Gestacional con seguimiento (Vivienda)	Num	3	2	7	9	5	26
	Denom	3	2	16	13	9	43
	Indicador	100	100	43,8	69,2	55,6	60,5
Porcentaje de gestantes diagnosticadas con sífilis que reciben tratamiento	Num	3	2	7	8	4	24
	Denom	3	2	7	9	5	26
	Indicador	100	100	100	88,9	80,0	92,3
Índice de Sífilis Congénita por Sífilis Gestacional	Num	0	0	2	0	1	3
	Denom	3	2	7	9	5	26
	Indicador	0:3	0:2	2:7	0:9	1:5	3:26
Porcentaje de gestantes que asisten a control prenatal después del seguimiento por vivienda	Num	2	1	4	7	3	17
	Denom	3	2	7	9	5	26
	Indicador	66,7	50,0	57,1	77,8	60,0	65,4
% de casos de Bajo peso al nacer con ganancia de peso para la edad	Num	5	1	12	20	20	58
	Denom	14	11	18	37	21	101
	Indicador	35,7	9,1	66,7	54,1	95,2	57,4
% de casos de DNT aguda con ganancia de peso para la edad	Num	9	2	9	9	4	33
	Denom	11	3	9	10	10	43
	Indicador	81,8	66,7	100	90,0	40,0	76,7
Porcentaje de casos de DNT aguda que ingresaron a programas sociales después del seguimiento y canalización por vivienda	Num	10	3	9	10	10	42
	Denom	11	3	9	10	10	43
	Indicador	90,9	100	100	100	100	97,7

Fuente: Elaboración equipo ACCVSE con base en Matriz espacio vivienda_Familias abril-diciembre de 2017.

4.1.2.3 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 77.

Tabla 77. Hogares Comunitarios abordados por localidad, componente Hogares comunitarios, Subred Centro Oriente

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 datos a diciembre 2017 abril-diciembre de 2017.

Durante la vigencia 2017 se abordaron este tipo de instituciones en casi todas sus UPZ con excepción de la UPZ 51, Los Libertadores; la valoración de acciones desarrolladas desde este componente muestra un alto nivel de apropiación de prácticas en cuanto al manejo de basuras y a la identificación de signos de alarma frente al cuidado de los niños, su necesidad de

atención institucional. Además, se identifica una alta proporción de los menores identificados con su esquema de vacunación completa y adheridos al control de crecimiento y desarrollo y más de las tres cuartas partes de los menores valorados muestran mejora en la calidad de su higiene oral (Tabla 78).

Tabla 78. Indicadores de operación en hogares comunitarios y de bienestar, localidad de San Cristóbal, 2017

Indicador	Numerador	Denominador	Indicador
Proporción de los hogares que hacen un manejo adecuado de las basuras	17	17	100
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	16	17	94,1
Proporción de madres que conocen al menos dos signos que indiquen la necesidad de buscar ayuda fuera del hogar para un niño con diarrea	17	17	100
Proporción de las madres que conocen al menos un signo de alarma de neumonía en niños	17	17	100
Proporción de niños de cinco años con esquema completo de vacunación según PAI del municipio	16	17	94,1
Proporción de los niños menores de 5 años que disminuyeron el índice de placa bacteriana	106	124	85,5
Proporción de niños menores de cinco años que están vinculados al programa de crecimiento y desarrollo	17	17	100

Fuente: Elaboración equipo ACCVSE con base en Matriz espacio vivienda_Instituciones abril-diciembre de 2017.

Componente: 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.

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

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

La operación de este componente se valora desde el indicador de proporción de Instituciones de Persona mayor con implementación de prácticas adecuadas de protección integral a personas mayores frente al total de IPM abordadas, que en San Cristóbal se estima en 66,7 %, equivalente a 4 de 6 IPM abordadas, en las UPZ 33 20 de Julio y 50 La Gloria.

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

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

Así, en San Cristóbal, se adelanta este proceso en la cárcel distrital, ubicado en la UPZ 33 Sosiego; allí ha identificado casos puntuales de los eventos priorizados y le ha dado la respuesta establecida (Tabla 79).

Tabla 79. Indicadores de cuidado para las personas con privación de la libertad, San Cristóbal, 2017

Indicador	Numerador	Denominador	Indicador
Proporción de personas con prueba rápida positiva para sífilis con tratamiento completo	8	8	100
Proporción de personas identificadas con VIH/SIDA con tratamiento antirretroviral	1	1	100

Fuente: Elaboración equipo ACCVSE con base en Matriz espacio vivienda_Instituciones abril-diciembre de 2017.

4.1.3 Conclusiones

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

Este tipo de intervenciones son altamente pertinentes en tanto identifican y gestionan riesgos para la salud de las personas y sus familias; no obstante, se debe considerar un volumen importante de eventos de interés en salud pública que no logran ser objeto de este mismo tipo de intervención. Así mismo, incorporar a la cobertura de acciones a las instituciones ubicadas en la UPZ 51 Los Libertadores por tratarse de la más distante y con dinámica poblacional creciente.

4.2 ESPACIO EDUCACIÓN

Corresponden a esta categoría aquellos espacios sociales institucionalizados que poseen una organización y dinámica propia y que tienen la función social de educar a los ciudadanos en su transcurrir vital y apunta hacia la promoción de estilos de vida saludable a través de actividades de tipo reflexivo, conversacional, artístico, comunicativo y lúdico-pedagógico que generen procesos de apropiación de formas de entender y desarrollar prácticas favorables a

la salud y la calidad de vida de la comunidad educativa mediante la implementación de la acción integradora Sintonizarte (24).

Más específicamente se pretende 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 (25).

4.2.1 Estructura

La operación de este espacio se ordena en cuatro componentes que a su vez se desagregan en líneas de acción descritas en el Cuadro 4 con el equipo que las desarrolla.

Cuadro 4. Estructura operativa espacio educación, Subred Centro Oriente, 2017

Componente	Proceso	Descripción	Equipo
Acompañarte	Conformación de grupos promotores de convivencia.	Articulación con el Manual de Convivencia Escolar, en el cual se adelantan procesos de Fortalecimiento de habilidades para la vida mediante articulación con el referente del Proyecto de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía - PESCC - de cada institución y se Incorpora la estrategia Amarte al mismo	Un (1) Psicólogo y Una (1) enfermera en articulación con equipo Interdisciplinario
	Identificación de estudiantes con riesgos psicosociales.		
Amarte	Gestión para el mejoramiento de entornos escolares	Revisión conjunta del programa educativo de la institución, para transversalización e implementación del PESCC	Lidera una (1) Enfermera y apoya un (1) Psicólogo
	Promoción de vida saludable	Indaga frente al significado de sexualidad y el reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos, centrado en temas de imaginarios, creencias, mitos e inquietudes frente a su ejercicio en adolescentes y jóvenes	
Disfrutarte	Mejoramiento de entornos escolares	Implementa acciones de gestión con los directivos, docentes (en especial de educación física) para transversalizar los temas de alimentación saludable y actividad física en el currículo en conjunto con el colegio	Una (1) Nutricionista y Una (1) Enfermera
	Promoción de vida saludable	Identificación de necesidades y Asistencia técnica en Promoción de la actividad física cotidiana, resalta la importancia de incorporar la realización de pausas activas en el aula de clase y jornadas promocionales de la actividad física	

Componente	Proceso	Descripción	Equipo
Cuidarte		Disponibilidad de espacios físicos adecuados de higiene bucodental, lavamanos a la altura de los más pequeños, agua potable, de cepillos dentales por cada niño.	Un (1) Odontólogo y apoyado una (1) Enfermera
Explorarte		Identificación de riesgos colectivos y ubicación de puntos críticos con impacto negativo sobre el entorno ambiental escolar, para implementar acciones concertadas con la institución que permitan atenuarlos	Un (1) Técnico Ambiental y una (1) Fisioterapeuta y/o una (1) nutricionista.

Fuente: Construcción propia equipo ACCVSE según Mesa Técnica con el espacio

4.2.2 Resultados

Los principales resultados obtenidos como producto de la gestión del Espacio educativo en la localidad, se presentan de acuerdo a los componentes de la estrategia.

La priorización de cada colegio a abordar para la vigencia de referencia obedeció a acuerdos de orden Distrital, establecidos entre las secretarías de Salud y Educación, como resultado de los cuales, se definió para la Subred Centro Oriente la intervención en 33 instituciones educativas públicas y privadas de la localidad para la vigencia de Abril 2017 a Febrero 2018, las cuales presentan diversos factores de riesgo y problemáticas identificadas por las comunidades educativas y que se expresan principalmente en temas como el consumo de SPA, eventos de salud mental, salud sexual y reproductiva, desconocimiento de las rutas de atención entre otros (Tabla 80).

Se desarrollan actividades de gestión y promoción en cada una de las 33 instituciones educativas adelantadas conforme plan de acción concertado y que recoge de igual manera resultados relevantes a partir de las correspondientes actividades de operación de cada equipo en cada institución.

En la localidad de San Cristóbal se abordan 33 instituciones educativas de carácter público y privado listados en la Tabla 80; dadas las condiciones de vulnerabilidad evidenciadas en los colegios se desarrollaron ejercicios de planeación y gestión participativa con los diferentes sectores integrando a la comunidad educativa, con el fin de dar respuesta a las necesidades

identificadas. En estas instituciones, al menos para un grupo, se implementaron los cinco componentes de la estrategia: acompañante, amarte, disfrutarte, cuidarte y explorarte.

**Tabla 80. Colegios abordados localidad de San Cristóbal vigencia
abril 2017- febrero, 2018**

Número	Colegio	Componentes implementados
1	Colegio la Victoria (IED)	5
2	Colegio San José Sur Oriental (IED)	5
3	Colegio Alemania Unificada (IED)	5
4	Colegio La Belleza Los Libertadores (IED)	5
5	Colegio Juan Rey (IED)	5
6	Colegio Entre Nubes Suroriental (IED)	5
7	Colegio Altamira Suroriental (IED)	5
8	Colegio José Acevedo y Gómez (IED)	5
9	Colegio Técnico Tomas Rueda Vargas (IED)	5
10	Colegio Pantaleón Gaitán Pérez (IED)	5
11	Colegio Aguas Claras (IED)	5
12	Colegio Gran Colombia (IED)	5
13	Colegio El Manantial (IED)	5
14	Colegio Los Alpes (IED)	5
15	Colegio José Joaquín Castro Martínez (IED)	5
16	Colegio Moralba Suroriental (IED)	5
17	Colegio El Rodeo (IED)	5
18	Colegio Santa Catalina del Suroriente (IED)	5
19	Colegio Colsubsidio Nueva Roma (IED)	5
20	(IED)/República del Ecuador	5
21	Colegio José María Carbonell (IED)	5
22	Colegio Francisco Javier Matiz (IED)	5
23	Colegio Montebello (IED)	5
24	Colegio José Félix Restrepo (IED)	5
25	Colegio Veinte de Julio (IED)	5
26	Colegio Aldemar Rojas Plazas (IED)	5
27	Colegio Manuelita Sáenz (IED)	5
28	Colegio Rafael Núñez (IED)	5
29	Colegio San Isidro Suroriental (IED)	5
30	Colegio Florentino González (IED)	5
31	Colegio San Cristóbal Sur (IED)	5
32	Colegio Atenas (IED)	5
33	Liceo Sendero del Saber	5

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

4.2.2.1 Componente Acompañarte

Las modificaciones positivas alcanzadas en torno a la resignificación de prácticas y hábitos de salud mental las evidencia el 76 % de las personas intervenidas, que mejoraron sus hábitos de salud mental desde una perspectiva comunitaria ligada a la cotidianidad, donde se realizaron grupos conversacionales para brindar herramientas en la identificación de riesgos en salud mental y la construcción de estrategias para la sana convivencia.

4.2.2.2 Componente Amarte

En este componente 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. El resultado obtenido hace referencia al 26 % de personas con modificaciones positivas en torno a los derechos sexuales y reproductivos entre adolescentes y jóvenes.

4.2.2.3 Componente Disfrutarte

Este componente se ejecutó mediante grupos conversacionales donde se realizaron reflexiones que promueven el acuerdo para desarrollar acciones de cuidado y auto cuidado del cuerpo; el indicador de la acción es el 35,8 % de los participantes que mejoraron su percepción de los hábitos saludables, es decir, que presentan modificaciones positivas en torno a las mejores prácticas y hábitos en seguridad alimentaria, nutricional y actividad física.

4.2.2.4 Componente Cuidarte

Este componente verifica las prácticas de higiene a partir del uso adecuado del cepillado, en donde el 22,1 % de los escolares con mejores prácticas en salud oral en la localidad de San Cristóbal; logro bajo de mejora en las prácticas de higiene oral, ante una débil apropiación de la población frente a los riesgos que se presentan por una inadecuada higiene oral.

4.2.2.5 Componente Explorarte

A partir de una contextualización general del proceso, se abordan las temáticas ambientales y se determinan acciones frente a los riesgos identificados en la caracterización inicial; en este contexto, el 30,3 % de puntos críticos en instituciones educativas abordadas fueron recuperados en la localidad de San Cristóbal.

El segundo indicador de evaluación en este componente es la proporción de personas que evidencian resignificación en torno a mejores prácticas y hábitos en salud Ambiental del 92,1 %, mediante reflexiones sobre las problemáticas de las instituciones educativas, buscando crear conciencia y modificación de conocimiento, actitudes y prácticas adecuadas de salud ambiental.

4.2.3 Conclusiones

Desde la operación del espacio se han implementado acciones mediante procesos de acercamiento y concertación a las instituciones educativas priorizadas, análisis de identificación del riesgo y proyección de planes de acción; conformación de grupos promotores de salud y convivencia, acciones de divulgación en cuanto a estrategias comunicativas y generación de iniciativas; desarrollo de grupos conversacionales con docentes y estudiantes al igual que acompañamientos en aula.

Se abordaron las instituciones educativas, desarrollando temáticas de fortalecimiento de habilidades para la vida dentro de las más destacadas de acuerdo a las necesidades identificadas en cada una de las instituciones; estimular en la comunidad educativa el pensamiento creativo, resolución de problemas, relaciones interpersonales, logrando realizar actividades innovadoras para generar recordación de dichos temas; por otra parte, se dieron a conocer las líneas distritales de atención en salud mental como la 106, línea púrpura, línea psicoactiva, línea 141, donde se logró que los estudiantes las reconozcan y se conviertan en multiplicadores de la información.

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

de la realización de pausas activas mentales, el pensamiento lateral en la resolución de problemas.

El impacto está dado por la prevención de decisiones fatales a partir de la promoción del cuidado de la salud mental en el curso asignado, considerado por la comunidad educativa como de baja cobertura frente al total de estudiantes y sus necesidades en la institución.

4.3 TRABAJO

Este escenario materializa la política para la salud y calidad de vida de los trabajadores, desarrolla herramientas y estrategias para transformar las percepciones y prácticas relacionadas con la labor, que incidan en el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo.

El propósito de este proceso transversal es, de una parte, contribuir a la desvinculación de las peores formas de trabajo de niños, niñas y adolescentes, favoreciendo su desarrollo integral a partir de la promoción de la salud, prevención de enfermedades y fortalecimiento del soporte familiar y social, a través del desarrollo de procesos en las familias o acudientes; y, contribuir a la disminución de los eventos asociados a la salud de los trabajadores del sector informal de la economía en el Distrito Capital, a través de la implementación de la estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud (26).

4.3.1 Estructura

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.

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.

En tanto, 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.

Para lograr sus objetivos el espacio cuenta con un equipo de profesionales los cuales realizan 7 acciones articuladas dando respuesta a la desvinculación progresiva de niños, niñas y adolescentes y a la estrategia de entornos laborales saludables (ver Tabla 81).

Tabla 81. Distribución del talento humano del espacio trabajo para la Subred Centro Oriente

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

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

4.3.2 Resultados

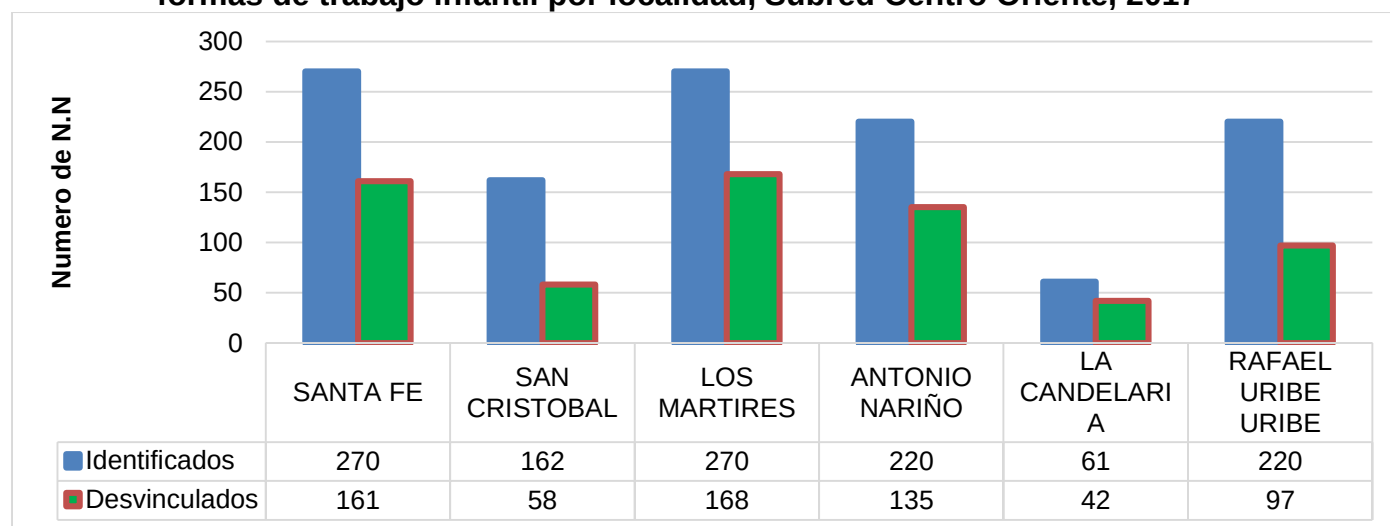
4.3.2.1 Desvinculación progresiva de los niños, niñas y adolescentes de las peores formas del trabajo Infantil

La intervención hacia el trabajo infantil y adolescente en esta vigencia se ordena frente a riesgos como la falta de estructuración del proyecto vida, el desaprovechamiento del tiempo libre, el consumo de SPA, la influencia de pares negativos y la independencia económica a temprana edad.

En la que se caracterizan factores de riesgo en salud, socioeconómicos, culturales y psicológicos; como determinantes en el trabajo infantil, buscando la promoción de habilidades para la vida en niños niñas y adolescentes y sus familias fortaleciendo a los usuarios en temas de autoconocimiento, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, toma de decisiones, empatía, manejo de problemas, pensamiento crítico, pensamiento creativo, manejo de emociones, prevención de riesgo psicosocial con enfoque laboral.

La Figura 21 indica el impacto del espacio trabajo para la localidad de San Cristóbal, con el 35,8 % de niños y niñas con desvinculación de las peores formas de trabajo, donde los equipos identificaron 162 niños, niñas y adolescentes y se logró desvincular 58.

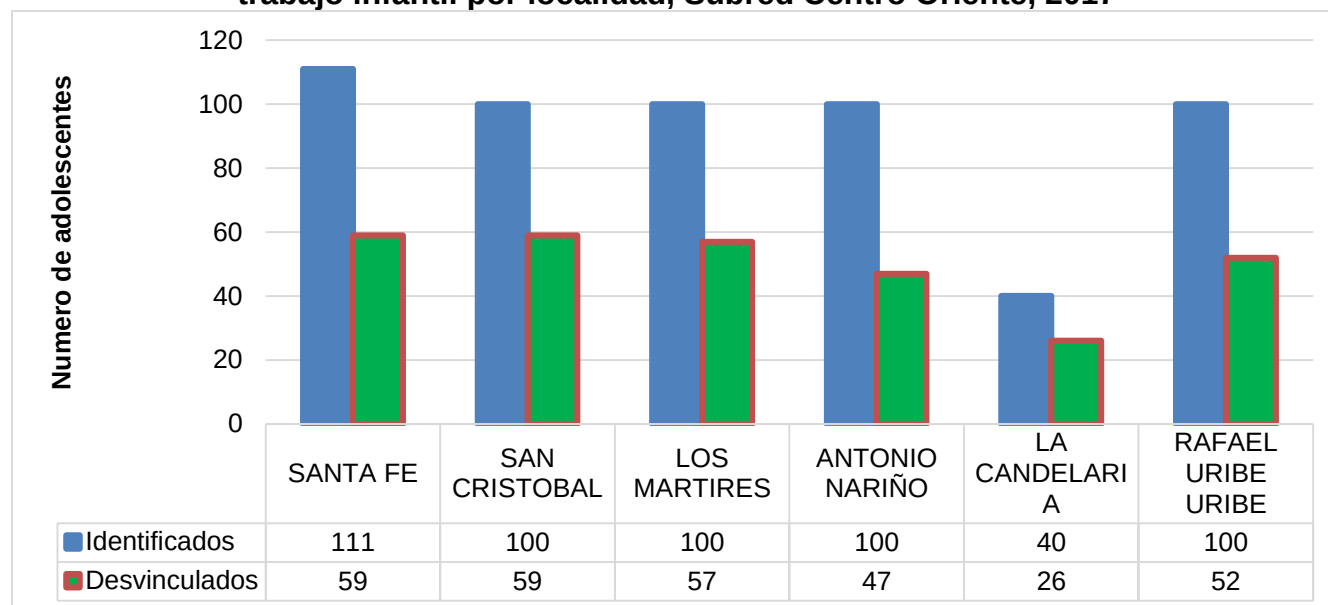
Figura 21. Niños y niñas trabajadores con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil por localidad, Subred Centro Oriente, 2017



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

Sobre los adolescentes identificados para la localidad de San Cristóbal se logró desvincular al 59 % de las peores formas de trabajo a través de acciones de orientación y prevención psicosocial con enfoque laboral.

Figura 22. Adolescentes con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil por localidad, Subred Centro Oriente, 2017



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

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

Desde el componente de UTIS se espera abordar aquellos riesgos vinculados a la ocurrencia de accidentes ocupacionales y enfermedades laborales, entre los cuales se encuentra el desconocimiento de trabajadores frente a la normatividad de la seguridad y la salud en el trabajo, la baja motivación hacia la afiliación a seguridad social y riesgos laborales, las condiciones deficientes de espacios locativos de las UTIS, las condiciones de salud de los trabajadores informales y los riesgos propios de la actividad económica a los que están expuestos en su entorno de trabajo y los riesgos por exposición a agentes químicos, físicos, biomecánicos.

Las acciones de esta estrategia buscan identificar condiciones de salud de los trabajadores informales y los riesgos propios de la actividad económica así como apropiar prácticas

saludables en los trabajadores informales que favorezcan su salud y su entorno de trabajo y finalmente evaluar resultados de la implementación de la estrategia.

En San Cristóbal, las intervenciones se han adelantado en los barrios Guacamayas, Columnas, Bello Horizonte, Granada, Atenas, Serafina, 20 de Julio, en tanto responden al ejercicio de priorización adelantado y al reconocimiento de zonas de identificación de UTIS y de trabajo infantil.

En las unidades de trabajo informal – UTI- caracterizadas por el equipo, la Tabla 82 indica que el 8,25 % (n=77) de los trabajadores informales de la localidad de San Cristóbal presentan afectación por las condiciones de trabajo en UTIS.

Tabla 82. Porcentaje de trabajadores afectados por las condiciones de trabajo en las UTIS por localidad, Subred Centro Oriente, 2017

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

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

El 60,49 % de UTIS identificadas para la localidad de San Cristóbal implementaron la estrategia de entornos saludables laborales (n=447), 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 83).

Tabla 83. Proporción de UTIS que implementan la estrategia de entornos laborales saludables por localidad, Subred Centro Oriente, 2017

Localidad	Total UTIS	Nº UTIS que implementaron la estrategia	Porcentaje
Santa Fe	1291	458	35,48
San Cristóbal	739	447	60,49
Los Mártires	880	582	66,14
Antonio Nariño	985	396	40,20
La Candelaria	1651	197	11,93
Rafael Uribe Uribe	643	570	88,65

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

Más que acciones específicas en población diferencial, se realiza abordaje de la población diferencial que se identifique dentro del proceso, la cual se incluye en las acciones desarrolladas como lo son identificación y caracterización, y seguimientos de acuerdo a los lineamientos sin omisión de actividades.

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.

4.3.3 Conclusiones

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.

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

La población trabajadora de la localidad, 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.

4.4 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, favoreciendo la interacción y participación comunitaria y ambiental en entornos naturales o contruidos; en donde se articulan acciones en pro del bienestar de las comunidades que a diario hacen uso del Espacio Público en escenarios de resignificación, vivencias personales, ejercicio político y ciudadanías.

Las actividades que se llevan a cabo en la localidad capta la población por medio de estrategias comunicativas y en articulación con entidades intersectoriales, los diferentes equipos realizan estas acciones en aras de lograr responsabilizar a los participantes en prácticas saludables.

4.4.1 Estructura

La operación se instaure 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; con estructura operativa del espacio público por acción integrada descrita en el Cuadro 5.

Cuadro 5. Estructura Espacio Público, Subred Centro Oriente, 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
	Trabajador Social			
	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 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	Terapeuta Ocupacional Agente de cambio Psicólogo Ingeniero Ambiental Trabajador Social Enfermero Profesional Médico Gestor Comunitario	Un equipo para la Subred
	Rehabilitación Basado en Comunidad			
	LGTBI - Habitante de Calle			
	Persona Mayor			

Acción integrada	Componente	Producto	Talento humano	Distribución por localidad
	Juventud	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.		
	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 elabora una 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 asociados 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 unidad 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; haciendo salvedad que estos hacen referencia a aquellos que han generado impacto en la población atendida.

4.4.2 Resultados

4.4.2.1 Acciones Itinerantes

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

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

4.4.2.2 Caracterización y monitoreo del riesgo en salud

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

4.4.2.3 Cuídate, Sé Feliz

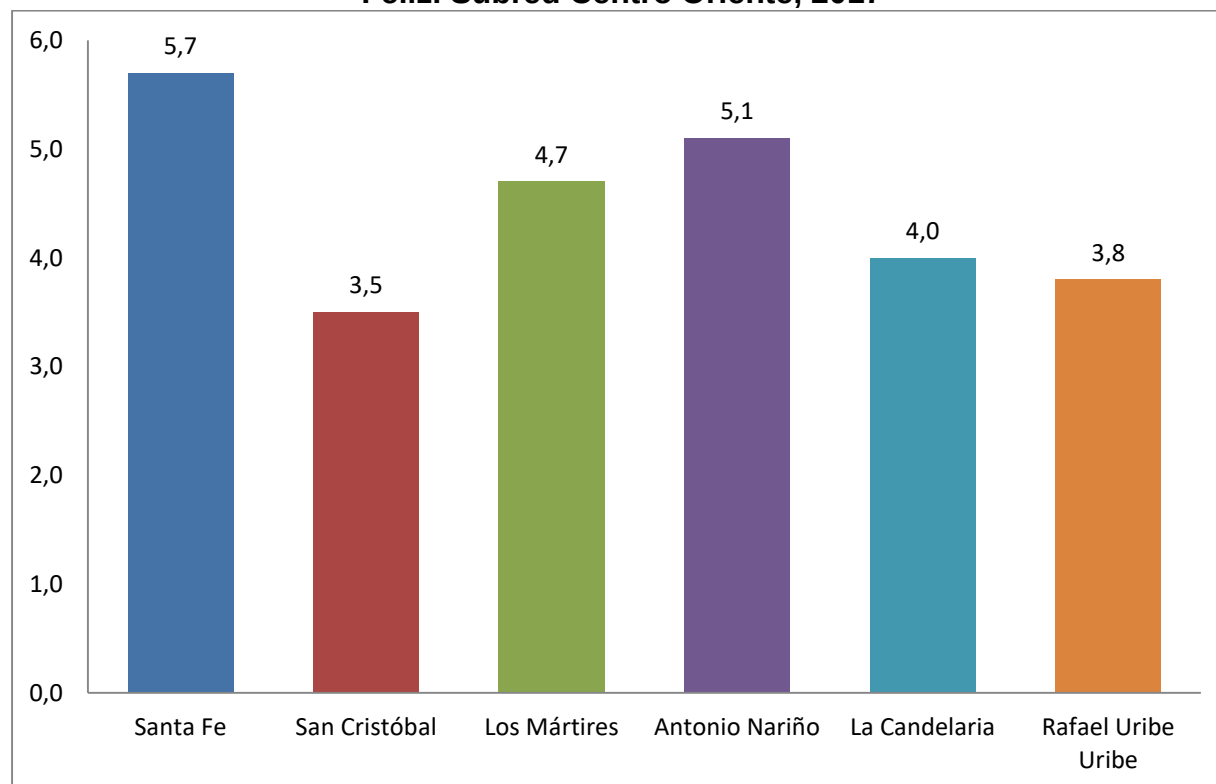
Como se mencionó anteriormente, la estrategia contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de la población residente y transeúnte, desarrollando acciones promocionales en salud en escenarios priorizados.

En cada punto se valora en una jornada un promedio de 48 usuarios a partir de los 18 años de edad, a fin de identificar aquellos con enfermedades crónicas no detectadas o 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.

Como se observa en la Figura 23, la localidad con mayor identificación proporcional de población con riesgo alto para enfermedades crónicas no transmisibles es Santa Fe con un 5,7 % (n= 401 – Población= 7019), seguido de Antonio Nariño con 5,1 % (n: 265 – Población: 5263), situación que refleja la estructura poblacional de cada localidad, en donde San Cristóbal, que mantiene alta proporción de su población en edad joven, encontró en 14.165 valoraciones el 3,5 % de las personas clasificadas en riesgo alto.

Figura 23. Proporción de población valorada con riesgo alto, Estrategia Cúídate, Sé Feliz. Subred Centro Oriente, 2017



Fuente: Elaboración propia Equipo ACCSVyE, Espacio Público, a partir de Matriz de Resultados abril-diciembre de 2017

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.

4.4.2.4 SOJU

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

Según la Tabla 84, se hizo seguimiento al 64,6 % (n=235) de las familias de los jóvenes captados por la estrategia, esto por las condiciones de vulnerabilidad presentes en la misma, no solo para el joven sino también para los demás integrantes. Además, el 3,6 % (n=13) de los jóvenes participantes se incorporaron en grupos para el fortalecimiento de habilidades para la vida con un total de 36 sesiones durante el ciclo del programa. De acuerdo a la evaluación de superación inicial de consumo, se observa que con el 29,9 % (n=109) logró dicho objetivo; evidenciándose un mejoramiento en la calidad de vida del 29,4 % de los jóvenes (n=107).

Tabla 84. Distribución de Jóvenes con Consumo Inicial de SPA - SOJU.
Subred Centro Oriente, 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 abril-diciembre de 2017

4.4.2.5 Acogida

En este componente se hace 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, cuyo reporte de datos está en proceso de sistematización.

4.4.2.6 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 se miden a demanda poblacional en términos de cobertura se estiman en 100 % con estas comunidades identificadas, estos son: LGTBI – Habitante de Calle, Crónicos y Salud Oral.

Para el componente LGTBI – Habitante de Calle, en la localidad se presentó una abordaje a la población frente a los temas concertados con referentes Distritales del 70,4 % (n=51) y 28,2 % (n=20) respectivamente; por su parte en Crónicos fue del 83,7 % (n=92), mientras que en Salud Oral fue de 93,3 % (n=14).

4.5 GOBERNANZA

Este componente es el llamado a gestionar la articulación entre el PSPIC, las otras instancias de la Subred, las instancias locales y la Secretaría distrital de Salud y posicionar las temáticas propias del sector salud en las acciones intersectoriales.

4.5.1 Estructura operación 2017

Para esta vigencia, el equipo tiene tres componentes a saber: el estructurado para el posicionamiento y gestión intersectorial de la salud, el equipo de información, educación y comunicación y el de generación de conocimiento entre las relaciones de condiciones calidad de vida salud y enfermedad.

4.5.2 Resultados

La respuesta brindada desde este proceso transversal y el resultado obtenido, se basa en acciones adelantadas de incidencia y de análisis de condiciones de vida y salud para que los objetivos y la implementación de las políticas públicas sectoriales e intersectoriales, contribuyan a mejorar la calidad de vida y salud de la población bogotana y de igual forma a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

4.6 GESTION DE PROGRAMAS Y ACCIONES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA-GPAISP

Corresponde al conjunto de intervenciones tendientes a mejorar la salud y calidad de vida de la población, mediante el desarrollo de una acción Integradora para la gestión compartida del riesgo, que guarda relación con los planteamientos de dimensiones prioritarias y transversales del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Es un proceso transversal e integral que busca dirigir, planear, regular y organizar la gestión del riesgo desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos, para contribuir a los resultados en salud en las personas, familias y comunidades, en articulación con actores sociales; mediante asistencia técnica y seguimiento a la implementación de las estrategias, planes y programas de acciones de Interés en Salud Pública, al interior de las IPS (Públicas y Privadas) y espacios de vida cotidiana, en el marco de la gestión de la Salud Pública busca verificar en las IPS priorizadas la gestión en sus

componentes de planeación, organización y seguimiento para fortalecer la implementación de los programas y la gestión integral del riesgo y direccionar y hacer seguimiento a las estrategias de articulación de la atención individual y colectiva.

4.6.1 Estructura

La operación se ordena en componentes y líneas para el cumplimiento del propósito, descrito en el Cuadro 6.

Cuadro 6. Estructura gestión de programas de interés en salud pública, Subred Centro Oriente, 2017

Componente	Descripción	Línea
Planeación	Planificar y orientar la gestión operativa.	Seguimiento al plan de acción y Tablero de Control
		Gestión y Administración del Programa Ampliado de inmunizaciones:
		Realizar seguimiento en campo a la apropiación y aplicación de conocimientos en los espacios de vida cotidiana de Vivienda, Educativo y Público
Gestión y de Ejecución Acciones Extramurales	Intervenciones integradas en el marco de la gestión de la salud pública	Jornadas Extramurales de Intensificación
		Jornadas rutinarias de intensificación de vacunación y casos de TB, Lepra y enfermedades transmitidas por vectores
		Bloqueos de casos notificados de enfermedades prevenibles
Gestión en IPS	Fortalecimiento al desarrollo de Gestión de programas en IPS	La Gestión de medicamentos, Insumos y Dispositivos Médicos
		La Gestión del Riesgo individual, Prioridad Alta
		Gestión de la Información

Fuente: Construcción equipo ACCVSE con base en reporte del programa

4.6.2 Resultados

4.6.2.1 Planificación y orientación de la gestión operativa

Acorde con el anexo operativo definido para el componente se continúa la operación, la socialización de planes de mejora y de direccionamiento, asistencia técnica en las IPS Priorizadas y acompañamiento en campo a espacios de vida cotidiana durante el mes de noviembre.

Frente a la Gestión y Administración del Programa Ampliado de inmunizaciones, Desde este componente se hace la planeación de jornadas y estrategias extramurales e intramurales, los seguimientos y concentraciones para el cumplimiento de coberturas en las IPS públicas como privadas en la Subred.

El seguimiento en campo a la apropiación y aplicación de conocimientos en los espacios de vida cotidiana de Vivienda, Educativo y Público: permite realimentar a los líderes y/o apoyos de los espacios, el resultado y las falencias encontradas y se definen las acciones de mejora a desarrollar con los equipos, a través de asistencia técnica por parte de los profesionales de PAISP, con el temas puntuales de Línea 106, Psicoactiva y Activación de Ruta a casa de igualdad de Oportunidades, Identificación de Riesgo para adecuada activación de ruta de prioridades altas, abordaje de la Sexualidad en padres y niños y verificación de la educación acorde con las practicas claves del AIEPI Comunitario y lavado de manos.

4.6.2.2 Gestión y ejecución de acciones extramurales

Se da cumplimiento a Jornadas Extramurales de Intensificación como la Jornada de Hábitos de Vida Saludable por el Control del Cáncer, Jornada de Vacunación, Jornada de Aplicación de Barniz de Flúor, Jornada de Salud Mental y Trabajo, Jornada de Nuestras Manos Nuestro Futuro, Semana del Buen Trato y Jornada en Conmemoración del día del VIH.

Las jornadas comprenden planeación, que incluye reunión con los demás componentes para definir las actividades a desarrollar y concertación del plan operativo (conformación del equipo de trabajo, elaboración de la ficha técnica (radicada en la SDS), logística y elaboración o validación de piezas comunicativas), fase de ejecución de la jornada y la de evaluación y

monitoreo. Para lo cual se logra articulación con los espacios educativo, público, vivienda y trabajo, así como con el equipo de P y D de la Subred.

Las Jornadas rutinarias de intensificación de vacunación y casos de TB, Lepra y enfermedades transmitidas por vectores: Para el desarrollo de las intervenciones y la realización de las actividades definidas se cuenta con el equipo de profesionales y técnicos capacitados e idóneos; para el caso de Vacunación se definen dos equipos extramurales con un enfermero profesional como líder para el desarrollo de las estrategias de intervención, como son casa a casa, seguimiento a cohortes, jornadas y concentraciones, entre otras, cumpliendo con los requisitos de calidad y habilitación para el manejo de los inmunobiológicos, así como para el diligenciamiento de los diferentes formatos de captación de la información e ingreso al sistema de información del PAI del 100 % de los registros.

Se hace asistencia técnica específica a IPS, que manejan pacientes de los programas de TB, Lepra y ETV; se diagnostican pacientes de TB y Hansen y se hace seguimiento a tratamiento de pacientes con Dengue, con Malaria, con Leishmaniasis, Chikunguya, Zika y Chagas, al igual que a los sistemas de información y las IPS Priorizadas por presentar casos de Malaria.

Los Bloqueos de casos notificados de enfermedades prevenibles, se están realizando los bloqueos en las seis localidades para los eventos de meningitis, tosferina, sarampión, parálisis flácida y rubeola congénita; con mayor número de eventos para tosferina, seguido de sarampión.

4.6.2.3 Gestión en IPS

El fortalecimiento al desarrollo de GPAISP en IPS comprende la socialización del plan de mejora y direccionamiento técnico en las 11 IPS, por parte de los 6 profesionales que tienen a cargo las Acciones de Interés en Salud Pública y la referente de Gestión, con énfasis en las IPS Públicas de baja complejidad y las privadas con oferta de programas de P y D y mayor número usuarios atendidos.

Se da continuidad a la realización de asistencias técnicas por parte de los profesionales que lideran las Acciones de Interés en Salud Pública, en las IPS para fortalecer los siguientes

temas: Socialización de la Línea 106, línea Psicoactiva y Línea Púrpura a los profesionales de las IPS, prevención y diagnóstico oportuno de cáncer de piel próstata, cuello uterino y mama y signos de alarma en cáncer infantil; durante el mes de diciembre se realizó la socialización de la estrategia tomate la vida con un segundo aire; para los acciones de SSR se realiza fortalecimiento en derechos sexuales y reproductivos, VIH e ITS. Con respecto a SAN y IAMI se desarrolla la circular 041 de 2017, fórmulas terapéuticas para tratamiento de la desnutrición; desde infancia se reforzaron los temas de lavado de manos, prevención de la mortalidad por ERA y plan de contingencia distrital para el pico respiratorio y fortalecimiento del seguimiento a los casos de sala ERA. Por otra parte se socializa la estrategia RBC y la normatividad relacionada con la Discapacidad.

La gestión de medicamentos, insumos y dispositivos médicos adelanta solicitud, distribución, seguimiento y elaboración de informes de los insumos, inmunobiológicos y medicamentos que han requerido tanto las IPS, como los espacios y pacientes, con la entrega oportuna de los reportes mensuales a la SDS.

La gestión del riesgo individual, prioridad alta provee asistencia técnica a los equipos de los espacios y componentes, para la oportuna identificación del riesgo y el adecuado diligenciamiento del formato así como del aplicativo SIRC. Se participa semanalmente en reuniones de asistencia técnica distrital y se hace seguimiento y gestión ante la EAPB de un total de los casos activación de rutas más canalizaciones de la ruta 7; frente a la gestión de la ruta 7 la gestión exitosa fue del 93 %.

Finalmente, la Gestión de la Información comprende consolidación y reporte de la información de los programas PAI, Transmisibles y ETV; igualmente se desarrollan análisis de los indicadores e información reportada. Se realiza mensualmente el reporte de las actividades que aportan a las metas del proyecto 1186.

4.6.3 Conclusiones

Se reconoce el avance en el desarrollo de las jornadas de intensificación de manera oportuna, con la calidad esperada y con óptimos resultados, generando impacto positivo en la población objeto de las mismas, el fortalecimiento de la articulación con el área de P y D, gestión del

riesgo de la Subred y el reconocimiento del equipo y de las intervenciones que se realizan en las IPS.

No obstante, los constantes cambios en los equipos directivos de las IPS públicas y privadas, los cambios constantes en la línea técnica de las acciones desde la SDS generan reprocesos y dificultades para la operación. Así mismo, el proceso de reorganización de las subredes está generando cierre de servicios y de sedes que estaban priorizadas por parte del equipo de GPAISP para el desarrollo de las acciones de asistencia técnica, los sistemas de información no están unificados para el reporte de los indicadores, lo que no permite un proceso rápido y de calidad del dato y las EAPB no dan respuesta oportuna a los casos de activados, los aceptan o quedan en trámite pero sin respuesta efectiva y no asignan los servicios.

4.7 VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

La Vigilancia de la Salud Pública (VSP) como función esencial de la salud pública, está asociada a la responsabilidad estatal de proteger la salud individual y colectiva. Es un proceso sistemático y constante de monitoreo crítico de los determinantes y condiciones de salud colectiva que se dinamiza a través de acciones específicas de mitigación del riesgo, recolección, organización, análisis, interpretación, actualización y divulgación de datos específicos sobre el estado de salud y sus determinantes, para que sean utilizados en la planificación, ejecución, evaluación y toma de decisiones por parte de diferentes sectores de la administración pública, de la ciudadanía y por grupos de expertos e investigadores que trabajan en pro de la calidad de vida en la ciudad (27).

4.7.1 Estructura

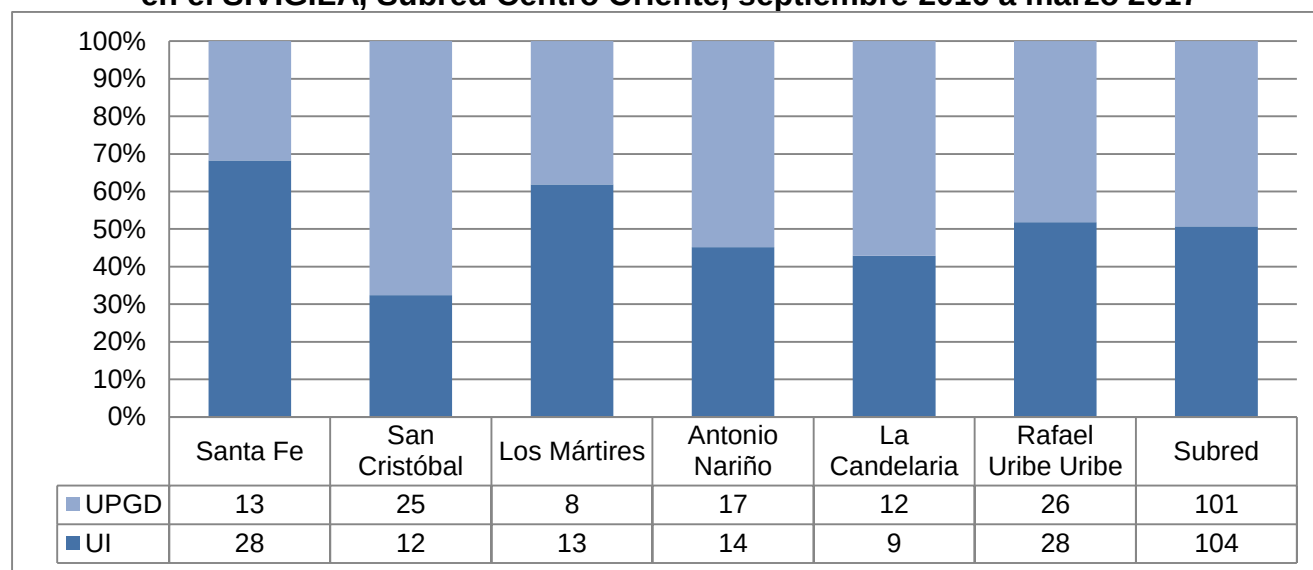
La operación responde a la ocurrencia de eventos en los componentes de transmisibles, salud sexual y reproductiva, zoonosis; entre las no transmisibles se encuentra SIVIM, SISVECOS, SISVAN, Crónicos, SIVISTRA, Discapacidad, SIVELCE, SISVESO, Vigilancia comunitaria, análisis demográfico y Urgencias y emergencias en salud pública.

4.7.2 Resultados

4.7.2.1 Componente transmisibles

SIVIGILA: La Red de Vigilancia en Salud Pública de la Subred Centro Oriente, durante el periodo septiembre 2016 a marzo 2017, contó con 205 instituciones que notificaron eventos de interés en Salud Pública al sistema de información SIVIGILA, de las cuales un 49,3 % (n=101) son Unidades Primarias Generadoras de Datos-UPGD y un 50,7 % (n=104) Unidades informadoras- UI, distribuidas en las localidades Santa Fe, San Cristóbal, Los Mártires, Antonio Nariño, La Candelaria y Rafael Uribe (Figura 24).

Figura 24. Unidades Primarias Generadoras de Datos y Unidades Informadoras activas en el SIVIGILA, Subred Centro Oriente, septiembre 2016 a marzo 2017



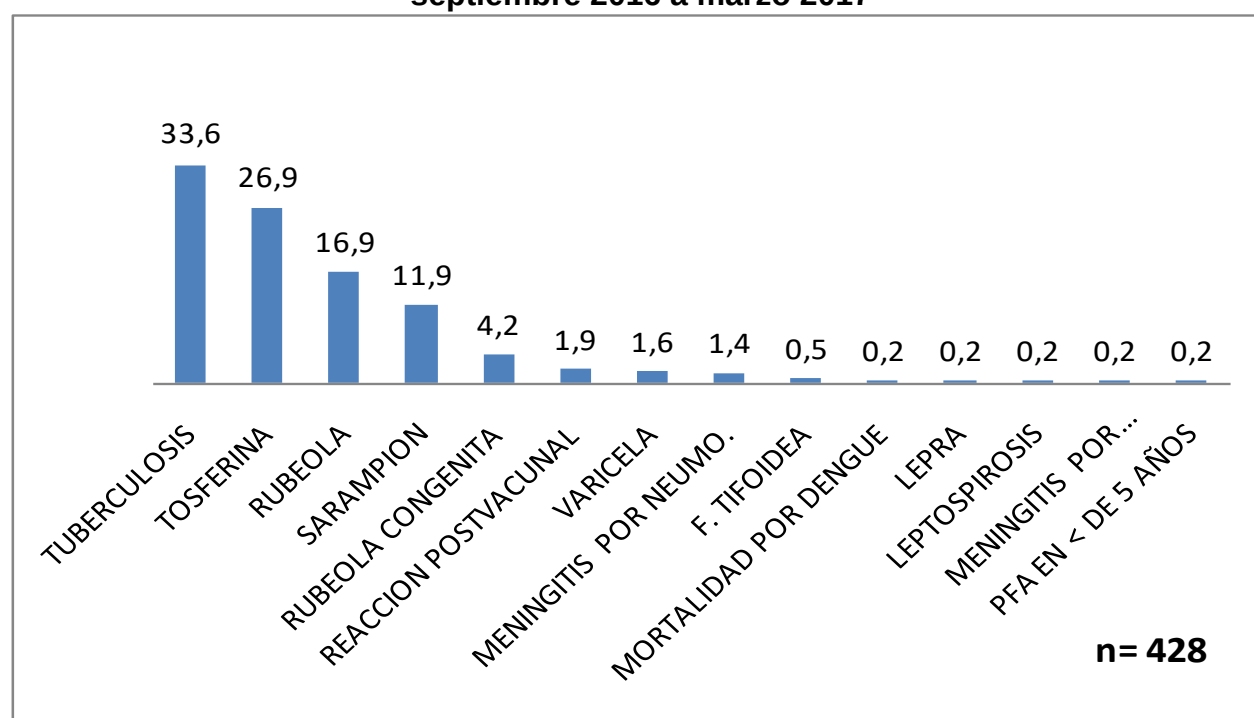
Fuente: Base SIVIGILA, Subred Centro Oriente, agosto 2016 a marzo 2017.

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

actualización de la caracterización al 100 % (n=101) de las UPGD que conforman la red de VSP.

TRANSMISIBLES: Es de resaltar que para el periodo septiembre 2016 a marzo 2017, se fortalecieron las actividades que permitieron identificar el riesgo, control y mitigación de los eventos de interés en salud pública, a través de las investigaciones epidemiológicas de campo, dando respuesta de manera oportuna, tomando como herramienta fundamental los protocolos y documentos técnicos de la vigilancia en salud pública. Las localidades que demandaron mayor intervención fueron San Cristóbal y Rafael Uribe; en tanto los eventos de mayor incidencia fueron tuberculosis, tosferina y rubeola (Figura 25).

Figura 25. Distribución porcentual de las Investigaciones Epidemiológicas de Campo según evento, Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente, septiembre 2016 a marzo 2017



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

Dentro de las acciones de control y búsqueda activa de personas susceptibles, para los eventos prevenibles por vacuna, se realizaron 264 actividades; de la misma forma se garantizó de manera oportuna la entrega de quimioprofilaxis (116) a los contactos de los casos probables de Tosferina y de Meningitis por Meningococo. Con relación a los análisis del evento de

mortalidad por tuberculosis, durante el periodo se realizaron 18 comités distritales, los cuales permitieron establecer planes de mejora teniendo en cuenta los hallazgos encontrados en las demoras analizadas, fortaleciendo la adherencia a guías de manejo y la calidad de la atención a nivel institucional; también se participó en mesas de trabajo (2) con el programa de transmisibles y comité mensual PAI (7) y se desarrollaron estrategias que permitieron consolidar la información y realizar procesos de reinducción.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: Para la Vigilancia en Salud Pública de los eventos en salud sexual y reproductiva (SSR) y salud materna e infantil (SMI) en el periodo correspondiente a septiembre 2016 - marzo 2017 se realizó la recopilación, análisis, desarrollo y fortalecimiento de los eventos de Salud Sexual y Reproductiva en la Subred Centro Oriente logrando hacer parte de las metas establecidas en los objetivos del milenio.

Para la Subred Centro Oriente, se estima una razón de MM de 43,5 por 100.000 N.V, cabe resaltar que los seis casos residentes en las localidades de la Subred correspondientes a muertes maternas tempranas ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación, aunque se encuentran localidades que no presentaron casos no se da cumplimiento a la meta distrital. Para este periodo se realizaron 47 Investigaciones epidemiológicas de campo por mortalidad perinatal de las cuales 26 fueron inefectivas por dirección errada o que no aceptan visita y 21 efectivas; la tasa estimada es de 12,4 X 1.000 N.V, ubicándose por debajo de la meta Distrital, para este periodo se realizaron 21 análisis distrital de mortalidad perinatal de residentes en la localidad de los cuales 17 casos fueron clasificados como muerte perinatal evitable intervenible y los casos restantes clasificados como muerte perinatal inevitable.

De acuerdo al número de casos residentes de sífilis gestacional por la Subred Centro Oriente se realizaron 60 investigaciones epidemiológicas de campo de las cuales: 42 fueron efectivas y 18 inefectivas, encontrándose fallas estructurales en el diagnóstico, tratamiento oportuno de los casos sin desconocer la importancia del seguimiento de los casos. Se intervinieron 16 casos de sífilis congénita de las cuales 12 fueron efectivas y 4 inefectivas, evidenciándose un incremento para los dos eventos en los meses de febrero y marzo; periodo para el cual se

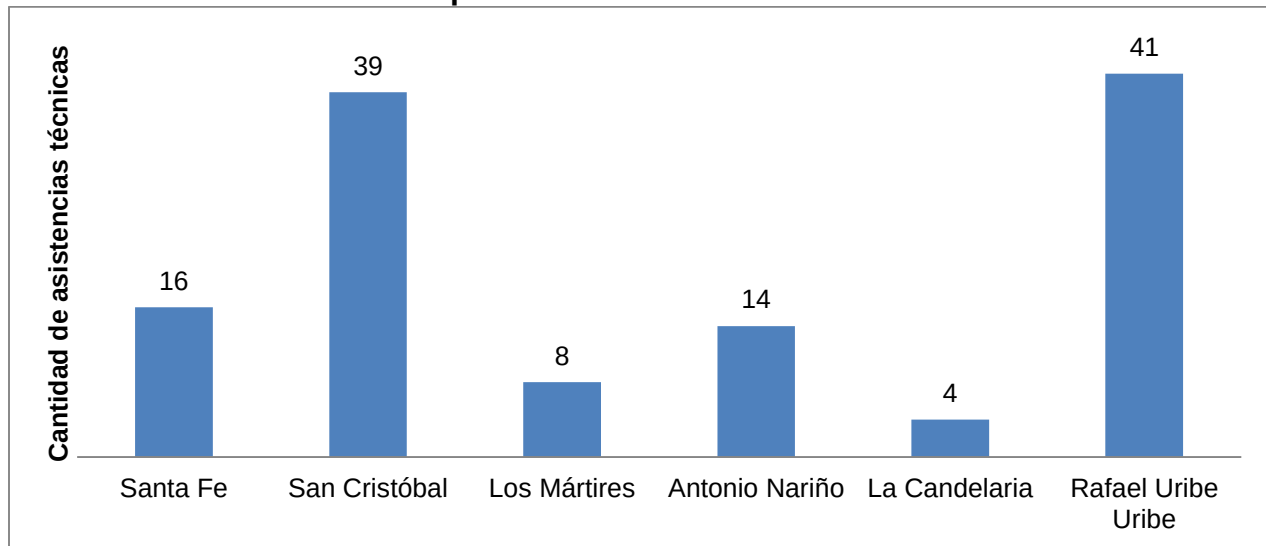
realizaron 5 análisis distritales de Sífilis congénita, 3 unidades de análisis distritales de Mortalidad por SIDA, una de transmisión vertical por VIH y 6 de Morbilidad Materna Extrema.

Se realizó fortalecimiento a las UPGD a través de Acompañamientos técnicos (30), Capacitaciones (28) e inducciones (7), se dio continuidad a las estrategias que se vienen desarrollando para controlar el indicador, depuración de base de datos por ocurrencia y residencia articulación con el proceso de EEVV, SIVIGILA, SSR Y SMI, asesorías a los espacios, familias gestantes sobre: maternidad segura, acceso a los servicios de salud y calidad en la prestación de los mismos; finalmente, se direccionan casos para seguimiento por espacios.

ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA: Para la vigencia correspondiente a agosto 2016 - marzo 2017, se logró la consolidación de la Subred Centro Oriente, se realizó informe trimestral acumulado de Infección respiratoria aguda por cada una de las 6 localidades que conforman la Subred para el tercer y cuarto trimestre de 2016 en donde se analizó el comportamiento de la notificación de IRAG inusitado, Vigilancia Centinela ESI-IRAG, morbilidad y mortalidad por IRA y mortalidad por Neumonía. Se hizo la convocatoria y ejecución de las unidades de análisis de mortalidad por IRA por ocurrencia (23 análisis). Para el periodo analizado se realizaron un total de 18 Intervenciones Epidemiológicas de campo de eventos de IRAG inusitado y mortalidad por IRA. Las Localidades de Rafael Uribe y Antonio Nariño aportan el mayor número de casos intervenidos con el 44,4 % (n=8) y 33,3 % (n=6) respectivamente, las localidades de Santafé, Los Mártires, La Candelaria y Antonio Nariño aportan cada uno el 5,5 % (n=1) de los casos.

La Subred Centro Oriente cuenta con 17 salas ERA de IPS públicas y privadas, a las cuales se hizo asistencia técnica de manera mensual durante la vigencia para verificar funcionalidad, cumplimiento en la notificación y socializar de circulares y demás información relacionada para el fortalecimiento de la estrategia en la Subred; el 32 % de las asistencias se ubican en la localidad de San Cristóbal (Figura 26).

Figura 26. Distribución asistencias técnicas sala ERA Subred Centro Oriente, septiembre 2016 - marzo 2017



Fuente: Base Datos Salas ERA Subred Centro Oriente Septiembre 2016 - Marzo 2017.

ZOONOSIS: Durante el período de tiempo comprendido entre Septiembre de 2016 y Marzo de 2017 se realizaron actividades relacionadas con el evento de Vigilancia integrada de la rabia humana (código 307) en la subred Centro Oriente. Se recibieron 2215 notificaciones de agresiones, de las cuales el 83.79 % (n= 1856) fueron ocasionadas por caninos, el 14.40 % (n= 319) por felinos, el 1.31 % (n= 29) por roedores pequeños, el 0.36 % (n= 8) por humanos, y el 0.05 % (n=1) para el caso de ovino – caprino, bovino y equino respectivamente. Se realizó la correspondiente confirmación telefónica de la ubicación del agresor para el caso de caninos y felinos, con el fin de solicitar la IEC al área de vigilancia sanitaria y realimentar a la UPGD de forma oportuna sobre el estado final del animal.

Se realizaron 15 capacitaciones al equipo médico y personal a cargo de la notificación del evento 307, y 18 asistencias técnicas teniendo en cuenta las falencias evidenciadas en la notificación al SIVIGILA, diligenciamiento de la ficha, clasificación del tipo de exposición y tratamientos antirrábicos ordenados. Se participó en el COVECOM del mes de Diciembre en un hogar de personas de la tercera edad, socializando recomendaciones para evitar agresiones por animales y acciones a tener en cuenta cuando estas ocurren. Se elaboraron los informes BAI correspondientes a III y IV trimestre del año 2016, los tableros de control mensuales en donde se evidenciaban los seguimientos de animales agresores observables

remitidos según localidad de ubicación y el movimiento de la vacuna antirrábica en cada UPGD. Los soportes para la entrega de la vacuna antirrábica (fichas de notificación) en SDS fueron remitidos mensualmente vía correo electrónico por antigua ESE, teniendo en cuenta que los centros de acopio siguen siendo los mismos.

4.7.2.2 Componente no transmisibles

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

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

Se realiza radicado de informe para el día 15 de noviembre de 2016, el cual contiene información correspondiente a los meses de enero a septiembre de 2016. El día 28 de febrero de 2017, se realiza radicado de informe anual 2016. Se tiene en cuenta la depuración mensual de la base de datos del SIVIM así como el seguimiento a demanda de los casos de intoxicación en menores de 5 años asociada a negligencia, reportes de línea 106 o CRUE. Se realiza visitas de asistencia técnica SIVIM según revisión de notificación de las instituciones y solicitudes específicas, este proceso se realiza por referente SIVIM en cada una de las Localidades de la Sub red. Se realiza asistencia y participación en los Comités de atención a víctimas de manera mensual en cada una de las Localidades de la Sub red. Estos comités son dirigidos desde la Secretaría de Integración Social de cada Localidad del Distrito.

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

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

SISVAN: El Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional de la Subred Centro Oriente, contó con 66 instituciones que notificaron eventos de interés; los cuales hacen referencia al bajo peso al nacer, desnutrición aguda moderada o severa y la mortalidad por o asociada a desnutrición. Dentro de estas 66 están incluidas aquellas instituciones que notifican información útil para el seguimiento a indicadores nutricionales e intervenciones en menores, gestantes y persona mayor.

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

Como parte de las acciones que permiten el mejoramiento en la notificación de eventos y grupos objeto de la vigilancia, se realizó un censo de equipos antropométricos junto con taller de estandarización en toma de medidas antropométricas dirigido a profesionales que realizan

valoración a la población de interés de manera que permita aumentar la validez y confiabilidad de la información.

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

Se llevó a cabo proceso de búsqueda activa institucional. Se realizó seguimiento mensual a los casos residentes con diagnóstico de cáncer con el objetivo de identificar posibles barreras de acceso en tratamiento y estos casos se canalizan a cada EAPB y al referente de programas de la Subred. Se hicieron en 18 asistencias técnicas a las diferentes UPGD de las 6 localidades. De forma mensual se efectuó articulación con SIVIGILA y Estadísticas Vitales, garantizando el proceso de concordancia de la información.

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

Las localidades con mayor abordaje fueron Santa Fe y San Cristóbal y la de menor cobertura fue La Candelaria; el ciclo vital que tuvo mayor frecuencia en las investigaciones de salud con un 47,7 % (174) fue de 27 a 49 años, el régimen fue el subsidiado con 46,6 % (170); las ocupaciones más representativas fueron peluqueros con el 29,4 % (51), mecánicos con 28,9 % (50) y bicitaxistas con 16,1% (28). Las patologías más frecuentes fueron las dorso

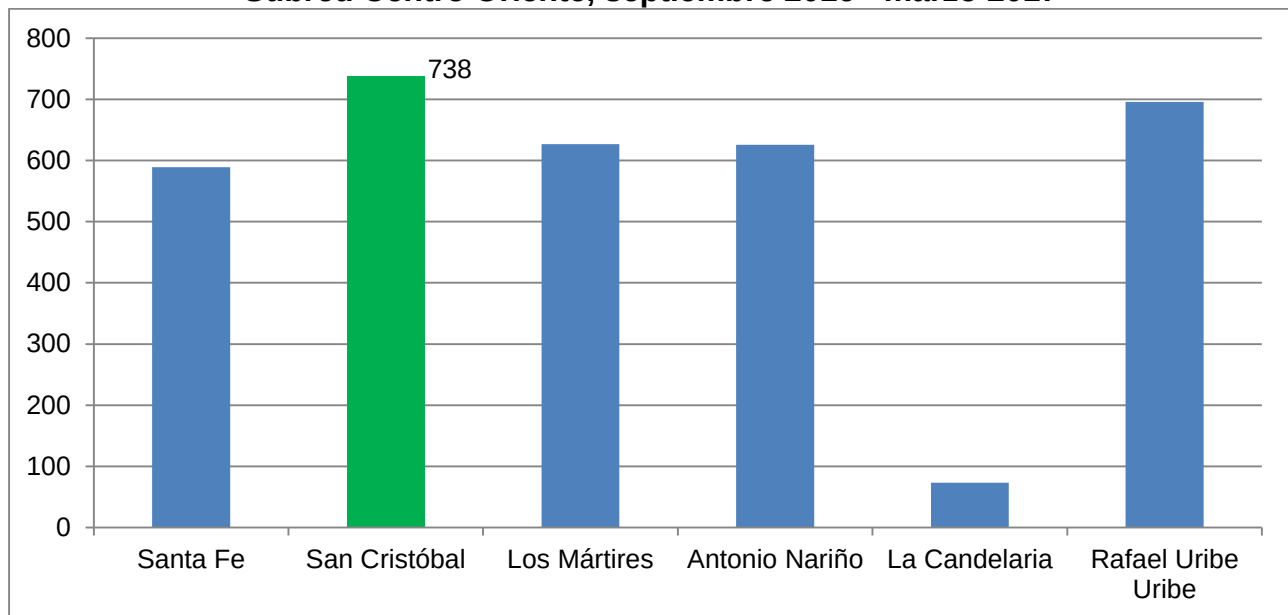
lumbalgias, los trastornos de tejidos blandos y el síndrome del túnel del carpo y en accidentes las heridas, contusiones y aplastamientos.

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

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

DISCAPACIDAD: Se realizaron en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE un total de 3.349 registros para la localización y caracterización de personas con Discapacidad, distribuidos por localidad de la siguiente manera: Santa Fe 589 registros, San Cristóbal 738 registros, Los Mártires 627 registros, Antonio Nariño 626 registros, La Candelaria 73 registros y Rafael Uribe Uribe 696 registros. Estos registros de discapacidad fueron realizados a partir de las cinco estrategias para la captación de personas con discapacidad en la Subred, resaltando que el mayor aporte se generó por la estrategia de visitas institucionales (Figura 27).

Figura 27. Distribución de la población con discapacidad, según localidad de registro, Subred Centro Oriente, septiembre 2016 - marzo 2017



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

Durante dicho período se realizaron diferentes reuniones entre VSP discapacidad, gobernanza, discapacidad, espacios de vida cotidiana y otros sub sistemas de VSP, con el fin de articular las acciones encaminadas a la identificación y canalización de población con Discapacidad que contribuyeron a la realización de los Registros para la localización y caracterización de personas con Discapacidad. En cuanto a la participación en espacios de gestión y análisis, en 89 reuniones se socializó el proceso de vigilancia en salud Pública de la discapacidad.

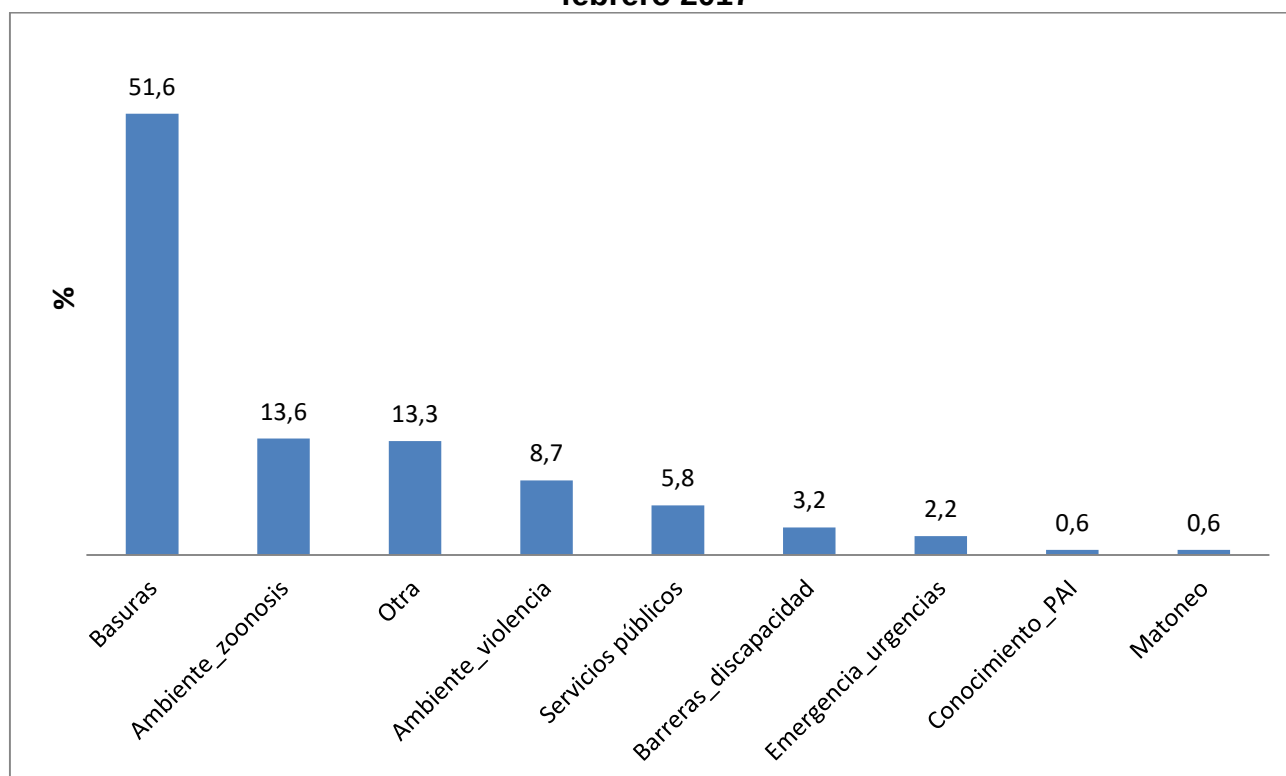
SIVELCE: Para este subsistema se establece línea de base teniendo en cuenta las UPGD y UI y su volumen de notificación, se realizan mensualmente los tableros de control, que dan cuenta del comportamiento de la notificación según UPGD en términos de oportunidad y calidad del dato, con su respectivo envío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

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

Se realizan 2 informes trimestrales, 7 informes mensuales, 3 informes bimensuales y 7 boletines epidemiológicos para la vigilancia intensificada de pólvora. Se elabora y radica 1 plan de contingencia para la temporada vigilancia intensificada de pólvora. Se realizan durante la vigencia 32 acciones de prevención y socialización de lesiones de causa externa y articulaciones con los demás subsistemas y áreas de salud pública. Se da cumplimiento al 100 % de los productos planteados para la vigencia.

VIGILANCIA COMUNITARIA: La Vigilancia Comunitaria en Salud Pública fortalece estrategias, acciones e intervenciones colectivas orientadas a la sensibilización de las comunidades mediante un enfoque participativo y de derechos. La fuente primaria de información para la Vigilancia Comunitaria son las **notificaciones** que realizan las unidades informadoras -UI-. Desde septiembre de 2016 se ha avanzado en la identificación y caracterización de UI correspondientes a juntas de acción comunal, líderes comunitarios y organizaciones sociales de base. Los reportes colectivos generan procesos de sensibilización, movilización y empoderamiento con la comunidad buscando la transformación social de la realidad presentada; finalmente se realizan seguimientos de lo captado a partir de los encuentros con la comunidad. Se describe en la Figura 28 el comportamiento de la notificación según Situaciones Socioculturales y Problemáticas Colectivas entre septiembre 2016 y febrero 2017 en donde la problemática predominante la constituyen las basuras.

Figura 28. Proporción de Situaciones Socioculturales y Problemáticas Colectivas Notificadas a VCSP Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, julio 2016 - febrero 2017



Fuente: Base de datos preliminar de situaciones socioculturales y problemáticas colectivas VCSP Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente julio 2016 a febrero 2017.

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

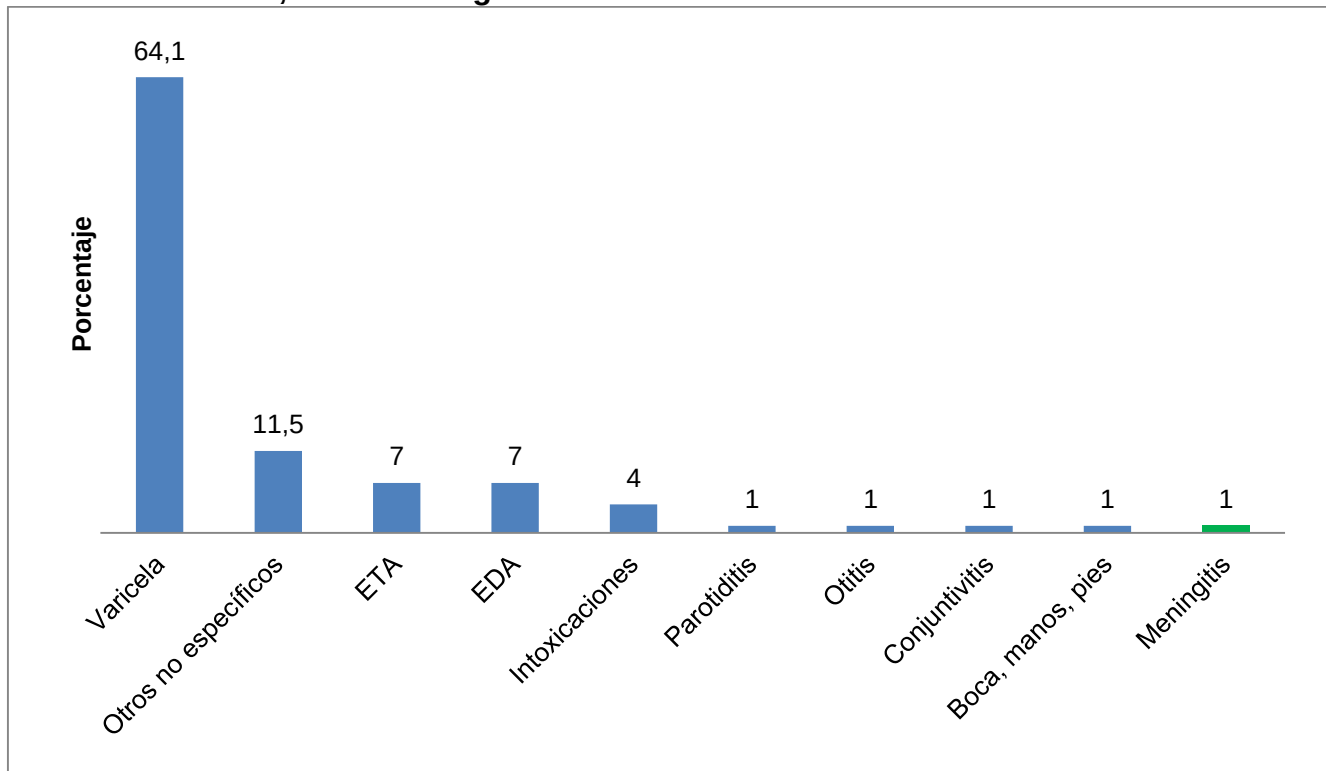
SISVESO: Para el sistema de Vigilancia en salud oral en la vigencia de acuerdo a lo estructurado en la guía operativa se realizó el cumplimiento al 100 % de los siguientes productos: asesorías y asistencias técnicas las cuales está encaminada a mejorar la calidad, oportunidad y efectividad de la información en el proceso de notificación, se realizaron 15

asesorías. En cuanto a las visitas a población en alerta en salud oral priorizada de acuerdo al riesgo logrando suplir necesidades inmediatas donde se identificaron barreras de acceso a los servicios y gestión del riesgo a los diferentes entes de apoyo según lo requiera se realizaron 24, para el producto de identificación de casos control encaminado a verificar que los pacientes asistan a control en un lapso de 6 meses para la culminación del tratamiento se evidenciaron 222 casos de (PC); distribuidas en las localidades Rafael Uribe: 68 (PC) Antonio Nariño 5 (PC) San Cristóbal: 50 (PC); Los Mártires 28 (PC) , Santa Fe 56 (PC) La Candelaria 15 (PC).

En cuanto al proceso de notificación de la vigilancia centinela (VC) se logró un total 2221 registros realizados, distribuidas en las localidades Rafael Uribe Uribe 702 VC, Antonio Nariño 286 VC, San Cristóbal 543 VC); Los Mártires 246 VC, Santa Fe 358 VC y La Candelaria 86 VC. Se identificaron 72 casos de población con respuesta evidenciando que estos usuarios finalizan su tratamiento como paciente sano, se logró notificación semanal del evento 228, base de cohortes sanas, tableros de control semanal y mensual realizando depuración y envío de 24 bases de datos correspondientes a los registros de la vigilancia centinela de la salud oral. Alistamiento y convocatoria para dos unidades de análisis; participación en otros espacios como reunión de espacio y vivienda, escolar, reuniones de servicio de odontología de la Red, reuniones de equipo SISVESO sub-red y una participación en el COVE local para la vigencia.

URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD PÚBLICA: Durante el periodo septiembre 2016 a marzo 2017, se dio respuesta oportuna a través de las Unidades Comando en Salud Pública, a los diferentes eventos de interés en salud pública, siendo el de mayor demanda los brotes de varicela, abordando los brotes familiares e institucionales, pero teniendo en cuenta la magnitud, tipo de evento y número de personas afectadas el evento más relevante para este período fue el brote de meningitis por *Neisseria meningitidis* (Figura 29).

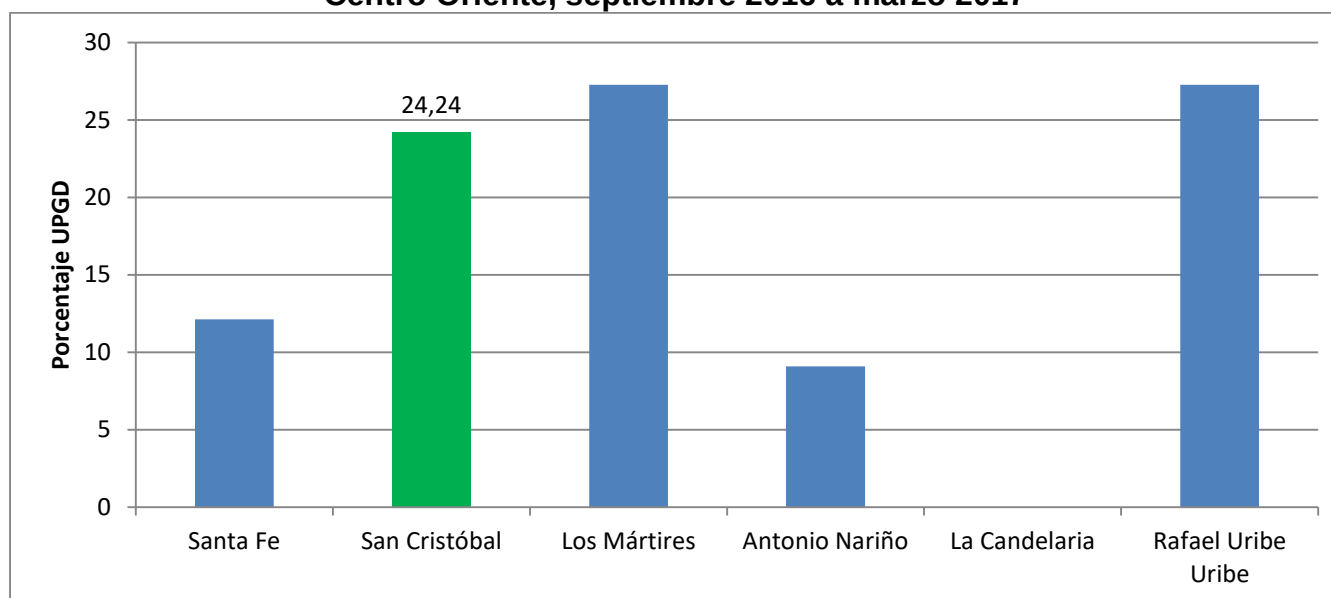
Figura 29. Distribución porcentual de los Brotes intervenidos, septiembre 2016 – marzo 2017, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente



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

Teniendo en cuenta la implementación de las respuestas en urgencias y emergencias en salud pública, y acogiendo el proceso de articulación a nivel institucional e intersectorial, se dio respuesta de forma eficaz y efectiva a las actividades que contemplan las acciones de gestión del subsistema; las actividades contempladas en este sentido son Informes de gestión, asistencia espacios, establecimientos asesorados, disponibilidad administrativa y espacios fortalecidos.

ANÁLISIS DEMOGRÁFICO, EEVV: La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente cuenta con seis localidades, de estas solo cinco generan hechos vitales (nacimientos y defunciones), por parte de 33 instituciones, dado que La Candelaria no cuenta con UPGD que notifiquen dichos eventos; las localidades con más UPGD notificadoras ante el RUAF-ND son Los Mártires y Rafael Uribe Uribe con el 27,27 % (n=9) cada una, seguido de la localidad de San Cristóbal con el 24,24 % (n=8) (Figura 30).

Figura 30. Proporción de Instituciones notificadoras de hechos vitales de la Subred Centro Oriente, septiembre 2016 a marzo 2017

Fuente: Análisis Demográfico y Estadísticas Vitales Subred Centro Oriente, Septiembre 2016 a Marzo 2017

Para el período de septiembre de 2016 a marzo de 2017 se realizaron un total de 229 asistencias técnicas de cobertura en la Subred Centro Oriente, la mayor cantidad en la localidad Rafael Uribe Uribe con 65 asistencias, seguido por Los Mártires y San Cristóbal con 60 y 56, respectivamente. En el período evaluado las localidades que reportan mayor cantidad de nacimientos son San Cristóbal y Los Mártires (ver Tabla 85); estas mismas localidades reportan más defunciones con 2.827 y 2.327, respectivamente; hechos explicables en el tipo de instituciones allí ubicadas.

Tabla 85. Cantidad de hechos vitales en la Subred Centro Oriente, cobertura septiembre 2016 a marzo 2017

Localidad	Agosto 2016		Septiembre 2016		Octubre 2016		Noviembre 2016		Diciembre 2016		Enero 2017		Febrero 2017		Total	
	NV	DF	NV	DF	NV	DF	NV	DF	NV	DF	NV	DF	NV	DF	NV	DF
Santa Fe	0	11	3	13	0	15	0	17	0	12	0	5	0	3	3	76
San Cristóbal	1042	455	1067	414	1017	395	983	375	943	442	918	409	863	337	6.833	2.827
Los Mártires	639	348	643	312	588	323	648	318	622	373	676	325	583	328	4.399	2.327
Antonio Nariño	0	72	0	78	0	76	0	77	0	90	0	88	0	79	0	560

Localidad	Agosto 2016		Septiembre 2016		Octubre 2016		Noviembre 2016		Diciembre 2016		Enero 2017		Febrero 2017		Total	
	NV	DF	NV	DF	NV	DF	NV	DF	NV	DF	NV	DF	NV	DF	NV	DF
Rafael Uribe	368	188	389	145	358	169	372	117	385	175	381	156	288	127	2.541	1.077
Total	2.049	1.074	2.102	962	1.963	978	2.003	904	1.950	1.092	1.975	983	1.734	874	13.776	6.867

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

4.8 VALORACION DE LA RESPUESTA

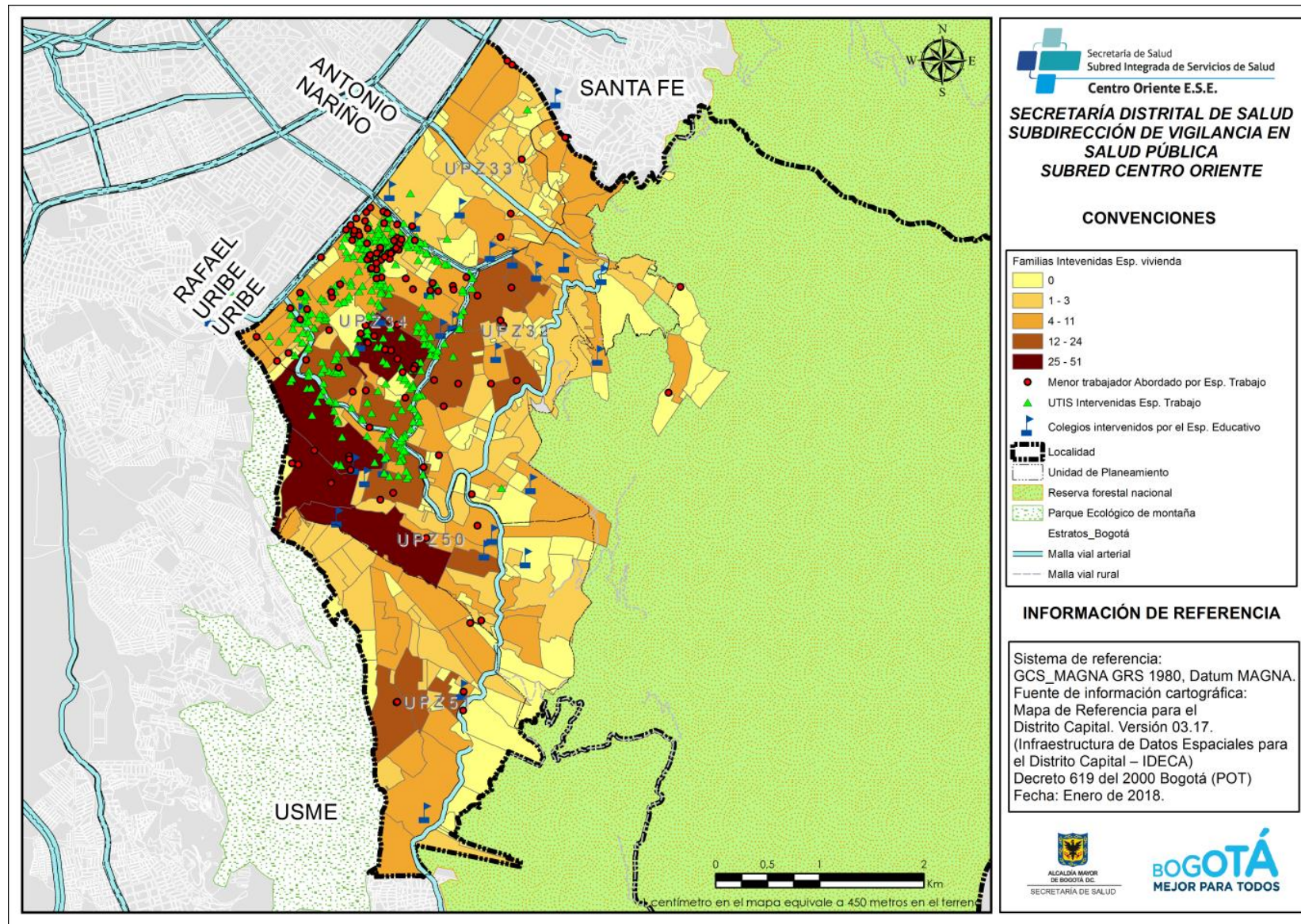
La cuantificación de acciones resulta relevante como herramienta de monitoreo frente al propósito planteado para cada intervención transversal y frente a las metas del plan distrital de desarrollo. Actualmente, es un proceso en construcción que se debe ir afinando acorde a las herramientas disponibles.

La generación e implementación de acciones en salud pública se da en el contexto del modelo de salud y con el enfoque de salud urbana; los ejercicios de priorización que se adelantan en cada espacio o intervención son dinámicos y susceptibles de alimentarse de los hallazgos de operación desde cada espacio transversal para la localidad.

Así mismo, la disposición espacial de la respuesta registrada por los espacios en el Mapa 9 permite observar la concentración de las acciones en la parte central de la localidad, UPZ 50 La Gloria y la zona colindante entre las UPZ 34 20 de Julio y 32 San Blas lo cual se corresponde con la mayor densidad poblacional antes descrita y la confluencia de los determinantes también ya enunciados; no obstante, se debe recordar la necesidad de abordar con más intensidad las situaciones de similares características en la UPZ 50 Los Libertadores. Las acciones reportadas por el espacio trabajo están más concentradas hacia la UPZ 20 de Julio en coherencia con la vocación productiva de este territorio; la respuesta desde el espacio educativo por su parte mantiene la distribución de la oferta institucional que es hacia el centro y norte de la localidad. Así, las coberturas reportadas por los diferentes espacios son de pertinencia reconocida y alcance limitado frente a los eventos reportados y el grado de afectación en la población.

Uno de los ejes de la operación y articulación del modelo de salud es lo relacionado con identificación, difusión y apropiación de las distintas rutas integrales de atención, en todos los procesos y con los diferentes grupos poblacionales; en coherencia con lo identificado en los ejercicios de construcción de la agenda local.

Mapa 9. Respuesta en salud pública, espacios de vida, localidad de San Cristóbal, 2017



Fuente: Construcción propia con base en reporte GESI de acciones por espacios, Subred Centro Oriente abril-diciembre de 2017

6. CAPÍTULO 6. ANÁLISIS Y SÍNTESIS

5 CAPÍTULO 6. ANÁLISIS Y SÍNTESIS

5.1 DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA

En este capítulo se busca integrar la información registrada a lo largo de todo el documento con los ejercicios de articulación local de manera que dé cuenta de las prioridades identificadas y el análisis de la respuesta implementada en las localidades de influencia de la Subred Centro Oriente, toda vez que permita “definir propuestas de acción tanto sectoriales como transectoriales, teniendo en cuenta los nuevos enfoques desde la Salud Urbana, los momentos de curso de vida, las políticas nacionales, las metas definidas en el Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos”, la metas del Plan Territorial de Salud y los objetivos planteados por el PDSP y su abordaje a través de sus dimensiones prioritarias y transversales”(28).

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 (28).

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

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

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

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

Adicionalmente, constituye un importante insumo de análisis de situación de la población en el territorio en el contexto local, la estrategia de abordaje territorial – EAT –, ejercicio liderado por la Secretaría de Integración Social con la participación de los diferentes sectores y actores, que comprende reconocimiento territorial, identificación y concertación de unidades espaciales de intervención, además de priorización de necesidades y conflictividades sociales que también fomentan la participación ciudadana mediante el trabajo articulado de las instituciones y la comunidad. Su objetivo es fortalecer la gestión local, la convivencia, la paz y la reconciliación en el marco de la garantía de derechos y el mejoramiento de la calidad de vida de la población (29).

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 los desenlaces en salud identificados en la localidad y los nodos temáticos identificados en torno a los mismos, 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 y realimentación de la agenda sectorial local.

5.2 IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES TENSIONANTES EN LA LOCALIDAD

De acuerdo con la política integral de atención en salud, la definición de prioridades en el territorio debe incorporar los efectos de salud para valorar su vinculación con las necesidades poblacionales. A continuación en la Tabla 86 se retoman los eventos más relevantes identificados en el territorio y su enlace con los nodos temáticos definidos desde el análisis de condiciones de calidad de vida y salud para la localidad de San Cristóbal, con la asociación a las diferentes dimensiones del PDSP.

Tabla 86. Semaforización de efectos en salud, localidad de San Cristóbal

Momento de curso de vida	Número de la tensión	Evento	Magnitud del evento	Valoración final
1-Niñez-adolescencia	1	Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	0 casos	8,0
		DNT Global de los menores de 5 años valorados,	7,8 % frente a una línea base distrital de 4,8	
		DNT Crónica de los menores de 5 años valorados,	28,8 % frente a una línea base distrital de 17	
1-Niñez-adolescencia	2	Año 2016 Mortalidad infantil	9,2 por 1000 NV, frente a un dato distrital de 9,0	8,0
		Mortalidad en menores de 5 años	11,2 por 1000 NV, frente a un dato distrital de 10,8	
		Mortalidad por EDA	2,9 * 100.000 menores de 5 años, frente a una meta distrital de 0,5	

Momento de curso de vida	Número de la tensión	Evento	Magnitud del evento	Valoración final
		Mortalidad por Neumonía	8,8 * 100.000 menores de 5 años, frente al dato distrital de 8,9	
		Mortalidad por IRA	5,9, frente a 4,0 distrital	
1-Niñez-adolescencia	3	Nacimientos madres 10 a 14 años	6 en 2016 (0,4 %)	9,5
		Mortalidad por Malformaciones	43,9, * 100.000 menores de 5 años frente a 43,8 distrital	
		Reporte SIVIM	Infancia 763 casos en 2014 - 918 en 2016 Adolescencia 524 casos en 2014 - 352 en 2016	
2-Juventud	4	Consumo de SPA	VESPA reporta 511 adolescentes y 280 jóvenes, el 79 % del reporte local al 2016	10,0
2-Juventud	5	Tasa de fecundidad	64,8 NV * 1000 hab de 15 a 19 años	6,5
		Nacimientos madres 15 a 19 años	1080 en 2016 (18,7%)	
		Bajo peso al nacer -BPN	16,9 % de nacimientos a esta edad (13,3 local)	
		Parto pretérmino	En el 14 % de nacimientos a esta edad (11,2 local)	
2-Juventud	6	Reporte SIVIM	299 casos en jóvenes en 2014 - 320 en 2016	8,0
		Muertes en personas de 20 a 29 años	60% de las muertes obedecen a causas externas.	
3-Adultez	7	Enfermedades crónicas en adultos	26,7 % de las personas con condición crónica son adultos	10,0
3-Adultez	8	Tasa de mortalidad por tuberculosis	2,5 por cien mil habitantes en la localidad frente a una meta distrital inferior a 1	9,0

Momento de curso de vida	Número de la tensión	Evento	Magnitud del evento	Valoración final
		Mortalidad por VIH/SIDA	18 casos en 2017; 72 % de las mortalidades ocurren en adultos; edad promedio 42,5 años	
4-Vejez	9	Muertes por condiciones crónicas	41,7 % de las muertes en personas mayores se deben a enfermedades del sistema circulatorio (n=487)	8,5
4-Vejez	10	Conductas suicidas reportadas en personas mayores	17 (2,6 %)	7,0

Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSE con base en Matriz de agenda local San Cristóbal, 2017

5.2.1 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 a lo largo del tiempo propicia la presencia de diferentes tipos de violencias contra niños niñas, jóvenes y adultos mayores de la localidad, las cuales se reflejan además en desnutrición, consumo de sustancias psicoactivas y situaciones de abandono las cuales se manifestarían como consecuencia de violencia emocional y negligencia en las UPZ de la localidad.

Las Redes de apoyo frágiles o inexistentes comprenden fallas de comunicación de niños y jóvenes con padres y cuidadores, la conformación débil de proyecto de vida que se da en medio de la presión de pares y ante la falta de programas y de cobertura de promoción y prevención en salud mental junto con la baja continuidad de los programas de utilización del tiempo libre, en un contexto de normalización del consumo de psicoactivas lícitas, que configuran problemáticas psicosociales del entorno social y familiar que da lugar al Incremento de Consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes en todas las UPZ de la localidad.

En este nodo se ven involucradas las dimensiones PASE económica, social y poblacional y las dimensiones de Convivencia social y salud mental y Seguridad alimentaria y nutricional del PDSP.

La debilidad en redes de apoyo más la dinámica ocupacional genera situaciones de abandono en las cuales se desencadenan los eventos como déficit nutricional de los niños y niñas menores de 5 años, consumo de SPA en jóvenes y afectaciones en la salud mental de las personas mayores, quienes requieren además sensibilización en los grupos familiares para el reconocimiento de su rol en la familia. En San Cristóbal, la situación de pobreza y miseria por Necesidades Básicas Insatisfechas -NBI- presenta uno de los porcentajes 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; carencias estas que constituyen una fuente de preocupaciones, tensiones y conflictos con incidencia en las relaciones intrafamiliares, en relación al tercil de localidades menos aventajadas con mayor proporción de población con necesidades básicas insatisfechas – NBI – y miseria que a su vez generan bajo nivel educativo, etc.

También en las localidades menos aventajadas de la Subred Centro Oriente los problemas de desnutrición -DNT- son evidentes a lo largo del territorio; estos problemas en las gestantes y menores de cinco años se vinculan a factores de contexto como los ingresos en las familias (desempleo, trabajo informal, etc.), problemas higiénicos y ambientales (alimentos mal preparados, etc.), enfermedades frecuentes (diarreas, fiebres, neumonías, etc.), alimentación inadecuada o y problemas sociales (alcoholismo, hacinamiento, familias numerosas, etc.).

En cuanto a la calidad de vida y de tiempo que le dedican los padres a los hijos se encuentra que la crianza se ve afectada por las largas distancias y tiempos de desplazamiento entre el hogar y las zonas de trabajo puesto que al contrario de las localidades aventajadas e intermedias, la población de Santa fe, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe no tienen amplias ofertas económicas y en su lugar terminan aceptando trabajos al extremo del lugar de residencia lo que implica largos desplazamientos que impactan de manera indirecta la calidad de vida de la familia, sobre todo en el ámbito de la salud de los niños y niñas. Los largos trayectos para el acceso a los servicios de salud y laboral, que no permiten tiempo con calidad,

o que conllevan a negligencia porque se prioriza el trabajo que es el ingreso de la familia, dejando de lado la prioridad de la atención de los niños (30).

La normalización cultural de acciones violentas se puede asociar con la ausencia de herramientas pedagógicas en los padres y cuidadores quienes reproducen las prácticas de crianza y refuerzan patrones culturales; también es importante observar las concepciones de equidad de género y la dependencia económica que se concentra de manera importante en la Localidad de San Cristóbal al ser uno de los territorios donde las condiciones socioeconómicas y bajo nivel de ingresos dificulta las condiciones cotidianas de las familias para generar cambios comportamentales.

Como factor reforzador se tiene la percepción de presencia estatal precaria o sectorizada sin ofertas atractivas de educación media y superior dentro de la localidad y escaso control de espacio públicos donde se presenta el tráfico y consumo de sustancias psicoactivas.

Análisis de la respuesta Nodo 1

En este sentido, se adelantan esfuerzos desde los distintos espacios, enfocados en promover el derecho a la vida libre de violencias y a proyectos productivos con personas mayores lo cual representa un importante adelanto que requiere ser potenciado. Dentro de las respuestas identificadas a nivel sectorial se encuentra la línea 106, el programa Vincúlate a través de SOJU y Servicio de Acogida y el programa dirigido a barras futboleras.

Desde el espacio de vivienda, se plantea el fortalecimiento de la estrategia de AIEPI Comunitario dentro de las familias. Se hace énfasis en la necesidad de mejorar las acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC) que se realizan con las familias en las estrategias de manejo y resolución de conflictos, buen trato, pautas de crianza, comunicación asertiva, entre otros temas. Lo que implica una necesidad de generar mayor asertividad en las acciones dirigidas al entorno familiar.

Lo anterior le apunta a las débiles redes de apoyo que refuerzan la vulnerabilidad en los cursos de vida de niñez, juventud y vejez generando una mayor exposición a problemáticas de maltrato, consumo y abandono. Los esfuerzos que se adelantan desde los distintos espacios

y que se enfocan en promover el derecho a la vida libre de violencias y desde otros sectores a la construcción de proyectos productivos con personas mayores son un importante adelanto que se requiere fortalecer. Adicionalmente, es importante una labor pedagógica a nivel familiar que encuentre canales de comunicación efectivos para mayor receptividad de la población. A la vez, unas acciones colectivas que promuevan el cuestionamiento a comportamientos normalizados con respecto a las diferentes violencias y al consumo de sustancias lícitas que profundizan la exposición de la niñez, la juventud y la vejez a maltratos, consumo de SPA y abandono.

Si bien las respuestas del sector salud se reconocen pertinentes, se evidencia la necesidad de mejora en lo referente a continuidad y cobertura, vinculadas a la difusión de alternativas de ocupación del tiempo libre, el fortalecimiento de las acciones institucionales de intervención al consumo en sus diferentes estadios y la estructuración de programas y acciones que involucren los distintos sectores, en condiciones de continuidad y participación para los jóvenes. También se debe incluir al sector educativo distrital y nacional que defina estrategias para incorporar planes de formación técnica y superior de carácter público en la localidad.

5.2.2 Nodo 2: Falla en integralidad, oportunidad y calidad de los servicios de salud

Infancia, juventud, adultez 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 de la atención en relación a la cobertura y la entrega de medicamentos, lo cual genera un impacto negativo en la aparición de afecciones relacionadas con el periodo perinatal e infantil, la prevalencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles de la población adulta y la aparición de enfermedades crónicas a temprana edad.

Este nodo se ubica en las dimensiones poblacional y social de la estrategia PASE, y a las dimensiones de convivencia social y salud mental, de derechos sexuales y reproductivos, y de condiciones no transmisibles del plan decenal de salud pública.

Las barreras de acceso e inoportunidad de los servicios de salud generan demoras en el acceso adecuado a las rutas de atención, que junto con una limitada oferta de consulta pre-concepcional y deficiencia en las estrategias de educación, información y comunicación con la gestante validan la aparición de desenlaces adversos en salud.

La muerte perinatal se ha visto vinculada al cuidado de la gestante, del parto y posparto y de alguna manera a las características del servicio de salud materno infantil, la condición nutricional de la madre y del entorno en que esta vive. La muerte infantil por su parte, comprende además del nivel socio-económico, las condiciones higiénicas y ambientales, las acciones para erradicación de enfermedades, así como el equipamiento en salud. Mientras que las muertes de niños menores de cinco años se deben a enfermedades prevenibles y tratables mediante intervenciones simples y asequibles en donde se reconoce el rol del fortalecimiento de los sistemas de salud para que todos los niños accedan a tales intervenciones (30).

Como factor reforzador de esta situación se tiene que muchas de las madres presenten bajo peso durante el periodo de gestación, situación que repercute en que el recién nacido presente bajo peso al nacer y consecuentemente tenga serias limitaciones en su sobrevivencia y posteriormente en su calidad de vida.

El consumo de sustancias psicoactivas y el embarazo a temprana edad son dos de las situaciones más prevalentes en el curso de vida juventud que aunado a la carencia de hábitos de auto cuidado; y la falta de apropiación de las acciones en salud sexual y reproductiva respaldan la aparición de enfermedades transmisibles (como ITS) en esta población y la aparición de afecciones relacionadas con el periodo perinatal e infantil debido a la inasistencia a controles en la etapa del embarazo y posteriormente en los primeros años de vida de la población infantil.

De igual manera la falta de hábitos saludables en la población adulta está incidiendo en la aparición de enfermedades transmisibles y no transmisibles; y la aparición a temprana edad de condiciones crónicas; y la mortalidad por estas últimas en la vejez.

Si bien el embarazo en adolescentes se presenta en mayor medida en entornos donde existe una normalización cultural de la maternidad temprana validada por la influencia de pares y la

construcción de imaginarios a su alrededor, que influyen en el proyecto de vida de los jóvenes; este escenario es susceptible de contraste con bajas coberturas de asesoría en salud sexual y reproductiva desde los servicios de salud, independiente del régimen de aseguramiento así como una limitada oferta de prestación de estos servicios para el régimen contributivo en el entorno geográfico más próximo para los jóvenes.

El embarazo adolescente como realidad compleja se asocia a la falta de apropiación de los derechos sexuales y reproductivos y a la reproducción de dinámicas de desigualdad de género en la cotidianidad adolescente que fomenta barreras para la anticoncepción y la atención en salud entre las cuales se deben valorar las culturales y las geográficas, sin dejar de lado que los embarazos a temprana edad constituyen en sí mismos una violencia de género y violencia sexual.

Adicionalmente el abordaje institucional frente a los derechos reproductivos de los adolescentes se encuentra mediado por imaginarios sobre el deber ser de la sexualidad, limitando una adecuada orientación desde distintos sectores como el educativo y en salud.

Análisis de la respuesta Nodo 2

La respuesta brindada a través del espacio educativo se da con la estrategia Sintonizarte, a través del componente amarte y los círculos conversacionales, mientras que en el espacio público se encuentran los servicios de acogida y los grupos de iniciativa. Desde el espacio vivienda en el componente de gestión de riesgo se hace direccionamiento de los usuarios a los servicios de promoción y prevención, según corresponde; mientras que en el componente familias en enlace con Vigilancia epidemiológica se hace intervención al grupo familiar con evento reportado de morbilidad materna extrema o morbilidad neonatal extrema, a fin de evitar ocurrencia de eventos.

Como son aún insuficientes los esfuerzos ilustrativos con respecto a los derechos sexuales y reproductivos, se hace indispensable su adecuación pedagógica y aumentar su cobertura. De igual manera se identifican propuestas encaminadas al fortalecimiento de los programas tales como atención en salud mental integral, control prenatal y curso de preparación para la maternidad y paternidad. Así como también se señala la necesidad de adecuar la oferta de

programas de promoción y prevención acorde a la demanda según las condiciones sociales, culturales y geográficas y en dirección a prevenir la ocurrencia del evento.

Se contempla por otra parte, a través de una estrategia educativa, el empoderamiento de los jóvenes y sus familias que les permita reconocerse como sujetos de derechos con habilidades para la exigencia de los mismos y el manejo de una sexualidad responsable.

5.2.3 Nodo 3: Normalización cultural de las acciones violentas con impactos en la salud mental de niños, niñas, jóvenes y personas mayores

Infancia, juventud y vejez

La normalización cultural de las acciones violentas como aceptación de las mismas y desestimación de los eventos genera incremento en la ocurrencia de hechos violentos contra niños, niñas, jóvenes y personas mayores. Las violencias como fenómenos multicausales deben ser trabajadas desde diferentes accionares como la promoción de la sana convivencia en los diferentes contextos, mejoramiento de las relaciones interpersonales, hábitos saludables en salud mental y comunicación asertiva, etc.

La ocurrencia de las violencias a manera de negligencia y abandono hacia niños y adultos mayores afecta su calidad de vida, desde la desatención a necesidades básicas como alimentación y abrigo hasta necesidades en salud mental como las de vinculación, afecto, comunicación y soporte de red de apoyo. Es así como las sensaciones de desamparo y soledad se vinculan con problemáticas como depresión, consumo de sustancias psicoactivas y conducta suicida entre otros trastornos.

Un análisis social de la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil conlleva a considerar las condiciones económicas familiares, las cuales son un aspecto central que afecta el cuidado de los niños. Las familias de las localidades menos aventajadas suelen tener limitantes económicas en las que deben priorizar y redistribuir los recursos e ingresos entre múltiples gastos, dejando algunas necesidades de los niños sin cubrir; adicional a ello, estas carencias constituyen una fuente de preocupaciones, tensiones y conflictos que pueden configurar las relaciones intrafamiliares, ello en relación con que el tercil de zonas menos aventajadas cuenta

con mayor proporción de población con necesidades básicas insatisfechas – NBI – y miseria de igual forma generan bajo nivel educativo, y viceversa.

Entonces los entornos donde la tensión se incrementa por las condiciones de hacinamiento, bajos ingresos, bajo nivel educativo de los padres e inequidad de género, resguardan la reproducción de inadecuadas pautas de crianza entre generaciones y la normalización de comportamientos violentos al interior de las familias.

Relacionando este nodo problemático con las dimensiones de la estrategia PASE se observa que está ligado a la dimensión social y a la de seguridad y convivencia del plan decenal de salud pública, lo que reitera las problemáticas que vive la población de la localidad.

Análisis de la respuesta nodo 3

El desarrollo de acciones institucionales que respondan al planteamiento pasa por la identificación de prácticas violentas en la cotidianidad, su reconocimiento como tal y el desarrollo de habilidades sociales y comunicativas que contribuyan a modificar los modos de convivencia entre las personas, en donde se debe vincular tanto el sector salud, desde áreas asistenciales, promoción y prevención, como desde otras instituciones con proyectos sociales y económicos.

Desde el plano intersectorial son múltiples las respuestas que se brindan ante la problemática de violencias: Línea de seguridad código de policía, casas de juventud, casa igualdad de oportunidades, casa de la mujer, Seguridad Rumba sana y Policía Jóvenes a lo bien.

Desde el sector salud se identifican distintas acciones de respuesta: los sistemas de vigilancia epidemiológica como SIVIM, SIVELCE hacen seguimiento a este tipo de eventos, al tiempo que a través de espacio público se desarrollan los Grupos Iniciativa de salud mental, desde espacio de educación se trabaja el programa Acompañarte en el que se realizan grupos promotores de convivencia y círculos conversacionales de pautas de crianza. Ya desde el espacio de vivienda se identifican las familias desde la línea purpura para ser priorizadas en el abordaje.

Son múltiples los esfuerzos sectoriales que avanzan en la prevención y atención de todos los tipos de violencias, sin embargo la complejidad de esta problemática hace que los programas existentes requieran fortalecimiento y continuidad. En este sentido se identifica la necesidad de elaborar y consolidar una estrategia de información, educación y comunicación (IEC) acorde a la población que se aborda y a las problemáticas al interior de las familias.

Las propuestas de respuesta se enfocan en el proceso de reconocimiento de los distintos tipos de violencias incorporado en la cotidianidad de las personas y familias durante el curso de vida. Y si bien para ello se viene adelantando la promoción del buen trato cabe resaltar que una respuesta que pretenda impactar en comportamientos aprendidos requiere de una continuidad en las acciones así como un acercamiento acorde a los contextos socioculturales de las poblaciones.

Esto va hilado al análisis de acciones específicas para cursos de vida como el de juventud que se asocia con problemáticas como la carencia de proyectos de vida, embarazo adolescente y mala utilización del tiempo libre. Cabe anotar que dicho curso de vida se encuentra expuesto al consumo de sustancias psicoactivas con el agravante de sortear problemáticas en familias disfuncionales con entornos violentos que profundizan la exposición.

La mejor utilización del tiempo libre será el resultado de la interacción entre el incentivo hacia el deporte y actividades culturales y acceso a oportunidades de educación y adquisición de conocimiento y herramientas cognitivas, como elementos para la proyección de los jóvenes hacia un proyecto de vida.

Desde la perspectiva institucional en los servicios de salud que se prestan a la población se detectan insuficiencias en la atención y se presentan barreras de acceso, por ello los esfuerzos pedagógicos deben dirigirse de igual manera a los servidores públicos de la salud y en la mejora continua con procesos de capacitación.

5.2.4 Nodo 4: Baja oferta y disponibilidad de alternativas de uso y aprovechamiento del tiempo libre para jóvenes, adultos y personas mayores

Está ampliamente sustentado que las actividades culturales y recreativas constituyen no solamente una alternativa ocupacional sino el medio para incorporar conocimientos, capacidades, etc. construir vínculos y relacionarse con pares. Por tanto, la oferta limitada de alternativas de uso y aprovechamiento del tiempo libre impacta tanto a los jóvenes como a los adultos mayores; los jóvenes que presentan carencias en la estructuración del proyecto de vida pueden verse en situación de paternidad temprana, afectaciones a la salud mental y consumo de sustancias psicoactivas; en tanto los adultos mayores pueden reportar afectaciones a la salud mental como depresión y conducta suicida, que se agrega a situaciones de abandono ya descritas previamente.

Este nodo se ubica en las dimensiones PASE social y poblacional y las dimensiones de Convivencia social y salud mental y Vida saludable y condiciones no transmisibles del PDSP.

Visto desde los determinantes, la pobreza en condiciones de hacinamiento en las familias, condiciones higiénico-sanitarias y la limitada oferta efectiva a recreación y cultura genera riesgo para la salud tanto física como mental de los habitantes de la localidad. Las condiciones socioeconómicas e inestabilidad económica junto a la escasez de oportunidades laborales y de estudio ordenan el uso del tiempo libre en los cursos de vida: juventud, adultez y vejez.

Como reforzador se observa que las jornadas laborales de quienes trabajan son extensas, generan estrés y no permiten que la población destine tiempo para realizar actividad física frecuentemente, factor que predispone a adquirir enfermedades crónicas.

Los espacios públicos destinados al disfrute familiar y comunitario están siendo captados por dinámicas de microtráfico y consumo, lo que acerca a los jóvenes a estas sustancias; sumado a esto, los jóvenes no cuentan con suficientes oportunidades laborales o de estudio que les permita elaborar proyectos de vida, el buen uso del tiempo libre es entonces indispensable como método preventivo de violencias y problemáticas de salud mental.

Realizando sensibilización, promoción y apropiación de prácticas saludables que conlleven al mejoramiento de la calidad de vida con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad por

condiciones crónicas en adultos y personas mayores así como las afectaciones en la salud mental de las personas mayores.

Análisis de la respuesta Nodo 4

Las respuestas que se brindan desde el sector salud en espacio público consiste en el desarrollo de los programas Iniciativa para diagnóstico de crónicos salud oral y cuídate sé feliz (tamizaje). Desde espacio vivienda todas las desnutriciones crónicas. Desde espacio público se abordan Jornadas itinerantes y Jornadas distritales.

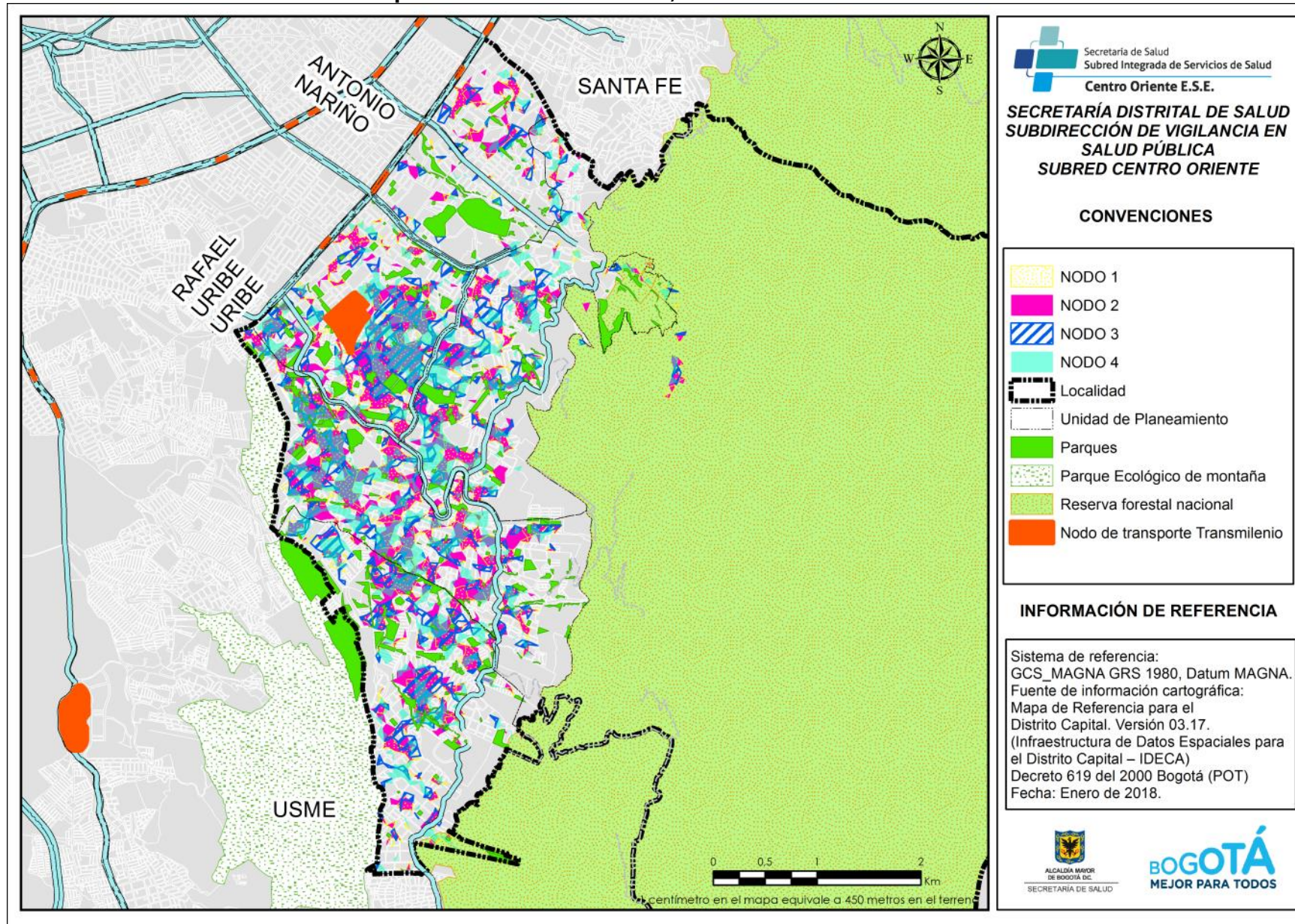
Así mismo se reconoce la pertinencia de las acciones para la disminución de los embarazos en adolescentes de la localidad desde enfoques socioculturales y educativos con la participación de los diferentes sectores.

Se evidencia en este nodo que existen dificultades en la divulgación de la oferta existente dirigida al aprovechamiento del tiempo libre, por ello la búsqueda de canales de comunicación con la comunidad se hace indispensable. Para el curso de vida juventud se realza la necesidad de acceso a mayores oportunidades laborales y educativas que les permitan desarrollar un proyecto de vida, sin dejar de lado las actividades culturales y deportivas que impactan en el aprovechamiento del tiempo libre.

Como respuesta a las débiles redes de apoyo primario se hace necesario generar acciones de fortalecimiento de lazos afectivos y comunicación familiar y a su vez brindar herramientas de exigibilidad de derechos a la población más expuesta a distintos tipos de violencias.

La representación espacial de los nodos en el Mapa 10, se corresponde con la densidad poblacional referida en el territorio al tiempo que ilustra la superposición en lugares particulares como la franja oriental de la UPZ 20 de Julio y la mayor parte de la UPZ La Gloria. Al norte de la localidad en las UPZ Sosiego, bordes norte y occidental de la UPZ 20 de Julio se ve claramente la ausencia de manchas que evidencien la presencia de situaciones en salud que confluyan en lo cubierto por los nodos, esta situación es debida a que en la mayoría de estas zonas se encuentran usos del suelo de tipo institucional y comercial ver mapas 2 y 3.

Mapa 10. Nodos Temáticos, localidad de San Cristóbal



Fuente: Construcción propia equipo ACCVSE con base en matriz eventos Agenda local San Cristóbal, Subred Centro Oriente. 2017

5.3 RECOMENDACIONES

La secuencia de análisis de los nodos y su respuesta evidencia líneas de propuesta coincidentes en la ruta de construcción de respuestas efectivas para la población.

Frente a la convivencia en los distintos espacios de desarrollo de las personas:

- El fortalecimiento de redes de apoyo tanto sociales como familiares contribuye a mitigar el riesgo de violencias relacionadas con situaciones de abandono.
- El cambio generacional requiere de mecanismos de transformación de pautas de crianza desde la perspectiva educativa en salud.
- La promoción de acciones de fortalecimiento de redes de apoyo para las personas en diferentes cursos de vida fortalece además los procesos de vinculación comunitaria y participación.
- Las estrategias de comunicación efectiva y asertiva, resolución de conflictos en las familias y ocupación del tiempo libre que promuevan a su vez la estructuración y consolidación del proyecto de vida es clave en la afectación positiva del consumo de sustancias psicoactivas y la violencia entre jóvenes y contra los jóvenes

Desde la perspectiva de la prestación de servicios de salud:

- El uso de los servicios de salud en condiciones de oportunidad y calidad implica la reciprocidad entre el conocimiento de rutas y procedimientos y su apropiación por parte de usuarios y funcionarios de los distintos sectores que operan en la localidad.
- Las acciones sectoriales de promoción, prevención y atención al consumo de SPA deben comprender aquellas orientadas al fortalecimiento de redes.

El reconocimiento de las violencias

- Es pertinente avanzar en el conocimiento del fenómeno de las violencias y cada uno de sus tipos en la localidad con el fin de construir respuestas más específicas
- Así mismo, el conocimiento construido se debe socializar, las personas de la localidad necesitan identificar las distintas formas de violencia en vía de disminuir la normalización de las mismas.

Configuración de proyecto de vida

- Se requieren estrategias que apunten a la sensibilización de la población durante el curso de vida -jóvenes, adultos y personas mayores- frente a la tenencia de hábitos de autocuidado como la actividad física, el consumo de alimentos saludables, el manejo de situaciones estresantes y la permanencia en los tratamientos de las enfermedades que así lo requieran, con el fin de incidir positivamente en la salud de la población disminuyendo la aparición de enfermedades crónicas en la edad adulta y las afecciones relacionadas con el periodo perinatal e infantil.
- La promoción e implementación de actividades educativas, culturales, deportivas y recreativas desde enfoques socioculturales, que generen alternativas en la implementación del proyecto de vida son elemento clave en la disminución de la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en niños, jóvenes y adultos y de los embarazos en adolescentes de la localidad mediante.

Elemento común a los nodos identificados constituye la acción articulada de planeación, implementación y difusión de alternativas sectoriales e intersectoriales que comprenden:

- Las acciones colectivas de Información, Educación y Comunicación –IEC- en donde convoquen al diseño de piezas comunicativas adecuadas a la población por curso de vida, grupo poblacional novedosas y promuevan su utilización.
- Las acciones intersectoriales que posicionen el acceso al trabajo como pilar para la calidad de vida de las personas de la localidad, en términos de estabilidad económica de las personas durante su curso de vida y de construcción de dinámicas familiares.
- Reconocimiento del acceso a la educación, básica y superior, como factor determinante en la estructuración de proyecto de vida de jóvenes, en diálogo con las problemáticas de paternidad y maternidad temprana y consumo de sustancias.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Bogotá. Departamento Administrativo de Planeación Distrital. Revisión y actualización del Plan de Ordenamiento Territorial. Decreto 190 del 2004.
- 2 Bogotá. Secretaría Distrital de Ambiente. Agenda ambiental de la localidad Santa Fe.
- 3 Portal Bogotá. [Internet]. Bogotá.
- 4 Colombia. Presidencia de la República. Decreto 1504 de 1998, por el cual se reglamenta el manejo del espacio público en los planes de ordenamiento territorial. Diario Oficial, 43357 (Ago. 6 1998).
- 5 Universidad de los Andes, & Cámara de Comercio de Bogotá. Reporte anual de movilidad 2014.
- 6 Instituto de Desarrollo Urbano. [Internet]. Bogotá.
- 7 Alcaldía Mayor de Bogotá, Encuesta Multipropósito 2014 Principales resultados en Bogotá y la Región, Boletín 65, Bogotá D.C, Secretaría Distrital de Planeación 2015.
- 8 DANE. Boletín Censo general 2005. Perfil Localidad Santa Fe. Bogotá.
- 9 Subred Centro Oriente, Gobernanza. Informe de apropiación territorial Localidad de San Cristóbal. Bogotá, 2017
- 10 Secretaría Distrital de Planeación. Encuesta multipropósito 2014. Bogotá, 2015
- 11 Visor de Malla Vial del IDU del año 2014
- 12 Secretaría Distrital de Planeación. Índice de movilidad en Bogotá. Bogotá, 2013
- 13 Secretaría de educación del distrito. Caracterización del Sector Educativo Localidad de San Cristóbal Año 2015.
- 14 Ministerio de Salud y Protección Social. Manual Metodológico para la Elaboración e Implementación de las RIAS. Bogotá, 2016
- 15 Secretaría Distrital de Salud. Reorganización de la red pública de servicios de salud de Bogotá D.C. Bogotá, 2016
- 16 Banco Interamericano de Desarrollo. Enfermedades Crónicas, Atención Primaria y Desempeño de los Sistemas de Salud Diagnóstico, herramientas e intervenciones, 2011.
- 17 Colombia, Constitución Política de Colombia, Capítulo 2: Delos derechos sociales, económicos y culturales, Artículo 7 y 13

- 18 Universidad Nacional de Colombia. Identificación, documentación y socialización de experiencias de trabajo con habitantes de y en calle. Bogotá, 2007.
- 19 Hospital San Cristóbal. Informe de Caracterización de las Poblaciones Diferenciales y de Inclusión 2015. Bogotá, 2015
- 20 Boletín Salud para las Diversidades y la Inclusión. Resultados del Programa Territorio Saludable Periodo Enero 2013 a Agosto 2014
- 21 Hospital Centro Oriente. Evaluación Servicios amigables LGBTI. Bogotá, 2016
- 22 Secretaría Distrital de Salud. Guía técnica del Plan de salud pública de intervenciones colectivas. Bogotá, 2017.
- 23 Secretaría Distrital de Salud. Plan de Salud Pública de Intervenciones colectivas Año 2017. Anexo operativo: Proceso transversal Gobernanza Vigencia abril 2017 a febrero 2018. Bogotá, 2017.
- 24 Secretaría Distrital de Salud. Ficha Técnica de espacios de vida cotidiana. Bogotá, 2017
- 25 Secretaría Distrital de Salud. Plan de Salud Pública de Intervenciones colectivas Año 2017. Anexo operativo: Espacio educativo Vigencia abril 2017 a febrero 2018. Bogotá, 2017.
- 26 Secretaría Distrital de Salud. Plan de Salud Pública de Intervenciones colectivas Año 2017. Anexo operativo: Espacio Trabajo Vigencia abril 2017 a febrero 2018. Bogotá, 2017.
- 27 Secretaría Distrital de Salud. Plan de Salud Pública de Intervenciones colectivas Año 2017. Ficha técnica Procesos transversales. Vigencia abril 2017 a febrero 2018. Bogotá, 2017.
- 28 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
- 29 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).
- 30 Secretaría Distrital de Salud – Equipo ACCVSE. Análisis de desigualdades. Documento de trabajo. Bogotá, 2017