

DIAGNÓSTICO LOCAL 2014



BOGOTÁ
HUMANANA



HOSPITAL
suba

Teléfono: 3100 0000

30 NOVIEMBRE
2015

CRÉDITOS

CUERPO DIRECTIVO

Gabriel Castilla Castillo
Gerente

Marcela Judith Miranda Ochoa
Director Proceso Gerencial Salud Pública

COMITÉ EDITORIAL

Ana Isabel Vallejo Narváez
Coordinadora Vigilancia Salud Pública

Lisbeth Rocío Forigua Camargo
Técnico Diseño ASIS

Adriana Díaz Rodríguez
Técnico Diseño ASIS

CONSTRUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Luis Miguel Gutiérrez Berrocal- Geógrafo ASIS Local
Ana Estephania Manrique Sánchez - Socióloga ASIS Local
Cindy Vanessa Sanabria Mora - Epidemióloga ASIS Local

COLABORACIÓN

Vigilancia en Salud Pública
Equipo Gestión de Políticas y Programas
CAMAD Suba

Cesar Acosta Médico Veterinario Línea de eventos transmisibles de origen Zoonoticos –
Vigilancia Sanitaria

Andrea Macías Rojas Ingeniera Ambiental y Sanitaria Vigilancia de Intoxicaciones por
Monóxido de Carbono Intramural en Bogotá- Vigilancia Sanitaria
Oficina Epidemiología Centro de Servicios Especializados- Hospital Suba

AGRADECIMIENTOS

El equipo ASIS Local del Hospital de Suba ESE II Nivel agradece la colaboración de todos los funcionarios y funcionarias de Salud Pública, que siempre estuvieron prestos a brindar la información necesaria para que este documento fuera una realidad reconocida para la localidad. También brinda un reconocimiento especial a las Madres Comunitarias FAMI y líderes comunitarios que participaron en la identificación de las problemáticas de la localidad, la priorización de las UPZ y el análisis de la situación de salud de su comunidad, pues son la base fundamental del proceso y a pesar de la constante construcción de diagnósticos para la localidad han estado prestos a colaborar al equipo por medio de las acciones desarrolladas por Vigilancia Comunitaria y Poblacional, quienes no dieron los espacios necesarios para lograr el objetivo esperado.

Por último, centramos nuestros agradecimientos hacia los equipos de Vigilancia en Salud Pública y Gestión de Políticas y Programas quienes hombro a hombro trabajaron con nosotros como apoyo y fuente vital de información de la situación de salud de los habitantes de la localidad. Esperamos el documento llene sus expectativas y cumpla su objetivo fundamental: “ser el insumo para formulación de programas que beneficien a la población de la localidad de Suba”.



ASIS
Hospital de Suba

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	4
LISTA DE GRÁFICAS	6
LISTA DE ILUSTRACIONES	6
LISTA DE MAPAS	6
LISTA DE TABLAS	7
1. INTRODUCCIÓN	10
2. MARCO CONCEPTUAL	11
3. MARCO METODOLÓGICO	12
3.1. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	12
3.2. PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN	13
3.3. DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN	14
4. CAPÍTULO I. RELACIÓN POBLACIÓN, TERRITORIO AMBIENTE Y SOCIEDAD	16
4.1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA LOCALIDAD	16
4.1.1. DIVISIÓN TERRITORIAL Y EQUIPAMIENTOS	26
4.2. CONTEXTUALIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y ECONÓMICA DE LA LOCALIDAD.	26
4.3. UPZ PRIORIZADAS PARA LA LOCALIDAD DE SUBA	35
5. CAPÍTULO II. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS	40
PERFIL SALUD ENFERMEDAD	40
5.1. MORTALIDAD	40
5.1.1. <i>Mortalidad General</i>	40
5.1.2. <i>Mortalidad General por sexo</i>	41
5.1.3. <i>Mortalidad General por Grupo Etario</i>	43
5.1.4. <i>Mortalidad Específica por subgrupos</i>	45
5.1.5. <i>Años de vida potencialmente perdidos (AVPP), según edad y sexo.</i>	46
5.2. MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL Y EN LA NIÑEZ	46
5.2.1. <i>Mortalidad Materna</i>	46
5.2.2. <i>Mortalidad Perinatal</i>	48
5.2.3. <i>Mortalidad en Menores de 5 años</i>	49
5.2.4. <i>Mortalidad Infantil</i>	50
5.2.5. <i>Mortalidad por Causas Específicas En menores de 5 años</i>	52
5.3. ANÁLISIS DE MORBILIDAD	52
5.3.1. <i>Eventos Crónicos</i>	54
5.3.2. <i>Eventos Notificación Obligatoria</i>	56
5.3.2.1. <i>Subsistema – SIVIGILA</i>	56
5.3.2.2. <i>Urgencias y Emergencias</i>	58

5.3.2.3.	<i>Subsistema – Salud Sexual y Reproductiva</i>	59
5.3.2.4.	<i>Subsistema – SISVECOS</i>	60
5.3.2.5.	<i>Subsistema – SIVIM</i>	61
5.3.2.6.	<i>Subsistema – SISVAN</i>	63
5.3.3.	<i>Análisis de población con discapacidad (PCD) (por UPZ)</i>	64
5.4.	ANÁLISIS DE DIMENSIONES PDSP	66
5.4.1.	<i>Dimensión de la salud ambiental</i>	66
5.4.2.	<i>Dimensión de Salud y Convivencia</i>	67
5.4.3.	<i>Dimensión de Salud Nutricional</i>	70
5.4.4.	<i>Dimensión de Derechos Sexuales y Reproductivos</i>	72
5.4.5.	<i>Dimensión de Vida Saludables y Enfermedades Transmisibles</i>	74
5.4.6.	<i>Dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles</i>	74
5.4.7.	<i>Dimensión de Salud Pública y Desastres</i>	76
5.4.8.	<i>Dimensión Laboral</i>	76

6. CAPÍTULO III. IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA LOCALIDAD

80

6.1.	DIMENSIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
6.1.1.	<i>Tensión Malnutrición en edades escolares</i>	¡Error! Marcador no definido.
6.2.	DIMENSIÓN DE VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRASMISIBLES	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
6.2.1.	<i>Tensión Tenencia inadecuada de mascotas</i>	¡Error! Marcador no definido.
6.3.	DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
6.3.1.	<i>Tensión Embarazos no deseados y partos a temprana edad</i>	¡Error! Marcador no definido.
6.3.2.	<i>Tensión Violencia intrafamiliar – violencia de género</i>	¡Error! Marcador no definido.
6.4.	DIMENSIÓN DE CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
6.4.1.	<i>Tensión Conducta suicida y afectación a la salud mental</i>	¡Error! Marcador no definido.
6.4.2.	<i>Tensión Inseguridad en el espacio público</i>	¡Error! Marcador no definido.
6.5.	DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRASMISIBLES	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
6.5.1.	<i>Tensión Consumo de Sustancias Psicoactivas - SPA</i>	¡Error! Marcador no definido.
6.5.2.	<i>Tensión Enfermedades crónicas</i>	¡Error! Marcador no definido.
6.6.	DIMENSIÓN DE SALUD Y ÁMBITO LABORAL	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
6.6.1.	<i>Tensión Informalidad laboral</i>	¡Error! Marcador no definido.
6.7.	DIMENSIÓN TRANSVERSAL DE ATENCIÓN DIFERENCIAL A POBLACIONES VULNERABLES	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
6.7.1.	<i>Tensión Abandono y negligencia en adultos mayores</i>	¡Error! Marcador no definido.
6.8.	CICLO VITAL INFANCIA	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
6.8.1.	<i>Dimensión de seguridad alimentaria y nutricional: Malnutrición en edades escolares</i>	¡Error! Marcador no definido.
6.8.2.	<i>Dimensión de vida saludable y enfermedades transmisibles: tenencia inadecuada de mascotas</i>	¡Error! Marcador no definido.
6.9.	CICLO VITAL ADOLESCENCIA	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
6.9.1.	<i>Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos: Embarazo como proyecto de vida</i>	¡Error! Marcador no definido.
6.9.2.	<i>Dimensión de convivencia social y salud mental: conducta suicida y afectación a la salud mental</i>	¡Error! Marcador no definido.
6.10.	CICLO VITAL JUVENTUD	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

6.10.1.	<i>Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles: Consumo de Sustancias Psicoactivas</i>	
	¡Error! Marcador no definido.	
6.10.2.	<i>Dimensión de convivencia y Salud Mental: Inseguridad en el espacio público</i>	¡Error! Marcador no definido.
6.11.	CICLO VITAL ADULTEZ	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
6.11.1.	<i>Dimensión de salud y ámbito laboral: Informalidad laboral</i>	¡Error! Marcador no definido.
6.11.2.	<i>Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos: violencia intrafamiliar – violencia de género</i>	¡Error! Marcador no definido.
6.12.	CICLO VITAL VEJEZ	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
6.12.1.	<i>Dimensión transversal de atención diferencial a poblaciones vulnerables: Abandono y negligencia en adultos mayores</i>	¡Error! Marcador no definido.
6.12.2.	<i>Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles: Enfermedades crónicas</i>	¡Error! Marcador no definido.
BIBLIOGRAFÍA		101
ANEXOS		110

LISTA DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1. PIRÁMIDE POBLACIONAL, LOCALIDAD DE SUBA. 2005,2010, 2014	27
GRÁFICA 2. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA. COMPARATIVO BOGOTÁ – SUBA, AÑOS 2005 A 2014.	47
GRÁFICA 3. TASA DE MORTALIDAD PERINATAL. COMPARATIVO BOGOTÁ – SUBA. AÑOS 2005 A 2014.	48
GRÁFICA 4. TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS. COMPARATIVO BOGOTÁ – SUBA, AÑOS 2005 A 2014.	50
GRÁFICA 5. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL. COMPARATIVO BOGOTÁ – SUBA, AÑOS 2005 A 2014.	51
GRÁFICA 6. COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN E INTERVENCIÓN EVENTOS SIVIGILA 2014	57
GRÁFICA 7. NÚMERO. CASOS DE CONDUCTA SUICIDA NOTIFICADOS AL SISVECOS, LOCALIDAD DE SUBA AÑOS 2011 - 2014.	60
GRÁFICA 8. DISTRIBUCIÓN DE LAS IEC Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS SISVECOS 2014	61
GRÁFICA 9. DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS NOTIFICADOS Y CON IEC AÑO 2014	62
GRÁFICA 10. MORBILIDAD EN POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD, LOCALIDAD DE SUBA 2014.	65

LISTA DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1. FUENTES DE INFORMACIÓN DIAGNÓSTICO LOCAL 2014	13
ILUSTRACIÓN 2. HISTORIA DE LA LOCALIDAD DE SUBA	17

LISTA DE MAPAS

MAPA 1. DIVISIÓN POLÍTICO- ADMINISTRATIVO DE LA LOCALIDAD DE SUBA. 2014.	18
MAPA 2. VÍAS PRINCIPALES DE COMUNICACIÓN DE LA LOCALIDAD DE SUBA. 2014	21
MAPA 3. AMENAZA POR INUNDACIÓN Y REMOCIÓN EN MASA POR UPZ EN LA LOCALIDAD DE SUBA 2014.FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA DEL GRUPO ASIS, CON BASE CARTOGRÁFICA IDECA 2014 E IDIGER (FOPAE).	25
MAPA 4. PREVALENCIA DE BAJO PESO, OBESIDAD Y SOBREPESO EN EDAD ESCOLAR DE 5 A 9 AÑOS POR UPZ PRIORIZADAS DE LA LOCALIDAD DE SUBA.2014.	110

MAPA 5. EMBARAZOS DE 10 A 14 AÑOS VS RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL POR UPZ PRIORIZADAS DE LA LOCALIDAD DE SUBA.2014.....	111
MAPA 6. DENSIDAD DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS POR UPZ PRIORIZADAS DE LA LOCALIDAD DE SUBA.2014.....	112
MAPA 7. INSEGURIDAD Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPA) VS CENTROS DE ATENCIÓN INMEDIATA (CAI) POR UPZ PRIORIZADAS DE LA LOCALIDAD DE SUBA.2014	113
MAPA 8. INFORMALIDAD LABORAL VS INVASIÓN DEL ESPACIO PÚBLICO POR UPZ PRIORIZADAS DE LA LOCALIDAD DE SUBA.2014.....	114
MAPA 9. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR VS ACTORES DE LA ETAPA DE CICLO VITAL ADULTEZ POR UPZ PRIORIZADAS DE LA LOCALIDAD DE SUBA.2014	115
MAPA 10. NEGLIGENCIA Y ABANDONO VS ACTORES DE LA ETAPA DE CICLO VITAL VEJEZ POR UPZ PRIORIZADAS DE LA LOCALIDAD DE SUBA.2014	116
MAPA 11. ENFERMEDADES CRÓNICAS EN MAYORES DE 60 AÑOS VS ACTORES DE LA ETAPA DE CICLO VITAL VEJEZ POR UPZ PRIORIZADAS DE LA LOCALIDAD DE SUBA.2014	117

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. INVENTARIO MALLA VIAL LOCALIDAD DE SUBA, DICIEMBRE 2014	20
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN TOTAL POR SEXO, EDAD EN GRUPOS QUINQUENALES Y ÁREA DE RESIDENCIA. LOCALIDAD DE SUBA 2014.....	28
TABLA 3. TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD. LOCALIDAD DE SUBA, AÑOS 2010 A 2013.....	30
TABLA 4. DENSIDAD POBLACIONAL POR UPZ LOCALIDAD DE SUBA, 2014	31
TABLA 5. DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL 105, LOCALIDAD DE SUBA, 2012.	41
TABLA 6. DÍEZ CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL EN HOMBRE. LOCALIDAD DE SUBA DURANTE EL AÑO 2.012.....	42
TABLA 7. DÍEZ CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL MUJERES. LOCALIDAD DE SUBA DURANTE EL AÑO 2012	42
TABLA 8. MORTALIDAD GENERAL POR GRUPO ETARIO, LOCALIDAD DE SUBA 2012	43
TABLA 9. TASAS DE MORTALIDAD POR SUBGRUPOS, LOCALIDAD SUBA, 2008-2012.....	45
TABLA 10. AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS (AVPP) EN LA LOCALIDAD DE SUBA AÑO 2012 SEGÚN EDAD Y SEXO	46
TABLA 11. MORBILIDAD GENERAL LOCALIDAD DE SUBA 2014	52
TABLA 12. GRANDES CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA LOCALIDAD DE SUBA SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD. 2014 .	53
TABLA 13. FRECUENCIA ABSOLUTA ENFERMEDADES CRÓNICAS BOGOTÁ – SUBA 2013 - 2014	56
TABLA 14. DISTRIBUCIÓN DE LOS EVENTOS DE ELIMINACIÓN Y CONTROL AÑOS 2013 - 2014.....	57
TABLA 15. DISTRIBUCIÓN DE LOS BROTES REGISTRADOS SEGÚN UPZ DE RESIDENCIA Y TRANSCURRIR VITAL, LOCALIDAD DE SUBA, AÑO 2013 -2.014.	58
TABLA 16. DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS NOTIFICADOS Y RESIDENTES CORRESPONDIENTES A SSR Y MI. AÑO 2014 LOCALIDAD DE SUBA	59
TABLA 17. DISTRIBUCIÓN DE LOS TIPOS DE VIOLENCIA 2012 2014 LOCALIDAD DE SUBA.....	62
TABLA 18. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD REGISTRADAS SEGÚN UPZ DE RESIDENCIA Y SEXO, LOCALIDAD DE SUBA, AÑO 2014.	65

LISTA DE SIGLAS

APS: Atención Primaria en Salud

ASIS: Análisis de la Situación de Salud

AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos
CAC: Cuenta de Alto Costo
CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10
CHC: Ciudadano Habitante de Calle
COPACO: Comité de Participación Comunitaria
CORDESIN: Corporación Nacional para el Desarrollo y la Cooperación Internacional
COVE: Comité de Vigilancia Epidemiológica
COVECOM: Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitario
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DSS: Determinantes Sociales de la Salud
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda
ESI: Enfermedad Similar a la Influenza
ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización
ERC: Enfermedad Renal Crónica
ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos
ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual
ETV: Enfermedades de Transmitidas por Vectores
HTA: Hipertensión Arterial
IC95%: Intervalo de Confianza al 95%
ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IDPAC: Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal
IED: Institución Educativa Distrital
INS: Instituto Nacional de Salud
IPS: Institución Prestadora de Salud
IRA: Infección Respiratoria Aguda
IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave
ITS: Infecciones de Transmisión Sexual
LI: Límite inferior
LGBTI: Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transgeneristas, Intersexuales
LS: Límite superior
MEF: Mujeres en edad fértil
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
No: Número
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de Salud
PCD: Personas en Condición o Con Discapacidad
PDSP: Plan Decenal de Salud Pública
PEP: Personas en Ejercicio de Prostitución
PIB: Producto Interno Bruto

PTS: Programa Territorios Saludables
RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios
RAP: Riesgo Atribuible Poblacional
SDE: Secretaría Distrital de Educación
SDIS: Secretaría Distrital de Integración Social
SDS: Secretaría Distrital de Salud
SISBEN: Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales.
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social
SISVAN: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Seguridad Alimentaria y Nutricional
SISVECOS: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida
SISVIM: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Violencia Intrafamiliar, Abuso sexual y Maltrato Infantil
SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública
SIVISTRA: Sistema de Vigilancia de Salud en el Trabajo
SPA: Sustancia Psicoactivas
TB: Tuberculosis
TGF: Tasa Global de Fecundidad
UTI: Unidad de Trabajo Informal
UPZ: Unidad de Planeación Zonal
UPR: Unidad de Planeación Rural
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano
VSP: Vigilancia en Salud Pública



1. INTRODUCCIÓN

El análisis de situación de salud es un proceso necesario en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), el cual tiene un propósito fundamental la identificación de las particularidades socioeconómicas, geográficas, históricas psicológicas, culturales y ambientales, que inciden de forma directa o indirectamente en la salud de la población. Por otra parte los problemas de salud que atañen a los individuos, familias, grupos y comunidad en general, permiten desarrollar acciones que contribuyen a soluciones.

La elaboración del ASIS compone elementos fundamentales para la proyección y modulación estratégica y de igual forma se establecen relaciones, pues este proceso dispone de recursos locales, territoriales y microterritoriales. El ASIS tiene como propósito primordial hallar las diferentes problemáticas, causas y efectos de las diferentes lecturas de realidades de salud en la población y este proceso interdisciplinario.

El Diagnóstico Local pretende abordar un análisis que contextualice al lector acerca de la situación general de la localidad, demografía, economía, ambiente y salud-enfermedad con el fin de construir un marco de referencia que permita analizar las características sociales, culturales, ambientales, económicas que intervengan directamente en la situación de salud y calidad de vida de la población residente, así como también conocer las necesidades, los determinantes sociales y estilos de vida de la población.

Este documento es herramienta para la toma de decisiones locales que ofrecen mejorar la calidad de vida poblacional y las situaciones de salud – enfermedad que se evidencian; con el fin de encaminar al cumplimiento de las metas distritales determinadas para el año 2016.

De acuerdo con lo anterior este documento se divide en tres capítulos en donde el primero contempla la relación de la población, territorio, el ambiente y la sociedad; el cual presenta la reseña histórica local, la contextualización ambiental, geográfica, económica, social, poblacional y situación de salud enfermedad de la localidad, fusiona el análisis de los tres perfiles del equipo que logran visionar los determinantes intermedios, estructurales y proximales que se relacionan en la situación de salud y la calidad de vida.

En el capítulo dos se profundiza en las problemáticas y necesidades que afectan la calidad de vida y la situación de salud enfermedad en las diferentes escalas territoriales, teniendo en cuenta la construcción de indicadores según las dimensiones prioritarias del PDSP.

Para el capítulo tres se realiza la identificación de las tensiones en salud desde el abordaje de las dimensiones prioritarias del PDSP 2012-2021 y metodología PASE para la equidad en salud

Por lo anterior es de registrar que el Diagnostico es un ejercicio realizado no solo a nivel institucional sino comunitario que más que el reconocimiento a la labor, busca el empoderamiento de las problemáticas sociales a nivel interinstitucional y sin duda el mejoramiento continuo de la calidad de vida de la población asegurando los diferentes derechos del ciudadano impartidos en la constitución política del año 1991.

2. MARCO CONCEPTUAL

Se tiene en cuenta la estrategia promocional de calidad de vida y salud, la cual plantea cambios y transformaciones en la manera tradicional de entender al sujeto en su condición humana, interacción social y repercusiones individuales, colectivas desde el reconocimiento de los derechos sociales en tres principios fundamentales; equidad, integralidad y la universalidad. Este pensamiento pretende reducir las brechas entre las poblaciones, dando respuesta a necesidades bajo criterios de autonomía

El concepto de gestión es una herramienta para promover ejercicios de ciudadanía y garantizar afecciones positivas en los determinantes sociales a través de la construcción de respuestas integrales Ciudadano-Estado. Es así que la Gestión Territorial inmersa en la Gestión Local Integral de la Salud, articula las apuestas Nacionales y Distritales en materia de salud, valiéndose de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud y la Estrategia de Gestión Social Integral, entendiendo este proceso como una estrategia que busca articular los recursos del Estado, puestos en acciones sectoriales, y transponiéndose en discusiones transectoriales, para el desarrollo de procesos que afecten la calidad de vida de los sujetos en los escenarios locales, y buscando maximizar el impacto de la inversión social (2).

El enfoque poblacional, reconoce a los sujetos como actores vivos, que pueden configurarse a través de los diferentes ciclos vitales, y que están inmersos en escenarios cotidianos (Barrio, comunidad, trabajo, escuela, familia entre otros). La salud mental, la discapacidad, el género, la productividad, el desplazamiento, lo étnico, la seguridad alimentaria y la actividad física son situaciones transversales en la vida. Este enfoque complementa la mirada diferencial, y plantea el reto del reconocimiento, en un discurso de Derechos Humanos, que pretende la igualdad, dignidad humana, sin desconocer que como sujetos existen condiciones diversas y particulares.

Otro concepto de interés es la Morbilidad el cual es definida como “la cuantía de personas que están enfermas en un sitio y tiempo determinado”(1), esto es dado por factores individuales, intermedios y estructurales conocidos como determinantes sociales en salud definidos estos

“factores sociales, económicos, culturales, étnicos, psicológicos y de comportamiento que influyen la ocurrencia de problemas de salud y sus factores de riesgo en la población”(2); uno de los resultados de la morbilidad es la mortalidad que se define como “el número de defunciones que se producen en un área concreta durante un periodo de tiempo generalmente un año”(3). Esta puede ser medida de diferentes maneras, una de ellas es la tasa de mortalidad la cual se conoce como “el índice demográfico que refleja la cantidad de defunciones por un coeficiente multiplicador que puede ser 1000, 10000 o 100000 ciudadanos de una determinada comunidad en un periodo de tiempo concreto (por lo general, doce meses)” (4). Estas tasas se deben ajustar para que los datos sean comparables con otras poblaciones, a esto se le denomina ajustes de tasas. Además, de las tasas existe otro indicador demográfico que permite cuantificar las muertes prematuras y puede ser utilizado para determinar las prioridades en salud pública (Importancia relativa de diversas causas de mortalidad por un periodo dado en una población dada)” (5).

3. MARCO METODOLÓGICO

El Diagnóstico Local 2014, desarrollado en el marco del Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012 – 2021 y en consonancia con los objetivos anteriormente enunciados, fue elaborado a través de la metodología definida por la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, conocida como BIT PASE (Balance de las Tensiones que se generan en las Interacciones entre la Población, el Ambiente, la organización Social y la Economía), la cual pretende “brindar elementos conceptuales, normativos, metodológicos, pedagógicos, técnicos y operativos a las entidades territoriales, para la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de Planes Territoriales de Salud (PTS) que cumplan con los objetivos estratégicos propuestos en el PDSP”(6).

A través del intento de la implementación de este modelo metodológico, que no será desarrollado a cabalidad en el presente diagnóstico, se pretende fortalecer la comprensión de la situación de salud y el proceso salud enfermedad generado de acuerdo los diferentes factores que intervienen y conviven en un territorio, teniendo como base el análisis de la determinación social de la salud, los enfoques poblacionales, diferenciales, territoriales y de ciclo vital; los cuales se adaptan a la definición de las dimensiones prioritarias estructuradas y definidas desde el PDSP. De modo, que sea posible comprender las diferentes cadenas de determinación social que afectan la salud de un colectivo determinado en un territorio y momento histórico definido, con el fin de generar respuestas intersectoriales eficaces y coherentes con las necesidades de la población (6).

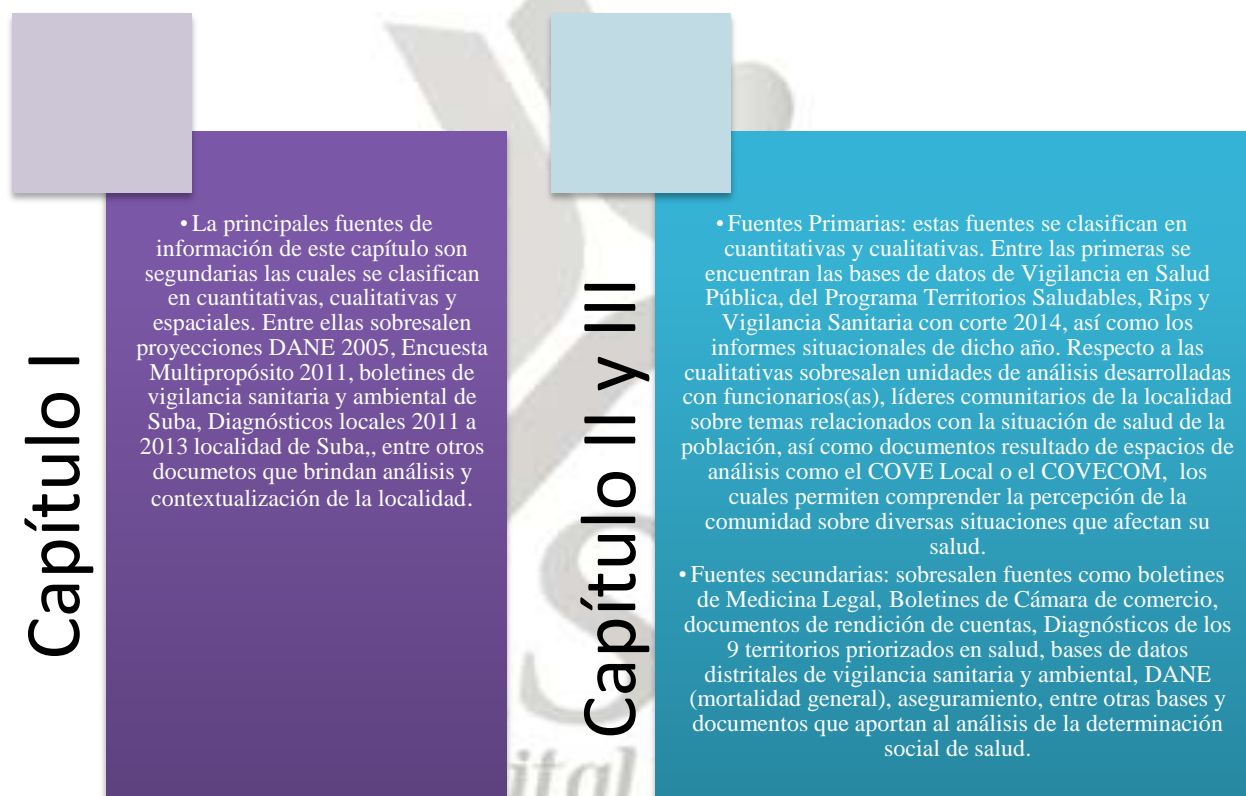
En este orden de ideas, la construcción del presente documento fue desarrollada de la siguiente manera:

3.1. Recolección de información

Para la elaboración de cada uno de los capítulos se contó un una fase de alistamiento, revisión o evaluación de fuentes de información basadas en los objetivos de cada uno de los capítulos. La Ilustración 1 muestra las fuentes primarias y secundarias que fueron utilizadas en la elaboración

de los capítulos del diagnóstico. Durante esta etapa sobresale el trabajo realizado con diferentes equipos de Salud Pública entre los cuales se encuentran el equipo de Gestión de Políticas y Programas, así como con integrantes del Programa Territorios Saludables, el equipo de Vigilancia en Salud Pública, Vigilancia Sanitaria y el Programa CAMAD. Por otra parte, durante este ejercicio, el equipo ASIS llevó a cabo la socialización de los objetivos del documento, así como mesas de trabajo para la retroalimentación de la información existente, de los vacíos y de los avances frente al presente documento. (Ilustración 1)

Ilustración 1. Fuentes de Información Diagnóstico Local 2014



Fuente: elaboración equipo ASIS Local. 2015. Vigilancia en Salud Pública. Hospital de Suba ESE II Nivel.

3.2. Procesamiento de información

Una vez consolidada la información obtenida en las etapas ya mencionadas, el equipo ASIS desarrolla un plan de trabajo para la elaboración del documento, el cual se presenta a continuación siguiendo las especificaciones de Secretaría Distrital de Salud:

- ✿ Organización de la información obtenida de acuerdo a las actividades establecidos desde Secretaría Distrital de Salud para la construcción de cada capítulo:

- **Capítulo I:** Actualización del mapeo de actores por etapa de ciclo vital 2012, diligenciamiento de la Matriz de fuentes del contexto territorial con información 2014, la Matriz de fuentes del contexto demográfico con información y la Matriz de fuentes del contexto socioeconómico con información 2014, priorización de UPZ vulnerables para la localidad de Suba.
 - **Capítulo II:** diligenciamiento de la Matriz listado de prioridades de mortalidad con información 2014, Matriz listado de prioridades de morbilidad con información 2014, Matriz bibliográfica de revisión de literatura sobre técnicas de análisis de determinantes en salud, en formato Excel y Matriz de reconocimiento de las condiciones básicas de salud 2014¹.
 - **Capítulo III:** elaboración de las tensiones PASE basadas en los esquemas de los componentes para la identificación de tensiones y preguntas orientadoras, enviados al correo y la Matriz de identificación y valoración tensiones en salud.
- ✿ Análisis de los indicadores por dimensiones prioritarias definidas por el PDSP, teniendo como base el enfoque de la determinación social en salud.
 - ✿ Elaboración del análisis sintetizado de las tensiones PASE a la equidad teniendo en cuenta el enfoque de determinantes sociales de la salud y desde una perspectiva espacial, social y epidemiológica.
 - ✿ Elaboración de la cartografía de ocho de las tensiones identificadas durante el capítulo III, basados en la disponibilidad de información para su elaboración.

3.3. Divulgación de la información

La divulgación tiene dos etapas: la primera de ellas es la publicación del documento de Diagnóstico local 2014 versión final en la página del Hospital de Suba ESE II Nivel, el envío del documento a Secretaría Distrital de Salud y a diferentes áreas del Hospital de Suba y por último, el equipo ASIS estará presto a brindar acompañamiento y socialización en espacio intersectoriales que sean convocados por el equipo Gestión de Políticas y Programas, como una parte fundamental del posicionamiento político del documento que se espera sea insumo para el desarrollo de programas que mejoren la calidad de vida de la población local.

¹ Para el capítulo II se cuenta con las matrices de prioridades de morbilidad y mortalidad, elaboradas y sugeridas por ASIS Distrital y adaptadas a partir de la guía conceptual y metodológica para la elaboración de ASIS territorial del Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS, Colombia 2013. Ahora bien, para el capítulo II también se cuenta con el soporte de la matriz de reconocimiento de las condiciones básicas de salud, la cual fue adaptada del lineamiento técnico, metodológico y operativo de la adaptación del modelo BIT PASE y de la Estrategia PASE al desarrollo a las condiciones del Plan Decenal de Salud Pública, Colombia 2014.

CAPÍTULO 1. RELACIÓN POBLACIÓN, TERRITORIO AMBIENTE Y SOCIEDAD



4. CAPÍTULO I. RELACIÓN POBLACIÓN, TERRITORIO AMBIENTE Y SOCIEDAD

4.1.CONTEXTUALIZACIÓN DE LA LOCALIDAD

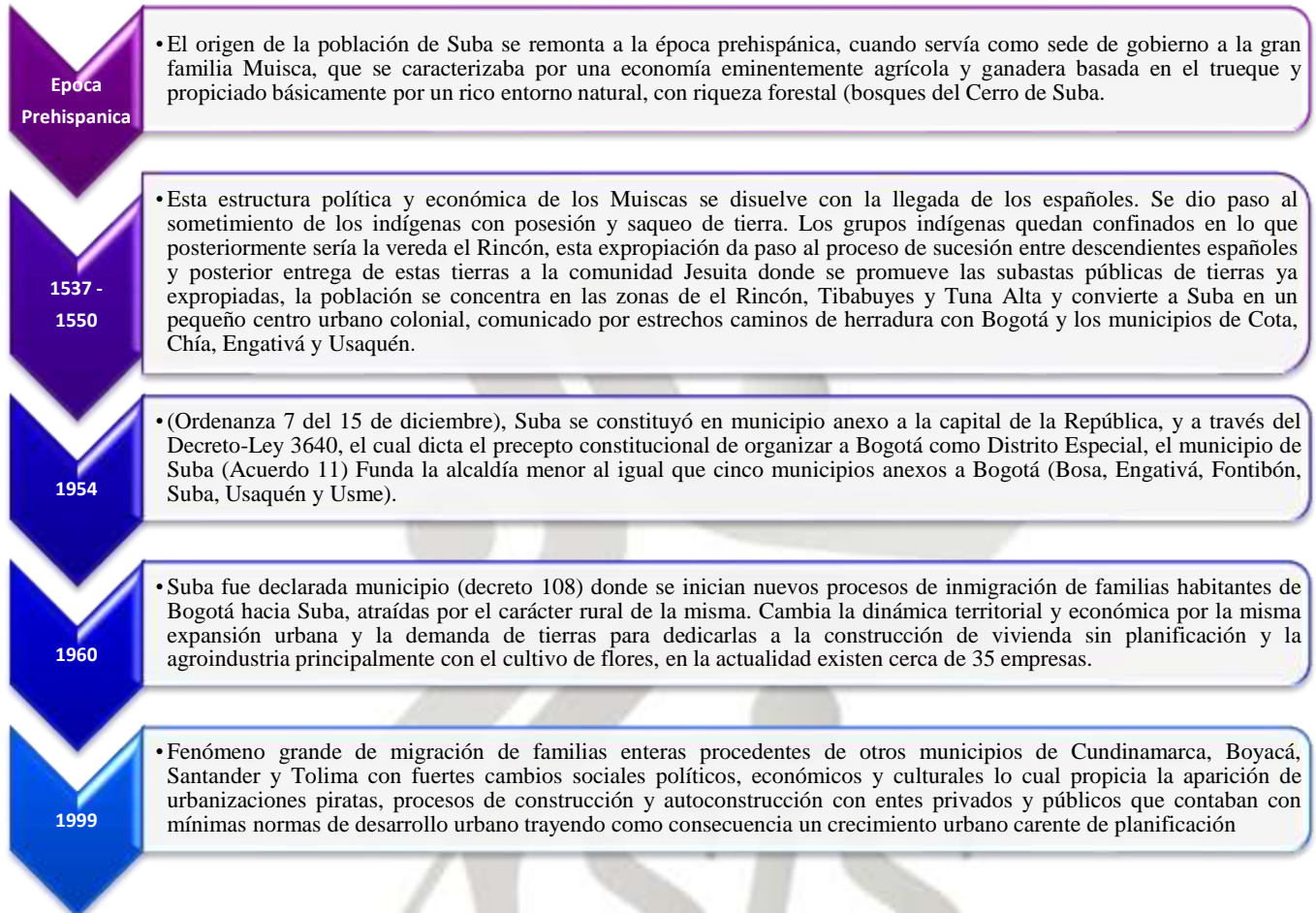
El nombre de Suba proviene de dos vocablos indígenas: Sua, sol y Sia, agua. El vocablo Suba significa quinua (planta quenopodiácea), principal alimento de los chibchas, y fue un territorio de gran extensión, centro de ritos ancestrales en la Laguna de Tibabuyes y lugar de encuentro indígena.

El origen de la población de Suba se remonta a la época prehispánica, cuando servía como sede de gobierno a la gran familia Muisca, en ella habitaban el Zipa Tisquesusa, quien era el líder religioso y del Zaque que era el líder militar y quien se encargaba de la defensa y expansión del territorio de los muisca. Esta familia se caracterizaba por tener una economía eminentemente agrícola, basada en el trueque de sus productos con otras comunidades de la región. En este lugar el pueblo muisca contaba con un rico entorno natural, donde se destacaban la riqueza forestal representada por los bosques del Cerro de Suba y la Conejera y la riqueza hídrica, con abundantes cursos de agua y humedales (laguna de Tibabuyes y humedales sobre el margen oriental del río Funza —hoy Bogotá— y río Neuque —hoy Juan Amarillo), lo que facilitaba el desarrollo de sus actividades agrícolas. (7)

La historia de poblamiento y en la evolución de las relaciones hombre – territorio, población usos del suelo y en la apropiación por parte de sus pobladores de las diferentes dinámicas y potencialidades de la localidad. En ese orden de ideas, se toman apartes de la rica reseña histórica contenida en el documento “Construcción colectiva de la biodiversidad urbano-rural del territorio de la localidad de Suba”, desarrollado en el convenio DAMA – Secretaría Distrital del Ambiente y el Instituto HUMBOLDT. (Ilustración 2)

Hospital de Suba

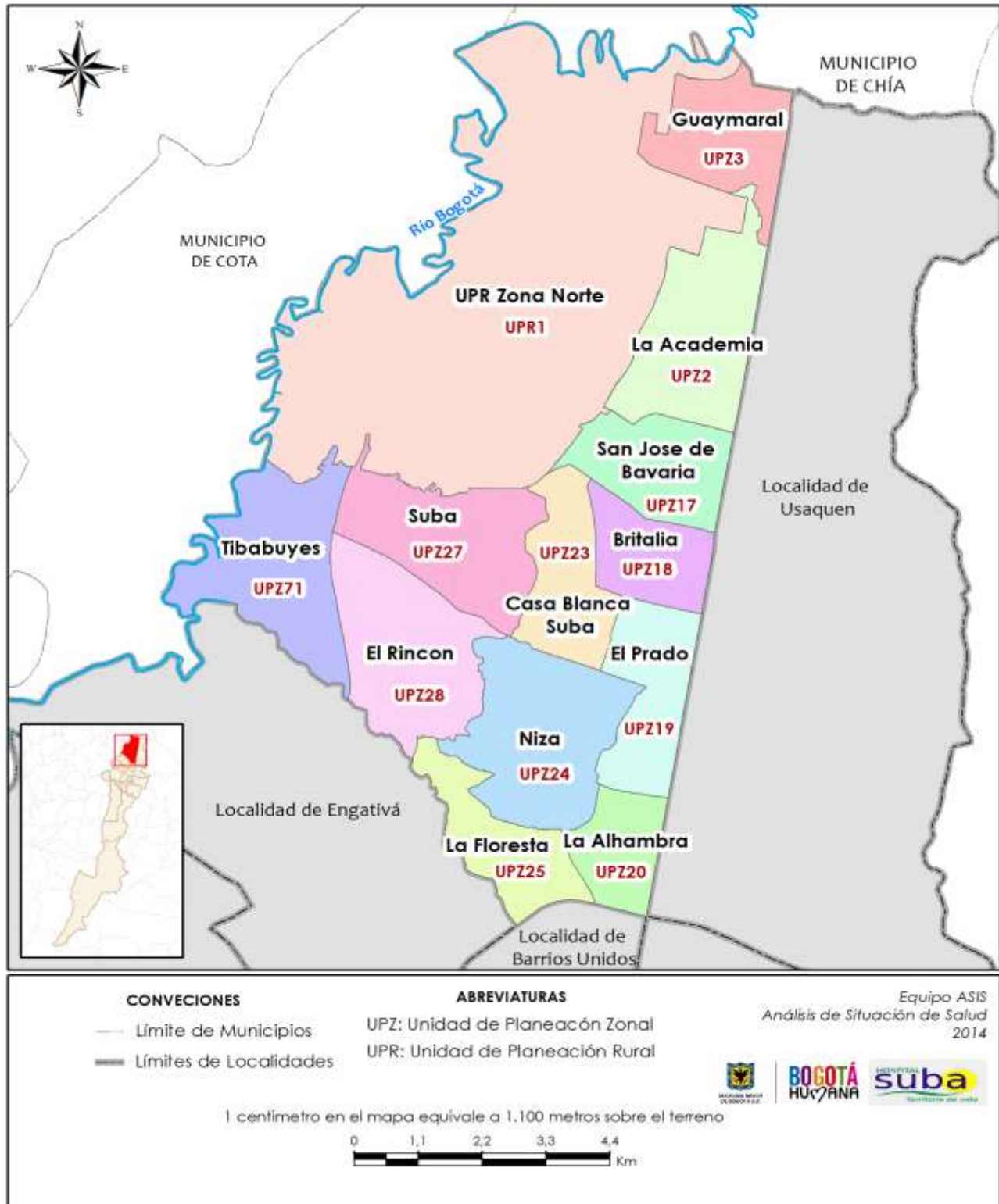
Ilustración 2. Historia de la Localidad de Suba



Fuente: Diagnósticos locales 2010-2013. Equipo ASIS Local. Vigilancia en Salud Pública. Hospital de Suba ESE II Nivel.

Según el Plan de Ordenamiento Territorial – POT la localidad de Suba está dividida en 12 Zonas de Planeación Zonal (UPZ) y una Unidad de Planeación Rural (UPR) (Mapa 1), esta última conformada por la zona de reserva ambiental y agrícola, que comparte toda la riqueza ecológica y ambiental de la localidad, como los cerros de la Conejera, el bosque maleza de Suba, el río Bogotá, los humedales Juan Amarillo, Conejera, Córdoba, Guaymaral - Torca.

Mapa 1. División político- administrativo de la localidad de Suba. 2014



Fuente: Elaboración del Grupo ASIS, con base cartográfica IDECA 2014.

La localidad cuenta en su territorio con una oferta ambiental y biodiversidad como micro cuencas, zonas de reservas forestales, humedales, flora y fauna; disponer de estas características geográfico, ambientales, implica una responsabilidad en garantizar la protección y conservación de los recursos ambientales, de allí se han desplegado acciones por parte de autoridades medioambientales para la protección y conservación de los mismos.

Los humedales son uno de los entornos más productivos en el mundo y son cuna de diversidad biológica como también de reservorios de agua, y productividad primaria de las que innumerable especies vegetales y animales como mamíferos, aves, y reptiles dependen para subsistir, además son reguladores del clima. Es de anotar, que de los 11 humedales registrados en la Ciudad de Bogotá, según el Plan de Ordenamiento Territorial, la localidad de Suba cuenta con 4 descritos anteriormente equivalentes a un 36,36%. No obstante, Suba cuenta además con accidentes geográficos como el Valle Aluvial del Río Bogotá y su zona de manejo y preservación ambiental; el sistema hídrico de vallados y canales, la oferta hídrica en el subsuelo de los Cerros norte y sur incluyendo el Cerro de la Conejera, los relictos de bosque de Arrayanes en la zona de las Mercedes, el área de Reserva forestal regional del norte, la oferta agrológica de alta productividad en la zona rural y un singular número de paisajes naturales y construidos agrarios.

Según la agenda ambiental de Suba, las características ambientales de la localidad son: clima frío subhúmedo, con temperatura promedio de 14°C, precipitación media anual de 900 a 1.000 milímetros y humedad relativa máxima de 77,6%, acompañada de lluvias y brisas de viento; en los meses de marzo, abril, mayo, octubre y noviembre se intensifican los periodos de lluvia con temperaturas mínimas de 2°C, mientras que los meses secos como diciembre, enero, febrero, junio y septiembre la temperatura promedio es de 23,6°C. (7).

La localidad de Suba concentra gran parte de la población de Bogotá, debido a los procesos constantes de poblamiento, el aumento de construcciones y de áreas laborales, lo cual indica unas dinámicas sociales como traslados de ciudadanos a otras localidades para desempeñarse laboralmente; por lo anterior existe población que requiere una movilización permanente, para ello, se dispone del sistema Transmilenio, el cual cuenta con dos vías que pertenecen a la red: autopista Norte y Troncal de Suba, con carriles de uso exclusivo, lo cual facilita el tiempo en la movilización de los mismos, así como también, con el Portal de Suba y dispone de rutas de buses alimentadores que acercan a la población de los barrios a las estaciones de trasbordo más próximas. En cuanto al estado de la malla vial en la localidad de acuerdo a la clasificación que presenta el Instituto de Desarrollo Urbano – IDU, la malla vial de la ciudad se encuentra dividida en: Malla Vial Arterial 2, Malla Vial Intermedia 3, y Malla Vial Local 4. 5(7) (Tabla 1)

² La malla vial arterial es la red de vías de mayor jerarquía, que actúa como soporte de la movilidad y la accesibilidad urbana y regional y de conexión con el resto del país. Igualmente, facilita la movilidad de mediana y larga distancia como elemento articulador a escala urbana.

³ La malla vial intermedia está constituida por una serie de tramos viales que permean la retícula que conforma la malla vial arterial, sirviendo como alternativa de circulación, permitiendo el acceso y fluidez de la ciudad a escala zonal

⁴ La malla vial local está conformada por los tramos viales cuya principal función es la de permitir la accesibilidad a las unidades de vivienda.

⁵ Instituto de Desarrollo Urbano (IDU) Malla vial Localidad de Suba, Diciembre 2014

El mal estado de las vías en la localidad se evidencia en los tres tipos, empezando con la Malla Vial Arterial con un 10,7% hasta terminar con la Malla Vial Local con un 58,3%. Situación inversa ocurre con el Buen estado de la misma clasificación de las vías, pues la Malla Vial Arterial presenta un 75%, terminando con la Malla Vial Local con un 11%. A su vez, es importante señalar que la magnitud de este fenómeno es diferente en ambos tipos de vías (Arterial y Local) pues el Mal estado de las vías en la Malla Vial Arterial corresponde a 33 Km/Carril, mientras que la Malla Vial Local en ese mismo estado tiene 620,1 Km/Carril; El estado vial inadecuado, facilita la incidencia de enfermedades respiratorias (8)

Tabla 1. Inventario Malla Vial Localidad de Suba, Diciembre 2014

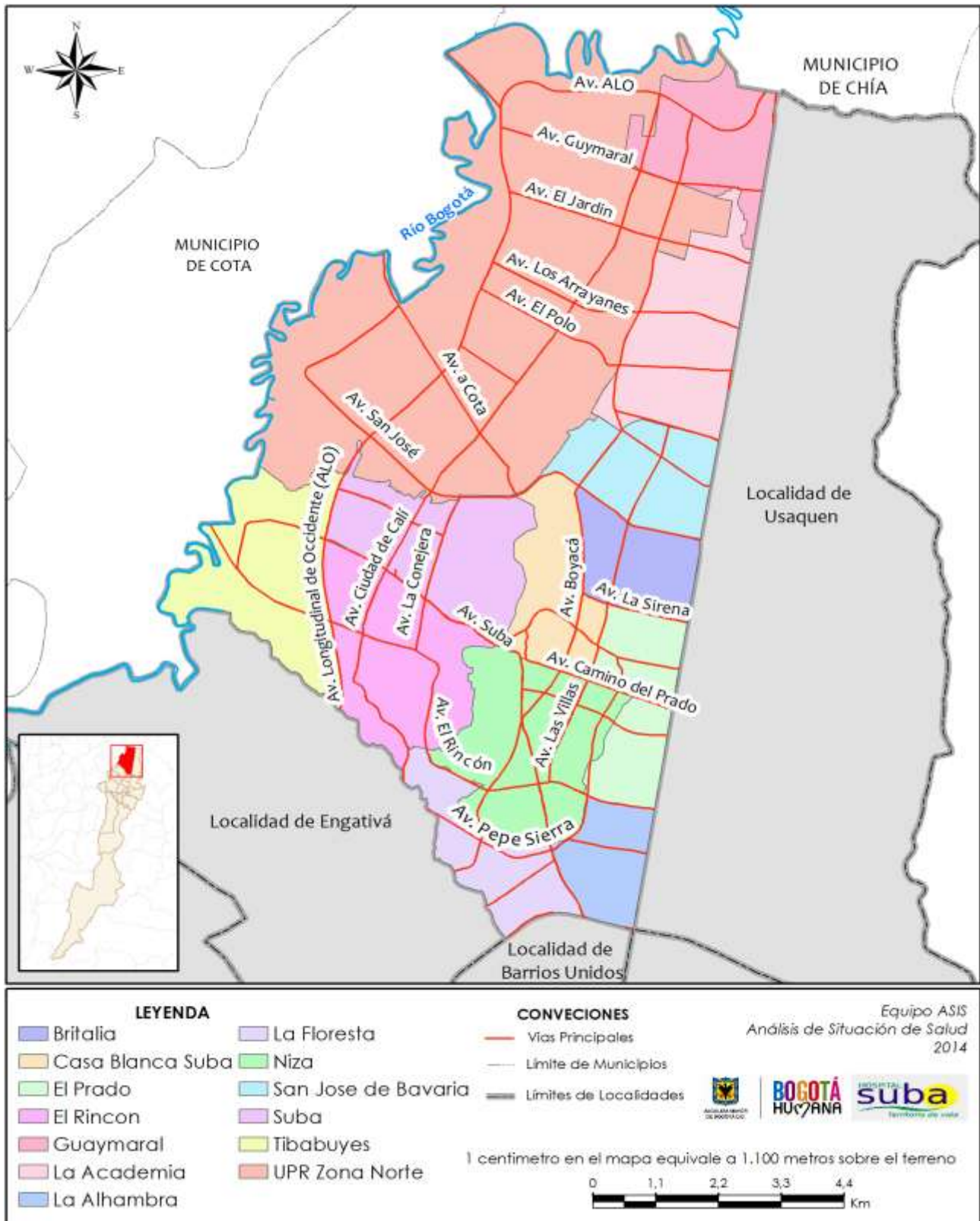
TIPO Y ESTADO DE LA VIA		PORCENTAJE
Malla Vial Arterial	Bueno	72,41%
	Regular	14,86%
	Malo	12,72%
TOTAL		100,0%
Malla Vial Intermedia	Bueno	64,63%
	Regular	5,69%
	Malo	29,67%
TOTAL		100,00%
Malla Vial Local	Bueno	15,37%
	Regular	29,79%
	Malo	54,84%
TOTAL		100%

Fuente: Instituto de desarrollo urbano, Inventario Malla vial 2014.

Las avenidas principales son en gran parte los límites territoriales de las UPZ, como la avenida Boyacá la cual divide las UPZ Suba Casa Blanca y Britalia y la Avenida Longitudinal de Occidente que separa a la UPZ Rincón de la UPZ Tibabuyes. Además, cuenta con 4 avenidas principales (Ciudad de Cali, Boyacá, Autopista Norte y Suba), y 12 avenidas de conexión como la avenida el Tabor y Rincón, la cual comunica la localidad de Oriente a Occidente, pasando por las UPZ Prado, Alhambra, Niza, Floresta, Rincón y Tibabuyes. (Mapa 2)

Por otra parte, el crecimiento urbanístico principalmente en áreas de los cerros y las rondas de los ríos y humedales caracterizado por la construcción de viviendas en zonas de alto riesgo de inundaciones, remoción en masa e incendios, la malla vial en mal estado, el aumento de transporte público y particular entre otros determinantes, permiten que la oferta ambiental se deteriore por factores como contaminación, manejo inadecuado de residuos sólidos, tenencia inadecuada de mascotas, invasión de espacios públicos, proliferación de roedores y vectores, que ocasionan problemas de salud en los residentes.(7)

Mapa 2. Vías principales de comunicación de la Localidad de Suba. 2014



Fuente: Elaboración del Grupo ASIS, con base cartográfica IDECA 2014.

En cuanto al manejo de residuos sólidos en la localidad se realiza mediante la prestación del servicio de aseo con el programa de basura cero el cual se realiza con una frecuencia de tres veces en la semana de recolección; a pesar de esto algunos habitantes de la localidad especialmente de las UPZ Rincón y Tibabuyes presentan dificultades para adaptarse a los horarios establecidos de recolección de basuras, lo que ha permitido la presencia frecuente de las mismas en puntos específicos de dichas UPZ, aumentando la contaminación por malos olores y el deterioro del espacio público (7), (9) ,(10). Por su parte, la deficiencia en la red de alcantarillado y la presencia de la ronda hidráulica del río y del humedal genera malos olores, reboce de aguas lluvias y residuales, además se convierten en terrenos utilizados para el pastoreo de bovinos y equinos, depositando excretas y acrecentando la problemática sanitaria, manejo inadecuado de residuos sólidos (identificados cuatro puntos críticos de disposición temporal), no sólo genera la proliferación de vectores sino también de caninos callejeros, malos olores y deterioro ambiental.

Dentro de los recorridos realizados por UPZ durante el año 2015, se evidencia, que gran parte de la localidad concentra mala disposición de escombros y residuos sólidos, situándose principalmente en las zonas cercanas a los humedales Juan Amarillo, Córdoba y Conejera así como también en las riveras del río Bogotá, en los micro-territorios Villa Cindy, Lisboa, Santa Cecilia 1 y 2, Santa Rita entre otros. También hay concentración de dicha problemática en la mayoría de los lotes urbanizados no edificados y en la avenida longitudinal de occidente que atraviesa de sur a norte la localidad.

La contaminación de aire en la localidad de Suba se distribuye a grandes rasgos así: en su zona norte (UPZ Guaymaral) hay polvo re-suspendido ocasionado por las vías sin pavimentar, el flujo de vehículos pesados y el uso de agroquímicos. En la zona centro, sur oriente y algunas UPZ de la parte norte (UPZ San José de Babarúa, Prado, Britalia, La Alhambra, Niza, Casa Blanca Y La Floresta) lo que genera contaminación atmosférica es el rodamiento de un alto número de vehículos privados con pocos pasajeros, la construcción de obras y algunas vías en regular estado. En el sector suroccidental (UPZ de Tibabuyes y Rincón) hay alto flujo de vehículos de servicio público, vías en mal estado, restaurantes con chimeneas bajas o inexistentes (especialmente asaderos) cercanas a las viviendas, así como la presencia de ornamentadoras y bodegas de reciclaje. Para la localidad se realiza monitoreo de la calidad del aire en dos estaciones, ubicadas dentro de la localidad: la estación suba (av. corpas km 13) y la estación Guaymaral (autopista norte km 13) (11).

Cabe mencionar que en la localidad se presenta contaminación de aire, agua así como también contaminación auditiva; dentro de las rondas de canales, quebradas y humedales se evidencia aguas negras y manejo inadecuado de residuos sólidos, invasión de la ronda del humedal Juan Amarillo y el Río Bogotá con edificaciones ilegales donde residen principalmente los habitantes de calle y personas recolectoras quienes a su vez son poseedores de más de dos mascotas domésticas.

Es de anotar, que las intensidades más altas de ruido se perciben en las vías de mayor congestión⁶. Entre las causas de contaminación por ruido, se encuentra el parque automotor, disparo de alarmas principalmente en las horas nocturnas, el uso intensivo de altavoces y equipos de sonidos asociados a la actividad comercial diurna y nocturna de la localidad; así como el ruido de los aviones cuya ruta de vuelo atraviesa la localidad. (12)

Por otro lado la localidad está expuesta a riesgos naturales que involucran pérdida de vidas humanas e inmuebles, pues frecuentemente la localidad tiene presencia de riesgos a nivel general, como por ejemplo riesgos en redes (incendio, derrame, fuga, explosión, entre otros) y aglomeración de público, especialmente en Suba Centro y Rincón debido a la concentración de actividad comercial. (13)

El riesgo más frecuente en diferentes zonas de la localidad es el Aluvial, clasificado en dos: Encharcamientos e inundaciones. El encharcamiento tiene presencia en los sectores Gavilanes (Sta. Cecilia, Villa Cindy, Sta. Rita, Bilbao, San Pedro, Berlín, y Lisboa), Fontanar del Río, vía Suba-Cota, Vereda Chorrillos, vía Guaymaral, San José, Arrayanes y Rincón Frontera. En cuanto al riesgo por inundaciones, tiene presencia en Villa Cindy, Bilbao, Lisboa, La Carolina, La Cañiza, las rondas del humedal Juan Amarillo y La Conejera, y la vía Suba-Cota en donde se ubican principalmente los humedales y el río Bogotá. (8)

En cuanto al riesgo tecnológico se asocia con la concentración de industrias donde el almacenamiento y manipulación de materiales peligrosos constituye una amenaza para la generación de eventos como incendios, derrames, fugas y explosiones. En la localidad se identifica una densidad media de industrias, las cuales se ubican preferencialmente en la zona plana, hacia el extremo sur de la localidad. Una entre la calle 127 y 144 bis, hacia el límite oriental de la localidad y adyacente a la Autopista Norte, barrios San José del Prado, Prado Pinzón y Prado Veraniego en los cuales se encuentra principalmente comercializadoras al por mayor de materias primas para la industria química e insumos agrícolas así como algunos distribuidores minoristas de combustible y el otro entre la Avenida Suba y el río Juan Amarillo desde la calle 100, barrios Julio Flórez y Santa Rosa en los cuales se encuentra la fabricación de sustancias químicas y estaciones de servicio; estas dos zonas son también las que muestran las mayores concentraciones de accidentalidad. (11)

El 0,49% es decir 8,8 hectáreas (ha) de la localidad está en zona de amenaza alta por movimientos en masa, un 8,65% (869,3 ha) en zona de amenaza media y un 2,28% (229,5 ha) en zona de amenaza baja, el restante 88,6% del área (8908,5 ha) se encuentra en zonas planas. Por otro lado, aproximadamente el 16% del área de la localidad presenta amenaza por inundación, de los cuales el 60,2% (976,46 ha) están en amenaza alta, el 29,1% (472,47 ha) en amenaza media y el 10,7% (173 ha) en amenaza baja. Las zonas más vulnerables para Amenaza de Inundación por

⁶ Se consideran Vías de mayor congestión en la Localidad la Autopista Norte con calles 100 y 127, las avenidas Suba y Boyacá y la carrera 69, en las zonas comerciales especialmente en los sectores de centros comerciales como Subazar, Centro Suba, Santa fe y en establecimientos nocturnos (carrera 92 con calle 144, carrera 113 con calle 146 y carrera 52 con calle 166 sector de Britalia).

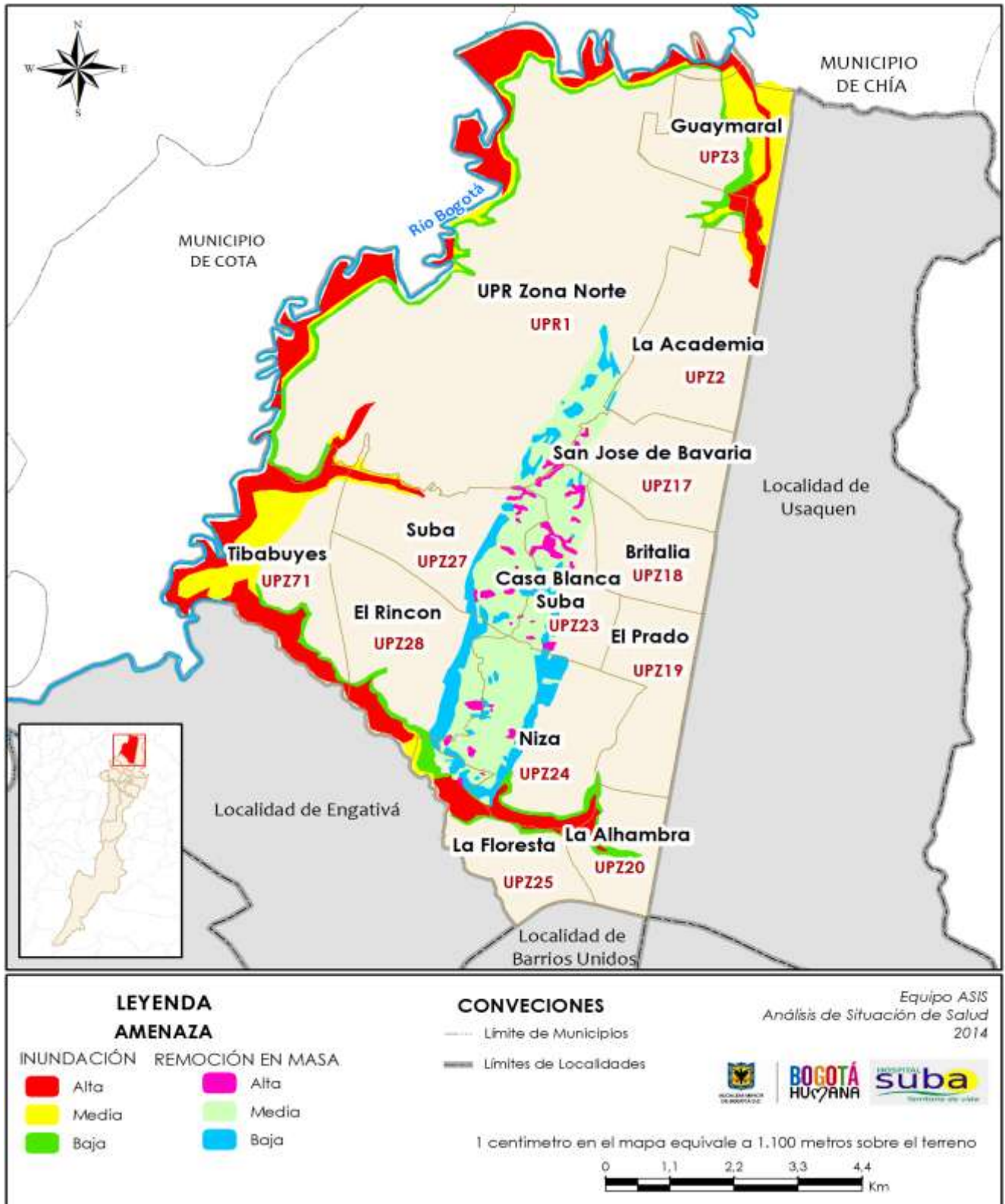
desbordamiento del Río Bogotá en los Barrios Santa Cecilia, Villa Cindy, Santa Rita, San Pedro y Bilbao de la Localidad de Suba, debido a la Influencia de las Obras de Mitigación Realizadas en el Cauce del Río Juan Amarillo y Bogotá”, (14) (Mapa 3)

Dentro de las zonas de alto riesgo sísmico se encuentra parte de los barrios Altos de Suba, Suba Naranjos, Escuela de Carabineros y Casablanca Suba, así como las formaciones montañosas sin urbanizar; estas zonas representan un 5,3% del área total de la localidad, las cuales están conformadas por la zona de transición entre los cerros y la zona plana y consta principalmente de depósitos coluviales y conos de deyección de materiales con una elevada capacidad portante en general, pero con estratigrafías heterogéneas con predominio de gravas, arenas y limos y depósitos ocasionales de arcillas de poco espesor; en los barrios San José de Bavaria, San José V Sector, Portales del Norte, Gilmar, Tuna Alta, El Plan, Atenas, Ciudad Hunza, San Jorge, Niza Norte, Niza Suba, Club Los Lagartos, Niza, entre otros, lo que representa un 8% del área total de la localidad, conformada principalmente por depósitos de arcillas blandas con profundidades mayores de 50 m. Pueden aparecer depósitos ocasionales de turbas o arenas de espesor intermedio a bajo. Presentan una capa superficial pre-consolidada de espesor variable y no mayor a 10 m.

La localidad de Suba cuenta con seis estaciones de acelerógrafos ubicadas en la Sede de la Universidad Juan N. Corpas, la Escuela Colombiana de Ingeniería, la Escuela de Carabineros, la Universidad Agraria, las Antenas de TV Cable y el Club del Banco de la República (14).



Mapa 3. Amenaza por inundación y remoción en masa por UPZ en la Localidad de Suba 2014.



Fuente: Elaboración propia del Grupo ASIS, con base cartográfica IDECA 2014 e IDIGER (FOPAE).

4.1.1. División Territorial y Equipamientos

Ahora bien, en el marco del plan de gobierno Bogotá Humana 2012 – 2016, tiene lugar el Programa Territorios Saludables, el cual desde la implementación de la Atención Primaria en Salud - APS, busca garantizar el derecho a la salud de las comunidades locales. Para esto, se lleva a cabo la división de la localidad en micro-territorios y territorios, desde los cuales son desarrolladas las actividades de prevención en salud de los subprogramas que responden a las necesidades de acuerdo a los ciclos de vida, las situaciones y las condiciones diferenciales (15).

Para el presente año la localidad de Suba cuenta con 108 micro-territorios los cuales se agrupan en los distintos territorios prioritarios de Salud; Suba es la única localidad del Distrito que conformó nueve territorios, esto debido a la priorización en salud que tuvo como referencia los estratos socioeconómicos (1,2,3) los cuales oferta mínimo 800 familias caracterizadas en promedio por cada micro-territorios.

Dentro de la localidad, la distribución de equipamientos sociales, institucionales, educativos y de salud, se encuentran principalmente en la zona Sur oriental y central de la misma. Cabe anotar que esta zonas descritas presentan estratos socio económicos altos (4, 5 y 6) en gran parte, donde las problemáticas sociales y ambientales no se encuentran priorizadas; No obstante, en la localidad de Suba los equipamientos encontrados en su mayoría son los de Educación con 407 tanto públicos como privados, localizados principalmente en las UPZ Rincón 36,42% (n=107) y Suba Centro con 12,77% (n=52); los actores sociales e institucionales son un total de 178, localizándose en las UPZ Suba Centro con un 37,42% (n=67). Por su parte, los equipamientos en salud son 438 en toda la localidad, encontrándose localizados en las UPZ Alhambra y Niza con igual número de equipamientos (n=93).

Finalmente, el deporte, que se establece como un derecho y su promoción requiere de condiciones específicas y de escenarios deportivos, en Suba se establece la necesidad de parques y centros deportivos, así como del cuidado y restauración de los mismos, pues actualmente son zonas abandonadas, sin mantenimiento e inseguras supeditadas a la presencia de pandillas, delincuencia y utilizadas para el entrenamiento de perros de razas agresivas, además de convertirse en depósitos de basuras y tenencia inadecuada de mascotas.

4.2.CONTEXTUALIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y ECONÓMICA DE LA LOCALIDAD.

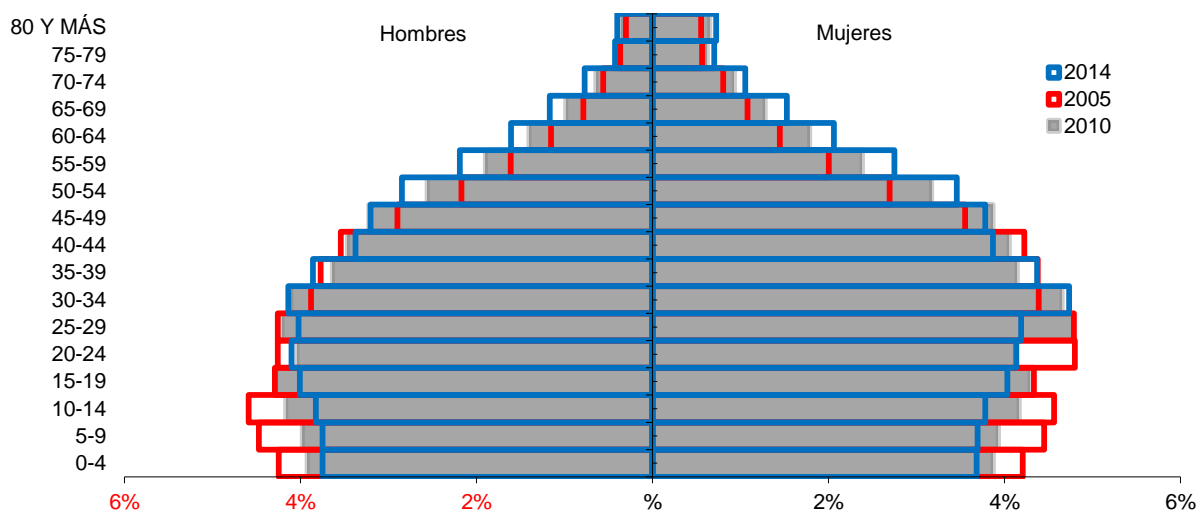
De acuerdo con el Censo del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) del 2005, la localidad de Suba se caracteriza por presentar expansión poblacional tanto en el área urbana como el área Rural, con una proyección aproximada de 1.146.985 habitantes para el año 2014, donde el 47% de la población pertenece a género masculino (544.454) y el 53% (602.531) al género femenino; se observa de esta manera un índice de masculinidad de 0,90 lo que indica que por cada 100 mujeres hay 90 hombres en la localidad; El crecimiento urbano, el aumento de

las construcciones, la facilidad de acceso, la migración social entre otros, hacen que la localidad de Suba aporte el 30% a la totalidad de los habitantes del distrito.

El crecimiento proyectado para la localidad en el año 2014 según el DANE es del 2,31% lo que quiere decir que la población aumenta a un promedio anual de cerca de 2 habitantes por cada 100 personas lo que corresponde a cerca de 25.854 nuevos habitantes, incluyendo el porcentaje de habitantes que ingresan producto de la migración, que para los años 2010 a 2015 se proyecta una tasa de 11,21 por 1000 habitantes. Las principales razones de migración local están dadas por conflicto armado, búsqueda de redes de apoyo, mayor oferta de subsidios y apoyos del Estado, nuevas construcciones hacia la parte rural, nuevas oportunidades laborales principalmente informales, oferta de viviendas con subsidio, en otras palabras, se resalta las migraciones relacionadas con características geográficas donde se aprecia diversidad ambiental, comercial, calidad de vida, oferta educativa privada y pública, entre otras propias de una dinámica rural convirtiendo a la localidad de Suba en un espacio atractivo para vivir y trabajar.

La localidad tiene una pirámide transicional con un comportamiento estacionario desde el año 2010, con aumento en la concentración de edades productivas, disminución de las edades jóvenes y pequeños aumentos de los adultos mayores, con una esperanza de vida en los hombres de 75,56 y en las mujeres de 80,72; La pirámide muestra la base angosta, producto del control de la natalidad en los últimos años lo que indica que por cada 100 mujeres en edad fértil de 15 a 49 años hay 26 niños de 0 a 4 años. (Gráfica 1).

Gráfica 1. Pirámide Poblacional, Localidad de Suba. 2005,2010, 2014



Fuente: Ministerio de salud y protección social, herramienta pirámide poblacional

En la localidad se presenta una muestra importante de hombres y mujeres entre los 20 a 35 años, edades adultas, productivas y en el caso de las mujeres además de productivas, edades fértiles. Este comportamiento se ha acentuado en los últimos 5 años, sin embargo la localidad cuenta con menos población infantil evidenciando así que para el año 2014 por cada 100 personas 22

corresponden a población menor de 15 años y 27 de cada 100 tienen entre 15 a 29 años. Con relación al índice de Friz la localidad registra en 186,6 evidenciando que la población se encuentra en etapa joven. En cuanto a la población adulta mayor el índice de vejez evidencia que para el año 2014, seis de cada 100 personas tienen más de 60 años. Cabe mencionar que por cada 100 menores de 15 años en la localidad hay 30 adultos mayores de 60 años, es decir que en la localidad se cuenta con más población menor de 15 años. (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución Porcentual de la población total por sexo, edad en grupos quinquenales y área de residencia. Localidad de Suba 2014

QUINQUENIOS DE EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
0 a 4	43.017	7,90%	42.218	7,01%	85235	7,43%
5 a 9	43.035	7,90%	42.364	7,03%	85399	7,45%
10 a 14	43.909	8,06%	43.371	7,20%	87280	7,61%
15 a 19	45.988	8,45%	46.251	7,68%	92239	8,04%
20 a 24	47.08	8,65%	47.427	7,87%	94507	8,24%
25 a 29	46.143	8,48%	48.043	7,97%	94186	8,21%
30 a 34	47.472	8,72%	54.302	9,01%	101774	8,87%
35 a 39	44.254	8,13%	50.117	8,32%	94371	8,23%
40 a 44	38.738	7,12%	44.365	7,36%	83103	7,25%
45 a 49	36.776	6,75%	43.343	7,19%	80119	6,99%
50 a 54	32.689	6,00%	39.657	6,58%	72346	6,31%
55 a 59	25.136	4,62%	31.507	5,23%	56643	4,94%
60 a 64	18.461	3,39%	23.638	3,92%	42099	3,67%
65 a 69	13.394	2,46%	17.506	2,91%	30900	2,69%
70 a 74	8.851	1,63%	12.097	2,01%	20948	1,83%
75 a 79	4.906	0,90%	8.056	1,34%	12962	1,13%
> 80	4.605	0,85%	8.269	1,37%	12874	1,12%
TOTAL	544454	100%	602531	100%	1146985	100%
AREA	No. de Habitantes Hombre	%	No. de Habitantes Mujer	%	TOTAL	
TOTAL ÁREA URBANA	544355	99,98%	602439	99,98%	1146794	
ÁREA RURAL	99	0,02%	92	0,02%	191	
TOTAL LOCALIDAD	544454	100%	602531	100%	1146985	

Fuente: Proyecciones DANE 2005 – 2015, Localidad de Suba

Este comportamiento demográfico y poblacional, más allá de presentar algunas cifras, evidencia algunas de las necesidades latentes en la localidad y responde algunos de los porqué que producen algunos temas socialmente denominados como las “problemáticas de los jóvenes”. Si la mayor parte de la población local se encuentre en edades jóvenes y adultas, pero también estas etapas de vida presentan grandes dificultades poco evidenciadas como altos índices de violencia o riñas, deficientes condiciones laborales, barreras de acceso a la educación superior, consumo de sustancias psicoactivas (16), entre otras, se hace evidente la necesidad de fortalecer los planes de desarrollo locales hacia estas poblaciones, claramente sin descuidar a las demás, pues si se parte del principio de equidad y enfoque diferencial cada población tiene sus necesidades y éstas deben ser mitigadas por las políticas sociales.

Ahora bien, en la localidad habitan diferentes grupos de poblaciones diferenciales entre los cuales se identifican principal y mayoritariamente los grupos étnicos, pero también se identifican personas LGBTI y poblaciones de inclusión como habitante de calle, personas en ejercicio de prostitución, personas de ocupación carretera, recicladora y pequeña bodeguera, víctimas del

conflicto y personas con discapacidad⁷. Vale la pena resaltar que la información existente sobre estos grupos poblacionales es reducida debido a determinantes estructurales e históricos de exclusión social, discriminación, segregación social y por ende falta de reconocimiento en la diferencia (17).

Respecto a la comunidad indígena Muisca nativa del territorio de suba se conocen datos de caracterización del censo llevado a cabo por el cabildo, de 2600 familias aproximadamente. Según una muestra tomada en el año 2014 de la base SISPI, el 54,18% de la población indígena residente en la localidad es de género femenino, además, dentro de la caracterización por etapa de ciclo vital, se cuenta con 147 niños menores de 5 años, 265 infantes entre los 6 a 13 años, 147 adolescentes entre los 14 a 17 años, 312 jóvenes entre los 18 a 26 años, dentro de la etapa de adultez en la localidad contamos con 716 adultos entre los 27 a 59 años por ultimo 193 adultos mayores de 60 años, siendo así la mayor cantidad de población entre las edades productivas.

Por su parte, de acuerdo con la información del Censo DANE 2005, 14.591 habitantes de la localidad se auto-reconocen como afro-descendientes lo que constituye el 1,6 % del total de la población de la localidad y representa el 15% del total de la población afro-descendiente que reside en la ciudad 19 Sin embargo, otras fuentes más recientes (2010) reconocen que en la localidad puede haber entre 30 mil y 39 mil personas afro, que representarían el 3,9% de la población de localidad (18).

Resulta imprescindible conocer que buena parte de la población con pertenencia étnica afro, también forma parte del grupo poblacional de personas víctimas del conflicto armado, que para la localidad actualmente, según Sistema de Información de Víctimas del Conflicto – SIVIC, en el periodo 2012 a 2014 en la localidad de Suba hay caracterizadas 11.699 personas Víctimas del Conflicto, de las cuales aproximadamente el 20,65% tienen pertenencia étnica (n=2415) de estos, el 61,58% son mestizos (n=1487) 14,69% son negros, mulatos y afro (n=355), el 4,35% son indígenas (n=105), el 18,85% no tiene ninguna (n=455) y el 0,54% registra sin información (n=13).

Adicionalmente, la presencia de grupos al margen de la ley o paramilitares en la ciudad afectan considerablemente la salud mental de la población local, pues han promovido el desarrollo de situaciones de reclutamiento forzado y desplazamiento intra-urbano, siendo Suba una de las localidades receptora de gran cantidad de población desplazada de diferentes zonas del país y de otras localidades; lo cual se evidencia en los registros del Centro Dignificar 21. Esta situación, es uno de los determinantes más representativos para la salud de la población de las UPZ Rincón y Tibabuyes de la localidad, pues representa la adaptación a contexto receptor, cambio de costumbres, estigmas sociales, dificultades en la atención o acceso a los servicios de salud, entre otros.

⁷ Para ampliar información sobre las poblaciones diferenciales de la localidad dirijase al Informe de caracterización de población diferencial y de inclusión elaborado por el equipo ASIS Local del Hospital de Suba y disponible en: <http://www.esesuba.gov.co/joomla/portal/index.php/remository/salud-publica/componente-vigilancia-salud-publica/analisis-de-situacion-salud-calidad-vida/ASIS-DIFERENCIAL--FASE-EXP/Informe-Asis-Diferencial/>

Ahora bien, en la localidad durante 2014 la tasa general de fecundidad es de 31,7 y la tasa global de fecundidad de 1,35; en cuanto al número de nacimientos es de 11,5 por cada mil habitantes, respecto a la tasa natural de crecimiento para el año 2014 es de 0,8%, es decir que el crecimiento local es bajo. A pesar de esto, en la localidad se identifican determinantes sociales como embarazos generados por la necesidad de los subsidios del Estado, por la necesidad de abandonar su núcleo familiar, el ideal de ser madre asociado a las construcciones sociales de género, entre otros que en ocasiones pueden ser contraproducentes para la salud de las mujeres que habitan la localidad (19).

La localidad de Suba presenta las mayores tasas de nacimientos en mujeres con edades comprendidas entre los 20 a 29 años, con una edad media de fecundidad de 27 años, situación similar a la observada para Bogotá. Se evidencia de la misma forma, que al comparar las tasas específicas locales con las Distritales, Suba presenta menores tasas de nacimientos en mujeres con edades entre los 10 a los 29 años mientras que a partir de los 30 años estas son superiores a las de Bogotá (Tabla 3).

Tabla 3. Tasas específicas de fecundidad. Localidad de Suba, años 2010 a 2013

AÑO/GRUPO DE EDAD		TASAS * 1000 mujeres en cada grupo de edad								
		10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años	50 a 54 años
2010	BOGOTA	1,7	60,3	96,2	79,2	62,6	35,9	10,1	0,8	0,2
	SUBA	1,2	44,1	83,9	75,3	63,8	39,3	10,4	1,0	0,1
2011	BOGOTA	1,5	58,9	91,9	74,9	60,5	35,0	9,4	0,8	0,2
	SUBA	1,2	42,9	76,0	70,3	67,4	40,3	9,8	0,6	0,1
2012	BOGOTA	1,6	59,0	89,8	74,2	58,7	32,9	9,1	0,7	0,2
	SUBA	0,8	45,7	77,8	69,6	63,0	35,5	9,4	0,6	0,2
2013	BOGOTA	1,00	61,40	93,89	85,57	70,58	40,47	11,40	0,81	0,19
	SUBA	1,4	41,8	75,5	70,6	58,1	37,5	9,7	0,6	0,2

Fuente: DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades 2010 – 2013. Dirección De Salud Pública, sistema de estadísticas vitales SDS (datos preliminares)

Así mismo, vale la pena mencionar que las UPZ en las cuales se reporta mayor número de nacidos vivos en la localidad son Rincón y Tibabuyes con 4110 y 3783 respectivamente. De este modo, la distribución de la población en el espacio muestra los fuertes desequilibrios territoriales o desigualdades en el reparto de la misma, ya que ésta se distribuye de manera heterogénea en el territorio, tendiendo a concentrarse en unas zonas más que en otras, debido a la influencia que ejercen diversos factores físicos, económicos, sociales, políticos, económicos y culturales (7).

Ahora bien, al desagregar la densidad poblacional de la localidad según las Unidades de planeación zonal (UPZ) se observan marcadas diferencias en lo que respecta a la población versus el área por hectárea, en las UPZ Rincón y Tibabuyes, reportan densidades que triplican la densidad Distrital (474,7 hab/ha y 353,8 hab/ha), de igual forma Suba centro, Britalia y Prado alcanzan densidades mayores (240,5 hab/ha; 199,7 hab/ha y 207,93 hab/ha respectivamente). (Tabla 4)

De esto se justifica principalmente en los Territorios de Tibabuyes y Rincón caracterizados como vulnerables con similitudes en cuanto a población e infraestructura ya que son lugares urbanos de

tipo mixto: residenciales y comercio fluido, donde se encuentran las vías principales y más transitadas de la localidad, generalmente entre estrados 1,2 y 3 según el sector, de igual forma es el centro de residencia de población que migra producto de conflicto armado, nuevas oportunidades de acceso laboral principalmente al sector informal, concentración de instituciones y fundaciones que fortalecen las redes de apoyo de tipo social y alimentario.

Tabla 4. Densidad Poblacional Por UPZ Localidad de Suba, 2014

UPZ	Hombres		Mujeres		Total		Extensión (ha)	Densidad Poblacional por UPZ (Hab/ha)
	No.	%	No.	%	No.	%		
La Academia	553	0.10	524	0.09	1077	0.09	672.1	1.60
Guaymaral	152	0.03	84	0.01	236	0.02	456.4	0.52
San José De Babararía	23,518	4.32	26514	4.40	50032	4.36	438.3	114.16
Britalia	31,594	5.80	35918	5.96	67512	5.89	328.7	205.42
El Prado	41,087	7.55	49102	8.15	90189	7.86	433.4	208.09
La Alhambra	14,525	2.67	19099	3.17	33624	2.93	284.8	118.07
Casa Blanca	20,121	3.70	23557	3.91	43678	3.81	420.5	103.88
Niza	27,761	5.10	34290	5.69	62051	5.41	756.6	82.01
La Floresta	10,401	1.91	12767	2.12	23168	2.02	393.5	58.88
Suba	77,707	14.27	85382	14.17	163089	14.22	652.9	249.79
El Rincón	167,435	30.75	178642	29.65	346077	30.17	710.1	487.37
Tibabuyes	129,501	23.79	136560	22.66	266061	23.20	726.4	366.28
Zona Rural	99	0.02	92	0.02	191	0.02	3782.3	0.05
Total	544,454	100	602531	100	1146985	100.00	10055.9	114.06

Fuente: DANE - SDP; Proyecciones de Población, Localidad de Suba 2014

Así mismo, resulta fundamental conocer que en las UPZ más densas de Suba, también se concentra la mayor parte de poblaciones afro descendientes, indígenas y víctimas del conflicto, las cuales residen también en UPZ como Suba centro y Prado. Estos grupos poblacionales, considerados como vulnerables presentan algunas problemáticas principales como el hacinamiento crítico en inquilinatos, pues gran parte de la población afro ha llegado a la ciudad como consecuencia del conflicto armado, determinantes histórico y social para la salud de estas poblaciones; situaciones de discriminación, exclusión, tenencia inadecuada de mascotas, afectación a la salud para quienes residen cerca de la ronda del río Bogotá, entre otras (7).

Por otro lado, con relación al número total de viviendas y Hogares en el Distrito Capital se cuenta con un registro para el año 2014 de 2.189.486. De acuerdo con los datos de la Encuesta Multipropósito para Bogotá, para 2014 en la localidad de Suba hay 347.261 viviendas el 14,6% de las viviendas del Distrito⁸, en cuanto a los hogares en el Distrito Capital se cuenta con un registro de 2.437.966, la localidad cuenta con 355.836 hogares, lo que representa el 14,6% de los hogares de Bogotá. El tamaño promedio del hogar en la localidad es de 3,36 personas, similar al de la ciudad, que en promedio es de 3,4 personas por hogar.

La Localidad presenta un total de 4908 manzanas estratificadas desde el bajo (cero) hasta el alto (seis), de los cuales el estrato predominante es el dos con un 43.80% (n=2150), seguido del

⁸ Se entiende por hogar “la persona o grupo de personas, parientes o no, que ocupan la totalidad o parte de una vivienda; atienden necesidades básicas con cargo a un presupuesto común y generalmente comparten las comidas” y por vivienda “espacio independiente y separado destinado a ser habitado por una o más personas”.

estrato tres con un 22% (n=1080), localizados estos en las UPZ Tibabuyes, Rincón y Suba Centro. En cuanto a los territorios saludables, la concentración del estrato dos se evidencia en el 100% de los territorios 60, 62 y 64. Por su parte, los territorios 61, 63, 65, 66 y 67 se componen de estratos socioeconómicos dos y tres; el territorio 68 el 98% es estrato tres. Los estratos socioeconómicos 4, 5 y 6 se divisan en la parte oriental, sur oriental y central de la localidad. Es de anotar, que el estrato cero con un 12,42% (n=610), pertenece a un uso del suelo diferente al residencial, como lo puede ser un parque, zonas de humedales y accidentes geográficos.

Cabe mencionar que dentro de la localidad existen desigualdades socio-económicas; en el costado occidental se encuentran los estratos socio económicos bajos mientras que en lado oriental los estratos de mayor capacidad económica, separados estos dos sectores por los cerros de suba y la conejera que son una barrera natural, para que se presente este fenómeno dentro de la localidad. Las inequidades son visibles, pues tiene presencia de todos los estratos socioeconómicos, lo que en cierta forma visibiliza la segregación espacial por clase social, pues las poblaciones más vulnerables se concentran, como bien se ha mencionado, en las UPZ Tibabuyes y Rincón. Sin embargo, en otras UPZ en donde predominan clases sociales medias como Suba Centro, Casa blanca, Prado, también residen personas que se encuentran en condiciones vulnerables por su condición de discapacidad o etnia; las cuales se ubican principalmente en zonas de invasión o barrios que han sido constituidos ilegalmente.

El índice de necesidades insatisfechas (NBI), para el año 2014 es del 2,1% sin evidencia de hogares en condiciones de miseria ni viviendas inadecuadas, mientras que el 2,8% de hogares presentan condición de pobreza; así mismo, se evidencia una línea de pobreza según los ingresos de 11,6% y de indigencia de 3,1%, consecuencia de lo siguientes factores determinantes como: 0,2% servicios públicos inadecuados, 1,6% viven en condiciones de hacinamiento crítico, 0,4% de inasistencia escolar de niños entre 7 y 11 años y el 0,7% tienen alta dependencia económica. Con relación a las personas que se encuentran por debajo de la línea de pobreza monetaria extrema en la localidad es el 2,3% correspondiente a 25.860 individuos sin embargo el promedio de ingresos de los hogares según los rangos de salario mínimo mensual legal en Suba en el 43,6% de la población es superior a 4 SMLV según la encuesta Multipropósito 2011.

Tanto el Índice de Condiciones de vida el cual mide el estándar de vida mediante el capital humano, acceso potencial a bienes físicos y composición del hogar así como también el acceso a los servicios escolares, Suba registra un ICV de 93,2 y se encuentra por encima de Bogotá (ICV de 92,0), los factores medidos son: acumulación de capital humano que hace referencia a la proporción de jóvenes entre los 12 y 18 años que asisten a secundaria o universidad y la proporción de niños entre 5 y 11 años que asisten a un establecimiento educativo el cual para la localidad es de 27,3%, la acumulación colectiva de bienes que hace referencia al acceso y calidad de los servicios 18,1% donde se mide la eliminación de excretas, el abastecimiento de agua, el combustible para cocinar y la recolección de basuras, educación por último la acumulación individual de bienes materiales que mide la calidad de las viviendas es de 12,7%.

La cobertura de servicios públicos según la encuesta multipropósito revela que para la localidad existe un déficit del 0,4% para los servicios de acueducto, alcantarillado y recolección de basura en zona urbana, aunque se hace necesario evidenciar la problemática de manejo inadecuado de basuras en las UPZ 18, 19, 20, 28 y 71, donde algunos habitantes del sector y parte de la población de ocupación recicladora, arroja basuras y escombros en los canales de Córdoba, Molinos, las rondas de los ríos Juan Amarillo y Bogotá y los lotes baldíos. También cabe mencionar el surgimiento de puntos de contaminación en las calles, fenómeno iniciado por el sacar la basura en horarios que no son de recolección, así como el desconocimiento o la falta de implementación del reciclaje desde el hogar, dando lugar a la presencia de perros callejeros y en ocasiones de personas recicladoras que dejan abiertas las bolsas después de sacar el material reutilizable. (7)

Según el Índice de GINI la localidad de Suba no da evidencia de una desigualdad en los ingresos, pues indica que los recursos están concentrados en el 52% de la población de Suba, siendo similar al de Bogotá 0,542; respecto a los ingresos per cápita en la localidad son de 639. 456, es decir es el ingreso por personal mensual a diferencia de la localidad de Ciudad Bolívar con 182.713, ocupando Suba el tercer puesto con mayor ingreso en el Distrito.

Es preciso subrayar que la localidad muestra una realidad heterogénea, ya que existen barrios de estratos 4, 5, 6 con mejores condiciones infraestructurales, equipamientos, seguridad, mejores condiciones materiales, niveles de ocupación, siendo la localidad de Suba un territorio de contrastes sociales. Igualmente, en la localidad es notorio la falta de oportunidades laborales que garanticen el cubrimiento de necesidades básicas a nivel personal y familiar y que logren un estado de bienestar, de ahí que en los estratos bajos predomine el desempleo, la informalidad, el trabajo infantil, trabajo a destajo, trabajo con salario mínimo e inferior a lo estipulado por ley, vulnerando el derecho a un trabajo digno.

De acuerdo, a la EMP 2014, la tasa de ocupación de 62,5%, resultado superior en 2,2 puntos porcentuales respecto a 2011, lo que significa la generación de 59.000 empleos en la localidad. En materia de género, la tasa de ocupación femenina en Suba fue 55%, siendo este dato superior 0,3 puntos al de hace tres años (54,7%). Por el lado de los hombres, la tasa de ocupados fue 71,2%, aumentando 4,6 puntos porcentuales a la observada en 2011 (66,5%) (20). Cifras que muestran otro de los determinantes sociales de la salud, estructurales, a saber, la desigualdad de género, que no sólo afecta la ocupación, sino que influyen en la situación de salud de la mujer como se verá más adelante, siendo estas víctimas de violencia intrafamiliar, dependencia económica, entre otras.

En la localidad existen aproximadamente 589 mil ocupados a 2014, de los cuales 26,2% realiza actividades en el sector de comercio, seguido de un 24,1% en el sector servicios comunales, sociales y personales. En cuanto a empleos de calidad, considerando como asalariados aquellos ocupados en una empresa particular y en el sector gobierno, la proporción de empleos de calidad

en Suba fue 65%. Mientras que el 35,2% de los trabajadores en Suba están en la informalidad (20).

Sin embargo, según la Encuesta Multipropósito para Bogotá del año 2014, la localidad de Suba tiene un porcentaje de alfabetismo del 98,9% en la población masculina y del 99,8% en la femenina, de lo que se deduce que el 1,2% (n=4554) hombres y el 0,9% (n=3935) mujeres mayores de 15 años de la localidad de Suba son analfabetas. Según las bases DILE, dentro de la localidad de Suba se encontraban matriculados para el año 2014 un total de 7068 estudiantes en colegios públicos de la Localidad. La mayoría de la población de la localidad de Suba accede a estudios correspondientes a primaria y secundaria, sin embargo, podemos ver que a partir de los 16 años estos porcentajes disminuyen haciendo evidente el escaso acceso a la educación superior en esta población.

Así mismo, la localidad presenta una tasa de cobertura educativa en instituciones públicas y privadas de 99,6% (21), que aunque es alta en la localidad, no cumple completamente con las necesidades de las poblaciones locales, que tal como se ha documentado anteriormente presentan barreras de acceso a la educación. De igual modo suba tiene una tasa de deserción escolar de 1,7 la cual asciende a 2,2 en la secundaria o educación media (22), evidenciando determinantes como el manejo inadecuado de “estudiantes problemas”, las dificultades de cobertura en instituciones cercanas a la vivienda o adolescentes con violencia por abandono, negligencia, entre otros.

Para el año 2014 el índice de dependencia global es del 41,5%, es decir, que la localidad tiene cerca de 42 personas demográficamente dependientes por cada 100 personas en edades económicamente activas. Sin embargo al observar en índice de dependencia de infancia, juventud y de mayores de 65 años muestra tendencias invertidas, al comparar estos resultados con los obtenidos para el Distrito, se observa que la dependencia de infantil muestra que por cada 100 personas en edad activa, hay 17 infantes económicamente dependientes, el índice de dependencia juvenil local se encuentra por debajo de la distrital 32,3% mientras que el índice de dependencia local por vejez que se encuentra en el 9,5%. Este último está asociado socialmente a la pérdida de capacidades fisiológicas, mentales y psicológicas fundamentales para la reproducción del hombre en materia familia y entorno social, causalidades que se guardan una estrecha relación con determinantes estructurales como la construcción social de la vejez, la cual está definida por el sistema económico como la pérdida de las facultades productivas y socialmente como el declive del ser humano y la preparación para la muerte (23).

Según la encuesta Multipropósito 2014, respecto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud la Localidad de Suba cuenta con 1.075.845 personas afiliadas algún RGSSS lo que corresponde al 93,2% de la población proyectada para el año 2014; cabe mencionar que 895.104 habitantes es decir el 83,2% de los residentes se encuentran afiliados al régimen contributivo, el 3,0% al régimen especial con 32.704 afiliados, el 13,2% es aportado por el régimen subsidiado con 141.646 afiliados y por último el 6%, 68.275 de los residentes no cuentan con afiliación a ningún régimen de seguridad social.

Estas cifras evidencian la necesidad de fortalecer la cobertura y los procesos de afiliación al sistema de salud, siendo este uno de los derechos fundamentales de la población y el cual es vulnerado frecuentemente debido a la tramitología, el traslado a sedes de atención lejanas al lugar de vivienda, barreras de acceso por cambios en la afiliación, así como la baja credibilidad y confianza de la población hacia el sistema de salud y la calidad en la atención de salud, generando resistencia para asistir a la prestación de los servicios.

Esta situación representa uno de los grandes determinantes sociales de la población de suba, principalmente cuando se habla de aquellas que reside en las UPZ Rincón y Tibabuyes. Las cuales, presentan un elevado riesgo de problemáticas sociales, económicas, ambientales y de salud; estas dos UPZ son aledañas a la Zona de Reserva Forestal, el Humedal Juan Amarillo, la localidad de Engativá, Cota, Humedal la Conejera y el Río Bogotá. Dichas UPZ son caracterizadas por el predominio de población estrato uno y dos, con alta densidad poblacional, hacinamiento, deficiencia en infraestructura vial, servicios públicos y equipamientos, con asentamiento de recicladores, expendios de drogas y de alcohol lo que genera un aumento marcado de la inseguridad, invasión en la Ronda del río Bogotá y humedal Juan Amarillo, significando áreas de amenaza alta y media de inundaciones, Además estas áreas son utilizadas para desechar basuras y escombros generando infestación de vectores. (24)

4.3. UPZ PRIORIZADAS PARA LA LOCALIDAD DE SUBA

Una de las fuentes de información primordial para el desarrollo del capítulo I del presente diagnóstico, fue el ejercicio de priorización de UPZ realizado con la participación comunitaria y de diferentes funcionarios(as) del sector salud de la localidad. Para la identificación de las UPZ prioritarias de la localidad se aplicó la metodología HANLON, a los profesionales de Territorios Ambientalmente Saludables – TAS, a funcionarios(as) asistentes al COVE Local, a líderes comunitarios participantes del COVECOM y a los distintos subsistemas de Vigilancia Epidemiológica. En total fueron realizadas 23 matrices en los 4 grupos mencionados anteriormente, en donde a partir de la sumatoria del total de los puntajes obtenidos en la matriz aplicada se obtuvo como resultado un total de 8284,3 puntos de los cuales, las UPZ con mayor puntaje fueron Suba Centro con 1541,3 seguida de Tibabuyes con 1459,7 y la UPZ Rincón con 1454,1.

Es de resaltar que dicha priorización se llevó a cabo mediante la evaluación de las mortalidades evitables de la localidad, las cuales fueron presentadas durante los ejercicios de priorización, así como los riesgos ambientales identificados en cada una de ellas⁹. Además, se dio la posibilidad a los(as) participantes de la metodología de diligenciar una segunda matriz en blanco, con el fin de que ellos(as) fueran quienes mencionaran otras problemáticas o situaciones que afectan la salud de la población y realizaran el ejercicio de priorización de acuerdo a dichas realidades

⁹ El equipo ASIS de la localidad de Suba decide incluir sólo estas variables de priorización debido a que fue la única información con la que contó, que tuviera las características de estar disponibles a 2014 en un nivel local y de UPZ.

identificadas y vivenciadas en su cotidianidad. De este modo, el ejercicio cobra importancia puesto que cuenta con la percepción y validación de personas que residen o trabajan en la localidad.

Al disgregar la densidad poblacional de la localidad por UPZ se observan marcadas diferencias en lo que respecta a la población versus el área por hectárea, en las UPZ Rincón y Tibabuyes, reportan densidades que triplican la densidad Distrital (487.37 hab./ha. Y 366.28 hab. /ha.), de igual forma Suba centro alcanza densidades mayores 249.79 hab/ha. Respecto a la extensión del territorio. Así mismo, estas tres UPZ son denominadas por Secretaría Distrital de Planeación como residenciales de urbanización incompleta, es decir, “sectores periféricos no consolidados, con uso residencial predominantemente, de estratos uno y dos que presentan deficiencias en infraestructura, accesibilidad, equipamientos y espacio público” (7).

Ahora bien, al analizar la situación particular de cada UPZ, con respecto a Suba Centro, la comunidad refiere que en ella se presenta *“mortalidad Infantil, Mortalidad en Menores de 5 años, Inseguridad, Contaminación ambiental, Consumo de SPA, Manejo Inadecuado de residuos, vendedores ambulantes, microtráfico, calles destapadas, contaminación auditiva, talleres en vía pública, desnutrición, desescolarización, invasión del espacio público, sobrepoblación, Violencia Intrafamiliar, mayor porcentaje de personas en condición de discapacidad, Violencia sexual, Negligencia, hacinamiento”*(25).

Esta UPZ, a pesar de que presenta estratos socioeconómicos 2, 3 y 4, así como de servicios básicos de acueducto, alcantarillado, energía, gas domiciliario, recolección de residuos sólidos, teléfono entre otros como vías en buen estado y principales como la Avenida Ciudad de Cali, Avenida la Conejera y la Avenida suba que la separa de la UPZ Rincón en el Sur; Según el DAPD Y DPAE (2004) (Departamento Administrativo de Planeación Distrital - Dirección de Prevención y Atención en Desastres), La UPZ presenta amenaza por remoción en masa con un total de 2,2 Km²; de los cuales la amenaza media es la que mayor aporta con 1,8 Km² afectando a 111 manzanas catastrales aproximadamente, seguido de la amenaza baja con un 0,31 Km² y la amenaza alta con el 0,09 Km². Los barrios afectados por esta problemática principalmente son Tuna Alta, San Francisco, Villa Hermosa, Tuna Baja, Salitre, Mercedes y Campanella. En cuanto a la amenaza por inundación se tiene que afectan un total de 22,89 ha en la zona noroccidental de la UPZ; de las cuales la amenaza alta aporta 16,67 ha y el área restante pertenece a la amenaza media, pues las fuentes de agua como el canal salitre y humedal de la Conejera influyen para que se presente el fenómeno. Afecta principalmente a los barrios de Tuna Baja y Rincón de Santa Inés (26).

Por otra parte, a pesar de contar con la mayor presencia institucional en su territorio, esta UPZ cuenta con barrios segregados como Tuna Alta, los cuales no cuentan con vías de acceso suficientes al ubicarse en la zona alta, presentan dificultades de acceso a vivienda digna y baja calidad de vida. En las zonas de comercio de la UPZ se localiza la contaminación mencionada por la comunidad, así como la invasión del espacio público, asociada al trabajo informal (ventas

ambulantes, moto-taxis) y corredores de microtráfico. Por último, sobresale el consumo de SPA, principalmente de marihuana, en el espacio público en parques y en vías de acceso como la Carrera 91.

Respecto a las UPZ Tibabuyes y Rincón, sobresale su priorización desde ejercicios realizados en años pasados, debido a sus características principales de vulnerabilidad social y segregación social, económica y espacial, adquiridas como resultado de determinantes estructurales como las deficientes acciones de planeación zonal y territorial que permitieron el surgimiento de barrios ubicados en zonas de alta contaminación entre ellos la ronda de Río Bogotá; y el conflicto armado en el país, que ha convertido a la localidad y a estas UPZ en unas de las principales receptoras de población desplazada. Dichas situaciones, determinadas por las inequidades sociales de la ciudad, generan una disminución en la calidad de vida y salud de la comunidad, puesto que el territorio donde se encuentran les ofrece un contexto de bandas criminales y pandillas conformadas por el control territorial y económico del expendio de droga, baja oferta de servicios sociales como educación superior, trabajo digno y decente, servicios de salud con amplia cobertura, vías de acceso en buen estado, entre otros.

En cuanto a la UPZ Tibabuyes, la cual cuenta con estratos socioeconómicos 1 y 2, alta densidad poblacional, presencia de vías en mal estado y destapadas, cuenta con la avenida Suba como único eje articulador principal; Según el DAPD Y DPAAE (2004) presenta amenaza alta, media y baja por inundación asociada a la invasión de la ronda del río Bogotá y a los humedales Conejera y Juan Amarillo, esta ocupa un área aproximada de amenaza de 425,06 ha; de las cuales la amenaza alta aporta 316,05 ha, seguido de la amenaza media con 103,22 ha y el porcentaje restante equivale a amenaza baja (27). Afecta principalmente a los barrios de Santa Rita, Santa Cecilia, Tibabuyes II y Carolinas.

Por otra parte, la comunidad manifiesta la presencia de situaciones como *“embarazo en adolescentes, disposición inadecuada de basuras, violencia, mortalidades, situación de violencia ciclo adolescencia y juventud, barreras de acceso a servicios de la salud, inseguridad, basuras, microtráfico, sobrepoblación, tenencia irresponsable de mascotas, calles destapadas, invasión del espacio público, maltrato infantil, desnutrición, exceso de mascotas, consumo de SPA, malos olores, contaminación auditiva, visual y ambiental, pandillismo, barreras culturales que hacen que sus conductas produzcan inconvenientes en su salud, mayor porcentaje de personas en condición de discapacidad, violencia intrafamiliar y sexual, hacinamiento, inseguridad, prostitución, analfabetismo”* (25).

Para Finalizar en la UPZ Rincón, según la comunidad se presenta *“mortalidad materna e infantil, contaminación, proliferación de vectores, consume SPA, Violencia, contaminación Ambiental, consumo y expendio de sustancias psicoactivas, condiciones de malnutrición, inseguridad, vendedores ambulantes, microtráfico, pandillas, basuras, invasión del espacio público, calles destapadas, malos olores, madres jóvenes, trabajo infantil, embarazo en adolescentes, tenencia*

irresponsable de mascotas, malos olores, contaminación auditiva, desescolarización, expendio de alimentos sin control, roedores, falta de higiene, barreras culturales que hacen que sus conductas produzcan inconvenientes en su salud, sobrepoblación, mayor porcentaje de personas en condición de discapacidad, Violencia intrafamiliar y sexual, negligencia, abandono, hacinamiento, prostitución”(25).

De esta manera en la UPZ Rincón al Igual que la UPZ anteriormente descrita, ésta presenta predominio de estratos socioeconómicos 1 y 2, alta presencia de población perteneciente a grupos étnicos, hacinamiento, mala disposición de residuos sólidos, presencia de roedores, tenencia inadecuada de mascotas, y aunque cuenta con avenidas articuladoras principales como avenida Ciudad de Cali, Avenida la Conejera, avenida el Rincón y un mejor estado de vías de acceso en comparación con Tibabuyes, la situación de inseguridad debido a la presencia de bandas y pandillas es considerable e impide la convivencia sana en el territorio.

De igual forma, Según el DAPD Y DPAE (2004) la UPZ presenta amenaza por inundación con un total de 72,64 ha debido a que se encuentra ubicado el humedal Juan Amarillo y Rio Arzobispo en la parte sur de la UPZ; la amenaza alta aporta 53,67 ha, seguido de la amenaza media con 11,18 ha y la restante la aporta la amenaza baja. En la zona oriental se evidencia remoción en masa afectando 240 manzanas catastrales aproximadamente con un área total de 1,2 Km²; la amenaza media aporta un 0,66 Km², seguido de la amenaza baja con 0,53 Km², y el área restante equivale a la amenaza alta (27). Debido a la composición del territorio afecta principalmente a barrios como Ciudad Hunza, Guillermo Núñez, La Palma, Comuneros, Rincón de Suba, Potrerillos, Aures, Poa, Costa Azul, bosques de San Jorge y Lomitas

Por último, respecto a la afectación en salud se evidencia gran número de niños y niñas con malnutrición, familias disfuncionales que generan violencia intrafamiliar, abandono, afectación a la salud mental, embarazos de alto riesgo y a temprana edad, entre otras situaciones que serán vistas a profundidad a lo largo del documento.

Hospital de Suba

CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LAS DIMENSIONES



Imágenes tomadas de: <http://www.bogota.gov.co/sites/default/files/styles/medium/public/Parque%20La%20Victoria%20Norte%20-%20entre%20cubos.jpg?itok=htu-61UX>,
<http://static.panoramio.com/photos/original/3785721.jpg>, <http://mw2.google.com/mw-panoramio/photos/medium/62256144.jpg>,
<http://mw2.google.com/mw-panoramio/photos/medium/62256144.jpg>

5. CAPÍTULO II. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS

PERFIL SALUD ENFERMEDAD

El perfil epidemiológico es la expresión de la carga de la enfermedad (Estado de salud), que a su vez está asociada a múltiples determinantes que sufre la población, es por ello importante la tipificación de las características que definen el perfil esta la morbilidad, mortalidad y calidad de vida. Los estados de salud se evalúan directa o indirectamente por medio de la identificación y/o priorización de problemáticas en salud las cuales pueden afectar el bienestar, físico, psicológico y emocional de un colectivo esto se ha convenido denominar morbilidad. El análisis integral de morbilidad no sólo debe incluir las enfermedades, sino un conjunto de lectura de realidades, que permitan identificar aquellas otras situaciones por las cuales el colectivo se ve expuesto tales como la salud mental, accidentes de tránsito, violencias, consumo de sustancias Psicoactivas (SPA), entre otros.

Por consiguiente en la localidad de Suba, el perfil de morbilidad permite evidenciar situaciones que afectan el entorno y la salud de la población como condiciones de pobreza, vulneración, condiciones socioeconómicas y bajos niveles de desarrollo del país; en otras palabras, los problemas de salud locales reflejan la realidad social, política, ambiental y económica de un país, relacionado por su puesto con su evolución demográfica, la prestación de los servicios de salud y demás condiciones de vida de la población.

4.3.1. Mortalidad General

Las principales causas de defunción en la localidad de Suba (mortalidad general), han tenido pocas variaciones a lo largo del tiempo. Desde 1998, siguen siendo similares las 10 primeras causas, tal como se aprecia al comparar con el año 2011. Sin embargo acorde con la problemática de salud mundial se observa que han venido en aumento las Enfermedades cardiovasculares (ECV) y crónicas, las cuales se encuentran asociadas a múltiples factores uno de ellos son las dietas mal sanas, la inactividad física, consumo de tabaco, alcohol. Los efectos de los factores de riesgo comportamentales pueden manifestarse en las enfermedades secundarias como hipertensión entre otras.

Es importante reconocer que las enfermedades isquémicas del corazón, durante el año 2012, son la primera causa de Mortalidad general con 533 casos reportados y una tasa de 4,65 por cada 10.000 habitantes, esto seguido de enfermedades crónicas de las vías respiratorias con 228 casos y una tasa de 1,99 por 10.000 habitantes; de lo anterior se aclara que este comportamiento es similar al comportamiento del Distrito y Localidades como Kennedy y Fontibón. (Tabla 5)

Por otra parte existen una serie de determinantes intermedios de las enfermedades crónicas, lo cual es un reflejo de las principales fuerzas que afectan los cambios sociales, económicos y culturales: La globalización, la urbanización y el envejecimiento de la población, de igual forma otros de los determinantes de las ECV se encuentra asociados la pobreza, estrés y factores hereditarios. El listado lo completan, patologías crónicas de origen respiratorio, diferentes tipos de cáncer, especialmente el gástrico, color rectal y pulmonar y la neumonía como principal causa de etiología infecciosa, la cual en la localidad puede ser reflejo de problemas sociales de algunos territorios como los bajos ingresos económicos y el hacinamiento.

Con relación a la esperanza de vida en la Localidad de Suba se evidencia un comportamiento similar al Distrito, cuantificada alrededor de 78 años, para la Localidad la Tasa Bruta de mortalidad general para el año 2014 es de 3,4 por 1000 habitantes similar a la de los años anteriores. Cabe mencionar que en la localidad de Suba durante el periodo comprendido entre los años 2008 a 2012¹⁰, se evidencia un descenso de la mortalidad, teniendo como base una población promedio de 1.146.985 habitantes y un total de un total de 145.880 defunciones durante el año, con una velocidad de ocurrencia de 3.12 casos por cada 1.000 personas – año.

Tabla 5. Diez primeras causas de mortalidad general 105, Localidad de Suba, 2012.

Orden	Causa Básica	No.	%	Tasa x 10.000 Hab	AVPP	Índice de AVPP x 100 Hab
1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	533	14,6%	4,65	21320	1,86
2	1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	228	6,3%	1,99	9120	0,80
3	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	222	6,1%	1,94	8880	0,77
4	1-050 Enfermedades hipertensivas	119	3,3%	1,04	4760	0,42
5	1-059 Neumonía	109	3,0%	0,95	4360	0,38
6	1-041 Diabetes mellitus	106	2,9%	0,92	4240	0,37
7	1-013 Tumor maligno del estómago	102	2,8%	0,89	4080	0,36
8	1-014 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano	102	2,8%	0,89	4080	0,36
9	1-020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	87	2,4%	0,76	3480	0,30
10	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	87	2,4%	0,76	3480	0,30
	Resto de causas	1952	53,5%	17,02	78080	6,81
	Total	3647	100,0%	31,80	145880	12,72

Fuente: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS. (Publicación DANE octubre 31 del 2014).

4.3.2. Mortalidad General por sexo

El comportamiento de la Mortalidad en el género masculino para la localidad de Suba, indica que las defunciones por enfermedades isquémicas registran una frecuencia de 7.2%, lo que equivale a una tasa de 4.81 casos por 10.000 hab. Con respecto a los AVPP se calculan 10.480 años perdidos por este evento.

¹⁰ Se realiza el análisis y perfil de mortalidad con bases oficiales entregadas por SDS hasta el año 2012, Los cálculos evidenciados dentro de este capítulo corresponden a cálculos realizados sobre las bases preliminares Locales de defunciones, lo que permiten dar una contextualización cercana del comportamiento de la Mortalidad general dentro de la Localidad de Suba.

Es importante resaltar que dentro de las diez primeras causas de mortalidad están relacionadas tumores malignos del estómago, próstata, ocupando un quinto y sexto lugar con un 1.6% una tasa de 1.05 casos por cada 10.000 habitantes con un cálculo de en 2280 años potencialmente perdidos por enfermedad por tumores malignos del estómago, próstata. Las diez primeras causas de mortalidad en hombres, así como su frecuencia relativa, diferencias relativas y AVPP se describen a continuación (Tabla 6)

Tabla 6. Díez causas de Mortalidad General en hombre. Localidad de Suba durante el año 2.012.

HOMBRES	Orden	POBLACION TOTAL	No.	%	Tasa x 10000 hab	AVPP	Índice de AVPP x 100 Hab
	1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	262	7,2%	4,81	10480	1,92
	2	1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	91	2,5%	1,67	3640	0,67
	3	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	84	2,3%	1,54	3360	0,62
	4	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	72	2,0%	1,32	2880	0,53
	5	1-013 Tumor maligno del estómago	57	1,6%	1,05	2280	0,42
	6	1-028 Tumor maligno de la próstata	57	1,6%	1,05	2280	0,42
	7	1-014 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano	51	1,4%	0,94	2040	0,37
	8	1-059 Neumonía	51	1,4%	0,94	2040	0,37
	9	1-050 Enfermedades hipertensivas	50	1,4%	0,92	2000	0,37
	10	1-020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	45	1,2%	0,83	1800	0,33
	Resto de causas	897	24,6%	16,47	35880	6,59	
	Total	1717	47,1%	31,53	68680	12,61	

Fuente: proyecciones de población para Bogotá DC, localidades DANE y SDP 2000-2015 de junio 13 del 2008 certificado de defunción -bases de datos DANE y RUAF - sistema de estadísticas vitales.-preliminares. 2012

En cuanto al comportamiento de la Mortalidad en el género femenino, en la localidad de Suba, se evidencia que la principal causa de defunción son las enfermedades isquémicas con una prevalencia del 7.4%, lo que equivale a una tasa de 4.50 casos por 10.000 habitantes y 10.840 años potencialmente perdidos por dicha causa.

Es importante resaltar que dentro de las diez primeras causas de mortalidad están relacionadas tumores malignos de la mama, ocupando un quinto lugar con un 1.8%, una tasa de 1.11 casos por cada 10.000 habitantes y se calcula el indicador de AVPP en 2680 años potencialmente perdidos por enfermedad por tumores malignos de la mama en la mujer. Las diez primeras causas de mortalidad en mujeres, así como su frecuencia relativa, diferencias relativas y AVPP se describen a continuación (Tabla 7).

Tabla 7. Díez causas de Mortalidad General mujeres. Localidad de Suba durante el año 2012

MUJERES	Orden	POBLACION TOTAL	No.	%	Tasa x 10000 hab	AVPP	Índice de AVPP x 100 Hab
	1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	271	7,4%	4,50	10840	1,80
	2	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	138	3,8%	2,29	5520	0,92
	3	1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	137	3,8%	2,27	5480	0,91
	4	1-050 Enfermedades hipertensivas	69	1,9%	1,15	2760	0,46
	5	1-024 Tumor maligno de la mama de la mujer	67	1,8%	1,11	2680	0,44
	6	1-041 Diabetes mellitus	65	1,8%	1,08	2600	0,43
	7	1-059 Neumonía	58	1,6%	0,96	2320	0,39
	8	1-014 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano	51	1,4%	0,85	2040	0,34
	9	1-013 Tumor maligno del estómago	45	1,2%	0,75	1800	0,30
	10	1-020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	42	1,2%	0,70	1680	0,28
	Resto de causas	987	27,1%	16,38	39480	6,55	

		Total	1930	52,9%	32,03	77200	12,81
--	--	-------	------	-------	-------	-------	-------

Fuente: proyecciones de población para Bogotá DC, localidades DANE y SDP 2000-2015 de junio 13 del 2008 certificado de defunción -bases de datos DANE y RUAF - sistema de estadísticas vitales.-preliminares. 2012

4.3.3. Mortalidad General por Grupo Etario

Al observar las 10 primeras causas de mortalidad por cada grupo de edad, se evidencia que entre los menores de 1 año prevalecen las patologías relacionadas con el periodo perinatal que a su vez denotan la calidad de bienestar y atención en salud de las gestantes así como la detección y tratamiento oportuno de malformaciones congénitas y posteriormente la implementación de políticas de salud que cuidan la primera infancia tales como la vacunación.

Entre las edades de 1 a 4 años la neumonía es la principal causa de defunción que sigue en estrecha relación con el cumplimiento de los esquemas de vacunación además de la exposición aumentada a microorganismos que afectan la vía respiratoria durante el ingreso a la vida escolar, sin embargo son también importantes circunstancias accidentales como choques en automóviles y la obstrucción de la vía aérea, lo cual se relaciona con el descuido de los padres ante la disminución en la estimación del riesgo durante los primeros años de vida.

Durante la etapa de 5 a 14 años siguen siendo frecuentes las causas del quinquenio anterior pero se adiciona la aparición de tumores malignos hematológicos como las leucemias. En el ciclo de 15 a 44 años, no dejan de tener importante prevalencia las neoplasias, sin embargo el primer lugar lo ocupan las causas externas como los homicidios y a su vez aparecen los suicidios y accidentes de tránsito como causas importantes, sin demeritar también la relación de esta etapa con la vida sexual activa, que se refleja en la introducción del VIH como sexta causa de defunción.

Finalmente entre las personas de 60 o más años se ubican con mayor prevalencia las enfermedades crónicas de afectación pulmonar, cardiovascular y metabólica, al igual que el cáncer, sin obviar que la neumonía es la única causa infecciosa entre las 10 primeras causas de defunción en este grupo. (Tabla 8)

Tabla 8. Mortalidad General por Grupo Etario, Localidad de Suba 2012

MENORES DE 1 AÑO	No.	%	Tasa x 10000 hab
1-087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	30	19,4	181,2
1-082 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	28	18,1	169,1
1-088 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	19	12,3	114,7
1-084 Infecciones específicas del período perinatal	11	7,1	66,4
1-080 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	8	5,2	48,3
1-085 Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	8	5,2	48,3
1-059 Neumonía	6	3,9	36,2
1-083 Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido	5	3,2	30,2
1-079 Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	3	1,9	18,1
1-081 Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	3	1,9	18,1
Resto de causas	34	21,9	205,3
TOTAL	155	100	936

DE 1 A 4 AÑOS	No.	%	Tasa x 10000 hab
1-087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	2	10,5	3
1-088 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	2	10,5	3
1-035 Leucemia	1	5,3	1,5
1-040 Defectos de coagulación, púrpura, púrpura y otras afecciones hemorrágicas y de la sangre y los trastornos que afectan la inmunidad	1	5,3	1,5
1-059 Neumonía	1	5,3	1,5
1-069 Enfermedades del peritoneo y todas las demás enfermedades del sistema digestivo	1	5,3	1,5
1-072 Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	1	5,3	1,5
1-082 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	1	5,3	1,5
1-090 Accidentes de transporte de motor	1	5,3	1,5
1-093 Caídas	1	5,3	1,5
Resto de causas	7	36,8	10,49
TOTAL	19	100	28,46
DE 5 A 14 AÑOS	No.	%	Tasa x 10000 hab
1-031 Tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central	4	10,8	2,3
1-035 Leucemia	4	10,8	2,3
1-059 Neumonía	4	10,8	2,3
1-039 Anemias: nutricionales, hemolíticas, a plásticas y otras	1	2,7	0,6
1-040 Defectos de coagulación, púrpura, púrpura y otras afecciones hemorrágicas y de la sangre y los trastornos que afectan la inmunidad	1	2,7	0,6
1-041 Diabetes mellitus	1	2,7	0,6
1-045 Meningitis y otras enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central	1	2,7	0,6
1-046 Epilepsia y otros trastornos episódicos y paroxísticos	1	2,7	0,6
1-055 Enfermedades cerebrovasculares	1	2,7	0,6
1-065 Enfermedades del apéndice, hernia y obstrucción intestinal	1	2,7	0,6
Resto de causas	18	48,6	10,5
TOTAL	37	100	223,4
DE 15 A 44 AÑOS	No.	%	Tasa x 10000 hab
1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	69	17,3	12,8
1-090 Accidentes de transporte de motor	28	7	5,2
1-100 Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y secuelas	22	5,5	4,1
1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	18	4,5	3,3
1-013 Tumor maligno del estómago	15	3,8	2,8
1-025 Tumor maligno del cuello del útero	14	3,5	2,6
1-055 Enfermedades cerebrovasculares	13	3,3	2,4
1-009 Enfermedad por VIH (SIDA)	12	3	2,2
1-031 Tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central	11	2,8	2
1-024 Tumor maligno de la mama de la mujer	10	2,5	1,9
Resto de causas	188	47	34,8
TOTAL	400	100	74,06
DE 45 A 59 AÑOS	No.	%	Tasa x 10000 hab
1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	50	10,6	25,7
1-055 Enfermedades cerebrovasculares	28	6	14,4
1-014 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano	27	5,7	13,9
1-024 Tumor maligno de la mama de la mujer	24	5,1	12,3
1-013 Tumor maligno del estómago	23	4,9	11,8
1-020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	14	3	7,2
1-066 Enfermedades del hígado	13	2,8	6,7
1-041 Diabetes mellitus	12	2,6	6,2
1-017 Tumor maligno del páncreas	11	2,3	5,7
1-027 Tumor maligno del ovario	10	2,1	5,1
Resto de causas	258	54,9	132,7
TOTAL	470	100	2838,3
60 Y MÁS AÑOS	No.	%	Tasa x 10000 hab
1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	465	18,1	438,7
1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	223	8,7	210,4
1-055 Enfermedades cerebrovasculares	180	7	169,8
1-050 Enfermedades hipertensivas	108	4,2	101,9
1-041 Diabetes mellitus	91	3,5	85,9
1-059 Neumonía	87	3,4	82,1
1-014 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea,recto y ano	71	2,8	67
1-020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	71	2,8	67
1-013 Tumor maligno del estómago	64	2,5	60,4
1-028 Tumor maligno de la próstata	54	2,1	50,9
Resto de causas	1152	44,9	1086,9
TOTAL	2566	100	2421,03

Fuente: proyecciones de población para Bogotá DC, localidades DANE y SDP 2000-2015 de junio 13 del 2008 certificado de defunción -bases de datos DANE y RUAF - sistema de estadísticas vitales.-preliminares. 2012.

4.3.4. Mortalidad Específica por subgrupos

En cuanto al análisis de la mortalidad específica por subgrupos, en especial los eventos definidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, razón por la cual es indispensable observar el comportamiento de las tasas de incidencia de cada uno de los eventos desde el año 2008 a 2012. Para cáncer de próstata se presentó un pico máximo en el año 2012 con una tasa de 11.0 casos por 100.000 habitantes (h). En cuanto al cáncer de mama en mujeres la tasa ha venido en presentando comportamiento variado año tras año y es así como en el 2009 se encuentra su máximo con una tasa de 12.7 casos por 100.000h. El cáncer de cuello uterino presentó un aumento progresivo durante los últimos años de la serie, pasó de una tasa de 3.6 casos por cada 100.000 h en 2008 a una tasa de 5.7 casos por cada 100.000 h en el 2012. El cáncer de estómago demuestra un máximo de incidencia en el año 2012 con una tasa de 9.3 casos por 100.000h.

En cuanto a diabetes la incidencia demuestra que existe un descenso especialmente en el último año de la serie 2012 con una tasa de 9.7 casos por 100.000h. La mortalidad por suicidios indica que la tasa se mueve entre 2.4 casos y 2.6 casos por 100.000h. Frente a homicidios se evidencia un franco descenso continuo durante los últimos dos años ya que inicio en 2008 con una tasa de 9.9 casos por 100.000h y ha descendido hasta 7.9 caso por 100.000h en 2012. El comportamiento de la mortalidad por accidentes de tránsito ha sido muy fluctuante con un pico máximo en el año 2009 que represento una tasa de 7.5 casos y un punto mínimo en 2009 con una tasa de 3.6 casos en 2011.

Para las mortalidades por enfermedades infecciosas el comportamiento ha sido variable con un máximo en 2009 con 3.2 casos y un mínimo en 2008 con 2.2 casos por cada 100.000h en cada año. Y frente a la tuberculosis la incidencia de mortalidad ha venido en aumento año tras año, inicio con una tasa de 0.6 casos en 2008 y finalizo con una tasa de 0.8 casos en el 2012. (Tabla 9)

Tabla 9. Tasas de Mortalidad por subgrupos, localidad Suba, 2008-2012

Mortalidad por subgrupo	2008		2009		2010		2011		2012	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
CA PROSTATA	40	8,5	35	7,3	43	8,7	51	10,1	57	11,0
CA MAMA	64	12,2	68	12,7	67	12,2	55	9,8	67	11,6
CA UTERO	19	3,6	22	4,1	29	5,3	22	3,9	33	5,7
CA ESTOMAGO	99	10,0	118	11,6	87	8,3	99	9,3	102	9,3
DIABETES	117	11,8	83	8,1	115	11,0	96	9,0	106	9,7
SUICIDIO	24	2,4	27	2,7	29	2,8	16	1,5	29	2,6
HOMICIDIO	98	9,9	115	11,3	103	9,9	98	9,2	87	7,9
ACC TRANSITO	59	5,9	76	7,5	74	7,1	39	3,6	61	5,6
INFECCIOSAS	22	2,2	33	3,2	26	2,5	32	3,0	30	2,7
TUBERCULOSIS	6	0,6	10	1,0	1	0,1	7	0,7	9	0,8

Fuente: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS. (Publicación DANE octubre 31 del 2014).

4.3.5. Años de vida potencialmente perdidos (AVPP), según edad y sexo.

Por otra parte es importante considerar el impacto de la mortalidad cuando se tiene en cuenta la edad a la cual mueren las personas, de esta manera es posible asignar un peso distinto de afectación social a las muertes que ocurren en diferentes momentos de la vida. Es así, que por medio del cálculo de los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) se mantiene la premisa de “cuando más prematura sea la muerte, mayor es la pérdida de años de vida”. Lo anterior preocupa, al evidenciar que durante el año 2012, entre las edades de 15 a 59 años se concentra los índices más altos de AVPP, es decir la etapa productiva del ser humano. (Tabla 10)

Tabla 10. Años de vida potencialmente perdidos (AVPP) en la localidad de Suba Año 2012 según edad y sexo

GRUPOS DE EDAD	PUNTO MEDIO DE LA EDAD	P.E.V SUBA (78 años) - PME	NUMERO DE MUERTES			AVPP			INDICE AVPP x 100 HAB		
			Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Menores de 1 año	0,5	77,5	76	47	123	5890	3642,5	9532,5	69,61	44,04	56,97
De 1 a 4 años	2,5	75,5	7	8	15	528,5	604	1132,5	1,55	1,80	1,68
De 5 a 14 años	9,5	68,5	15	18	33	1027,5	1233	2260,5	1,19	1,45	1,32
De 15 a 44 años	29,5	48,5	122	118	240	5917	5723	11640	2,24	2,00	2,12
De 45 a 59 años	52	26	204	215	419	5304	5590	10894	5,81	5,05	5,39
60 y más años	60	18	1138	1293	2431	20484	23274	43758	43,51	35,57	38,89
TOTAL LOCALIDAD			1562	1699	3261	39151,00	40066,50	79217,50	7,36	6,81	7,07

Fuente: proyecciones de población para Bogotá DC, localidades DANE y SDP 2000-2015 certificado de defunción -bases de datos DANE y RUAF - sistema de estadísticas vitales.-preliminares. 2012

4.4. Mortalidad Materno-Infantil y en la Niñez

4.4.1. Mortalidad Materna

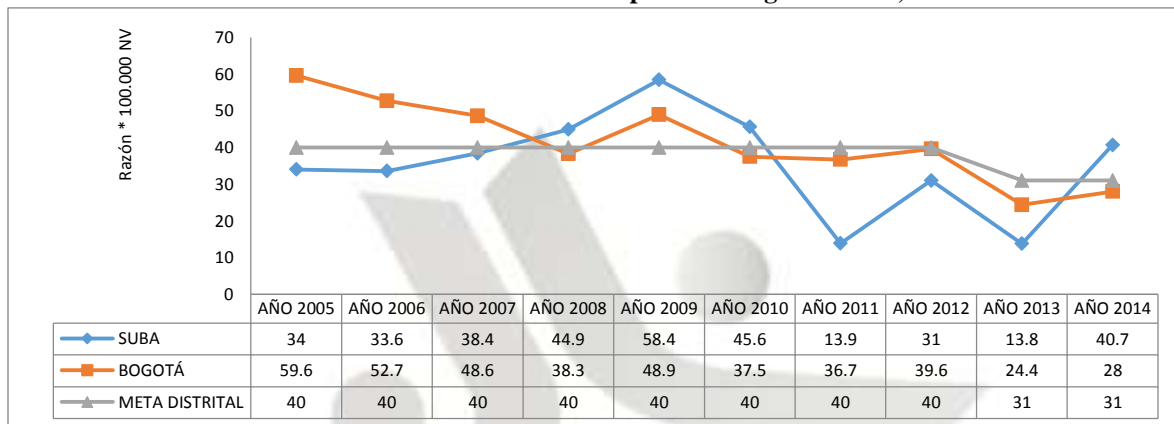
La Mortalidad Materna es un problema que aún se mantiene vigente en grandes regiones del mundo. Se estima que 600.000 mujeres en todo el mundo mueren cada año, durante el embarazo, el parto o el puerperio, por causas relacionadas o agravadas por el embarazo. Las muertes maternas están directamente relacionadas con el subdesarrollo a punto tal que datos estimados por la Organización Mundial de la Salud muestran que el 99 % de las muertes maternas ocurren en los países en subdesarrollo y solo el 1%, ocurren en Europa, Norteamérica, Australia y Nueva Zelanda. (28)

En la localidad de Suba, para el año 2014 se cuenta con un total de 6 mortalidades maternas lo que indica una razón de 40,7 por 100.000 nacidos vivos, por lo anterior se deduce un incumplimiento de la meta distrital 2016, de la línea base local así como también de los objetivos del milenio. Comparado con el año 2013 en donde se evidencian 2 mortalidades maternas por causas evitables cuyo sitio de residencia eran UPZ priorizadas de la Localidad; Suba Centro y Tibabuyes, para el año 2014 el evento se trasladó hacia la parte Norte de la localidad cambiando de manera significativa determinantes asociados al estado de salud materno perinatal. (Gráfica 2)

Dentro de los últimos nueve años se evidencia una disminución significativa tanto a nivel local como a nivel Distrital, de este evento, sin embargo para el año 2014 se cuenta con un incremento

del 50%, es importante reconocer dentro de estos análisis que las mortalidades ocurridas durante el 2014 presentaron condiciones socioeconómicas distantes a las de años anteriores, pacientes con altos niveles educativos, condiciones sociales y económicas favorables, buenas redes de apoyo, familias poco numerosas, hijos deseados entre otras características que permiten que el comportamiento de dicho evento haya cambiado y se haya transportado a otras UPZ de la localidad.

Gráfica 2. Razón de Mortalidad Materna. Comparativo Bogotá – Suba, años 2005 a 2014.



FUENTE 2009-2014: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.- Preliminar 2013. 2013-2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, el año 2013 actualizado 31-10-2014-Preliminar. El 2014 actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar

En cuanto al análisis de la edad se denota que la mayor proporción se encuentra ubicada en edades entre los 30 y 34 años las cuales aportan el 50% del total de los casos, sin embargo la mayor tasa de Mortalidad materna se encuentra en edades extremas, evidenciando así que para la localidad pertenecer a edades mayores de 40 años es 3,8 veces más riesgoso a ser madre entre las edades de 25 a 35 años

Es importante mencionar que el régimen contributivo aporta la mayor proporción de los casos, sin embargo en este indicador al igual que en los otros, también se visualiza que es un factor de riesgo encontrarse afiliado algún régimen de seguridad subsidiado, teniendo en cuenta que en este régimen es 12,11 veces más probable de presentar el evento de Mortalidad Materna.

Las principales causas de mortalidad materna directa en las pacientes residentes de la localidad de Suba son trastornos hipertensivos, hemorragias y sepsis, sin embargo se presentó un caso de mortalidad materna indirecta asociada a adenocarcinoma gástrico. La no identificación de signos de alarma durante la gestación, es una de las principales causas para que se produzcan estos decesos, las mujeres deben tener por lo menos 4 controles prenatales y seguimiento durante el puerperio.

Dentro de la Localidad de Suba, las causas de la Mortalidad Materna varían de ser evitables a causas ocasionadas por patologías de base de la materna, para esto es importante reforzar acciones de prevención y promoción en mujeres en edad fértil cuya oferta de la consulta pre-concepcional debe ser implementada por todas las IPS y EPS.

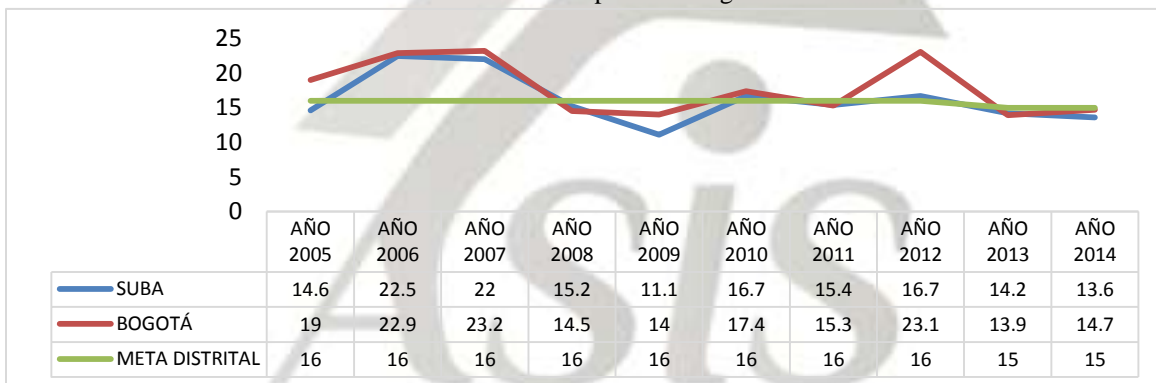
4.4.2. Mortalidad Perinatal

Se estima que cada año en el mundo nacen muertos alrededor de 4,3 millones de niños y 3,3 millones mueren en la primera semana de vida, de estos 7,6 millones de muertes perinatales, el 98% ocurren en países en vías de desarrollo. La mortalidad perinatal se ha mantenido sin cambios en las últimas décadas y ocupa el primer lugar como causa de muerte infantil, por lo que debe ser considerada como problema prioritario de Salud Pública. (29)

Con respecto a la localidad de Suba, para el año 2014 se notifican 188 casos de mortalidad perinatal residentes en la Localidad de Suba, lo que indica una tasa de 13,6 por 1.000 nacidos vivos, con picos en los meses febrero, junio, agosto y noviembre, superando así la meta distrital de 15 mortalidades por 1.000 nacidos vivos y la línea base local 2013. Durante dicho año, se evidencia un total de 215 casos de mortalidad perinatal para una tasa de 14.2 por 1000 nacidos vivos, lo que representa un incumplimiento de la meta distrital, este comportamiento muestra la disminución de 27 casos para el año 2014.

Durante el año 2013 se evidencia un total de 215 casos de mortalidad perinatal para una tasa de 14.2 por 1000 nacidos vivos, lo que representa un incumplimiento de la meta distrital, dicho comportamiento muestra la disminución de 27 casos para el año 2014. (Gráfica 3).

Gráfica 3. Tasa de Mortalidad Perinatal. Comparativo Bogotá – Suba. Años 2005 a 2014.



FUENTE 2009-2014: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.- Preliminar 2013. 2013-2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, el año 2013 actualizado 31-10-2014-Preliminar. El 2014 actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar

En cuanto al análisis de las variables directas a la gestación las causas básicas de muerte prenatal están discriminadas como óbitos fetales por: desprendimiento placentario, trastornos hipertensivos de la madre, anomalías congénitas, anormalidades funcionales de la placenta, corioamnionitis, oligoamniotocia, afectaciones ocasionadas por el estado de salud de la materna, retardo en el crecimiento fetal no específico, así como también causa de complicaciones únicas de la prematuridad extrema y partos pre término.

Ahora bien, durante el año 2014 el 63,04% de los casos (n=116) fueron muertes ocurridas antes del parto, lo que indica una tasa de 9,17 por 1000 nacidos vivos, esto permite visibilizar que la salud Materna es el principal desencadenante a una mortalidad Perinatal, la no identificación de

patologías de base de la gestante y ausencia de captación de factores de riesgo para presentar el evento.

Respecto a la edad de la madre, discriminando por ciclo vital, el 7,73% de las mortalidades se encuentran ubicadas en madres entre los 14 y 17 años; el 42,54% de las madres pertenecientes al ciclo vital juventud mientras que el 49,73% restante pertenecen al ciclo adultez. Por su parte, las Mortalidades perinatales ocurren más en las edades de 25 años a 29 aportando un 26,1% del total de los casos, sin embargo, es importante mencionar que los embarazos entre 10 y 14 años presentan 2,47 veces más probabilidad de tener un evento de Mortalidad Perinatal, que las gestantes entre los 25 a 29 años, pues la tasa de esta mortalidad para las edades de 10 a 14 años es de 3,85 por 100 nacidos vivos; siendo de mayor impacto en la población adolescente. Respecto a la localización, las UPZ con mayor prevalencia son: Suba Centro (n=17), El Rincón (n=48), y 71 Tibabuyes (n=48), comportamiento similar al del año 2013.

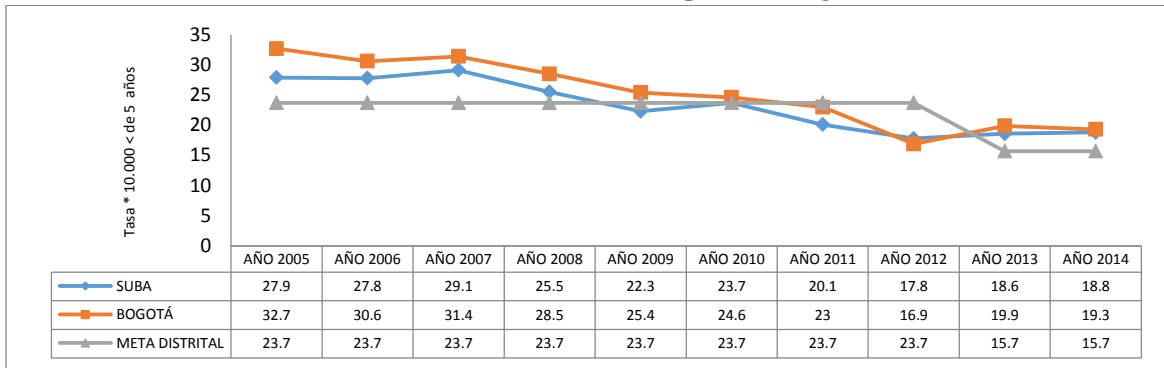
4.4.3. Mortalidad en Menores de 5 años

A nivel mundial, el número de muertes de niños menores de cinco años cayó de 12,7 millones en 1990 a 6,3 millones en 2013. Los primeros 28 días de vida –el llamado periodo neonatal– son el momento más delicado para la supervivencia del niño. En 2013, cerca del 44% de las defunciones de menores de cinco años se produjo durante ese periodo, frente a un 37% en 1990. Las principales causas de muerte entre los menores de cinco años son la neumonía, las complicaciones por parto prematuro, la asfixia perinatal y la malaria. Aproximadamente 45% de las muertes infantiles están asociadas a problemas de malnutrición (30)

En cuanto al indicador, para la localidad se evidencia que el 88% corresponde mortalidad infantil (menores de 1 año), con una razón de 9,7 por 1.000 nacidos vivos, lo que para el año 2014 generó alerta en los meses de enero, febrero, marzo, mayo, junio, agosto y septiembre con un pico significativo en el mes de agosto, es evidente el incumplimiento de la meta distrital propuesta para el 2016, así como también el incumplimiento de los objetivos del milenio y de la línea base local 2013; lo anterior teniendo en cuenta que la meta distrital es de 8 muertes por cada 1.000 menores de un año.

El análisis de la mortalidad en menores de cinco años en la localidad de Suba muestra que para el año 2014 ocurrieron 153 casos, así que la probabilidad de morir es de 15 niños por cada 10.000 menores de 5 años, siendo este inferior aunque muy cercano a la meta Distrital, realizando un comparativo con el año 2013, el comportamiento se denota similar, evidenciando que para el año inmediatamente anterior por cada 10.000 niños menores de 5 años fallecen 15, con un total de 152 casos. (Gráfica 4)

Gráfica 4. Tasa de Mortalidad en Menores de 5 Años. Comparativo Bogotá – Suba, años 2005 a 2014.



FUENTE 2009-2014: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.- Preliminar 2013. 2013-2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, el año 2013 actualizado 31-10-2014-Preliminar. El 2014 actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar.

Para este indicador es importante mencionar que el 83% de las mortalidades suceden en menores de 1 año, siendo más prevalente en el periodo perinatal, dentro de la Localidad se cuenta con un total de 19 casos de mortalidad en niños entre 1 y 4 años de vida lo que equivale a un 16,2% con una tasa de 2,5 por cada 10.000 menores de 5 años proyectados en el año.

Según las bases de Mortalidades Evitables proporcionadas por Secretaria Distrital de Salud, para el año 2014, se evidencia que la mayor prevalencia se encuentra en las causas asociadas a sepsis bacteriana del recién nacido no específica y conducto arterioso permeable, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, entre otros, así como también mortalidades como consecuencia de malformaciones congénitas incompatibles con la vida, el 29,1% de las mortalidades ocurren con edad gestacional y peso adecuado para el parto donde se determinó que la muerte sin asistencia fue la más frecuente, como causa básica, sin embargo, al observar los antecedentes, son casos en estudio o por establecer su ocurrencia. Finalmente, al analizar los antecedentes de la madre de mortalidades perinatales o infantiles, se encontró que el 23,3% de las madres han mencionado mínimo un antecedente de dicho evento, lo que facilita embarazos de alto riesgo, partos pre término, prematuridad extrema, anomalías congénitas, complicaciones del recién nacido entre otros.

4.4.4. Mortalidad Infantil

Más de un 70% de los casi 11 millones de muertes infantiles que se producen todos los años se deben a seis causas: la diarrea, el paludismo, las infecciones neonatales, la neumonía, el parto prematuro o la falta de oxígeno al nacer. Estas muertes se producen sobre todo en el mundo en desarrollo. Y la mayoría se pueden evitar. Algunas de estas muertes se deben a enfermedades como el sarampión, el paludismo o el tétanos. Otras son el resultado indirecto de la marginación, los conflictos y el VIH/SIDA. La desnutrición y la falta de agua potable y saneamiento contribuyen a la mitad de todas estas muertes infantiles. (31)

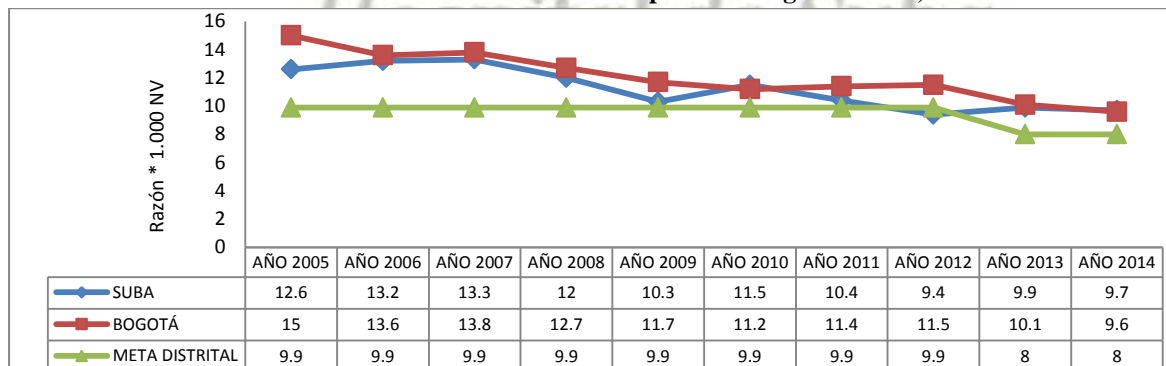
La Localidad de Suba (2014), cuenta con un total de 141 casos de mortalidad Infantil con una tasa de 9,5 por 1000 nacidos vivos, comportamiento similar al del año inmediatamente anterior. Es de aclarar que es un indicador no solo del sector salud sino también de desarrollo social. (Gráfica 5). Como se mencionó en el análisis de Mortalidad en menores de 5 años, donde se evidencia que el mayor peso porcentual equivale a muertes en menores de un año, se analiza que los niños menores de 1 año tienen 5,28 veces mayor riesgo de fallecer que los niños entre 1 a 4 años.

Dentro del análisis de algunas variables significativas que causan gradiente, se visualiza que el evento de mortalidad infantil se presenta en mayor proporción en madres de edades entre 16 y 43 años, siendo de mayor prevalencia en el ciclo vital adolescencia, siendo este ciclo un factor de riesgo para presentar eventos adversos a la gestación.

En localidad de Suba se encuentran determinantes intermedios que afectan las condiciones sociales de la población infantil como los tipos de vivienda con falta de ventilación, debilidad en el suministro de servicios públicos, familias numerosas que conviven en hacinamiento lo cual expone a la propagación de enfermedades y mayor violencia al interior de estas, así mismo, los factores ambientales tales como la tenencia inadecuada de mascotas, el aumento de roedores y los continuos cambios climáticos que desencadenan la propagación de un sin número de enfermedades conllevan a una mayor fragilidad de él buen estado de salud estos menores.

Así mismo se debe resaltar el papel que cumplen las relaciones familiares y los estilos de vida como el consumo de sustancias psicoactivas, cigarrillo, alcohol y su injerencia en situaciones de maltrato, el bajo nivel socioeconómico de padres cuyos ingresos no permiten solventar necesidades básicas familiares tales como la alimentación y la tenencia de cuidadores adecuados para la vigilancia de sus hijos. El acompañamiento permanente de cuidadores es de vital importancia para la divulgación en la forma de aplicar estrategias protectoras como el lavado de manos, vigilar cambios en el estado de salud e identificar signos de alarmas que demanden atención médica.

Gráfica 5. Tasa de Mortalidad Infantil. Comparativo Bogotá – Suba, años 2005 a 2014.



FUENTE 2009-2014: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.- Preliminar 2013. 2013-2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, el año 2013 actualizado 31-10-2014-Preliminar. El 2014 actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar

4.4.5. Mortalidad por Causas Específicas En menores de 5 años

La localidad de Suba no registra casos de mortalidad por desnutrición y mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en los últimos 5 años y el comportamiento del indicador en el distrito tiende al descenso inclusive por debajo de la meta establecida en el Plan Decenal de Salud pública 2012-2021.

4.5. Análisis de Morbilidad

Las causas de morbilidad generales diagnosticadas a los pacientes, obedecen principalmente a enfermedades de origen cardiaco, trastornos de origen abdominal y vías urinarias y trastornos de la salud mental, así como también problemas de salud oral y patologías respiratorias, causas similares al comportamiento Distrital y Localidades como Usaquén, Santafé, San Cristóbal, Tunjuelito, Kennedy, bosa, Fontibón, sin embargo, las tres localidades donde se encuentra con mayor prevalencia la Hipertensión Arterial son: Suba, Rafael Uribe y Sumapaz. Para la localidad de Suba las causas de morbilidad durante el año 2014 permiten visualizar un cambio significativo comparado con el año inmediatamente anterior, donde las causas principales de morbilidad en la localidad eran trastornos cardiorrespiratorios seguido de enfermedades crónicas y trastornos durante la gestación, esto permite visibilizar que incrementan causas de origen urinario y digestivo así como también trastornos de salud mental que impactan negativamente también en la situación social de la localidad. (Tabla 11)

Tabla 11. Morbilidad General Localidad de Suba 2014

CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL	F	%	TASA *10.000	M	%	TASA *10.000	TOTAL	TASA *10.000
Hipertensión Esencial (Primaria)	5561	72,6%	92,3	2101	27,4 %	38,59	7662	66,80
Dolor, No Especificado	2427	60,5%	40,3	1582	39,5 %	29,06	4009	34,95
Otros Síntomas Y Signos Que Involucran El Estado Emocional	1897	96,0%	31,5	80	4,0%	1,47	1977	17,24
Otros Dolores Abdominales Y Los No Especificados	928	64,0%	15,4	521	36,0 %	9,57	1449	12,63
Dolor Pélvico Y Perineal	1239	97,5%	20,6	32	2,5%	0,59	1271	11,08
Infección De Vías Urinarias, Sitio No Especificado	996	78,4%	16,5	274	21,6 %	5,03	1270	11,07
Rinofaringitis Aguda [Resfriado Común]	668	52,8%	11,1	598	47,2 %	10,98	1266	11,04
Caries De La Dentina	848	73,2%	14,1	311	26,8 %	5,71	1159	10,10
Bronquiolitis Aguda, No Especificada	472	45,0%	7,8	576	55,0 %	10,58	1048	9,14
Hiperplasia De La Próstata	0	0,0%	0,0	1012	100,0 %	18,59	1012	8,82
Total Principales Causas De Morbilidad	15036	68,0%	249,5	7087	32,0 %	130,17	22123	192,88
Demas Causas	34089	61,4%	565,8	21409	38,6 %	393,22	55498	483,86
TOTAL GENERAL	49125			28496			77621	

Fuente: RIPS 2014, entrega SDS 2015

En cuanto al perfil de morbilidad discriminado por género y grupo de edad se evidencia que el género femenino consulta 2 veces más que el género masculino, comportamiento parejo al año

inmediatamente anterior y similar al Distrital, es importante aclarar que las enfermedades de origen respiratorio son frecuentes en edades extremas menores de 5 años y mayores de 60, por otro lado las enfermedades cardiovasculares se presentan con mayor prevalencia en el ciclo vital vejez seguido del ciclo vital adultez. Estas dos grandes causas presentan el mismo comportamiento hace más de 5 años en la Localidad de Suba, para lo que se consideran y se implementan estrategias de prevención y promoción desde instituciones Distritales y privadas componentes.

Es importante aclarar que la consulta por dolores abdominales en edades jóvenes ha incrementado comparado con el año inmediatamente anterior aproximadamente en un 40%, siendo el género femenino el que mayor consulta al servicio de urgencias, en cuanto a la morbilidad oral en niños menores de 5 años permite evidenciar que esta causa de asistencia a servicios de salud de mayor complejidad son prevenibles con acciones de promoción y prevención. (Tabla 12)

Tabla 12. Grandes Causas de Morbilidad en la Localidad de Suba según Sexo y grupos de edad. 2014

SERVICIO	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	GÉNERO	Menor de 1 año	De 1 a 5 años	De 14 a 17 años	De 18 a 26 años	De 27 a 44 años	De 45 a 59 años	De 6 a 13 años	De 60 a 69 años	De 70 a 79 años	De 80 a 99 años	De 100 a 105 años	Total Causas
Consultas	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	F	0	0	1	10	88	435	0	1371	2244	1296	1	5446
		M	0	0	0	4	26	185	0	547	798	472	0	2032
	DOLOR, NO ESPECIFICADO	F	82	290	105	371	421	284	150	193	222	132	1	2251
		M	91	289	69	155	233	180	156	110	115	64	0	1462
	OTROS SÍNTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN EL ESTADO EMOCIONAL	F	0	23	165	1230	393	22	49	3	4	8	0	1897
		M	0	13	3	11	7	12	22	5	7	0	0	80
	CARIES DE LA DENTINA	F	0	45	50	349	219	70	50	22	14	1	0	820
		M	0	63	14	35	49	44	49	16	13	6	0	289
	HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		M	0	0	0	0	30	149	0	291	378	152	0	1000
	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]	F	81	137	6	35	44	36	26	11	25	7	0	408
		M	93	154	3	12	15	12	15	5	11	6	0	326
	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	F	0	2	1	35	147	125	3	167	115	31	0	626
		M	0	29	11	29	13	13	40	1	4	0	0	140
	GINGIVITIS CRÓNICA	F	0	22	43	345	102	15	30	6	8	0	0	571
		M	6	12	8	31	69	35	21	43	4	4	0	233
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	F	18	91	14	80	89	52	38	64	58	28	0	532	
	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	F	6	20	32	88	86	63	27	62	49	24	0	457	
	M	94	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	109	
Total Consultas	F	187	630	417	2543	1589	1102	373	1899	2739	1527	2	13008	
	M	198	574	111	299	474	679	313	1056	1378	727	0	5809	
Hospitalizaciones	PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO, PRESENTACIÓN CEFÁLICA DE VÉRTICE	F	0	0	44	405	143	0	0	0	0	0	0	
		M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	PARTO POR CESÁREA DE EMERGENCIA	F	0	0	15	130	90	0	1	0	0	0	0	236
		M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	F	71	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	90
		M	94	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	109
	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	F	9	31	1	15	16	9	5	7	7	12	0	112
		M	5	6	0	3	2	4	2	1	6	10	0	39
OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO	F	1	2	5	15	15	12	10		3	7	0	70	
	M	3	0	3	14	16	9	7	3	1	2	0	58	

	ESPECIFICADOS													
	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	F	1	2	2	16	12	2	6	3	6	4	0	54
		M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	PARTO POR CESÁREA, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	F	0	0	3	53	19	0	0	0	0	0	0	75
		M	1	2	2	16	12	2	6	3	6	4	0	54
	DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN	F	0	4	1	19	4	2	8	3	1	0	0	42
		M	1	2	2	16	12	2	6	3	6	4	0	54
	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA CON EXACERBACIÓN AGUDA, NO ESPECIFICADA	F	0	6	0	0	0	0	0	2	9	20	0	37
		M	1	2	2	16	12	2	6	3	6	4	0	54
	GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN NO ESPECIFICADO	F	5	9	0	1	2	0	4	0	0	1	0	22
		M	1	2	2	16	12	2	6	3	6	4	0	54
	Total Hospitalizaciones	F	87	72	71	654	301	25	35	15	26	44	0	1330
		M	116	55	8	28	32	25	36	7	13	26	0	346
Urgencias	DOLOR PÉLVICO Y PERINEAL	F	0	0	52	425	163	15	1	1	1	1	0	659
		M	0	1	0	0	1	3	0	1	1	0	0	7
	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	F	6	8	22	157	126	44	22	8	5	3	0	401
		M	119	105	3	2	5	2	26	0	0	0	0	262
	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]	F	88	93	1	31	11	5	23	0	0	0	0	252
		M	5	3	3	31	30	25	14	4	5	0	0	120
	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	F	15	62	11	99	83	30	28	7	6	11	0	352
		M	27	70	2	18	11	0	27	2	0	0	0	157
	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	F	1	9	10	82	82	26	14	8	5	1	0	238
		M	136	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	176
	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	F	30	70	6	28	15	9	17	4	5	2	0	186
		M	350	389	36	185	189	91	165	22	19	3	0	1449
	GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN NO ESPECIFICADO	F	23	42	3	31	27	3	14	5	0	2	0	150
		M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	F	2	57	13	33	18	7	29	2				161
		M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	F	91	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	122
		M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DOLOR, NO ESPECIFICADO	F	8	6	9	53	55	22	15	6	0	1	0	175	
	M	3	19	8	27	28	16	11	2	2	2	0	118	
	Total Urgencias	F	264	377	127	939	580	161	164	41	22	21	0	2696
		M	350	389	36	185	189	91	165	22	19	3	0	1449
	TOTAL GENERAL		1202	770	4648	3165	2083	108	3040	4197	2348	2	24638	

Fuente: RIPS 2014, entrega SDS 2015

4.5.1. Eventos Crónicos

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad. El 80% de las muertes por enfermedades crónicas se dan en los países de ingresos bajos y medios, y estas muertes afectan en igual número a hombres y mujeres. (32)

Para la Suba, la vigilancia del comportamiento de cáncer infantil cambio en el 2014, paso de solo realizar el seguimiento a leucemia mieloide y linfocítica aguda en menores de 15 años a la totalidad del cáncer que ocurre en la población menor de 18 años ya sea diagnóstico nuevo o fallecido, es por este motivo que se imposibilita la comparación de años, aun así se va a mostrar los datos 2013 y 2014.

El número de casos notificados para el 2014 de cáncer infantil fue de 24, con una tasa de 7 por cada 100.000 habitantes, siendo las leucemias linfocíticas, leucemia linfocítica y los tumores del sistema nervioso central las patologías que más aportaron a la notificación con 10, 4 y 3 casos respectivamente, este comportamiento es esperable dado que a nivel mundial y nacional son las leucemias las patologías con mayor peso para el cáncer infantil con casi un tercio del total de casos presentados, seguidos por tumores malignos del encéfalo el cual es el tumor sólido más común en niños.

El sexo y la edad son otros dos factores independientes que son objeto de estudio, cuando se distribuye por sexo, son los hombres los que más presentaron estas patologías con el 70% del total, dato esperable si se tiene en cuenta que a nivel mundial son los hombres los que más presentan cáncer infantil, sin encontrar una causa justificable; la edad es un factor de riesgo para cáncer en adultos dado que a mayor edad mayor probabilidad de presentar la patología, en niños es diferente la edad se relaciona al tipo de cáncer que se puede presentar.

Existen factores que pueden afectar en la aparición de la enfermedad o en el desenlace como la ubicación de la vivienda o el régimen de afiliación, en la localidad de Suba se observa que las UPZ Tibabuyes y Rincón son las que presentaron más casos con 20% y 16% respectivamente, no se cuenta con información para determinar si hay factores de riesgo ambientales para que se presente esta patología como exposición a bencenos o plaguicidas; por otro lado el régimen de afiliación puede estar afectando en el desenlace es decir si presenta recidiva o fallecen y el tiempo de atención del paciente los cuales están reglamentados por el ministerio de salud, de los 24 casos notificados, 21 pertenecen al régimen contributivo, esperable dado que aproximadamente el 80% de la población de la localidad está vinculada a este régimen.

De los 24 casos, 5 fallecieron de esos a 4 se le realizaron análisis en la secretaria de salud por medio de la estrategia de las 4 demoras encontrándose que la consulta a especialista fue la demora que se encontró en 3 de los 4 casos y en dos casos se encontró demoras en el acceso debido a cobro de copago, este hallazgo es muy grave dado que la ley de cáncer infantil 1384 de 2010 indica que no se pueden cobrar ningún tipo de servicio a los niños con cáncer. (Tabla 13)

Tabla 13. Frecuencia Absoluta Enfermedades Crónicas Bogotá – Suba 2013 – 2014

		2013	2014
leucemia linfoide aguda	SUBA	9	10
	BOGOTÁ	70	88
leucemia mieloide aguda	SUBA	1	4
	BOGOTÁ	16	17
Sistema Nervioso Central	SUBA	SD	3
	BOGOTÁ	SD	22
Óseos	SUBA	SD	2
	BOGOTÁ	SD	8
Germinales tromboblasticos y otros gonadales	SUBA	SD	2
	BOGOTÁ	SD	8
Renales	SUBA	SD	1
	BOGOTÁ	SD	6
otras leucemias	SUBA	SD	1
	BOGOTÁ	SD	6
Linfoma	SUBA	SD	1
	BOGOTÁ	SD	14
Otras Neoplasias	SUBA	SD	0
	BOGOTÁ	SD	10
Hepáticos	SUBA	SD	0
	BOGOTÁ	SD	4
Neuroblastoma	SUBA	SD	0
	BOGOTÁ	SD	4
Tejidos Blandos	SUBA	SD	0
	BOGOTÁ	SD	1

Fuente: Subsistema de Vigilancia Enfermedades Crónicas, Localidad de Suba. 2013 – 2014.

4.5.2. Eventos Notificación Obligatoria

4.5.2.1. Subsistema – SIVIGILA

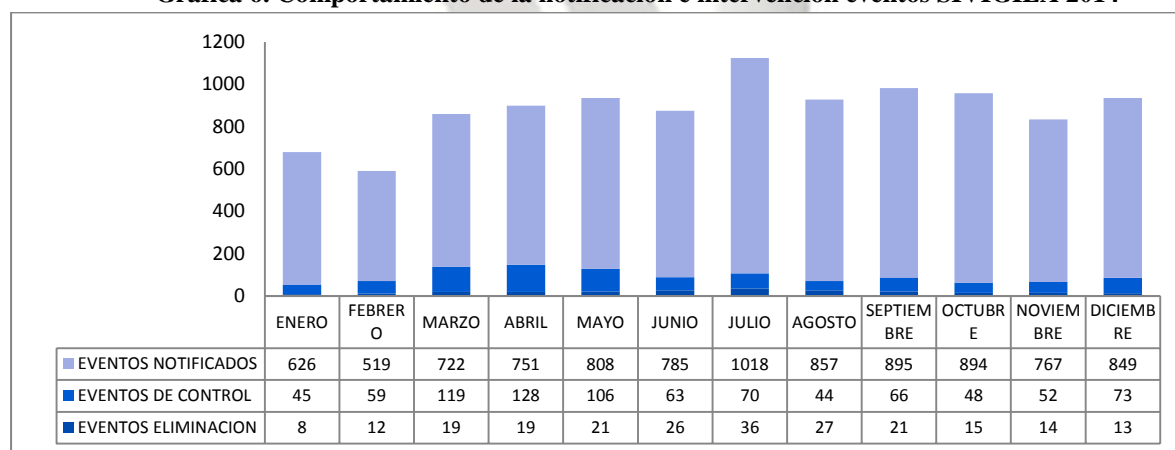
Los eventos de interés en salud pública reglamentados por el decreto 3518 de 2006 y por el ministerio de la protección social como eventos importantes o trascendentes para la salud colectiva, según los criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo–efectividad de las intervenciones e interés público, que requieren ser enfrentados con medidas de salud pública siendo canalizado por del sistema de vigilancia SIVIGILA que tiene como finalidad estimar la magnitud de estos eventos. Detectar cambios en los patrones de ocurrencia, brotes, epidemias y orientar las acciones específicas de control, Identificar los factores de riesgo o factores protectores relacionados, Facilitar la planificación en salud y la definición de medidas de prevención, control, seguimiento y evaluación de las intervenciones con el fin de Orientar las acciones para mejorar la calidad de los servicios de salud y la formulación de políticas en Salud Pública.

Los eventos de interés en salud pública se clasifican según las medidas de alcance de la población, en eventos de erradicación (siendo aquellos donde su frecuencia en cero, y posterior a medidas prevención el agente causal no se encuentra en circulación), eliminación (no se presentan casos, pero el agente causal se encuentra en circulación), de control nacional (se

vigilan ya que su frecuencia es igual o mayor a la esperada) y control internacional (se vigilan a nivel mundial, por su impacto, letalidad y son de emergencia internacional).

Por otro lado el subproceso Transmisibles desde la red de vigilancia mantiene un sistema epidemiológico de alto impacto a nivel nacional, a través de la notificación realizada por las diferentes UPGD se logra intervenir en campo y mitigar la propagación de las enfermedades inmunoprevenibles como transmisibles, en el año 2014 se logró un proceso articulado en nuestro equipo de trabajo para poder superar la ola invernal donde se tuvo una alta notificación de tosferina sin embargo se cubrió toda la notificación con la respectiva IEC y retroalimentación de las mismas. Se logró tener un impacto articulado con PAI, equipo realizo una vacunación efectiva a los menores de cinco años que se identificaron con esquema incompleto y así mismo vigilar la prevención de todas las enfermedades inmunoprevenibles. (Gráfica 6)

Gráfica 6. Comportamiento de la notificación e intervención eventos SIVIGILA 2014



Fuente: Bases SIVIGILA Base IEC preliminar local 2014

Se resalta que dentro de las intervenciones epidemiológicas de campo de SIVIGILA para el año 2014 se atendió un total de 1104 eventos, de los cuales los inmunoprevenibles son los que más prevalencia presentan siendo el SARAMPION Y RUBEOLA los que evidencian incrementos principalmente para los meses de junio y julio producto de la alerta epidemiológica secundaria al mundial de futbol que se llevó a cabo en BRASIL. Otro evento de importancia local es la TOSFERINA el cual presenta picos epidemiológicos en los meses de marzo, abril, mayo asociado a la ola invernal., para la intervención de estos eventos inmunoprevenibles se despliegan estrategias de control como los bloqueos de vacunación, búsquedas activas comunitarias y búsquedas activas institucionales. (Tabla 14)

Tabla 14. Distribución de los eventos de eliminación y control años 2013 - 2014

EVENTOS ELIMINACION		
TIPOS DE EVENTO	año 2013	AÑO 2014
Rubeola (Sospechoso)	61	59
Sarampión (Sospechoso)	80	88
Sífilis congénita	16	17
Sífilis gestacional	34	49

Rubeola Congénita (Sospechoso)	10	14
Parálisis Flácida Aguda (DESCARTADA)	0	2
Lepra	5	2
TOTAL	206	231
EVENTOS DE CONTROL		
Tosferina (Probable)	678	450
Leptospirosis	16	20
Tuberculosis	105	155
Fiebre Tifoidea	2	1
Rotavirus	1	3
Hepatitis B gestacional	3	3
IRAG Inusitada	70	42
Mortalidad Materna	2	7
Mortalidad Perinatal	72	111
Mortalidad por IRA	20	24
ESAVI	11	22
Varicela gestacional	11	8
Meningitis	1	6
Mortalidad por Dengue	2	1
Heatitis A	2	1
Fiebre Amarilla	2	0
Mortalidad LLA	0	0
TOTAL	998	854

Fuente: Bases SIVIGILA base IEC preliminar local 2014 - 2013

4.5.2.2. Urgencias y Emergencias

De manera general el evento que más se presenta en la localidad de suba son los brotes de varicela que afectan principalmente al grupo de edad INFANCIA a menores de 1 a 5 años en un 64% y niños de 6 a 13 años en un 32% en el año 2014. Por otro lado la ERA y la EDA se presentan en mayor proporción en los menores de 1 a 5 años representando para el año 2014 71% y 92 % respectivamente. En las UPZ en las que más se presentaron más eventos y casos por evento fueron Tibabuyes 30%, El Rincón 26% y Suba 16%, Hubo un aumento en el grupo de infancia y vejez de la UPZ El rincón por la emergencia presentada por la ola invernal en el barrio villa Cindy en la que se encontraron varios niños y adultos mayores con enfermedad crónica, así mismo en la UPZ Rincón en el ciclo de juventud y adultez el desbordamiento del Brazo del Humedal Juan Amarillo. (Tabla 15)

Tabla 15. Distribución de los brotes registrados según UPZ de residencia y transcurrir vital, localidad de Suba, año 2013 -2.014.

UPZ/TRANSCURRIR VITAL	INFANCIA		JUVENTUD		ADULTEZ		VEJEZ	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
2 La Academia	10	8	0	2	3	0	0	0
3 Guaymaral	11	23	1	2	17	8	0	0
17 San José de Bavaria	8	22	2	10	5	4	0	1
18 Britalia	21	56	0	11	0	1	0	0
19 El Prado	42	78	6	10	16	6	1	0
20 La Alhambra	9	27	5	1	3	12	0	5
23 Casa Blanca	32	45	64	1	3	1	0	0
24 Niza	5	7	0	1	3	1	0	0
25 La Floresta	2	53	32	6	52	14	0	0
27 Suba	170	209	16	22	46	27	0	0
28 El Rincón	385	257	46	5	80	11	0	0

71 Tibabuyes	285	382	58	21	97	38	18	5
UPR	0	45	0	1	0	7	0	3
TOTAL	980	1212	230	93	325	130	19	14

Fuente: Bases preliminares locales subsistema urgencias y emergencias vigilancia en salud pública Hospital de Suba II Nivel.

4.5.2.3. Subsistema – Salud Sexual y Reproductiva

Los eventos de alto impacto para el proceso de Salud Sexual y Reproductiva son notificados por las diferentes UPGD con el fin de dar respuesta de manera inmediata y según los tiempos establecidos por Secretaria Distrital de Salud realizando las Intervenciones Epidemiológicas de Campo (IEC); dentro de los eventos que requieren IEC se encuentra: Mortalidad Materna, Mortalidad Perinatal, Sífilis Gestacional; Sífilis Congénita y Hepatitis B en mujeres gestantes. Esto con la intención de lograr un impacto en la disminución de la presentación de casos y las secuelas que estos pueden dejar a los pacientes a corto, mediano y largo plazo, contribuyendo así a mejorar la calidad y expectativa de vida de los habitantes de la localidad.

Para el año 2014 el componente logró la realización efectiva del 75% de las intervenciones epidemiológicas de campo de los casos notificados que cumplieron con los criterio de inclusión, el porcentaje restante equivale a visitas fallidas. De los eventos notificados, correspondiente a casos residentes en la localidad para el año 2014 se observa que dentro de los eventos que se incrementaron con respecto al año anterior, también se encuentran, VIH, Sífilis gestacional y mortalidad materna con 56, 39 y 3 casos respectivamente. Cabe resaltar que los eventos que más se notificaron en residentes de la localidad a Salud Sexual y Reproductiva para el año 2014, se encuentran: morbilidad materna extrema con el 31%, seguido por mortalidad perinatal con el 22%, VIH con el 18% y Sífilis gestacional con el 13%. (Tabla 16)

Tabla 16. Distribución de los casos notificados y Residentes correspondientes a SSR y MI. Año 2014 localidad de Suba

EVENTO	TOTAL NOTIFICACION DE LA LOCALIDAD		TOTAL NOTIFICACION POR LUGAR DE RESIDENCIA SUBA		EVENTOS IEC 2014	
	2013	2014	2013	2014	FALLIDAS	EFFECTIVAS
VIH	76	106	43	56	NA	NA
SIFILIS GESTACIONAL	43	52	32	39	13	42
SIFILIS CONGENITA	16	16	14	14	8	7
HEPATITIS B	48	45	28	14	0	3
MORTALIDAD MATERNA	3	4	2	3	0	7
MORTALIDAD PERINATAL	93	89	76	68	37	78
ANOMALIAS CONGENITAS	86	17	65	15	NA	NA
HIPOTIROIDISMO CONGENITO	1	1	1	1	NA	NA
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	152	138	117	96	NA	NA
TOTAL	518	468	378	306	58	137

Fuente: Bases preliminar local SIVIGILA y base preliminar local IEC

Frente a las actividades de gestión, se logra además, el fortalecimiento del sistema de vigilancia mediante el cumplimiento del 100% de la realización de asesorías y asistencias técnicas programadas para este año, como de la realización de capacitaciones y talleres de inducción y

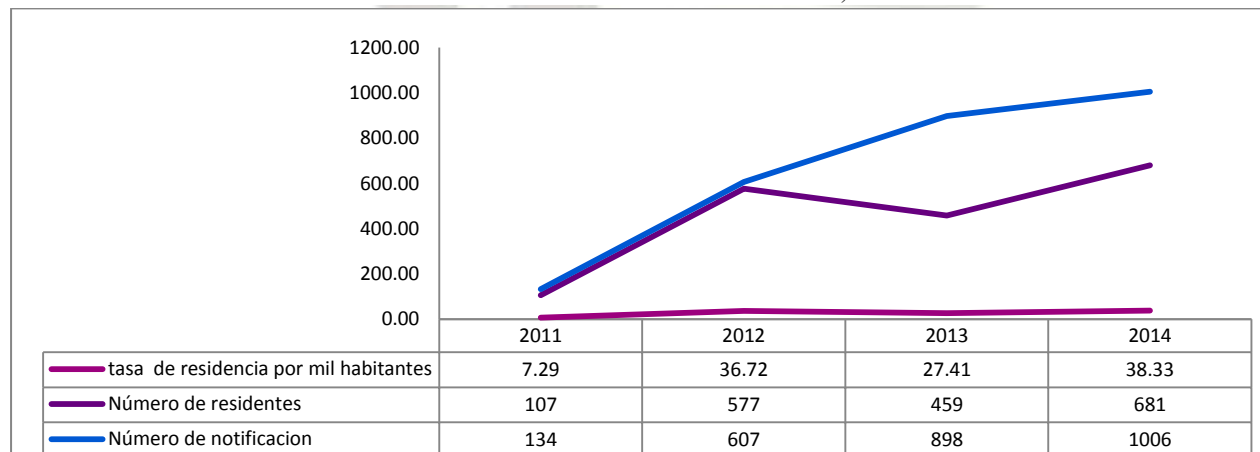
reinducción complementados con la participación en espacios de análisis como el COVE local y los comités de mortalidad materna y morbilidad materna extrema.

De igual manera se participó en los Unidades de análisis institucionales y distritales de los eventos de SSR programados en la vigencia; para este punto se resalta la participación en el observatorio materno-perinatal desarrollado por el área investigación o gestión del conocimiento de la parte asistencial del hospital de suba donde se desarrolla procesos de análisis entre observatorio, grupo ASIS Y SSR y también la participación en las reuniones con gestión local y las reuniones de la red Norte.

4.5.2.4. Subsistema – SISVECOS

Se observa que a partir del año 2011 en la localidad de Suba se presenta un incremento en la notificación de los casos a este subsistema. Durante los años 2012, 2013 Y 2014 se obtuvo el 48% (n=860) del total de la notificación, los años restantes de 2007 a 2011 aportaron el 52% (n=949) lo que indica que durante estos tres últimos años ha aumentado la notificación.(Gráfica 7)

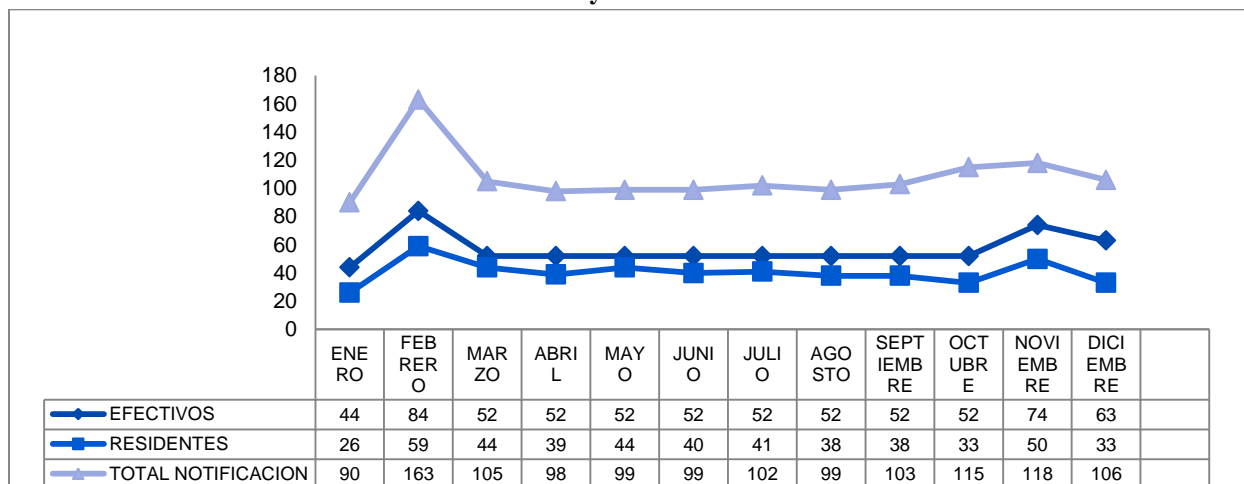
Gráfica 7. Número. Casos de conducta Suicida Notificados al SISVECOS, localidad de Suba años 2011 -2014



Fuente: Hospital Suba II Nivel E.S.E., Vigilancia Salud Pública. SISVECOS 2011- 2014; Secretaria Distrital de Salud, Análisis de Situación En Salud, Base de Datos 2011-2014.

Frente a la notificación y atención de casos, en el año 2014 se realizó IEC a 681 casos a alto impacto y 660 control cumpliendo así con la meta generada para el año. En lo que respecta a la notificación, para el año se recibió un total de 1297 notificaciones de los cuales 320 corresponden a eventos fallidos, y a eventos foráneos. (Gráfica 8)

Gráfica 8. Distribución de las IEC y notificación de eventos SISVECOS 2014



Fuente: Hospital Suba II Nivel E.S.E., Vigilancia Salud Pública. SISVECOS 2011- 2014; Secretaria Distrital de Salud, Análisis de Situación En Salud, Base de Datos 2011-2014.

Según notificación de Conducta Suicida para el año 2014 se evidencia que el evento que más prevalece es el intento con un 48.6%, seguido de la ideación en el 45.2%, resaltando que en los meses de Enero febrero y agosto se presentaron suicidios consumados con un total de 3 en el año, de igual forma para el caso de ideación se observa picos altos de notificación en los meses de marzo y julio que sobrepasan el 10% del total de casos reportados en el año, comportamiento diferente para el intento el cual se incrementó en los meses de febrero, noviembre y diciembre con un promedio del 12% con respecto al total de casos notificados en el año 2014.

En el 2012 se registraron en el mundo unas 804 000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, ajustada según la edad, de 11,4 por 100 000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres). (33)

La mayor frecuencia de notificación reportada en el año 2014, afecta todas las etapas del ciclo vital, tanto a mujeres como hombre destacando que la Ideación Suicida e Intento Suicida son los eventos más reportados en el Subsistema debido a la multipariedad de conflictos dados en el diario devenir del individuo como ruptura en canales de comunicación, episodios depresivos asociados a ruptura de pareja, conflictos familiares trastornos mentales y dificultades en grupo de pares, entre otros. Con respecto a la edad, las tasas de suicidio son más elevadas entre las personas de 70 años de edad o más, tanto entre hombres como entre mujeres en casi todas las regiones del mundo. En algunos países las tasas de suicidio son más elevadas entre jóvenes, y a nivel mundial el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad. (33)

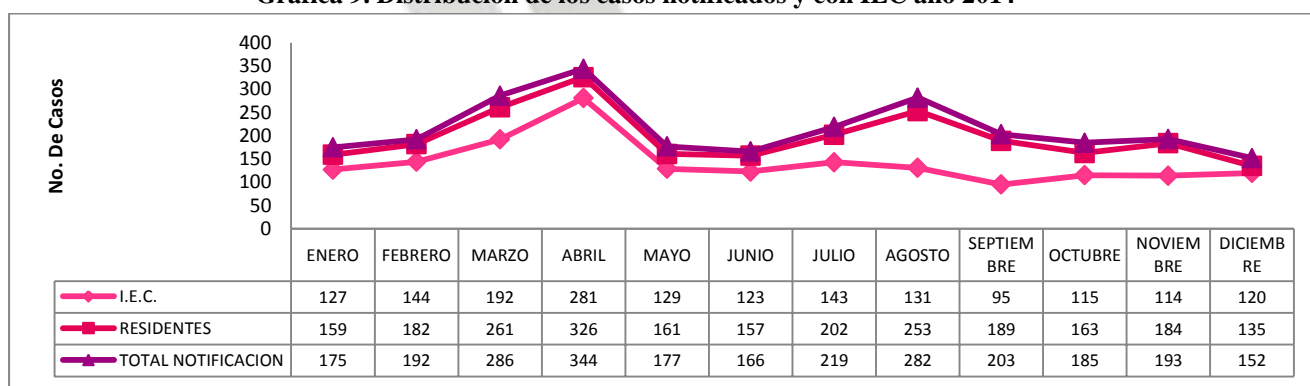
4.5.2.5. Subsistema – SIVIM

Por su parte el subsistema SIVIM, durante el año 2014 participó activamente en 11 comités locales a Víctimas de Abuso sexual (CLAVIS), se efectuaron vistas de asistencias técnicas a las 27 UPGD correspondientes al SIVIM de la ESE Suba. Se participó activamente en 11 consejos

red del buen trato (CRBT), donde se trataron temas de promoción de la salud mental y prevención del maltrato.

De la misma manera el SIVIM en su proceso de gestión a la demanda espontanea, se llevan a cabo acciones para la búsqueda activa, identificación, notificación y canalización de eventos foráneos; (es decir, casos remitidos de otras localidades que residen en Suba, y casos identificados en la localidad de suba que residen en otra localidad); con componente de violencia Intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, De lo cual se atendió a 1714 eventos distribuidos en 1256 casos prioritarios y 458 casos de control, los cuales fueron orientados, canalizados con el correspondiente seguimiento, de igual forma se recibió un total de 2574 casos por notificación de las UPGDS caracterizadas (Gráfica 9)

Gráfica 9. Distribución de los casos notificados y con IEC año 2014



Fuente: Base preliminar local SIVIM.

El subsistema de SIVIM orienta, canaliza y realiza seguimientos a cada de las diferentes Violencias a través de un trabajo interinstitucional con el CAIVAS, ICBF y Comisarias de Familia, de ahí que la notificación de los diferentes tipos de violencia notificados al subsistema revelan un incremento en la notificación para los años 2012 y 2014, aunque la violencia emocional sigue siendo el evento violencia por negligencia y violencia emocional. (Tabla 17)

Tabla 17. Distribución de los tipos de violencia 2012 2014 localidad de Suba

TIPO DE VIOLENCIA	año 2014	año 2013	AÑO 2012
FISICA	648	430	713
EMOCIONAL	2574	1887	2747
SEXUAL	292	215	287
ECONOMICA	76	134	210
NEGLIGENCIA	1452	1172	1698
ABANDONO	134	110	212
TOTAL	5176	3948	5867

Fuente: Base preliminar local SIVIM.

En lo concerniente a la base de SIVIM, se digito y verificó la concordancia de los casos y su correcta clasificación, así como también se realiza verificación de la calidad de los datos en los formatos de captura de eventos SIVIM en físico contra los datos suministrados en el aplicativo SIVIGILA D.C. Mensualmente se realiza el diligenciamiento y envió al correo de SIVIM

Distrital del tablero de control mensual correspondiente a la información de la base de datos foráneos y base de datos de SIVIM.

Finalmente se llevan a cabo entregas mensuales y semanales de Bases de datos de Georreferenciación de casos del subsistema SIVIM, de violencia Intrafamiliar, maltrato Infantil y Violencia Sexual; al Subsistema ASIS, de forma oportuna, pertinente y con calidad de los datos; teniendo en cuenta los requerimientos presentados y condiciones a ser tenidas en cuenta para la utilización, entrega y manejo de dicha información.

4.5.2.6. Subsistema – SISVAN

En cuanto a la notificación de menores desde el año 2006 se observó un incremento sobre todo en los años 2011 y 2012, a partir del cual disminuyó debido al cierre de varias UPGDS. Para el caso de la notificación de gestantes por UPGDS y por residencia se observa un aumento desde el 2006 lo que indica un aumento en la población infantil de la localidad. Para los recién nacidos a término con bajo peso en la localidad desde el 2011 se observa una disminución de 60 casos, con variaciones todo el año y presentando en el mes de julio el menor número de casos para el evento.

Según OMS trece millones de niños han nacido con bajo peso al nacer o prematuramente debido a la desnutrición materna u otros factores (34); Al analizar la prevalencia de bajo peso al nacer de los niños y niñas de la localidad se muestra que este indicador se mantiene estacionario durante los últimos ocho años con un incremento significativo para el último periodo pasando de 12.2% en el 2006 a 13.2% en el 2011. En el bajo peso gestacional se muestra la clasificación por ATALAH que se encuentra actualizada pero no clasifica por debajo de la sexta semana de gestación disminuyendo de 19,7% en el 2006 a 14.6% para el año 2014 siendo esto un factor de riesgo de morbi mortalidad para la población materno infantil.

En los menores de 5 años los indicadores se analizaron con los Nuevos Patrones De Crecimiento OMS: En el año 2014 un 13.8% de los menores notificados se encontraron con DNT CRONICA disminuyendo un 4.9% con respecto al año 2006 (19.7%); y un 3.5% se encontraron con DNT GLOBAL disminuyendo un 1.6% con respecto al año 2006 (5.1%). De acuerdo a las metas de ciudad nos encontramos por encima pues para DNT CRONICA el ideal es llegar al 12% y para DNT GLOBAL al 3%.

En cuanto a la mediana de lactancia materna exclusiva para nuestra localidad se muestra que este indicador se mantiene estacionario durante los últimos ocho años dando como resultado para el año 2014 la mediana en 3 meses. La mayoría de la población notificada se encuentra ubicada en el ciclo de infancia y las gestantes en el ciclo de juventud. El sexo que predomina es el masculino encontrando mayor número de casos para DNT Global y Crónica

El mayor número de casos se encuentran en las UPZ Suba Centro, Rincón y Tibabuyes. Según el régimen de aseguramiento la mayoría de casos se presenta en el contributivo seguido del

subsidiado y vinculado para todos eventos. En lo que respecta a las intervenciones de campo para el año 2014 disminuyeron para todos los componentes. Los porcentajes de recuperación estuvieron acorde con los distritales, a excepción de los menores que para la localidad se encontró por debajo un 4.4%.

El estrato socioeconómico está relacionado directamente con las condiciones socio económicas y culturales que influyen en el estado nutricional, así como en la presencia y manejo de complicaciones durante el embarazo lo que de una u otra forma influye en el fruto de la gestación. Se puede observar que la mayoría de los casos intervenidos pertenecen a los estratos 2 y 3. Son muy pocas las familias que se han visitado que se encuentran en condición de desplazamiento.

De las familias intervenidas, se evidencia que muchas pagan renta o se encuentran en proceso de adquirir su vivienda propia, lo que de igual manera representa un compromiso económico importante y de prioridad muchas veces en comparación con la calidad de la alimentación familiar. Generalmente son las cabezas de hogar (padres o parejas de las gestantes) quienes cuentan con empleo estable y los ingresos de las familias en promedio son de un poco más del salario mínimo legal vigente, los cuales deben ser destinados no solo a la alimentación, sino a la vivienda, servicios públicos, transporte, educación, etc. La gran mayoría se encuentra trabajando y otros estudian. En algunos casos se presenta hacinamiento en las viviendas, aunque si viven en promedio de 3 a 4 familias en una sola casa.

4.5.3. Análisis de población con discapacidad (PCD) (por UPZ)

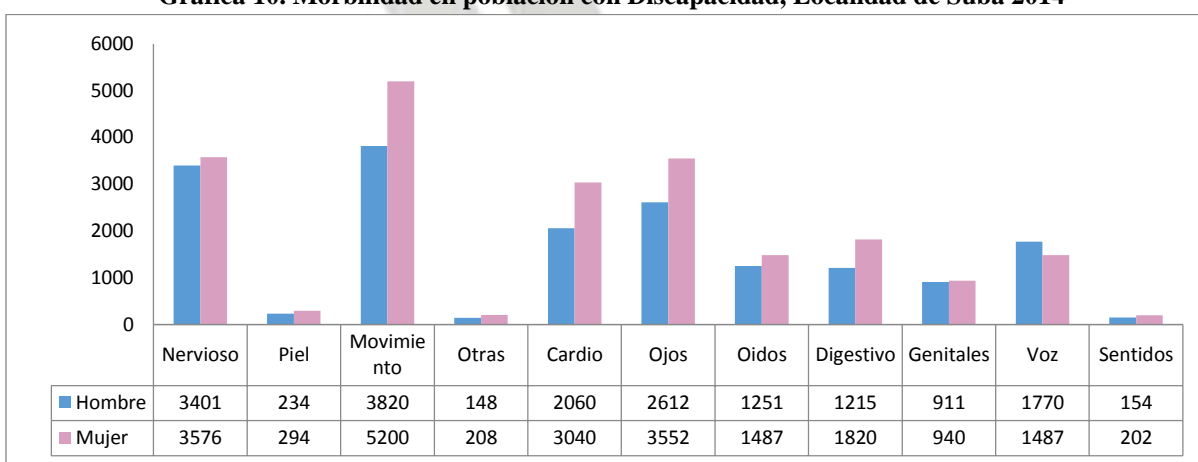
Según su Concentración por UPZ Las personas con discapacidad residen en las UPZ de Rincón (25%), Tibabuyes (14%) y Suba Centro (10%); estas tres UPZ aportan el 49% del total de la PCD registradas en la localidad lo cual se relaciona con la densidad poblacional que hay en estas zonas; mientras las UPZ Floresta y Alambra son las de menor registro de personas con discapacidad; según su Concentración por Estrato Socio-económico Las personas con discapacidad se encuentran dentro de los estratos socio-económicos 1, 2 y 3 correspondientes a las UPZ de Rincón, Tibabuyes y Suba Centro, El proyecto de gratuidad en salud es un programa de la Administración Distrital que busca mejorar la calidad de vida de la población infantil, adultos mayores y personas en condición de discapacidad severa afiliados al Régimen Subsidiado considerados altamente vulnerables.

Las mayores tasas de discapacidad se relacionan con la movilidad. Las enfermedades del sistema osteomusculares no son letales, sin embargo, son las que causan los mayores problemas de funcionamiento, dificultando la realización de las actividades de la vida diaria y de participación en la sociedad; pues son las que originan la mayor dependencia.

La discapacidad motora presenta diversos grados de compromiso funcional motor que requieren diversas ayudas y tienen repercusiones variadas en la integración social, familiar y escolar de los

individuos. La comorbilidad o coexistencia de varias afecciones se relaciona sustancialmente con una mayor probabilidad de aparición de discapacidades, considerándose un fuerte factor de riesgo para el surgimiento de las mismas, no solo por las consecuencias derivadas del incremento en su número, sino también por los efectos de combinaciones específicas entre las mismas, las cuales elevan el riesgo y la severidad de las alteraciones funcionales, físicas o mentales que de ello se deriva. Las alteraciones que más se presentan en las personas con discapacidad en la localidad de Suba hacen referencia a la alteración en el movimiento representando el 63,7% de las alteraciones (n=9020), seguido por la alteración del sistema nervioso representando el 49,2% (n=6977), alteración en los ojos con 43,5%(n=6164) y alteraciones en el sistema cardio respiratorio con 35,3% (n= 5010) En cuanto a la distribución por genero se evidencia mayores alteraciones en la mujer. (Gráfica 10)

Gráfica 10. Morbilidad en población con Discapacidad, Localidad de Suba 2014



Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con Discapacidad Ministerio de salud y Protección Social, Localidad De Suba Secretaria distrital de salud; 2005-2014

Con este programa se elimina una barrera económica de acceso a los servicios de salud de la población más pobre, que no cuenta con los recursos suficientes para asumir cobros de copagos y/o cuotas de recuperación, exigidos para la prestación de los servicios de salud. En la localidad de Suba a través del registro de PCD se ha logrado beneficiar con este programa a 1151 personas, lo que representa el 8% del total de PCD durante los años 2006 al 2013 (n=14420) de este total, el 33% (n=332) recibió atención en salud por causa de su discapacidad en el último año, este porcentaje de asistencia médica podría relacionarse con una notable mejoría de las condiciones de salud de los usuarios en el último año o a factores de barreras de acceso a la salud para esta población. (Tabla 18)

Tabla 18. Distribución de las personas con discapacidad registradas según UPZ de residencia y sexo, localidad de Suba, año 2014.

UPZ	HOMBRE	MUJER	TOTAL	%
17. SAN JOSE DE BAVARIA	25	21	46	7
18. BRITALIA	20	19	39	6
19. PRADO	23	29	52	8
20. ALAMBRA	4	3	7	1
23. CASA BLANCA	9	7	16	2

24 NIZA	21	27	48	7
25 FLORETA	4	6	10	1
27. SUB CENTRO	37	39	76	11
28. RINCON	87	90	177	26
71. TIBABUYES	111	94	205	30
TOTAL	341	335	676	99

Fuente: Bases Oficiales Secretaria de Salud Subsistema discapacidad año 2014

4.6. Análisis de Dimensiones PDSP

4.6.1. Dimensión de la salud ambiental

Respecto al abordaje de la dimensión ambiental en salud para la localidad han sido identificadas algunas situaciones que pueden ocasionar afectación a la comunidad, en especial a aquella que reside en zonas aledañas al río Bogotá, humedales o la zona rural (Ver capítulo 1), lo cual es muestra del determinante estructural de inequidad social, en donde la segregación espacial y social favorece condiciones de vida ambientalmente deplorables para quienes forman parte de las clases bajas de la localidad. Según OMS la salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona. Es decir, que engloba factores ambientales que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud. Por consiguiente, queda excluido de esta definición cualquier comportamiento no relacionado con el medio ambiente, así como cualquier comportamiento relacionado con el entorno social y económico y con la genética. (35)

Adicionalmente, es preciso mencionar la relación con determinantes estructurales asociados a las políticas de desarrollo ambiental en la sociedad, en donde muchos son los ejemplos de insustentabilidad que se reflejan en problemas como la creciente y caótica urbanización de Latinoamérica, los cinturones de marginalidad y pobreza urbana, la industrialización sin normativa ni control ambiental, la explotación indiscriminada y el deterioro de los recursos naturales, además de la creciente contaminación del suelo, agua y aire, la desertificación y la pérdida del bosque nativo, la disminución de la capa de ozono (36), y otros tantos como la resistencia cultural al cuidado del medio ambiente y el manejo inadecuado de residuos y escombros. Dicha situación ha generado dificultades para la recolección de basuras, situación que contribuye con la producción de malos olores en las zonas urbanas y residenciales, así como el origen de focos de vectores (insectos y roedores) y el aumento de proliferación de plagas de las UPZ priorizadas de la localidad.

Ahora, con respecto a los indicadores que muestran dicha afectación a la salud, se evidencia que a causa de la contaminación del aire tanto en hogares como en el ambiente externo de los mismos, pueden aumentar las enfermedades respiratorias principalmente en niños y niñas de la localidad. Además de la contaminación la Enfermedad Respiratoria Aguda ERA, está asociada a determinantes intermedios como el hacinamiento, poca ventilación en los hogares, el cambio climático, el olor permanente a humedad que afecta principalmente a menores de 5 años (37). Adicionalmente, el impacto a la salud y a la calidad de vida asociado a la contaminación por

ruido indica que existen altos niveles de ruido afectando la salud y calidad de vida de la población local, debido al flujo vehicular en toda la localidad, así como también en a los establecimientos comerciales. Siendo todo esto una muestra local de aquellos determinantes estructurales ya mencionados.

Por otro lado, el abandono del Estado a zonas rurales o marginales se evidencia en la UPR de la localidad, debido a que se presentan enfermedades asociadas al consumo de agua no apta para el consumo humano, representando las deficiencias en el acceso y la prestación de servicios de básicos en zonas rurales de la localidad. Las cuales se reflejan en enfermedades en la piel, EDA, entre otras (38).

Otras de las situaciones que afectan la salud de la población desde el punto de vista ambiental tienen que ver con la tenencia de mascotas en los hogares de la localidad. Debido a la gran diversidad poblacional, se observan prácticas como el entrenamiento de gallos de pelea, la tenencia de animales domésticos como perros, gatos, pájaros, gallinas, que en ocasiones pueden afectar la situación de salud de los niños y niñas. Lo eventos resultado de dicha situación entre otros, son la agresión animal, la zoonosis, el manejo inadecuado de excretas o el maltrato animal. En 2014 fueron atendidas 1226 notificaciones por agresión animal en la localidad y debido al aumento de caninos y felinos, se han desarrollado al menos 2844 esterilizaciones caninas y felinas en la localidad y se han puesto al menos 42036 vacunas para la prevención del aumento de eventos de agresión rábica en la localidad. De igual modo, las condiciones higiénicas y sanitarias en establecimientos que ofertan servicios médicos veterinarios y comercializan animales de compañía pueden incidir en la presentación de zoonosis y en el incremento de factores de deterioro ambiental (39).

Finalmente, se evidencian situaciones de manipulación inadecuada de alimentos, manejo inadecuado de sustancias químicas y deficientes condiciones higiénicas y sanitarias en establecimientos que comercializan medicamentos, productos fitoterapéuticos, dispositivos médicos, cosméticos, suplementos dietarios y demás productos farmacéuticos, pues existen establecimientos informales y un manejo y disposición inadecuada de medicamentos (riesgo de consumo y piratería).

4.6.2. Dimensión de Salud y Convivencia

Dentro de la dimensión de salud mental y convivencia en la localidad, está uno de los determinantes que ha caracterizado históricamente a la sociedad colombiana y este es el conflicto armado asociado a grupos al margen de la ley, tráfico y microtráfico de SPA, así como el uso de la violencia y sus consecuencias para la población. Adicionalmente, sobresale otro aspecto relacionado, el cual se debe a las conductas segregacionistas y excluyentes desarrolladas a raíz de la conquista, en donde fue considera la diferencia como un problema o una razón para la subordinación, lo que ha desencadenado la vulneración de derechos de poblaciones con pertenencia étnica, mujeres, personas con discapacidad, comunidad LGBTI, entre otras, que tan sólo hasta la actualidad han comenzado a tenerse en cuenta, pero aún son víctimas de diversas

formas de violencia en la ciudad (40). Se considera que esta dimensión tiene una afectación transversal a todos los ciclos vitales de la localidad.

Ahora bien, de manera general respecto a la salud mental en la sociedad colombiana, se evidencia la necesidad del posicionamiento y transformación de la atención en salud mental, la cual se está viendo afectada por diversos problemas de las personas de la localidad asociados a conductas suicidas, violentas hacia otras personas o situaciones de consumo de SPA. Respecto a la afectación por violencia intrafamiliar en la localidad, se observa cierto aumento con respecto a 2013 y en donde de acuerdo a SIVIM, la etapa de vida en la que más presentó en 2014 fue la adultez (27 a 59 años), en personas de género femenino (41). Por su parte, de acuerdo con el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) entre 2007 y 2012 se registraron en la localidad de Suba 80 asesinatos de mujeres, lo que significa que para este periodo el 9,5% de los asesinatos de mujeres registrados se produjeron en esta localidad. De esta forma, en promedio entre 2007 y 2012, anualmente 13,3 mujeres perdieron la vida en Suba por esta causa, de modo que aproximadamente cada 27 días una mujer fue asesinada en la localidad de Suba. Durante el primer semestre de 2013 se registraron en Suba 3 asesinatos de mujeres, lo que significa que el 5,4% de los homicidios contra mujeres en la ciudad se presentaron en la localidad (42).

Dentro de los determinantes asociados, además de los mencionados con antelación se encuentra el rol o papel de la familia que actualmente en la localidad se encuentra en desequilibrio presentando grandes asociaciones con familias disfuncionales; a lo que se suma la dominación masculina puesta como determinante estructural, la cual se traduce en la subordinación de la mujer respecto a los hombres, principal causa de violencia física, sexual y emocional en la localidad. Esta situación genera una afectación a la salud mental, no sólo de la mujer, quien es violentada principalmente, sino de todos los miembros de la familia, principalmente los niños y niñas, quienes al crecer en hogares inestables pueden desencadenar situaciones de violencia escolar, abandono del hogar, violencia intrafamiliar en el futuro, entre otras. Además, se reconoce la afectación del adulto mayor (abandono o negligencia) a causa de la situación de dependencia económica generada por la construcción social de la vejez en la que se pierde significancia como persona útil de la sociedad.

Por otra parte, en la localidad también se presentan situaciones de violencia contra las poblaciones diferenciales de o de inclusión, que a pesar de ser y tener condiciones muy variadas y diferentes, tienen en común la subordinación y exclusión social asociada a dicha diferencia. Con respecto a la población habitante de calle de la localidad, se evidencia que ha sido estigmatizada por su forma de vida, sin tener en cuenta que esta condición estuvo determinada con el acceso, consumo y adicción a sustancias psicoactivas, el desempleo o el rechazo familiar. La distribución de los CHC no corresponde a un patrón homogéneo. Su presencia se concentra en UPZ como Rincón, Tibabuyes, Prado y Niza, potencializados por determinantes como el expendio de drogas y su calidad, la existencia de lugares que permiten refugiarse a los CHC y el comercio informal, entre otros factores (39).

En contraste, se encuentra la situación de la población étnica de la localidad, principalmente cuando de la comunidad afro se habla, puesto que de acuerdo a la labor de campo realizada desde la localidad se presentan situaciones de violencia basada en la discriminación por el color de piel, las costumbres y tradiciones culturales de estas poblaciones, afectando la salud mental de quienes en la mayor parte de ocasiones también han sido víctimas del conflicto y actualmente buscan adaptarse a las condiciones de vida de la ciudad (16).

Caso diferente se presenta con la población LGBT, la cual, ha sido históricamente, marcada por expresiones peyorativas, agresiones verbales y físicas por población e instituciones, que consideran por modelos culturales tradicionales, la negación de los derechos sociales, reflejado en escasas oportunidades laborales, barreras de estigma y discriminación en diferentes sectores de la sociedad (43). De igual manera, población LGBT, advierte la importancia de generar procesos incluyentes en el sector salud y otros escenarios, dado que por temor a la discriminación, rechazo social, burlas no acceden a los centros médicos o puntos de atención, situación que también debe ser tenida en cuenta que la población encuentre ambientes seguros y confiables, en donde sean respetados sin prejuicios sociales y discriminatorios. Por su parte, esta situación de discriminación por orientación sexual e identidad de género ha desencadenado casos de violencia sexual y emocional, así como conductas suicidas que en Bogotá ascendieron a 53 casos en 2014 (44).

Respecto a las conductas suicidas en 2014, se evidenció una tasa de 3,3 por 100.000 habitantes, las cuales se presentaron principalmente en jóvenes pertenecientes a los ciclos vitales de juventud y adultez, asociados a la baja tolerancia a la frustración, ruptura de canales de comunicación y rupturas de pareja (39). En este orden de ideas, las personas que intentan suicidarse son aquellas que desean alejarse de situaciones de la vida son imposibles de manejar, el comportamiento suicida puede estar asociado a situaciones o hechos que parecen agobiantes y que se ven como imposibles de solucionar, en ocasiones porque no se cuenta con relaciones afectivas al interior de la familia, de la pareja o con amigos que brinden el apoyo o la fortaleza a las personas para superar sus dificultades (45): "...el tema de relaciones es fundamental y el tema afectivo a la hora de hacerlo, incluso pensar, cuando digo afecto, puede ser con la familia, amigos, pareja, y en todas las múltiples relaciones está marcado el afecto, pero muy seguramente algo que nos puede salvar es la estructura y ese afecto que se da en la familia, si hay una distancia ya de ahí partimos más para el acto"(46).

Por otro lado, respecto al consumo de SPA a nivel nacional se observa que las ciudades mayoritariamente pobladas presentan un consumo mayor que en aquellos territorios en donde habitan poblaciones menores o iguales a un millón de habitantes, en donde Bogotá presentó uso reciente o en el último año de 2,8% de los encuestados, lo que representa cerca de 145.000 mil personas, siendo muy superior entre los hombres que entre las mujeres (47). Particularmente para Suba, aunque no existe actualmente un indicador de prevalencia local, se realizaron 653 valoraciones por el equipo CAMAD, de los cuales fueron 14 en infancia, 492 en adolescencia, 71 en juventud, 69 en adultez y 7 del ciclo vital vejez,

Al analizar las edades de inicio de consumo de drogas, de acuerdo con las intervenciones de CAMAD el consumo inicia aproximadamente a los 13 años, cinco años menos que el promedio distrital, el cual se concentra entre 17 y 18 años de edad para los dos sexos. Esta situación evidencia la necesidad de fortalecer o focalizar acciones al respecto con el fin de concientizar desde edades tempranas en el sentido, origen y fundamento histórico del consumo y tráfico de drogas a nivel nacional, distrital y por supuesto local.

Adicionalmente, teniendo en cuenta la relación histórica del tráfico de drogas con la violencia armada en las calles en la localidad se presentaron 43 homicidios que equivalen a una tasa de 7,5 la cual no es representativa en comparación con la tasa de otras localidades y la distrital la cual es de 16,0 (48). Sin embargo, resulta fundamental comprender uno de los determinantes intermedios de este evento en la localidad, sobre todo en las UPZ Rincón y Tibabuyes, en las cuales se presentan el mayor número de riñas en horas de la noche, principalmente cerca del fin de semana. Esta situación se asocia con el asentamiento de grupos al margen de la ley que se disputan el control del territorio y del negocio del micro-tráfico involucrando a niños, niñas, adolescentes y personas de todos los ciclos vitales, quienes se ven afectadas aumentando la percepción de inseguridad en parques y zonas públicas de ciertos territorios locales.

Finalmente vale la pena resaltar que localmente el posicionamiento de la política de salud mental en la localidad para 2014 giró en torno a varios ítems. En primera instancia, se desarrolló el proyecto local para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas; se informó a los distintos espacios locales tales como Consejo, Red de Buen Trato, Comité Local de Atención a Víctimas, Red de Apoyo a Jóvenes, UAT, CLOP, etc. se realizaron en total dos jornadas en salud mental. Se posicionó el CAMAD de Suba; se fomentó el trabajo intersectorial en la búsqueda del mejoramiento de procesos de respuesta en esta materia; se promovieron procesos efectivos a través de la generación de proyectos a la alcaldía local. Se generó una línea técnica a profesionales en salud mental que permite promover un mejor impacto desde el desarrollo de las acciones en esta materia. Se lideró el comité local de salud mental que lleva hacer un seguimiento y a promover las mejoras a los procesos de salud mental; se gestionó la ruta de atención en salud mental, entre otras acciones (48).

4.6.3. Dimensión de Salud Nutricional

Respecto a la salud nutricional en la localidad de Suba son identificados algunos determinantes, los cuales tienen que ver con los hábitos alimenticios de la población. Dichos hábitos en ocasiones se relacionan con las posibilidades económicas de acceso a la alimentación y en otras con la decisión propia y personal de qué consumen sus hijos e hijas así como también adultos y adultos mayores. Definitivamente es preciso reconocer que así como en la salud mental de la población en la salud nutricional se hacen evidentes los hábitos de la población a lo largo de las generaciones y éstos a pesar de que pueden ser transformados con procesos educativos, son difíciles de cambiar a corto plazo.

Al estudiar las condiciones económicas de la población, se evidencia gran variedad de clases sociales en la localidad, pero según proyecciones DANE la línea de pobreza según ingresos es de 11,6, lo cual se relaciona con los indicadores de NBI analizados anteriormente. Sin embargo de acuerdo a la base de SISVAN, el 62% de gestantes tienen un ingreso de dos salarios mínimos seguido de un salario con 22% con un promedio de 3 personas en el hogar. En la base de menores el 63% obtienen dos salarios habitando en la vivienda entre 3 y 7 personas, mientras que en recién nacidos se observa 38% personas que ganan 2 salarios mínimos y 23% ganan 3 salarios con un promedio de 4 personas en la vivienda (49). Datos que evidencian la diversidad de acceso económico de la población y que la afectación a la salud nutricional no necesariamente parte del ingreso económico, sino que además se relaciona con aspectos culturales de consumo alimenticio, pero a su vez que la ausencia de recursos para la alimentación pueden desencadenar enfermedades como la desnutrición crónica o global.

Frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva se observa un promedio de 2,7 meses a nivel local, menor que el promedio distrital (2,9) pero mucho más alto que el nacional (1,8) (49). Esto se debe a que existen madres adolescentes que desconocen la verdadera importancia de esta práctica así como las ventajas para el bebé de la madre lactante que afectan directamente estos resultados; también el uso de leche de fórmula por practicidad ya que, a partir del tercer mes, las madres deben retornar a sus labores y cumplir con las mismas. Además, les ofrecen aguas de frutas, jugos (de frutas como papaya, manzana y ciruela), caldos de verdura y agua para la sed. Por otra parte, a causa de la falta de acceso a la refrigeración y el transporte por parte de las madres, la práctica de extracción de leche materna, a pesar de ser conocida, no puede ser practicada. Parte de estos determinantes se encuentran asociados a ingreso al mercado laboral de la mujer, pero más allá de esto a la ausencia de políticas que extiendan el tiempo de la licencia de maternidad y permitan a las mujeres lactar a sus hijos el tiempo necesario.

La ausencia de nutrientes bien sea durante el embarazo o después de él, pueden desencadenar enfermedades como la anemia, la cual tiene una prevalencia del 5% en menores de cinco años y de 5,7% en gestantes a nivel distrital. A nivel local fueron identificados en las visitas 21 casos en recién nacidos y 17 en gestantes. De igual modo, respecto a la Desnutrición tanto global (4,4) como crónica (14,9), indicadores multifactoriales, se relacionan con los dos determinantes principales ya mencionados: 1) riesgo socioeconómico: consumo limitado por el bajo nivel de ingresos; la limitación en la disponibilidad de alimentos; escasa escolaridad de los padres; factores de riesgo biológicos; prematuridad; infecciones gastrointestinales; problemas dentarios. 2) riesgo nutricional: Abandono de la lactancia materna antes de los seis meses de edad; inclusión temprana e inadecuada de sucedáneos de la leche materna y otros alimentos; hábitos alimentarios; creencias y costumbres alimentarias inadecuadas (50).

Finalmente, estos últimos determinantes asociados a los hábitos y costumbres alimentarias, también guardan relación con la obesidad, la cual ha aumentado considerablemente tanto a nivel distrital como local presentando una prevalencia de 2,7 en menores de cinco años. Además, de acuerdo con la información recolectada, se suman determinantes como la baja actividad física

(menos 60 minutos por día (moderada a vigorosa) recomendada para esta cohorte, las pocas zonas para realizar actividad física en los colegios; la venta de productos industrializados (altos en calorías, grasas, azúcares y sodio); la presencia de venta extramural de alimentos (locales y ambulante) los cuales no controlan la calidad y cantidad de los mismos (50).

4.6.4. Dimensión de Derechos Sexuales y Reproductivos

Respecto a la dimensión de derechos sexuales y reproductivos en la localidad, se evidencia una afectación general a la población que se encuentra en edad fértil, tanto hombres como mujeres, debido principalmente a determinantes culturales que han impedido el desarrollo adecuado de la sexualidad desde edades tempranas, pues aún permanecen grandes tabúes culturales para hablar sobre sexualidad, usar métodos de planificación familiar y ejercer la sexualidad lejos de la dominación masculina transmitida socio-culturalmente.

Con relación a los nacimientos en madres adolescentes menores de 14 años se evidencia una reducción de 17 nacimientos comparados con el año 2013, lo cual para la localidad es significativo (51). El análisis de este indicador evidencia que el embarazo en adolescentes involucra determinantes estructurales, directamente en lo económico, social y cultural y se dificulta consolidar grupos de trabajo intersectorial con entidades y actores importantes dentro de la formación, educación, monitoreo y evaluación de estrategias pedagógicas en las adolescentes, existe fragilidad en la formación de los profesionales que interactúan con los jóvenes perdiendo oportunidades de encuentro y educación en el tema de Derechos humanos, sexuales y reproductivos y asesorías en lo relacionado con los métodos de la regulación de la fecundidad (52).

Para la localidad de Suba se identificó un total de 45 nacimientos en madres adolescentes y jóvenes de 10 a 14 años durante el año 2014. De los cuales se registran un 91,1%(n=41) en edad de 14 años, el 6,7%(n= 3) en edades de 13 años y con un 2,2% (n= 1) con edad de 12 años. La edad de los padres oscila en un rango de edad de los 15 a 50 años, resaltando que estas edades se encuentran tres años por encima de las edades de las menores y este evento es reconocido y notificado como presunto abuso sexual. Frente a las madres de 15 a 19 años se identificó para la localidad un total de 1.863 embarazadas, con un promedio mensual de 155 nacimientos, los cuales se encuentran distribuidos en el siguiente orden de 15 años con un 5.86%(n= 100), de 16 años se registran un 12.4%(n= 212), de 17 años un 20.2%(n= 345), 18 años con el 28.7% (n=491) y de 19 años con el 32.6%(n= 557), evidenciando que las edad de mayor nacimientos es en los rangos de 17 a los 19 años (53).

Durante el 2014, ingresan un total de 5254 gestantes de las cuales el 30% (n=1088), se captan antes de la semana 12 por los programas de PYD de la ESE Hospital de Suba II Nivel, el pico del ingreso de las pacientes es en el mes de mayo donde ingresa el 20% del total en el año, cabe mencionar que según la base analizada, en la ESE Hospital de Suba durante el 2014, se cuenta con 2378 gestantes con más de 4 controles prenatal lo que equivale a una prevalencia de 45,26%.

Ahora bien, a nivel local existen algunas dificultades para contar con el número de gestantes, pues los datos se concentran en los nacidos vivos, excluyendo los embarazos que terminaron en pérdidas o formaron parte del programa de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Así mismo, teniendo en cuenta la base de datos aportada por la Secretaría de Educación (estrategia RIO) la cual prioriza este tipo de embarazo, para 2014 se registraron 113 casos de gestantes adolescentes en el rango de 15 a 19 años (39).

Por su parte, el Programa Territorios Saludables entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2014 hubo en total 4.704 mujeres gestantes abordadas por Territorios Saludables, de las cuales 1.943 gestantes fueron caracterizadas por el programa Territorios Saludables, PYD, laboratorio y vigilancia comunitaria (39), con el fin de disminuir las barreras de acceso a la salud y promover la asistencia a los controles prenatales por medio de los cuales se previenen las mortalidades materna y perinatales.

Teniendo en cuenta las posturas de diversos estudios que demuestran la afectación a la salud de mujer adolescente cuando tiene un embarazo en dichas edades, curiosamente en la localidad dicha afectación a la salud no se refleja en las mortalidades maternas, las cuales se presentaron durante 2014 en edades entre los 30 y 34 años las cuales aportan el 50% del total de los casos, en los grupos etarios de 25 a 29 años, de 35 a 39 años y de 40 a 44 años aportan cada uno un 16,7% respectivamente, representando un total de seis casos y una razón del 41,1 por 100.000 nacidos vivos (53). Es de anotar, que según la OMS cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, y un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo (28). No obstante el comportamiento de la mortalidad se presenta de manera diferente, ya que se evidencia su localización en zonas de estratos socioeconómicos 4, 5 y 6 en las UPZ Prado, Britalia y San José Bavaria al oriente de la localidad, mientras que los embarazos en adolescentes se concentran en las UPZ Tibabuyes y Rincón, las cuales son las más densas de la localidad.

Esto evidencia el fortalecimiento en derechos sexuales y reproductivos para hombres y mujeres de la localidad, pues de cierta manera el énfasis en la mujer como principal en la reproducción ha generado el aumento de nacimientos en mujeres sin respaldo de su pareja ni redes de apoyo suficientes durante la gestación. Adicionalmente, no pueden ser obviadas las diversidades culturales de la localidad, en donde a pesar de no tener datos cuantitativos oficiales, desde las investigaciones realizadas, se evidencian embarazos considerados occidentalmente en adolescentes en los grupos étnicos de la localidad, como la comunidad muisca y afrocolombiana, los cuales hacen uso de su medicina ancestral para la planificación familiar y se resisten al uso de los métodos de planificación occidentales.

A pesar de esto, para el 2014 hubo 4.745 consultas de planificación familiar. En estas 411 mujeres escogieron utilizar un método moderno de regulación de la fecundidad entre los cuales el implante sub-dérmico (levonogestrel X 75 mg), fue considerado el más efectivo y por su amplia cobertura en comparación otros métodos. Así mismo, cabe resaltar, que de estas consultas 2104

fueron por primera vez. Por su parte, 92 hombres asistieron a consulta de planificación familiar, de los cuales 74 fueron por primera vez (39).

4.6.5. Dimensión de Vida Saludables y Enfermedades Transmisibles

El abordaje de las enfermedades transmisibles en la localidad, presenta una afectación principal a niños, niñas, adultos y adultos mayores. Empero para los primeros se evidencia el fortalecimiento de la cobertura del esquema completo de vacunación, pues Suba durante 2014 se caracterizó por presentar los mayores niveles de cobertura (94,96%) en cada una de las vacunas que componen el esquema completo, la vacuna con menos cobertura fue la inmunización contra tuberculosis con 71,7%, mientras que la cobertura del resto de la inmunizaciones osciló entre 96,8% y 98,6%. Esto muestra la adherencia general al Programa Ampliado de Inmunizaciones, así como la necesidad de fortalecer o generar estrategias que puedan incluir al 100% de la población infante de la localidad (54).

De hecho, al analizar la prevalencia de la tuberculosis en la localidad, se evidencia que en etapa adulta en 2014 hubo 74 pacientes diagnosticados con TB tanto por las IPS públicas y privadas de la localidad, de estos 29 fueron notificados con TB Pulmonar por BK (+) y recibieron el tratamiento por parte de las instituciones de salud más cercanas a su lugar de residencia. De este total 5 casos fueron reportados como fallecimiento por TB y uno de ellos tenía como comorbilidad insuficiencia renal crónica (44).

Adicionalmente, fueron notificados 7 casos de TB con multidrogoresistencia al tratamiento - MDR a nivel Distrital, de los cuales 2 residen en la localidad de Suba. A uno de ellos se le está estrictamente supervisando el tratamiento en el punto de la E.S.E CAMI Suba. El restante se encuentra actualmente hospitalizado en Usaquén. Cabe resaltar que a través de la intervención del programa de Transmisibles local, se logró la inserción del paciente que recibe TAES en CAMI Suba a través del Fondo Mundial (39). Dentro de esta dimensión fueron identificados determinantes como resistencia o en ocasiones barreras de acceso al tratamiento por parte de la comunidad, debido a la rigurosidad del tratamiento para dicho evento.

4.6.6. Dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles

De acuerdo a la información disponible y teniendo en cuenta que esta dimensión corresponde a condiciones relacionadas principalmente con determinantes proximales de hábitos de vida y condiciones biológicas de los individuos, de acuerdo con la base RUAF 2014 (recopilada en el mes de Enero de 2015), hubo un total de 634 mortalidades en menores de 78 años. Estos representan el 70 % del total de muertes ocurridas por o asociadas a cáncer para toda la localidad de Suba. El 54 % de los casos fueron mujeres. En este grupo el diagnóstico más recurrente fue el cáncer de mama, el cual, pese a contar con un sistema completo de promoción y detección temprana, debería permitir que su incidencia bajara. En el caso de los hombres el tipo de cáncer que genera más mortalidades es el de estómago.

Por otra parte, con respecto a la situación de salud determinada o asociada con hábitos y estilos de vida saludables se observa para Bogotá, en un rango entre los 18 a 64 años, la prevalencia que debe cumplir una persona es 150 minutos semanales de actividad física acumulada. De acuerdo con esto fue encontrado que el 18,3 % hace actividad en su tiempo libre, el 40,5 % camina como medio de transporte, el 4,3 % usa la bicicleta como medio de transporte, adicionalmente a estos dos dominios de tiempo libre y transporte, el 57,8 % de los habitantes de Bogotá (en el rango establecido) cumple con tal recomendación (55). Indicadores que demuestran la necesidad de fortalecer las actividades deportivas o de actividad física desde la infancia, puesto que en la adultez se presentan mayores dificultades para la dedicación de tiempo a la actividad física.

Cabe mencionar que dentro de la Base de Crónicos se identifican 21744 pacientes que asisten al programa de crónicos del Hospital de Suba ESE. De los cuales las patologías más prevalentes en la localidad son Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, en cuanto al ciclo vital 14773 personas mayores de 60 años, registradas es decir que el 67,95% de la población asistente al programa con enfermedades crónicas son del ciclo vejez en cuanto al género, el 74,48% son de género femenino, esto no pretende manifestar que el género que con mayor prevalencia se enferma, recordando que la base es diligenciada por la persona encargada del programa donde el paciente debe asistir, por tal razón como hipótesis se plantea la posibilidad que el género femenino sea más adherente a las consultas del programa. Por otro lado es importante mencionar que la mayor patología crónica en la localidad de Suba es Hipertensión Arterial, la cual aporta el 93,9% con 13870 casos, con mayor incidencia en el género femenino con 10387 casos de HTA y una prevalencia de 70,31%, seguido de Diabetes Mellitus con 1441 casos ingresados a base de programa.

Por otro lado, Dentro de los RIPS del Hospital de Suba, se identifica un total de 1020 pacientes atendidos con diagnóstico principal de Hipoacusia, con el 99% de los casos identificados por consulta externa y el restante en urgencias, es importante mencionar que en menores de 1 año se identificó el 1,6% con 16 casos, de 1 a 4 años son diagnosticados el 2,74% (n=28); de 10 a 14 años, 30 menores el cual aporta el 2,94%, entre las edades de 15 a 19 años se identifica el 3,14% con 32 casos, el 19,08% de los casos registrados están entre las edades de 20 a 49 años con un total de 202 casos, sin embargo es importante mencionar que el ciclo vital de mayor incidencia en el diagnóstico es el ciclo vejez, el cual aporta el 53,7% del total de los casos identificados con 535 casos registrados. Dentro del análisis por sexo, el sexo con mayor incidencia para el diagnóstico de hipoacusia en el género femenino con el 56% del total de los casos (n=567).

En cuanto a los defectos refractivos, según los RIPS 2014 de la ESE, en el hospital fueron identificados por consulta externa 147 casos de niños entre los 2 y 8 años de edad, con algún defecto refractivo sin especificación, de los cuales el 53,7% de los casos pertenecen al género femenino, este diagnóstico genera 1053 registros en las IPS del Hospital de Suba donde el ciclo vital con mayor proporción es ciclo vital vejez con 2019 casos es decir el 20,8%.

4.6.7. Dimensión de Salud Pública y Desastres

Respecto a la salud pública en emergencias y desastres se evidencian avances en el fortalecimiento de la articulación institucional de respuesta a las mismas, teniendo en cuenta que en Suba presentó 14 eventos de emergencia, pero sólo uno de gravedad durante 2014. El evento sucedido fue un incendio en el barrio Villa Cindy. Cabe resaltar la extrema vulnerabilidad de las 30 familias que sufrieron el siniestro que sigue siendo alta: personas en condición de desplazamiento forzado, en ocupación ilegal del espacio público, en riesgo medio de inundación por estar ubicados en la proximidad del río Bogotá (56). Demostrando la influencia y relación de los determinantes estructurales de segregación e inequidad social, así como la deficiente prevención de emergencias y desastres en zonas de la localidad que cuentan con asentamientos ilegales o de invasión, los cuales necesitan una reubicación preventiva prioritaria.

Respecto a las acciones realizadas institucional e intersectorialmente, fue realizado el simulacro de evaluación de respuesta a multitud de lesionados coordinado y supervisado junto a la SDS, la UEACOB, el IDIGER, la Clínica Juan N. Corpas, la DCC y el SENA. Se generaron los acuerdos 172, 173 y 174, los cuales crean el organismo de control de la gestión de riesgo, sus responsables, sus roles y sus recursos a nivel local, como refuerzo para la prevención de desastres en la misma.

4.6.8. Dimensión Laboral

De acuerdo con el Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá, el uso del suelo urbano de Suba se divide en siete áreas de actividad: residencial (57,8%), urbana integral (22,4%), dotacional (15,6%), de comercio y servicios (2,1%), suelo protegido (1,3%), industrial (0,7%), área de actividad central (0,1%) (57). El área de actividad que predomina es la de uso residencial neta, que se refiere al suelo donde únicamente se permite la presencia limitada de comercio y servicios sin superar el 5% del área bruta del sector normativo, siempre y cuando no genere impactos negativos, privilegiando su ubicación en manzanas comerciales, centros cívicos o en ejes de borde, que ya tienen presencia de comercio y servicios (58).

Además de las áreas de actividad residencial, se debe destacar la presencia de grandes áreas urbanas integrales (para proyectos residenciales, dotacionales, industriales y de comercio y servicios) y áreas de expansión urbana que pueden desarrollarse mediante planes parciales o reglamentación urbanística. También se aprecian importantes sectores de uso dotacional en los que se localizan principalmente equipamientos colectivos, deportivos y recreativos, parques zonales y de servicios urbanos básicos; se destacan sectores muy definidos de uso económico de comercio y servicios, donde se concentran grandes superficies comerciales, servicios empresariales, comercio aglomerado y comercio cualificado. De igual manera, se destaca la presencia de pequeñas áreas industriales que posicionan a Suba como una de las localidades de Bogotá con presencia industrial (58).

Teniendo en cuenta esto, de acuerdo a la información aportada por la Cámara de Comercio de Bogotá, en la localidad predomina la actividad económica desarrollada en microempresas (n=24.032), seguida de pequeñas empresas (n=1.929), medianas (n=321) y por último grandes empresas (n=64). Ahora bien, de acuerdo a la misma fuente, la actividad más importante de la localidad es comercio y reparación de vehículos automotores que representa el 35% del total, seguido actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler, con el 17,2%. Luego de estas dos actividades, se encuentran la industria manufacturera y los hoteles y restaurantes, con un total de 10,7% y 7,1% respectivamente (59).

Este contexto general de ocupación en la localidad evidencia que los trabajos que predominan en la misma están relacionados con ocupaciones catalogadas como de bajos ingresos económicos y que a su vez favorecen el aumento de riesgos laborales y la deficiente protección ocupacional del trabajador. Esta situación se encuentra relacionada con determinantes estructurales como la inequidad social y la falta de políticas que garanticen trabajo digno y por ende calidad de vida a las poblaciones independiente de su ocupación.

En la localidad de Suba, la población de los estratos 1, 2 y 3 se dedica en su mayoría al trabajo en oficios como la construcción, mecánica, conductores, empleados de los cultivos de flores ubicados en Chía, Cota, Tabio y Tenjo, y empleadas del servicio doméstico, en restaurantes, salas de belleza o peluquerías, reciclaje¹¹, operarios de fábricas y al sector informal o rebusque, población que se concentra en los territorios: Casablanca, Suba Centro, Rincón, y Tibabuyes y en algunos sectores del territorio social cuatro el cual incluye las UPZ Prado, Britalia y San José de Bavaria (7). Aquí vale la pena mencionar, que la ocupación guarda una relación significativa con el gradiente de pertenencia étnica, pues las personas que hacen parte de los grupos étnicos son quienes en su mayoría desarrollan actividades que hacen parte de las Unidades de Trabajo Informal o tienen empleos poco cualificados social y económicamente como los mencionados (26).

Por su parte, la población residente en estratos socioeconómicos 4, 5 y 6 que corresponde a población ubicada en las UPZ Prado, Britalia, y San José de Bavaria, Niza Alhambra y Floresta y en las UPZ Academia y Guaymaral, generalmente corresponde a población profesional, empleada de empresas, dueños de negocios y pensionados (7). Sin embargo, a pesar de que aparentemente presentan mejores condiciones de vida y laborales que la población ubicada en las demás UPZ, pueden presentar situaciones de pobreza oculta, principalmente en la población mayor de 60 años que cuenta con pensiones bajas que en ocasiones no alcanzan para el sustento digno de la persona o la familia (9, 10, 38).

¹¹ Las familias dedicadas al reciclaje ubicadas en la UPZ 18, UPZ 19 en el borde del canal Córdoba, UPZ 27 barrio Villa Hermosa, UPZ 28 sector de Villas del Rincón y la UPZ 71, sector de Lisboa, Santa Cecilia, Santa Rita.

De este modo, se evidencia que en la localidad predominan empresas informales que favorecen la falta de aseguramiento de la población a servicios de salud o riesgos profesionales, pero que además no brindan unas condiciones sociales y económicas dignas para la subsistencia de las familias, principalmente las que se encuentran localizadas en las UPZ priorizadas Rincón, Tibabuyes y Suba centro. De igual modo, predominan ocupaciones informales como bici taxi, moto taxi, expendio de sustancias psicoactivas, actividades económicas al margen de la ley y ventas ambulantes, que a pesar de que no otorgan una calidad de vida deseada, pueden generar mejores ingresos que un trabajo formal en la ciudad (10, 60).



CAPÍTULO 3. IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA LOCALIDAD



Imágenes tomadas de: <http://www.Esesuba.Gov.Co/joomla/portal/index.Php/informacion-institucional/quienes-somos>

5. CAPÍTULO III. IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA LOCALIDAD

La identificación de tensiones en salud fue desarrollada con base en la metodología PASE a la equidad, mediante la cual a partir de la información presentada en los capítulos 1 y 2 del presente documento fueron conformadas las tensiones o diferentes presiones entre las dimensiones sociales, económicas, ambientales y poblacionales que generan una afectación determinada a la salud de la población de estudio (61), en este caso la que habita la localidad de Suba. Este ejercicio dio como resultado la conformación de 15 tensiones en salud, de las cuales 10 de ellas obtuvieron los puntajes más altos de valoración, los cuales en la escala de valoración desarrollada en la Matriz de identificación y valoración de tensiones PASE a la equidad se encuentran evaluados en prioridad media (n=5) y alta (n=5)¹². Vale la pena resaltar que cada una de las tensiones identificadas para la localidad está en el marco de las Dimensiones del Plan Decena de Salud Pública – PDSP y se encuentran sustentadas en las diferentes fuentes de información primarias y secundarias consultadas por el equipo ASIS de la ESE. La tabla 14 muestra un resumen de los temas asociados a las tensiones identificadas, las cuales serán abordadas en profundidad a lo largo del capítulo.

Tabla 19. Resumen de Tensiones en Salud para la localidad de Suba

Dimensión PDSP	Componentes	Áreas de observación	Tensiones identificadas	Valoración de las tensiones identificadas
Dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles	Modos, condiciones y estilos de vida saludables	Condiciones y estilos de vida saludables	Abuso de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en jóvenes entre 18 y 27 años	3
	Condiciones crónicas prevalentes	Carga de la enfermedad	Aumento de la prevalencia de condiciones crónicas en personas mayores de 60 años	4,75
Dimensión de convivencia social y salud mental	Promoción de la salud mental y la convivencia	Comportamientos individuales y colectivos para el cuidado de la salud mental y la convivencia social	Inseguridad asociada a pertenencia a pandillas o bandas criminales principalmente conformadas por jóvenes entre 18 y 27 años	2,87
		Entornos protectores para la salud mental y	Aumento de conductas suicidas (ideación, intento,	6

¹² De acuerdo a la metodología de adaptación del modelo PASE a la equidad, la semaforización de las tensión fue llevada a cabo de la siguiente manera: rojo para tensiones con alta prioridad dado que su balance final es alto (valores entre 4 y 6), amarillo para tensiones con prioridad media (valores entre 2 y 4) y verde para tensiones con baja prioridad (valores inferiores a 2).

		la convivencia social	amenaza) en adolescentes entre 14 y 17 años	
Dimensión de seguridad alimentaria y nutricional	Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos	Alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada; aprovechamiento y utilización biológica de alimentos	Malnutrición en edades escolares (0 a 13 años)	2,75
Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género	Garantía del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género (intersectorial) y Servicios integrales en salud sexual y reproductiva para la población de adolescentes y jóvenes	Constante aumento de embarazos a temprana edad (10 años a 19 años)	2,87
	Prevención y atención en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos	Atención integral a las víctimas de violencia de género y sexual	Violencia intrafamiliar (física, sexual, económica, emocional) en personas entre 27 y 59 años	3,75
Dimensión de vida saludable y enfermedades transmisibles	Condiciones y situaciones endemo-epidémicas	Carga de enfermedades zoonóticas	Tenencia inadecuada de mascotas que afecta principalmente a niños y niñas entre 6 y 13 años	2,75
Dimensión de salud y ámbito laboral	Seguridad y salud en el trabajo	Acceso al Sistema General de Riesgos Laborales; Protección de la salud en el trabajo y fomento de la cultura preventiva a los trabajadores; Estilos, modos y condiciones saludables en el entorno laboral	Informalidad laboral en personas de 28 a 59 años	5,25
Dimensión transversal de gestión diferencial de poblaciones vulnerables	Envejecimiento y vejez	Envejecimiento y vejez	Abandono y negligencia en personas mayores de 60 años	3,75

6. Fuente: Elaborado por Equipo ASIS Local con base en la Matriz de identificación y valoración de tensiones PASE a la equidad. Marzo 2016.

5.1 Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles

Tensión 1. Consumo de Sustancias Psicoactivas - SPA

Los cambios en la estructura familiar y la pérdida de la educación en valores sociales al interior de la familia, sumado al contexto social de consumo spa, micro-tráfico, venta de drogas, han ocasionado el inicio de consumo de SPA por aceptación social (pertenencia a parches o pandillas), afectando la situación de salud de los y las jóvenes de la localidad de Suba, dejando implicaciones que van desde la exclusión social, hasta la pérdida de capital humano de la ciudad.

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) estima que unos 205 millones de personas consumen algún tipo de sustancia ilícita. La más común es el cannabis, seguido de las anfetaminas, la cocaína y los opioides. La utilización de sustancias ilícitas es más común entre los hombres que entre las mujeres, mucho más aún que el hábito de fumar cigarrillos y el consumo de alcohol. El consumo de sustancias también es más prevalente entre los jóvenes que en los grupos de más edad. Los datos de la ONUDD muestran que un 2,5% del total de la población mundial y un 3,5% de las personas de 15 o más años consumieron cannabis por lo menos en uno de los años 1998 a 2001 (62).

El consumo de SPA es una situación que se presenta en la localidad de Suba independiente de los estratos socioeconómicos, pero con una afectación principalmente identificada en estratos bajos y población que habita en las UPZ Rincón, Tibabuyes y Suba centro. Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Sustancias Psicoactivas – VESPA, a 2012 la localidad de Suba es la tercera localidad con mayor consumo tanto en hombres (n=191) como en mujeres (n=52), con una tasa de 22,7 por 100.000 habitantes (63). Por su parte, las cifras locales del programa CAMAD (segundo semestre 2014) muestran que de las 680 personas atendidas por consumo, 448 fueron adolescentes y 117 jóvenes de la localidad; el ciclo vital juventud el 44% de los(as) jóvenes da inicio al consumo con sustancias con el alcohol, seguido de tabaco 9% (n=16), marihuana 9% (n=16), y otras con una prevalencia de 1%. En cuanto a la frecuencia de uso: el 37% consume una vez por semana (n=66), el 5% usa las sustancias Psicoactivas varias veces a la semana (n=9), el 6% consume más de tres veces al día (n=8) y más de tres veces al día el 3% con 6 casos (64).

Esta situación se encuentra asociada a los cambios en la estructura familiar (familias disfuncionales), maltrato infantil, abandono, negligencia y la pérdida de la educación en valores al interior de la familia, lo cual se ve reflejado en las edades de inicio de consumo que según CAMAD se da entre los 5 y 20 años, principalmente a finales del ciclo infancia (12 – 13 años) y la adolescencia (14- 17 años), siendo más prevalente el inicio en el ciclo adolescencia, pero con mayor frecuencia de uso durante la juventud. A la situación familiar y personal se suman determinantes estructurales como las necesidades sociales insatisfechas asociadas a la economía propia que genera el micro-trafico el cual proporciona ingresos a familias (65) bajo un contexto social de consumo spa, que han ocasionado el inicio de consumo en las UPZ más vulnerables de

la localidad (Rincón, Tibabuyes, Suba Centro) y que a su vez son segregadas social, económica y espacialmente.

Dentro del análisis de esta tensión (social – poblacional) es pertinente incluir la distribución por sexo, pues el consumo es más frecuente en hombres que en mujeres, reflejando de nuevo la necesidad de desarrollar programas de atención en salud con enfoque de género dirigidos a hombres en la localidad, pues la marcada diferenciación social de los roles está afectando considerablemente los ámbitos de vida de los individuos e incluso ha permitido el fortalecimiento de inequidad y la desigualdad de género en la ciudad y la localidad. Adicionalmente, es preciso tener en cuenta que el consumo de SPA en la localidad ha generado el aumento de situaciones de violencia entre expendedores y consumidores (66), evidenciando que el principal reforzador de esta tensión es el contexto de venta, micro-tráfico y consumo, sumado a las condiciones de pobreza y segregación social de la población.

De este modo, en la localidad no han sido generadas acciones de impacto desde las diferentes instituciones y existe escaso trabajo intersectorial para prevención del consumo y promoción de hábitos saludables. En esta misma línea, aparece un reforzador para la tensión, pues actualmente se cuenta con atención y respuesta insuficiente en instituciones de tratamiento que deben estar a cargo de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) (46). Por tal razón, no se observa un impacto positivo en la disminución del consumo, pues la localidad de Suba (2014) es la localidad con mayor intoxicación por SPA del Distrito, en donde los principales afectados son jóvenes 27,1% (n=54) y adultos 45,2% (n=90) (67). Finalmente, es preciso resaltar que además de la afectación a la salud, esta situación ha desencadenado situaciones de habitabilidad en calle, delincuencia, abandono familiar, disminución de posibilidades laborales para quienes son adictos(as) y deserción escolar, siendo el consumo una barrera para acceder a la educación superior.

Ahora bien, dentro de los liberadores sociales y de salud se encuentran los(as) profesionales en psicología del programa de Territorios Saludables con acciones en ámbito familiar (atención psicosocial), escolar (acciones individuales y colectivas), institucional (acciones individuales y colectivas) y servicios de salud colectiva (acciones individuales y colectivas), CAMAD, línea psicoactiva, casa de la juventud, política de prevención del consumo spa, Secretaría de Integración Social con los programas de habitabilidad de calle y narcóticos anónimos, movimientos en torno a la legalización de la marihuana, proyectos y programas de la alcaldía Local con organizaciones y con el hospital.

Tensión 2. Enfermedades crónicas

Los diferentes hábitos alimentarios durante la juventud y la adultez ricos en harinas y carbohidratos han ocasionado la afectación a la salud aproximadamente 14.000 personas mayores de 60 años de la localidad, que presentan enfermedades como hipertensión y diabetes, pues dado que la alimentación forma parte fundamental de la identidad cultural transmitida de generación en

generación, se evidencian grandes dificultades para la transformación hábitos alimentarios, más aún en la actualidad con la rutina de vida en la ciudad que favorece el consumo de comidas de rápida preparación ricas en azúcares que aumentan el riesgo de adquirir dichas enfermedades.

Se estima que las enfermedades crónicas fueron responsables del 60% de todas las muertes en 2005 y que 80% ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos. En muchos países pocos factores de riesgo son responsables de la mayoría de la morbilidad y mortalidad. Los factores de riesgo más importantes de enfermedades crónicas incluyen: hipertensión, alto índice de colesterol, toma inadecuada de frutas y verduras, el sobrepeso y la obesidad, inactividad física y el uso de tabaco. Cinco de estos factores están relacionados con la actividad física y régimen alimentario. En total, los grandes factores de riesgo son responsables de aproximadamente el 80% de las muertes de enfermedades cardiovasculares y ataques fulminantes (68).

En la localidad sucede algo particular, y es que se encuentran poblaciones variadas de diferentes partes del país que tienen hábitos culturales de alimentación de acuerdo a su región de origen (dimensión social), lo cual puede estar influenciando en el aumento de enfermedades crónicas como Hipertensión y Diabetes, las cuales se asocian al consumo exagerado de harinas, sal y carbohidratos (69). Ahora bien, dentro de la Base de Crónicos fueron identificados 21.744 personas que asisten al programa de crónicos del Hospital de Suba ESE, de los cuales 14.773 personas mayores de 60 años han sido registradas, es decir, que el 67,95% siendo el ciclo vital de mayor proporción que se atiende en el programa. En cuanto al género, el 74,48% pertenece al género femenino, lo cual no necesariamente significa que sea el género que más se enferma en la localidad, sino que también puede estar asociado a la mayor asistencia a consultas y actividades que ofrece el programa de crónicos del Hospital de Suba (Dimensión poblacional) (70).

Por otro lado, es importante mencionar que de acuerdo a la información proporcionada por el Programa de Crónicos de la ESE, la mayor patología crónica en la localidad de Suba es Hipertensión Arterial, la cual aporta el 93,9% con 13.870 casos, el cual el género con mayor incidencia de la enfermedad es el femenino con 10.387 casos de HTA y una prevalencia de 70,31%, seguido de Diabetes Mellitus con 1.441 casos ingresados a la base del programa durante 2014.

En este orden de ideas, la malnutrición no sólo favorece el aumento de estas enfermedades, sino que con ellas se puede generar alguna discapacidad a largo plazo. Lamentablemente la base de datos no revela información sobre la pertenencia étnica de las y los pacientes, pero de acuerdo al trabajo de campo realizado desde el equipo ASIS, buena parte de la población afro-descendiente e indígena de la localidad tiende a presentar con mayor frecuencia estas patologías, evidenciando la influencia de patrones culturales mencionados, pero a su vez la resistencia de la población a transformarlos, pues significaría una ruptura con su territorio y su cultura (71). Situación que puede estar relacionada con la mayor concentración de los casos en las UPZ con mayor población étnica de la localidad: Suba Centro con 7,25 (n=1577), Rincón con 35,05 (n=7622) y Tibabuyes 23,28 (n=5063) (70).

Por otro lado, dentro del análisis de los reforzadores de esta tensión se encuentran determinantes intermedios de las enfermedades crónicas en la localidad han sido identificados algunos como por ejemplo la baja cobertura del programa crónicos de ESE (Programa viviendo con calidad en salud), la falencias en el seguimiento a usuarios que pertenecen al programa; a los cuales se suman el desconocimiento de hábitos alimentarios saludables, así como las creencias culturales negativas sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas y la resistencia al cambio en patrones alimentarios en la población (65).

Frente a esta tensión la localidad cuenta con liberadores como los programas de seguimiento y las charlas informativas de PYD respecto a hábitos alimenticios, desde el programa territorios saludables se han desarrollado jornadas y campañas que han permitido identificar la problemática actual de las enfermedades crónicas en la localidad y plantear estrategias que permitan mejorar la calidad de vida de nuestros habitantes; y por último se realizan jornadas de prevención y educación en diferentes temas relacionados con la prevención, manejo de las enfermedades crónicas, de igual forma se ha educado a la comunidad en hábitos y estilos de vida saludable. Aun así, es fundamental el fortalecimiento de las Políticas públicas relacionadas con la seguridad alimentaria y nutricional desde edades tempranas para la prevención del aumento de estas enfermedades en el futuro.

5.1 Dimensión de convivencia social y salud mental

Tensión 3. Inseguridad en el espacio público

El tráfico de estupefacientes, las disputas entre parches juveniles y las riñas por conflictos culturales de convivencia, han ocasionado la conformación de bandas criminales y pandillas que infunden miedo en los(as) ciudadanos(as) de la localidad, aumentando las cifras de muertes violentas, homicidios, riñas, robos e inseguridad de las UPZ priorizadas de la localidad. Esta situación agrava en la localidad, pues el conflicto armado en el país y la falta de presencia del Estado en zonas urbanas segregadas social, económica y espacialmente afectan la salud física y mental reproduciendo el ciclo de violencia social en la ciudad.

El espacio público no es un conjunto aleatorio de cosas, sino un fenómeno cultural y físico, integrado por diversas formas de organización, con regularidades y diferencias, y lleno de significados simbólicos y culturales, que deben ser orientados positivamente para dar sentido al bienestar de toda la población. Así mismo, el espacio público urbano es un lugar clave que genera ciudadanía e interacción social; sin embargo, el modelo de ciudad actual caracterizado por la fragmentación espacial y social, favorece la aparición de la inseguridad objetiva o subjetiva. Por su parte, la ciudad actual se caracteriza por una fragmentación espacial y social, es decir, se halla dividida en zonas muy marcadas que responden a diferentes funciones, acompañado también por una segregación social evidente (72).

Esta situación de violencia e inseguridad no es nueva en la localidad, sino que por el contrario estos contextos se han mantenido en una transmisión cultural y social donde barrios como: La Manuelita, Rincón San Cayetano, Gaitana, Palma son el ejemplo de tres generaciones de vida delictiva, de igual manera se encuentran familias extensas que contribuyen con esta transmisión, que se ubican en la zona sur occidental desde hace 30 años (58). De acuerdo al trabajo de campo realizado por ASIS con aportes de la Dirección Local de Educación - DILE han sido identificadas cuatro bandas criminales y siete pandillas, conformadas por jóvenes (18 – 27 años) y adultos (38 a 40 años) que llevan a cabo acciones ilegales de secuestro, extorsión, micro-tráfico y que protagonizan algunas riñas y homicidios en ciertos barrios de la localidad; de acuerdo al testimonio de uno de los líderes de una pandilla de Tibabuyes, es posible que haya una pandilla controlando cada barrio de estas UPZ, los cuales se encuentran divididos por líneas invisibles establecidas por ellos (73).

De acuerdo a otras fuentes de información, la delincuencia en la localidad de Suba sufre hoy una serie de transformaciones pasando de una delincuencia de aprendizajes urbanos a una delincuencia que obtiene elementos de las organizaciones armadas, como los paramilitares y guerrillas; la extorsión a comerciantes y la instalación móvil de oficinas de cobro, desde donde se paga la violencia homicida, con la acción de los sicarios, constituyéndose en nuevas formas operativas. De manera que el comportamiento de inseguridad no sólo se asocia a estos grupos que podrían ser más de los mencionados anteriormente (18 grupos juveniles), sino que actualmente han sido identificados cuatro focos de violencia en donde los principales protagonistas son los jóvenes quienes ejercen buena parte de la violencia asociada a la pertenencia a parches, la violencia asociada a consumidores(as) de SPA, bien sea por deudas con los expendedores o porque se convierten en blanco de vulneración de derechos de parte de otros grupos, la violencia asociada al sicariato y el pago por homicidios y por último la violencia producto de los choques culturales y la falta de convivencia que involucra a personas que hacen parte de la comunidad afro de la localidad (66).

La situación de inseguridad (tensión entre la dimensión social y la poblacional), a pesar de que afecta a todos los ciclos vitales en diferentes formas, para la localidad de Suba se priorizó, en el ciclo vital Juventud, el cual juega un rol en doble vía, pues resulta ser el más afectado en hurtos, homicidios y riñas, siendo víctima pero a la vez victimario en la localidad. De acuerdo al informe de CEACS, durante 2014, en Suba se presentaron 91 homicidios, ocupando el quinto lugar a nivel distrital; caso contrario a las lesiones comunes en las cuales la localidad presentó el mayor porcentaje (11, 8%) y número de casos (1482) seguida de Ciudad Bolívar (1438) y Kenedy (1240), la principal causa de dichas lesiones en el distrito fueron las riñas y el rango de edad más afectado fue de 20 a 35 años (74). Así mismo de acuerdo a la misma fuente, la localidad presentó las cifras más altas en hurto a personas, a residencias y a establecimientos comerciales en el distrito con 2964 (10,6%), 1088 (22,7%) y 783 (12,4%) respectivamente, en donde las situaciones de hurto a personas se evidencia una afectación principalmente a hombres entre 20 y 35.

Vale la pena resaltar que las riñas no sólo están determinadas por los conflictos entre pandillas, sino también por conflictos entre barras futboleras, violencia por discriminación a causa de la orientación sexual o riñas por ruido en zonas de bares de Rincón y Tibabuyes en las que se evidencian choques culturales y dificultades en la convivencia de personas de la ciudad de Bogotá con quienes migran de otras partes del país por conflicto armado u oportunidades laborales (75). Así mismo, se presentan otras formas de violencia en el espacio público como la violencia sexual, para la cual en 2014 se presentaron 27 casos (5 hombres y 22 mujeres), de los cuales 9 pertenecían al ciclo vital de juventud (3 hombres, 6 mujeres) (76).

Toda esta afectación a la salud, permite tener en cuenta varios determinantes sociales que se suman a los ya mencionados, como por ejemplo aquel que se asocia a las construcciones de género, pues estos eventos se presentan principalmente en hombres jóvenes de la localidad y aún las acciones no son suficientes desde la interseccionalidad para frenar la violencia social. A este se suman las barreras de acceso a la educación superior (altos costos, oferta de programas académicos fuera de los intereses de la población) y aún más que esto, la falta de oportunidades laborales dignas y decentes para jóvenes de la localidad, que han influido en el fortalecimiento de trabajos informales como el micro-tráfico que alimentan la violencia en el territorio (75).

Este panorama ha favorecido también la utilización de niños, niñas y adolescentes en los robos o en las actividades criminales, la pérdida de la apropiación del espacio público y el miedo frente al uso del mismo, evidenciando un cambio o transformación en las relaciones de vecindad que ahora están determinadas por la desconfianza y la privacidad. Por su parte, las acciones liberadoras de la tensión se han centrado en la definición de cuadrantes desde la Policía, las acciones del Consejo de seguridad, Convenio 151 de 2013 “*Jóvenes Transformando el territorio*” y estrategias del programa Territorios de vida y paz 75/100 de la Alcaldía local de Suba (77).

Tensión 4. Conducta suicida y afectación a la salud mental

Las rupturas de pareja, la dependencia emocional, la soledad y abandono familiar, las pérdidas económicas, la discriminación por orientación sexual se conjugan para afectar la salud mental en adolescentes, pues al presentar baja tolerancia a la frustración se puede desencadenar la conducta suicida (ideación, amenaza, intento), afectando física y mentalmente no sólo al individuo o persona que la presenta sino a todo su círculo familiar. El accionar del Estado se ve limitado al respecto, pues actualmente no existe una política de salud mental que promueva la atención integral sin concebir a quienes hacen parte de ella como ‘personas locas’, sino como una oportunidad de apoyar manejo emocional de las diferentes situaciones cotidianas de la vida, respondiendo al derecho a la salud de la población.

Las tasas de suicidio y las tasas de homicidio muestran una distribución geográfica muy distinta. Salvo en Europa central y oriental, donde son elevadas tanto las tasas de suicidio como las de homicidio, las tasas de suicidio son más altas en las regiones donde las de homicidio son bajas. A escala de país, los países más ricos tienden a presentar tasas de suicidio más altas que los países

pobres. En América Latina las tasas de suicidio son bajas, en particular en Colombia y Paraguay. Se tiene que para el año 2000 el mayor número de muertes violentas no se debieron a la guerra, sino a los suicidios: 815 000 casos, es decir, un suicidio cada 40 segundos. La violencia interpersonal causó 520 000 muertes: una por minuto. Se produjeron 310 000 muertes directamente atribuibles a la violencia colectiva (78).

Principalmente en las UPZ Tibabuyes y Rincón se presentan situaciones asociadas a la conducta suicida, la cual de acuerdo a unidades de análisis realizadas desde el equipo ASIS, se encuentra determinada posiblemente por la baja tolerancia a la frustración, así como la dificultad de asumir las situaciones cotidianas de la vida como las rupturas de pareja, las dificultades económicas y los conflictos familiares (37, 46). Esta tensión que tiene su origen en la dimensión social del desarrollo, se encuentra afectando la dimensión poblacional, pues de acuerdo a los datos aportados por SISVECOS, aunque durante la adolescencia no se han presentado suicidios consumados, este ciclo vital cuenta con la mayor prevalencia de intento e ideación suicida. Esta última contó con un total de 93 casos correspondientes a un 26.27% y tasa de 201,07 x 100.000 adolescentes, se presentaron 3 casos de amenaza equivalentes al 7.7% con una tasa de 6.48 x 100.000 adolescentes y respecto a intento suicida 121 casos con un porcentaje de 24.9 y tasa de 261,6 por 100.000 adolescentes (79).

La afectación a la salud mental también se asocia a otras situaciones como la discriminación social por orientación sexual, pertenencia étnica o discapacidad, el acoso escolar, el abandono familiar, entre otros aspectos que evidencian una afectación de la salud debido a los diferentes contextos sociales que no funcionan como factores protectores, sino que por el contrario empeoran la salud mental durante esta etapa de la vida. Este comportamiento no discrepa de las situaciones presentes en otros contextos o países, en donde el aumento de las conductas suicidas durante la adolescencia es frecuente (80, 81) debido a las situaciones de cambios, búsqueda de identidad, adaptación social y pertenencia a grupos de padres; así mismo, es fundamental tener en cuenta que las mujeres tienen mayores intentos e ideas suicidas que los hombres, mientras que éstos últimos, tienden a presentar mayor número de suicidios consumados (81). Finalmente, vale la pena mencionar en la tendencia de año a año, se observa que durante el 2013 tuvo picos en los meses de febrero, abril, agosto, octubre y noviembre, mientras que para 2014, sólo aumentaron los casos en el mes de febrero y se mantuvo estable durante el año, mostrando la variabilidad que puede tener el indicador de acuerdo a las situaciones particulares que vivan las y los adolescentes (80).

Algunos determinantes que actúan como reforzadores de la tensión tienen que ver con la baja calidad en la prestación del servicio de salud mental, pues esta afectación a la salud aún no es considerada social o científicamente como importante y significativa, lo que ha hecho que se descuide y difícilmente se identifiquen conductas suicidas durante una consulta médica. Adicional a esto, se suma el estigma social que conlleva presentar una enfermedad mental, situación que impiden de entrada la destinación de recursos económicos en la salud para la

atención integral, así como el reconocimiento por parte de la comunidad de la necesidad de recibir una atención al respecto para evitar o prevenir desencadenar un suicidio en el futuro (82).

De este modo, resulta fundamental comenzar a cambiar los patrones culturales desde los cuales se enfatiza en la fortaleza física y mental de los hombres, negando la posibilidad de expresar emociones y sentimientos, generando la falta de autocuidado, búsqueda de ayuda y soportando presiones sociales asociadas a la construcción de la masculinidad y la aceptación social (83). Así podrían generarse acciones complementarias a los liberadores identificados en la localidad, los cuales mantienen un enfoque de salud, sin vislumbrar los factores sociales estructurales que pueden estar afectando la salud mental de los y las adolescentes de la localidad. Sin embargo, sobresale la atención psicosocial desde el PTS, planes de contingencia desarrollados desde SISVECOS, actividades comunitarias para la prevención de la conducta suicida, jornadas de salud realizadas desde la referencia de la política de salud mental y el acompañamiento a 16 de las IPS Privadas de la localidad desde la asistencia técnica de los programas de Salud Mental, socialización y refuerzo de las rutas establecidas para los eventos de sospecha de violencia contra la mujer y menores (75).

5.2 Dimensión de seguridad alimentaria y nutricional

Tensión 5. Malnutrición en edades escolares

Los diferentes hábitos alimentarios asociados a ingresos económicos y características culturales de la población han ocasionado la afectación a la salud de aproximadamente 3000 niños y niñas entre 0 y 13 años, quienes sufren de enfermedades como obesidad, sobrepeso y desnutrición dado que socialmente imperan barreras culturales para la transformación hábitos alimentarios y deficientes fuentes de información respecto a las cualidades nutricionales de los alimentos. Este hecho pone en riesgo la salud de niños y niñas de la localidad, pues la capacidad de respuesta institucional se ve limitada por el predominio de patrones culturales, asociados a costumbres, mercado de industrias de alimentos y adaptación a formas de vida en la ciudad.

Cada año mueren más de tres millones de menores de cinco años por causas y afecciones relacionadas con el medio ambiente. En particular en los países en desarrollo, los riesgos y la contaminación ambientales contribuyen de manera muy importante a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad infantiles asociadas a las enfermedades respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, traumatismos físicos, intoxicaciones, enfermedades transmitidas por insectos e infecciones perinatales. La mortalidad y la morbilidad infantiles debidas a causas como la pobreza y la malnutrición también van asociadas a modalidades insostenibles de desarrollo y a la degradación del medio ambiente urbano o rural. (84)

En la América Latina y el Caribe, la desnutrición crónica afecta a 8,8 millones de niños menores de 5 años (16%) y refleja la acumulación de consecuencias de la falta de una alimentación y nutrición adecuada durante los años más críticos del desarrollo de los niños desde la etapa

intrauterina hasta los 3 primeros años. Sus efectos son, en gran medida, irreversibles y se relacionan estrechamente con la extrema pobreza. Por su parte, el hogar en que habitan niños desnutridos frecuentemente no dispone de instalaciones adecuadas de agua potable y saneamiento básico, lo que incrementa el riesgo de contraer enfermedades infecciosas, principalmente diarreas y parásitos, creándose un círculo vicioso en que el elemento ambiental es un agente activo en el desarrollo de la desnutrición. (85)

Esta situación evidencia tensión entre la dimensión social y la dimensión poblacional y económica, que además de asociarse a las costumbres, hábitos o preferencias, está determinada también por las posibilidades económicas para adquirir los alimentos con mayores componentes nutricionales, el tiempo disponible para la preparación de alimentos en el hogar, el desconocimiento de padres y madres de familia respecto a la nutrición adecuada, el consumo de alimentos transgénicos que pueden estar favoreciendo el desarrollo de enfermedades nutricionales desde edades tempranas, y por supuesto, la influencia de factores biológicos y hereditarios de la población (65). De este modo, se evidencia que la malnutrición es una situación que a pesar de tener su origen en la dimensión social del desarrollo, se ve influenciada por factores estructurales económicos, como las inequidades respecto a ingresos y al tiempo disponible para dedicar a la alimentación propia y de niñas y niños (69). Según los datos proporcionados por SISVAN (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Seguridad Alimentaria y Nutricional) la afectación a la salud de la población se encuentra representada en 880 casos notificados de DNT Global en menores de 5 años, con una prevalencia de 3,2% distribuidos en las UPZ Suba Centro (282 casos 20,9%), Rincón (354 26,24%) y Tibabuyes (388 casos 28,76%); 3292 Menores de 5 años con DNT Crónica, con una prevalencia de 12,0% (50), eventos que se distribuyen en las UPZ priorizadas de la siguiente manera: 1034 casos en Suba Centro 19%, en Rincón 1767 casos con 32,82% y Tibabuyes 1478 27%.

Este comportamiento epidemiológico tiene que ver como bien se ha mencionado con las condiciones socio-económicas de la población, pues de acuerdo a los resultados de la EMP 2014, en la localidad el 4,8% de los hogares manifestaron tener algún miembro, que por falta de dinero no consumió ninguna de las tres comidas uno o más días a la semana; evidenciando las dificultades para la alimentación que tienen algunas familias, pues en la mitad de los hogares de Suba los ingresos sólo alcanzan para cubrir los gastos mínimos (20). Esto a su vez se relaciona con la tasa de empleo de la localidad que según la EMP 2014 asciende únicamente al 62,5%, lo cual muestra el desequilibrio generado por la dimensión económica, respecto a los vacíos de acciones efectivas por parte del Estado para aumentar ofertas laborales dignas que brinden mejores posibilidades económicas a la población.

Ahora bien, otro reforzador presente en la tensión tienen que ver como se ha mencionado con los patrones de alimentación culturales, construidos tanto para las personas originarias de la ciudad como para las personas que provienen de otras regiones del país en busca de oportunidades o a causa del conflicto armado (37, 69). Estos patrones son una muestra de la identidad cultural de algunas poblaciones como las etnias indígenas y afrocolombianas que habitan la localidad,

quienes suelen tener hábitos alimentarios basados en carbohidratos, harinas y cereales. Aquí surge un aspecto importante a tener en cuenta y es que las personas que suelen tener deficiencias nutricionales suelen ser niños o niñas pertenecientes a familias de clases sociales bajas, pertenecientes a grupos étnicos y por ende que tienen una condición de vulnerabilidad dada por los gradientes de etnia, edad y clase social; los cuales a su vez también residen principalmente en las UPZ priorizadas Rincón, Tibabuyes y Suba centro¹³.

Por su parte, las patologías asociadas con el aumento de peso, ocupan un rango de edad más amplio de 0 a 13 años, en donde de acuerdo a la información aportada por SISVAN, en la localidad hay 2777 casos de sobrepeso identificados con una tasa de 7,1 por 1000 menores de 0 a 13 años y 700 casos de obesidad con una tasa de 1,8 por 1000 menores de 0 a 13 años. Nuevamente, el mayor número de casos de estos eventos afecta a niños y niñas residentes de las UPZ Rincón, Tibabuyes y Suba Centro de la siguiente manera: Sobrepeso: Suba Centro 549 casos 19,77%, El Rincón 946 casos con un porcentaje de 34,07%, Tibabuyes 657 casos, con 23,66%; Obesidad: Suba Centro: 127 Casos de 0 a 13 años con un 18,94% del total de los casos, Rincón: 231 33%, Tibabuyes: 179 casos con un 25,57%. (50).

Toda esta información, refleja cómo se conjugan múltiples determinantes en el proceso de alimentación de niños y niñas partiendo de las dificultades económicas, seguido de los patrones alimentarios inadecuados y de cierto desconocimiento respecto a la compra de alimentos que pueden ser económicos y brindar los nutrientes necesarios para los niños y niñas que reside en estas UPZ. De este modo, “la alimentación de cualquier población puede estar determinada por el nivel educativo, el empleo, el género y la edad, la diferenciación étnica, la cobertura social, las redes sociales de apoyo, el empoderamiento y la participación ciudadana, la cohesión social, etc., y se encuentra mediatizada por la conservación de tradiciones familiares o comunitarias (celebraciones, fiestas populares, actitudes hospitalarias, costumbres religiosas, tabúes...) por la publicidad y el marketing, y por otros factores socioculturales”(86).

Ahora bien, las acciones que actúan como liberadores de la tensión están enfocadas desde el sector salud a la educación y orientación respecto a patrones alimentarios adecuados, estrategias como el “pico y placa” escolar, o acciones de tipo asistencial dando bonos de alimentación a familias vulnerables, así como la presencia de comedores comunitarios, respuestas que son significativas para la salud nutricional de la población, pero no suficientes para lograr las transformaciones requeridas. Sin embargo, a pesar de ellas resulta necesario tener en cuenta el papel de los ingresos económicos en los hogares, del marketing en la alimentación, y por ende la salud de la comunidad, aspecto que estructuralmente deberá ser evaluado; por su parte, existe una parte de corresponsabilidad de la población respecto a la alimentación de sus hijos e hijas, así

¹³ El registro de información cuantitativa respecto a le número de casos asociado a este evento es bajo, en comparación a los datos obtenidos desde el abordaje cualitativo de la tensión. La ausencia de información se asocia a falencias en los sistemas de información los cuales no cuentan con las variables étnicas o éstas son obviadas a la hora de digitar el caso presentado.

como la conciencia sobre la importancia de la alimentación en la salud propia con el fin de disminuir dichas enfermedades.

5.3 Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Tensión 6. Embarazos no deseados y partos a temprana edad

La naturalización del rol de madre como proyecto de vida en la mujer ha ocasionado el aumento de embarazos no deseados y nacimientos en edades tempranas (10 a 19 años), las cuales se encuentran principalmente asociadas a la necesidad de suplir vacíos emocionales o psicológicos (autorrealización, estima, pertenencia y amor seguridad y las fisiológicas), originados en el seno de las familias, pero que a su vez ocasionan situaciones de violencia intrafamiliar como negligencia o abandono de niños y niñas no deseados o concebidos en familias disfuncionales conformadas desde edades tempranas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es un periodo durante el cual: 1) el individuo pasa de la aparición inicial de las características sexuales secundarias a la madurez sexual; 2) vive la evolución de los procesos psicológicos y los patrones de identificación de niño a adulto/a; 3) se da una transición de un estado de total dependencia económica y social a un estado relativo de independencia en estas áreas (87).

En la localidad de suba se ha naturalizado socialmente el embarazo a temprana edad como proyecto de vida de adolescentes, situación que se asocia a los cambios en la estructura familiar y por ende a la ruptura en la comunicación y educación sobre sexualidad, reproducción, planificación familiar a hombres y mujeres en igual medida. Esta situación se encuentra relacionada con determinantes estructurales como las construcciones de género que definen las diferencias sociales entre hombres y mujeres, asignando roles a cada uno de ellos basados en las diferencias biológicas. Estas diferencias han causado que socialmente se defina la maternidad como fundamental para la identidad femenina, centrando a la paternidad en la provisión o manutención económica del hogar, más no en la educación, cuidado de la salud y formación de hijos e hijas, que siempre se ha dejado a cargo de la mujer, quien se ocupa de 'lo privado' y los hombres de 'lo público' (88). Es por esto, que en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva se presenta una contradicción, pues desde los servicios de salud se enfoca en la atención y educación sobre planificación familiar y sexualidad hacia la mujer, mientras que en la vida en pareja aunque se responsabiliza a la mujer cuando queda en embarazo, la planificación depende de la decisión de la pareja (hombre), quien decide si quiere usar condón y si su pareja puede planificar o no (41, 52, 65).

De este modo, se observa la tensión originada desde la dimensión social con implicaciones poblacionales, en donde desde los procesos de socialización primaria y secundaria se siguen repitiendo los patrones culturales y sociales de los roles de género, pero además en donde no se tiene una comunicación sobre la sexualidad y la reproducción en el hogar, pues a pesar de que

padres y madres tienen la responsabilidad de enseñar a sus hijos(as) todo el tema biológico y anatómico de la sexualidad e impartir la educación y formación en valores alrededor de este tema, pero se ha delegado esta tarea a los colegios, minimizando la posibilidad de un aprendizaje significativo (65). Toda esta situación social ha ocasionado embarazos a edades tempranas en la localidad de suba, en donde a pesar de la disminución de 12 casos de 2013 a 2014, se evidencia un porcentaje significativo de nacimientos en madres de 10 a 14, (n=45), en donde el 91,1% (n=41) en edad de 14 años, el 6,7% (n= 3) en edades de 13 años y un 2,2% (n= 1) con edad de 12 años; dichos casos se encuentran ubicados principalmente en las UPZ en Rincón con 41.3% (n=12), seguida de Tibabuyes 34.4% (n=10) (89).

El comportamiento aumenta en adolescentes de 15 a 19 un total de 1863 partos de madres en estas edades y una tasa de 402,80 por 10.000 adolescentes, con un promedio mensual de 155 nacimientos y una prevalencia de 15,95%, lo que muestra el aumento de 20 casos en comparación con 2013 (n=1843). Dichos nacimientos también se localizan principalmente en las UPZ Rincón con 446 nacidos vivos y una prevalencia de 25,3%, Tibabuyes con 516 nacimientos hijos de madres entre los 15 a 19 años, con una prevalencia de 29,48% y Suba Centro con 145 nacimientos y un porcentaje 8,39% (89). Estas cifras muestran no sólo la gran cantidad de población con embarazos a temprana edad, sino también que éstos se localizan en las UPZ más vulnerables de la localidad, las cuales cuentan con niveles económicos bajos; situación que refleja las consecuencias de las inequidades sociales (75).

Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años. Se estima que unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años. (90)

De igual modo, respecto a información proporcionada por el Hospital de Suba, durante 2014 se presentaron 175 Interrupciones Voluntarias del Embarazo – IVE, de las cuales el 22,8% (n=40) fueron realizadas e adolescentes entre 11 y 19 años y de las cuales el 2,8% estuvo asociada a abuso sexual, el 8% a malformaciones congénitas incompatibles con la vida, el 33,7% a trastornos psicológicos, el 55,4% no cuenta con información.

Ahora bien, el embarazo adolescente a su vez, genera algunas implicaciones negativas en la salud de la madre o del bebé entre las cuales sobresalen la mortalidad perinatal de madres adolescentes (1 caso de 10 a 14 y en gestantes de 15 a 19 en 2014) (91); pero además se encuentran situaciones de negligencia de madres gestantes durante el embarazo (18.7%) ya que estas gestantes con embarazos no deseados no asisten a su control prenatal, pero además en lo respecta a violencia intrafamiliar a menores de edad se hace evidente que el principal agresor es la madre

en el 54.2% seguido del padre con el 13.7%. Esta situación evidencia la necesidad de fortalecer acciones asociadas a proyecto de vida en mujeres y hombres, con el fin de evitar la reproducción de círculos de violencia en los hogares conformados desde edades tempranas.

Entre algunas implicaciones sociales ya identificadas por organizaciones como la ONU o la CEPAL, se encuentra la deserción escolar en adolescentes, que a su vez limita las oportunidades laborales en el futuro. Específicamente en la localidad de Suba de las madres de 10 a 14 años, el 35.5%(n=16) se encuentran en el nivel educativo de básica primaria, se registra en Básica secundaria con el 60%(n= 27), mientras que en las madres de 15 a 19 el 35.0% (n= 597) cursó secundaria, el 5.68%(n=97) el grado de básica primaria y en una proporción más baja la formación de técnico profesional con un 2.63%(n= 45), profesional el 2%(n= 34), tecnología el 1.75% (n=30) y sin información con el 0.5%(n=8) (89). Esta situación repercute en la reproducción del círculo de pobreza en la ciudad, pues a pesar de que el embarazo se presente también en poblaciones con mejores posibilidades económicas, determinantes intermedios como el contexto de falta de oportunidades sociales y económicas ayudan al aumento de este proyecto de vida, dando lugar a la relación: a menor clase social y menos nivel educativo mayor probabilidad de embarazos a temprana edad (92).

En este orden de ideas, el embarazo a temprana edad puede ser visto como una estrategia de supervivencia de la mujer en la sociedad, sobre todo en contextos vulnerables y pobres como los de las UPZ priorizadas de la localidad de Suba, “ya que las jóvenes que no tienen más oportunidades se embarazan a edades tempranas para: alcanzar más rápido el matrimonio, ya que esta institución es socialmente aceptada, les ofrece protección y apoyo por parte del hombre; obtener estatus, reconocimiento y aceptación social; conformar una “verdadera” familia; auto realizarse y obtener seguridad afectiva, económica y social” (93, 94, 95). De manera que para disminuir esta situación que afecta la situación de salud y calidad de vida de las mujeres adolescentes de la localidad, no basta con programas educativos sobre planificación, pues éste no es el origen de la tensión, sino que va más allá evidenciando el deterioro social, la inequidad, la falta de oportunidades y las deficientes herramientas de movilidad social de las personas que habitan en contextos vulnerables en la ciudad.

Tensión 7. Violencia intrafamiliar – violencia de género

Las relaciones patriarcales de poder asociadas a las construcciones sociales de género han ocasionado la afectación de al menos 300 mujeres adultas de la localidad de suba, quienes sufren situaciones de violencia intrafamiliar (física, económica, sexual, emocional) principalmente en las UPZ Rincón, Tibabuyes y Suba centro, debido a la transmisión de conductas violentas al interior de las familias, la subordinación de la mujer ante el hombre, y la enseñanza o aprendizaje de la inequidad de género en los hogares de Suba. Esta tensión genera violencia en los diferentes ámbitos sociales de los individuos que habitan estas UPZ de la localidad, pero además la

afectación de niños, niñas y demás miembros de familia ocasionando la reproducción del círculo de violencia.

La violencia intrafamiliar es la agresión o daño sistemático y deliberado que se comete en el hogar contra algún miembro de la familia, por alguien de la misma familia. Este daño se produce al violar o invadir los espacios de la otra persona, sin su permiso. A escala mundial, la violencia mata cada año 1,6 millones de personas, y provoca traumatismos, discapacidades y trastornos mentales a otros varios millones. Sus causas son complejas, y sus consecuencias devastadoras (96).

En la localidad de Suba se presentan situaciones de violencia intrafamiliar que afectan a todos los ciclos vitales, pero principalmente reflejada durante la adultez; dicha violencia tiene su origen en la dimensión social del desarrollo con base a las construcciones sociales de género fundamentadas en la reproducción de roles y estereotipos que han generado relaciones sociales basadas en el modelo patriarcal, y por ende, en la repetición de conductas familiares, que perpetúan condiciones de vulneración y violencia al interior del hogar; y refleja sus implicaciones en la dimensión poblacional del desarrollo pues durante 2014 fueron notificados al subsistema SIVIM un total de 666 casos, de los cuales 218 se presentaron en el ciclo vital adultez, siendo el de mayor prevalencia con el 32,7%, 21 casos fueron registrados en hombres y 197 en las mujeres. Vale la pena resaltar que el principal agresor de las víctimas violencia física en la localidad es la pareja con 141 (135 mujeres y 6 hombres), seguido de 14 casos con agresión por parte de hijos a padres, siendo la mujer la principal víctima de esta forma de violencia (76).

Adicionalmente, sobre sale otro tipo de violencia en pareja asociada a la dependencia económica, generalmente de las mujeres hacia los hombres, se registran 18 casos de 74, con una prevalencia de 24,32%, el principal género afectado es el femenino con el 92% (n=16) (41). Frente a la residencia, de acuerdo la base de datos de SIVIM, de los casos presentados 56 son de la UPZ 27, equivalente al 16.09%, 133 casos correspondientes a la UPZ 28, equivalente al 38.2% y 131 casos de la UPZ 71, es decir un 37%.

El abordaje de la violencia intrafamiliar o de pareja presenta algunas dificultades debido a que las respuestas institucionales no son completamente efectivas, ya que los patrones culturales de convivencia en pareja son resistentes al cambio, generando afectación a la salud mental, abandono del hogar y de los hijos, naturalización de conductas violentas y por ende la repetición de estas conductas en otros ámbitos de la vida como, por ejemplo, el escolar. Además, durante el análisis de la tensión se evidencian determinantes que favorecen la perpetuación de la violencia intrafamiliar contra la mujer, como las pocas respuestas afirmativas sobre los castigos para hombres maltratadores en el hogar, las barreras de acceso desde el nivel institucional, de funcionarios(as) que no han sido sensibilizados en la implementación de la atención con enfoque de género y de algunas mujeres y hombres que deciden desistir del proceso legal y vuelven con su pareja (97).

Ahora bien, a pesar de las acciones desarrolladas a nivel institucional de definición y divulgación de rutas de atención y articulación intersectorial materializada en el Consejo red de buen trato y familia de la localidad de Suba, las acciones de SIVIM y Vigilancia Comunitaria y Poblacional para la prevención de la violencia intrafamiliar; y la presencia de instituciones como ICBF, comisarías de familia de la localidad (4 en la localidad), casas de justicia (3 en la localidad), Casa de Igualdad y oportunidades para las Mujeres y los Programas de empleabilidad y emprendimiento, persiste el desconocimiento de la oferta institucional y de las rutas de atención en violencia y la inconformidad de las mujeres pues el actuar institucional no da respuesta a las necesidades y expectativas de las mujeres (75).

5.4 Dimensión de vida saludable y enfermedades transmisibles

Tensión 8. Tenencia inadecuada de mascotas

La tenencia inadecuada de mascotas y la presencia de perros callejeros en la localidad ha generado la afectación de niños y niñas residentes de las UPZ Tibabuyes, Rincón y Suba centro, los cuales se ven expuestos a enfermedades zoonóticas o accidentes rábicos asociados a los asentamiento humanos en zonas de alto riesgo aumentando la población canina y felina, al aumento de animales de compañía en los hogares y la falta de responsabilidad frente a la tenencia de animales de compañía. Esta situación pone en riesgo la salud de niños y niñas de la localidad generando condiciones higiénico-sanitarias inadecuadas, contaminación ambiental e incluso conflictos entre vecinos por el ruido y esta tenencia inadecuada.

El crecimiento descontrolado de perros y gatos causa un impacto negativo sobre la salud pública de los países en vías de desarrollo. Adicionalmente al problema de salud pública, se asocian problemas de tipo socioeconómico, político y de bienestar animal (98). La tenencia responsable de mascotas se define como la condición en la cual una persona acepta y se compromete en una serie de derechos, deberes y obligaciones enfocadas a satisfacer las necesidades de su mascota. Dada la falta de conciencia de los propietarios de caninos, la sobrepoblación de éstos se ha convertido en un fenómeno social y de salud pública en el mundo y Colombia. Este fenómeno se considera un factor de riesgo para la aparición de enfermedades zoonóticas, tal como la rabia, leptospirosis, toxoplasmosis, leishmaniasis, cestodiasis, cenurosis, dipilidiasis, capilariasis, strongiloidiasis, filariasis, larva migrans, dermatomicosis y dermatosis por ácaros (99).

A pesar de que distrital y localmente no se cuenta con un registro exacto de las mascotas, ni de los perros callejeros (65), esta situación que tiene su origen en la dimensión social del desarrollo ha generado el aumento de la contaminación ambiental en la localidad, así como eventos de origen zoonótico y de accidentes rábicos en la población (dimensiones poblacional y ambiental); los niños y niñas de 6 a 13 años son la segunda población más afectada por este evento representados en el 28,5% de las agresiones (n=520), seguidas por adultos(as) con un 37,3% (648) (69), sin embargo se prioriza a la población del ciclo vital de infancia debido a que por ser menores de edad no tienen el conocimiento respecto a la tenencia de mascotas más allá de lo que

sus padres y madres le enseñan, y además el 7,8% (n=41) de dichas exposiciones han sido graves, el 21,7% (n=113) leves y el 70,3% han sido consideradas como no exposición (67).

Es preciso resaltar que a 2013 la localidad de Suba tuvo un registro de 25 caninos de Razas Potencialmente Peligrosas - RPP (secretaría de Gobierno), sin embargo el registro de las agresiones dadas en las UPZ mencionadas, se enfoca principalmente en caninos de raza criolla, poniendo en juego otras situaciones como la convivencia con animales domésticos sin vacunación, que de acuerdo a unidades de análisis y trabajo de campo realizado desde el equipo ASIS se relaciona principalmente con grupos étnicos de la localidad como indígenas o afrodescendientes que de acuerdo a sus costumbres tradicionales conviven con varios animales; pero también a que estas UPZ de la localidad al tener mayor densidad poblacional, también cuentan con mayor presencia canina (65). De igual modo, vale la pena mencionar que los posibles riesgos aumentan en niños y niñas que juegan en humedales o parques de la localidad por la presencia de perros ferales en zonas rurales de la localidad y humedales que conforman jaurías.

Ahora bien, entre algunos de los reforzadores de esta tensión se encuentran, la cobertura en esterilización de mascotas, la cual en su gran mayoría está orientada a operar hembras caninas y felinas. Las limitantes tanto en el número de animales a capturar en los operativos de recolección canina callejera, como en el número de operativos locales, debido a que no corresponde a la misionalidad del Centro de Zoonosis, lo cual hace insuficiente el espacio para albergar animales de todo el distrito; la falta de responsabilidad frente a la tenencia de animales de compañía; y la debilidad en la implementación del comparendo ambiental (Decreto 349 de 2014), para imponer contravenciones por el inadecuado manejo de excretas de animales de compañía (65).

Por otro lado, resulta preciso resaltar que además de la afectación a la salud en términos de los accidente rábicos, la tenencia inadecuada de mascotas también está afectando otras dimensiones del desarrollo como la ambiental, por la disposición de excretas en parques, humedales y el espacio público, condiciones higiénico-sanitarias inadecuadas, malos olores y contaminación ambiental, posibles patologías asociadas a la tenencia de mascotas como leptospirosis, enfermedades respiratorias, enfermedades diarreicas, y hasta conflictos entre vecinos por el ruido que puede ocasionar la tenencia de mascotas (100).

La localidad ha contado con algunos elementos que han proporcionado una carga de liberación de la tensión, entre los cuales se encuentra que para el periodo Enero – Diciembre 2014 la Línea de Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico llevó a cabo la vacunación de 42.036 caninos y felinos, además se realizaron 2844 esterilizaciones de las cuales 1529 fueron hembras caninas y 1315 hembras felinas, así como la atención de 1226 notificaciones de accidentes por agresión animal. Por su parte el Ámbito Territorios Ambientalmente Saludables realizó acciones en tenencia responsable de animales y bienestar animal a través de: La intervención en 4.889 grupos familiares, asesorías en Instituciones Educativas Distritales, el desarrollo de 1 campaña de espacio público y salud con el tema “BIENESTAR ANIMAL” mediante 9 puntos locales

abordando 344 personas. También se trataron temas relacionados a la tenencia de animales de compañía mediante: la formación de Gestores Ambientales Comunitarios – GAC con una cobertura de 49 personas, la Red Local de Salud Ambiental vinculando 100 personas, Servicios de salud colectiva con la participación de 1.092 personas aproximadamente (75).

5.5 Dimensión de salud y ámbito laboral

Tensión 9. Informalidad laboral

Las deficientes políticas de vinculación laboral y posibilidades de empleo en la localidad de suba han ocasionado la afectación de buena parte de las familias de la localidad que se dedican al trabajo informal como forma de subsistencia, debido a la inequidad social que se vive en la localidad. Esta situación, no sólo afecta la salud de trabajadores quienes se exponen a grandes riesgos laborales o se encuentran sin seguridad social, sino a sus familias, incluidos menores de edad a quienes el Estado no puede garantizar condiciones de vida digna por falta de empleos dignos en la ciudad.

El DANE considera trabajadores informales a “aquellas personas ocupadas en las empresas de tamaño igual o inferior a 10 personas, incluyendo al patrono y/o socio: i) ocupados en establecimientos, negocios o empresas en todas sus agencias y sucursales; ii) empleados domésticos; iii) jornalero o peón; iv) trabajadores por cuenta propia excepto los independientes profesionales; v) patronos o empleadores en empresas de diez trabajadores o menos; y vi) trabajadores familiares sin remuneración. Según DANE el 43,1% de la población colombiana ocupada informal se concentró en comercio, hoteles y restaurantes (101).

Tal como se ha mencionado a lo largo del documento, la proporción de empleos de calidad en Suba fue 65%, mientras que el 35,2% de los trabajadores en Suba están en la informalidad (20), cifras que muestran la necesidad de intervenir la situación laboral durante la adultez, pues ella es fundamental en una sociedad neoliberal, para el acceso a servicios, educación y en últimas para tener unas condiciones de vida dignas en la sociedad; esta situación como se explicará a continuación refleja la tensión entre la dimensión Económica y social-poblacional del desarrollo. Por tal motivo y teniendo en cuenta las posibles afectaciones a la salud de las personas de la localidad por su ocupación laboral, el PTS durante 2014 caracterizó a 1065 UTIS - Unidades de Trabajo Informal de las cuales, se caracterizaron a 939 personas en donde el 13, 8% (n=130) pertenecen al ciclo vital juventud, el 74,5% (n=700) al ciclo vital adultez y el 10,2% (n=96) corresponde al ciclo vejez. A su vez, de quienes pertenecían al ciclo adultez, 6 eran gestantes, 19 PCD, 19 desplazados, 4 afro y 6 palenqueros (102).

Las personas que se encuentran en la informalidad laboral, presentan grandes dificultades respecto a la afiliación de pensión, salud y ARL (38 personas se encuentran afiliadas a pensión, 17 a riesgos laborales y 485 a EPS), por esta razón, el 82,8% (n=580) de ellas se encuentra sin contrato formal y sólo el 13% (n=91) tiene contrato por prestación de servicios u obra labor. La

forma más común de pago es remuneración fija (72, 7%), aunque hay un porcentaje significativo de 15,2% (n=107) de personas que no reciben ninguna remuneración. Dicha situación se presenta principalmente en las UPZ Rincón 25,8% (n=275), Tibabuyes 32,4% (n= 346), Prado 27,7% (n=295) y Suba centro 13,9% (n=145) (102), las cuales se encuentran en situación de vulnerabilidad social y económica por ser las UPZ segregadas de la localidad (a excepción de Prado). Esta situación afecta significativamente la calidad de vida, no sólo de la población adulta sino de sus familias, desencadenando dificultades en la alimentación, enfermedades laborales, afectación a la salud mental, vinculación a negocios ilegales, y en caso de la población recicladora, grandes riesgos laborales.

Todo esto vislumbra la influencia de algunos determinantes estructurales e intermedios que agudizan la tensión en la localidad como las deficientes políticas y posibilidades de vinculación laboral en la localidad, las cuales tienen que ver también con las formas de contratación, la inestabilidad laboral, la baja remuneración, entre otras situaciones que hacen del trabajo informal una opción de ingresos económicos, y opción de vida para la población que habita dichas UPZ. De igual modo, funcionarios(as) del Hospital manifiestan que programas de algunas instituciones distritales como IPES que otorgaron espacios abiertos para módulos designados a satisfacer las necesidades de los beneficiarios y la ciudadanía en general, aumentaron la informalidad laboral y favorecen la formación de mafias que cobran cuotas a los vendedores, la contaminación ambiental, mala disposición de residuos, así como el fortalecimiento de actividades como el microtráfico y los moto-taxis (75).

Finalmente, la gran afluencia de población víctima de conflicto en la localidad, se encuentra como un factor determinante debido a que buena parte de la población víctima proviene de zonas rurales del país, cuenta con bajos niveles educativos o desempeña actividades agrícolas que no tienen lugar en la localidad, situación que puede estar influenciando el aumento de la informalidad (capítulos I y II). Como liberadores a nivel local sobresalen las acciones desarrolladas desde el Instituto Para la Economía Social – IPES, quien brinda alternativas productivas y de enseñanza o capacitación para la prevención de informalidad laboral, la Política pública de salud y trabajo, el Sistema de Vigilancia de Salud en el Trabajo – SIVISTRA y la Secretaría Distrital de Desarrollo Económico.

5.6 Dimensión transversal de atención diferencial a poblaciones vulnerables

Tensión 10. Abandono y negligencia en adultos mayores

El sistema económico neoliberal que rige la sociedad colombiana actual ha fundamentado la falta de reconocimiento social y ‘utilidad’ de la persona mayor en la sociedad, situación ha generado que personas mayores de 60 sean abandonadas o maltratadas por sus familiares más cercanos, significando la pérdida de capital social, de salud y de calidad de vida de la población en la localidad.

La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años. Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer. Los adultos mayores también son vulnerables al maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono; a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto. Los datos actuales indican que una de cada 10 personas mayores sufre maltrato. El maltrato de las personas mayores no se limita a causar lesiones físicas sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad (103).

En la localidad de Suba principalmente en las UPZ Rincón, Tibabuyes y Suba Centro se evidencian situaciones de abandono y negligencia que afectan a las personas mayores de 60 años (tensión entre la dimensión social y poblacional de desarrollo). Durante 2014 fueron notificadas 14 personas en abandono, 9 mujeres y 5 hombres; y 38 casos de negligencia en el adulto mayor, 23 mujeres y 15 hombres. Dicha situación se encuentra asociada a la construcción social de la vejez, la cual se encuentra determinada por el sistema económico neoliberal, en donde las personas mayores de 60 años cumplen su ciclo útil de producción económica y mano de obra para el trabajo, dejando de ser “importantes” para la sociedad (104). Esta tensión tiene como reforzadores la falta de políticas públicas de vinculación laboral después de los 60 años, pues la estructura social se encuentra diseñada para dejar de lado las poblaciones que requieren mayor cuidado de la salud, mayor atención por parte de sus familiares, etc. debido a la falta de tiempo y dinero para resolver sus necesidades.

En este orden de ideas, funcionarios(as) de salud refieren que en las zonas vulnerables de la localidad hay muy pocas casas de cuidado para adultos mayores que se encuentran solos y que las dificultades y necesidades económicas ocasionan la ocupación informal de estas personas (65). Ahora, al analizar el nivel educativo y el estrato civil de las personas identificadas durante 2014 por SIVIM, se encuentra que efectivamente las personas afectadas presentan niveles educativos bajos (2 no fueron a la escuela, 3 realizaron la primaria completa, 1 secundaria incompleta, 2 secundaria completa, 1 universidad incompleta, 1 no da información) y en su mayoría son solteros(as) (n=7) (76).

Finalmente, respecto a los liberadores a nivel local, sobresalen actividades lúdicas PTS y Gestión de políticas y programas, el Bono de integración social – SDIS, los centros día de la localidad de suba, los diferentes grupos comunitarios en barrios de la localidad que trabajan con adultos mayores, realizan actividad física entre otras acciones, hogares para adultos mayores de la localidad (zona norte) en trabajo intergeneracional y la concientización de la importancia del adulto mayor en los diferentes espacios de la sociedad y medio de comunicación y los hogares institucionales sin costo para los adultos mayores.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Significados. [Citado 21 Agosto 2015]; Disponible en: <http://www.significados.com/morbilidad/>
- (2) Quiero, Andrea. Determinantes sociales de la salud. Comisión técnica, Asociación chilena de municipalidades. San Felipe. 2011. [citado 21 Agosto 2015]; Disponible en: http://www.munitel.cl/eventos/seminarios/html/documentos/2011/SEMINARIO_PLAN_COMUNAL_DE_SALUD_SAN_FELIPE/PPT07.pdf
- (3) Foschiatti, Ana María. La Mortalidad. Revista Geográfica digital IGUNNE. Chaco. 2010. [citado 21 Agosto 2015]; Disponible en: <http://hum.unne.edu.ar/revistas/geoweb/Geo14/archivos/mortinf.pdf>
- (4) Consultado en web. Definición de mortalidad. [Citado 21 Agosto 2015] <http://definicion.de/tasa-de-mortalidad/>
- (5) Martínez Sánchez; Ramos Aceitero; Álvarez Díaz et al. Cálculos de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) en Extremadura. S.f. [citado 21 Agosto 2015]; Disponible en: http://www.ugr.es/~cmetodo/pdf/poster/martinez_sanchez.pdf
- (6) Lineamiento conceptual Estrategia PASE a la equidad en Salud. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C. 2014.
- (7) Diagnostico en Salud 2010 -2011 Localidad de Suba, Disponible en http://www.esesuba.gov.co/joomla/portal/images/stories/Documentos/Salud_Publica/diagnostico%202011%20version%204%20de%20abril%202012.pdf
- (8) Dirección de Prevención y Atención de Emergencias de Bogotá, Fondo de Prevención y Atención de Emergencias – FOPAE.
- (9) Recorridos por UPZ. Equipo ASIS Local. Vigilancia en Salud Pública. Hospital de Suba ESE II Nivel.
- (10) Diagnósticos rápidos Programa Territorios Saludables. 2014. Hospital de Suba ESE II Nivel.
- (11) Boletines epidemiológicos ambientales, línea Aire Diciembre 2013: Disponible en http://www.esesuba.gov.co/joomla/portal/images/stories/Documentos/Salud_Publica/boletine
- (12) Agenda Ambiental Localidad suba. Alcaldía mayor de Bogotá. Secretaria de Ambiente. 2009. [s/boletines%20epidemiologicos%20y%20ambientales%20linea%20aire/2013/boletin_aire_diciembre_80_2013.pdf](http://www.esesuba.gov.co/joomla/portal/images/stories/Documentos/Salud_Publica/boletines%20epidemiologicos%20y%20ambientales%20linea%20aire/2013/boletin_aire_diciembre_80_2013.pdf)
- (13) Alcaldía Local de Suba - CORPOTIBABUYES. Fortalecimiento del sistema ambiental local: Acciones para la gestión del suelo protegido en la localidad Suba. 2007. p 34.
- (14) Departamento técnico administrativo del medio ambiente. Diagnostico agropecuario y ambiental de la Localidad Suba. Bogotá D.C.
- (15) Lineamientos Programa Territorios Saludables 2013. Secretaría Distrital de Salud. http://saludpublicabogota.org/wiki/index.php?title=Lineamientos_Programa_Territorios_Saludables_2013

- (16) Diagnostico en Salud 2013 Localidad de Suba, Disponible en http://www.esesuba.gov.co/joomla/portal/images/stories/Documentos/Salud_Publica/diagnostico%202011%20version%204%20de%20abril%202012.pdf
- (17) Lineamientos Distritales Para La Aplicación De Enfoque Diferencial. Comisión intersectorial poblacional del distrito capital. 2013. Secretaria Distrital De Integración Social- SDIS.
- (18) Diagnóstico Distrital de etnias. 2010.
- (19) Informes anuales de indicadores 2013 - 2014. Equipo ASIS Local. Hospital de Suba ESE II Nivel.
- (20) Boletín Localidad Suba N° 11. Observatorio de desarrollo económico. Secretaría de Desarrollo Económico. Alcaldía Local de Suba. 2015.
- (21) Secretaría De Educación Del Distrito. Oficina Asesora De Planeación. Grupo De Análisis Y Estadística. Mayo de 2014. Caracterización sector educativo Año 2013 Bogotá D.C.
http://www.educacionbogota.edu.co/archivos/SECTOR_EDUCATIVO/ESTADISTICAS_EDUCATIVAS/2013/BoletinEstadisticoAnual2013.pdf
- (22) Secretaría De Educación Del Distrito. Oficina Asesora De Planeación. Grupo De Análisis Y Estadística. Mayo de 2014. Caracterización sector educativo Año 2013 Bogotá D.C.
http://www.educacionbogota.edu.co/archivos/SECTOR_EDUCATIVO/ESTADISTICAS_EDUCATIVAS/2013/BoletinEstadisticoAnual2013.pdf
- (23) Gutiérrez, Elizabeth. Implicaciones sociales del envejecimiento en Medellín: una mirada desde la construcción de imagen del viejo y la implementación de políticas públicas. Citado el 23/08/15. Recurso electrónico disponible en: http://actcientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT9/GT9_GutierrezE.pdf
- (24) Organización Mundial de la Salud (OMS), Comisión sobre los determinantes sociales de la salud, noviembre de 2004, Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
- (25) Unidades de análisis COVECOM y COVE local. 2015. Equipo ASIS Local. Vigilancia en Salud Pública. Hospital de Suba ESE II Nivel.
- (26) Cartilla Fedeafrsuba. Construcción de la Federación de Organizaciones Sociales Afrocolombianas de la Localidad 11 de Suba. Año 2010
- (27) Departamento Administrativo de Planeación Distrital. Recorriendo Suba. Diagnostico físico y socioeconómico de las localidades de Bogotá D.C.2004. Citado el 10/11/15. Recurso electrónico disponible en: <http://www.shd.gov.co/shd/sites/default/files/documentos/RECORRIENDO%20SUBA.pdf>
- (28) Elizalde, Eduardo. Análisis de la ocurrencia de la Mortalidad Materna en la Provincia de Santa Fe – Argentina, a propósito de una intervención. Universidad Nacional de Rosario. Santafe – Argentina. 2004. [Citado 06 Abril 2016] Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v7n4/07.pdf>

- (29) Ticona, Manuel. Huanco, Diana. Mortalidad Perinatal Hospitalaria En El Perú: Factores De Riesgo. Revista Chilena Obstetricia Ginecología; 70(5): 313-317. Peru. 2005. [Citado 06 Abril 2016] Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v70n5/art06.pdf>
- (30) Organización Mundial de la Salud. ODM 4: reducir la mortalidad infantil. Temas de Salud. *S.f.* [Citado 06 Abril 2016] Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:yj9HV_pVB9MJ:www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=co
- (31) El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). El objetivo: reducir la mortalidad infantil. [Citado 06 Abril 2016] Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0kTYx0MC7JcJ:www.unicef.org/spanish/mdg/childmortality.html+&cd=14&hl=es-419&ct=clnk&gl=co>
- (32) Organización Mundial de la Salud. Enfermedades Crónicas. Temas de la Salud. *S.f.* [Citado 06 Abril 2016] Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:UzEI0-4fg3gJ:www.who.int/topics/chronic_diseases/es/+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=co
- (33) Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un Imperativo Global. 2014. [Citado 06 Abril 2016] Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf
- (34) Organización Mundial de la Salud. Nutrición. Desafíos. *S.f.* [Citado 06 Abril 2016] Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:D7WhBOSvlpEJ:www.who.int/nutrition/challenges/es/+&cd=4&hl=es-419&ct=clnk&gl=co>
- (35) Organización Mundial de la Salud. Cánceres de origen ambiental y ocupacional. Centro de Prensa. 2011. [Citado 06 Abril 2016] Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8U_9KcoBItMJ:www.who.int/mediacentre/factsheets/fs350/es/+&cd=4&hl=es-419&ct=clnk&gl=co
- (36) Durán, Hernán. Políticas ambientales y desarrollo sustentable. <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/6/4496/duran.htm>
- (37) Informe de Seguimiento Anual de Indicadores en salud. Localidad de Suba 2014. Equipo ASIS Local. Vigilancia en Salud Pública. Hospital de Suba ESE II Nivel. Citado el 23/08/15. Recurso electrónico disponible en: <http://www.esesuba.gov.co/joomla/portal/index.php/remository/salud-publica/componente-vigilancia-salud-publica/analisis-de-situacion-salud-calidad-vida/indicadores-mensuales/INFORME-FINAL-INDICADORES-2014/INFORME-FINAL-DE-INDICADORES-2014/>
- (38) Ejercicio de priorización de UPZ Localidad de Suba. Equipo ASIS Local. Vigilancia en Salud Pública. Hospital de Suba ESE II Nivel.

- (39) Matriz de reconocimiento de condiciones básicas de salud. Elaborada con el apoyo de los equipos Gestión de políticas y programas y Vigilancia en salud pública. 2015. Equipo ASIS Local. Vigilancia en Salud Pública. Hospital de Suba ESE II Nivel.
- (40) Lineamientos Distritales Para La Aplicación De Enfoque Diferencial. Comisión intersectorial poblacional del distrito capital. 2013. Secretaria Distrital De Integración Social- SDIS.
- (41) Informe SIVIM trimestral acumulado año 2014. Salud pública localidad de suba vigilancia en salud pública. Hospital de Suba ESE II Nivel. Febrero de 2015
- (42) Diagnósticos Locales. Condiciones y Situación de las Mujeres en Materia de Derechos en la Localidad de Suba 2013. Alcaldía Mayor De Bogotá - Secretaría Distrital De La Mujer.
- (43) Lineamiento política pública LGBTI.
- (44) Lineamientos para la incorporación de las variables sexo, identidad de género, y orientación sexual en los sistemas de información del Distrito Capital".
- (45) Informe de Seguimiento Anual de Indicadores en salud. Localidad de Suba 2014. Equipo ASIS Local. Vigilancia en Salud Pública. Hospital de Suba ESE II Nivel. Citado el 23/08/15. Recurso electrónico disponible en: <http://www.esesuba.gov.co/joomla/portal/index.php/remository/salud-publica/componente-vigilancia-salud-publica/analisis-de-situacion-salud-calidad-vida/indicadores-mensuales/INFORME-FINAL-INDICADORES-2014/INFORME-FINAL-DE-INDICADORES-2014/>
- (46) Unidad de análisis Salud mental. Julio 2014. Equipo ASIS Local. Vigilancia en Salud Pública. Hospital de Suba ESE II Nivel
- (47) Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (2013).
- (48) Informe de seguridad en Bogotá comportamiento de las muertes violentas enero - junio de 2014. Veeduría distrital. Forencis 2014.
- (49) Bases Sistema de Vigilancia de seguridad alimentaria y nutricional - SISVAN 2014. Vigilancia en Salud Pública. Hospital de Suba ESE II Nivel; Indicadores básicos, situación de salud en Bogotá D.C. 2011-2013.
- (50) Bases Sistema de Vigilancia de seguridad alimentaria y nutricional - SISVAN 2014. Vigilancia en Salud Pública. Hospital de Suba ESE II Nivel. En Matriz de reconocimiento de condiciones básicas de salud. Elaborada con el apoyo de los equipos Gestión de políticas y programas y Vigilancia en salud pública. 2015. Equipo ASIS Local. Vigilancia en Salud Pública. Hospital de Suba ESE II Nivel.
- (51) Bases Sistema de Vigilancia de Salud Sexual y Reproductiva 2014. Vigilancia en Salud Pública. Hospital de Suba ESE II Nivel.
- (52) Equipo ASIS Local. Sala Situacional adolescencia. Diciembre de 2014. Hospital de Suba ESE II Nivel.
- (53) Informe de Seguimiento Anual de Indicadores en salud. Localidad de Suba 2014. Equipo ASIS Local. Vigilancia en Salud Pública. Hospital de Suba ESE II Nivel. Citado

el 23/08/15. Recurso electrónico disponible en:
<http://www.esesuba.gov.co/joomla/portal/index.php/remository/salud-publica/componente-vigilancia-salud-publica/analisis-de-situacion-salud-calidad-vida/indicadores-mensuales/INFORME-FINAL-INDICADORES-2014/INFORME-FINAL-DE-INDICADORES-2014/>

- (54) Base de datos Indicadores de SSR- sistemas CSE. Sistema de Monitoreo de las Condiciones de vida de la infancia y la adolescencia de Bogotá. D.C. Informe 2014. Comité Distrital de Infancia y Adolescencia CODIA. Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría de Integración Social.
- (55) Instituto Colombiano de Bienestar Familiar I-CBF-, Profamilia, Instituto Nacional de Salud- INS-, Ministerio de la Protección Social, aplicaron la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional –ENSIN.
- (56) Base de datos SIRE. 2014.
- (57) Perfil económico y empresarial localidad de Suba. Cámara de Comercio de Bogotá 2009. Citado el 06/04/16.
- (58) Decreto 190 de 2004. Citado el 06/04/16. Disponible en:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=13935>
- (59) Centro de documentación localidad de Suba. Actividad económica. Alcaldía local de Suba. Citado el 06/04/16. Disponible en:
http://www.infosuba.org/?bloque=contenido2&id=18&id_item=15&id_menu=18&name=14.%20Sector%20Desarrollo%20Econ%F3mico
- (60) Aportes referente de Política Salud y Trabajo. Equipo Gestión de Políticas y Programas. Hospital de Suba ESE II Nivel.
- (61) Estrategia PASE a la equidad en Salud. Lineamiento técnico, metodológico y operativo de la adaptación del modelo BIT PASE y de la Estrategia PASE al desarrollo a las condiciones del Plan Decenal de Salud Pública. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C 2014.
- (62) Organización Mundial de la Salud. La dependencia de sustancias es tratable, sostiene un informe de expertos en neurociencias. Centro de Prensas. Ginebra – Brasilia. 2004. [Citado 06 Abril 2016] Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr18/es/>
- (63) Abuso de Sustancias Psicoactivas en Bogotá D.C. 2012. Vigilancia epidemiológica del abuso sustancias psicoactivas a través del subsistema - VESPA en el Distrito Capital. Citado el 05/04/16. Disponible en:
<http://www.saludcapital.gov.co/DSP/SIVIM/Bolet%20VESPA%202012.pdf>
- (64) Base de Datos CAMAD. 2014. Salud Pública. Hospital de Suba ESE II Nivel.
- (65) Sesiones de trabajo con equipo Gestión de Políticas y Programas y equipo ASIS. 2015. Salud Pública. Hospital de Suba ESE II Nivel.
- (66) Benavidez, Henry. Suba: Morfología urbana y trashumancia delincuencia barrio el Rincón. Cartilla de Seguridad y Convivencia: pedagogando vivo mi barrio. Territorios

- de Vida y Paz. Citado el 05/04/16. Disponible en: <http://territoriosdevidaypazupzrincon.blogspot.com.co/2013/06/suba-morfologia-urbana-y-trashumancia.html>
- (67) Base de datos SIVIGILA 2014. Vigilancia en Salud Pública. Hospital de Suba ESE II Nivel.
- (68) Organización Mundial de la Salud. Una guía de enfoques basados en población para incrementar los niveles de actividad física. Aplicación de la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 2008. [Citado 06 Abril 2016] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43933/1/9789243595177_spa.pdf?ua=1
- (69) Unidad de análisis equipo SISVAN. Enero 2015. Equipo ASIS Local. Vigilancia en Salud Pública. Hospital de Suba ESE II Nivel.
- (70) Base de datos Programa Crónicos 2014. Hospital de Suba ESE II Nivel.
- (71) Unidad de análisis para la validación de información con líderes afro (consejo consultivo local). Equipo ASIS Local. Vigilancia en Salud Pública. Hospital de Suba ESE II Nivel. Junio 2015.
- (72) Gallego, Cristina, Gallego, Aransay. La Seguridad en el Espacio Público. *S.f.* Citado 06 Abril 2016] Disponible en: - http://revistahuellas.es/rh_2013_3/html/seguridad%20en%20el%20espacio%20publico.htm
- (73) Sala Situacional Infancia. Primer semestre 2014. Equipo ASIS Local. Vigilancia en Salud Pública. Hospital de Suba ESE II Nivel.
- (74) Balance provisional muertes violentas y delitos de mayor impacto años 2013-2014 Bogotá. Centro de Estudio y Análisis en Convivencia y Seguridad Ciudadana – CEACS. Citado el 23/11/15. Disponible en: <http://www.ceacsc.gov.co/index.php/que-hacemos/informes/balances-estadisticos>
- (75) Matriz de identificación y evaluación de tensiones en salud. Diagnóstico Local 2014. Equipo ASIS Local. Vigilancia en Salud Pública. Hospital de Suba ESE II Nivel.
- (76) Base de datos SIVIM 2014. Vigilancia en Salud Pública. Hospital de Suba ESE II Nivel.
- (77) Informe de rendición de cuentas Localidad de Suba Vigencia 2014. Secretaría Distrital de Planeación. Alcaldía Local de Suba. Citado el 23/11/15. Disponible en: https://veeduriadistrital.gov.co/archivos/Rendicion_Cuentas/2014/Suba_Gestion_2014.pdf
- (78) Organización Mundial de la Salud. Alocución sobre el Informe mundial sobre la violencia y la salud. Directora General. 2004. [Citado 06 Abril 2016] Disponible en: http://www.who.int/dg/lee/speeches/2004/puerto_ordaz_violencereport/es/
- (79) Base de Datos SISVECOS – Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Conducta Suicida. 2013 - 2014. Vigilancia en Salud Pública. Hospital de Suba ESE II Nivel.
- (80) Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu, Martínez Ferrer. 2010. Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Psychosocial Intervention*, vol. 19, núm. 3, 2010, pp. 279-287. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Madrid, España. Citado el 22/11/15. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179817507008>

- (81) Casullo. Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / XII Anuario de Investigaciones / Año 2004. Citado el 22/11/15. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v12/v12a17.pdf>
- (82) Campo, Oviedo y Erazo. Estigma: Barrera de acceso a servicios en salud mental. 2014. Revista Colombiana de Psiquiatría 43 (3). Citado 05/04/16. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90341975&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=379&ty=110&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=379v43n03a90341975pdf001.pdf
- (83) De Keijzer, B (2006). "Hasta donde el cuerpo aguante: género cuerpo y salud masculina". En Cáceres et al. (2001), La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- (84) Organización Mundial de la Salud. Salud infantil y medio ambiente. El medio ambiente y la salud de los niños y sus madres. S.f. [Citado 06 Abril 2016] Disponible en: <http://www.who.int/ceh/publications/factsheets/fs284/es/>
- (85) Naciones Unidas. Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. Desafíos - Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio. Número 2, abril de 2006. [Citado 06 Abril 2016] Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion\(13\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion(13).pdf)
- (86) D. Jiménez-Benítez, A. Rodríguez-Martín, R. Jiménez-Rodríguez. Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. Red de Malnutrición en Iberoamérica del Programa de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo (Red Mel-CYTED). Nutrición Hospitalaria 2010;(Supl. 3)25:18-25. Citado el 22/11/2015. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25s3/03_articulo_03.pdf
- (87) Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia. Centro de prensa. 2014. [Citado 06 Abril 2016] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- (88) Lamas, Marta. (2000). El género. La construcción social de la diferencia sexual. México. Grupo editorial Miguel Ángel.
- (89) Base de datos Nacidos Vivos. 2014. Análisis Demográfico. Vigilancia en Salud Pública. Hospital de Suba ESE II Nivel.
- (90) Flórez, Carmen. Soto, Victoria. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. Estudio a Profundidad. 2013. [Citado 06 Abril 2016] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INV/5%20-%20FACTORES%20PROTECTORES%20Y%20DE%20RIESGO%20DEL%20EMBARAZO%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- (91) Base de datos Defunciones. 2014. Análisis Demográfico. Vigilancia en Salud Pública. Hospital de Suba ESE II Nivel.
- (92) Flores y Soto. Fecundidad Adolescente y Desigualdad en Colombia y la Región de América Latina y el Caribe. Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en

América Latina y el Caribe 14 y 15 de Noviembre 2006, Santiago, Chile Organizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CELADE-División de Población, con el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Citado el 05/04/16. Disponible en: http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/5/27255/florez_soto.pdf

(93) Guzmán, J. et al (2000), Diagnostico sobre la salud reproductiva de jóvenes y adolescentes en América Latina y el Caribe, EAT, México.

(94) Vargas, E. et al (2004), “Influencia de los programas de televisivos con contenido sexual sobre el comportamiento de los adolescentes”, Documentos Centro de Estudios Socioculturales e Internacionales - CESO, No. 82, Bogotá, Facultad de Ciencias Sociales- Universidad de los Andes.

(95) Wartenberg Lucy (1999). Embarazo precoz y aborto adolescente en Colombia. CIDS, Universidad Externado– UNFPA. Bogotá, Colombia.

(96) Organización Mundial de la Salud. Alocución sobre el Informe mundial sobre la violencia y la salud. Directora General. 2004. [Citado 06 Abril 2016] Disponible en: http://www.who.int/dg/lee/speeches/2004/puerto_ordaz_violencereport/es/

(97) Gestión de políticas – ASIS. Hospital de Suba II ESE Nivel. Matriz de Balance de la oferta actual. Actualización con corte 2013 - 2014.

(98) A. Salamanca, L. Polo J. Vargas. Sobre población Canina Y Felina: Tendencias Y Nuevas Perspectivas. Facultad de Medicina Veterinaria y de Zootecnia, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá (Colombia). Bogotá. 2011. [Citado 06 Abril 2016] Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/remevez/article/view/21602/23323>

(99) Botero, Tania. Tenencia Responsable De Mascotas. Foro de Discusión. Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad del Tolima. Revista Colombiana de Ciencia Animal, Vol. 2, No. 2. Ibagué. 2009. [Citado 06 Abril 2016] Disponible en:

<http://revistas.ut.edu.co/index.php/ciencianimal/article/download/167/166>

(100) Esquivel, María José. Tenencia responsable de mascotas. Departamento de gestión ambiental. Chile. Citado el 05/04/16. Disponible en: http://www.mma.gob.cl/educacionambiental/1319/articles-55727_Tenencia_Responsable_MMA.pdf

(101) Guataquí, Juan. García, Andrés. Rodríguez, Mauricio. El Perfil De La Informalidad Laboral En Colombia. Universidad de Rosario. 2011. [Citado 06 Abril 2016] Disponible en: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/84/84048d18-e754-4f80-afc5-f80d4b092260.pdf

(102) Base de datos UTIS 2014. Ámbito laboral PTS y referente Política pública salud y trabajo. Salud Pública. Hospital de Suba ESE II Nivel.

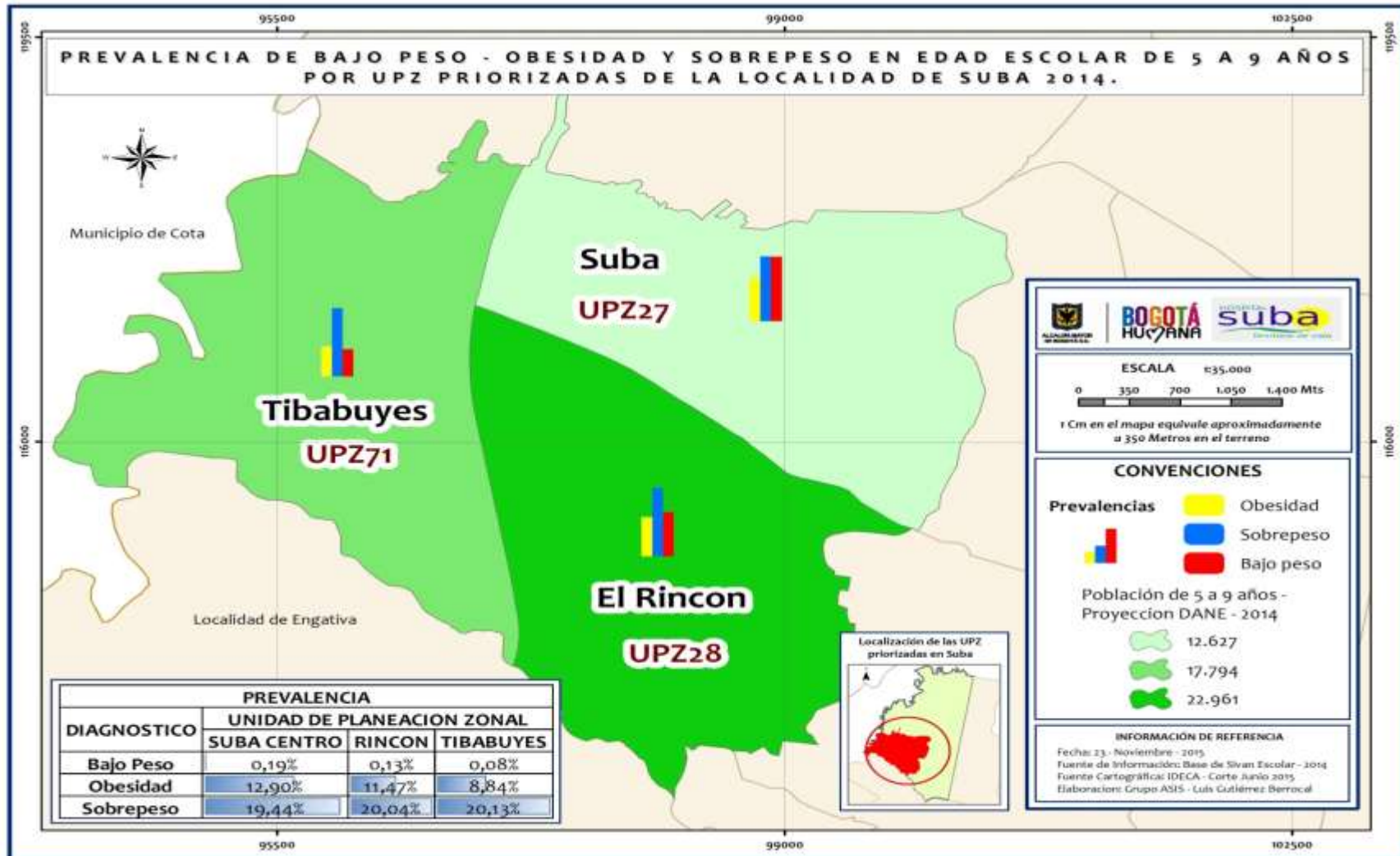
(103) Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. Centro de Prensa. 2015. [Citado 06 Abril 2016] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

(104) Thumala. “La vejez imaginada desde los imaginarios del envejecimiento”.
Ponencia Congreso Nacional de Sociología. Universidad de Antioquia. 2014.



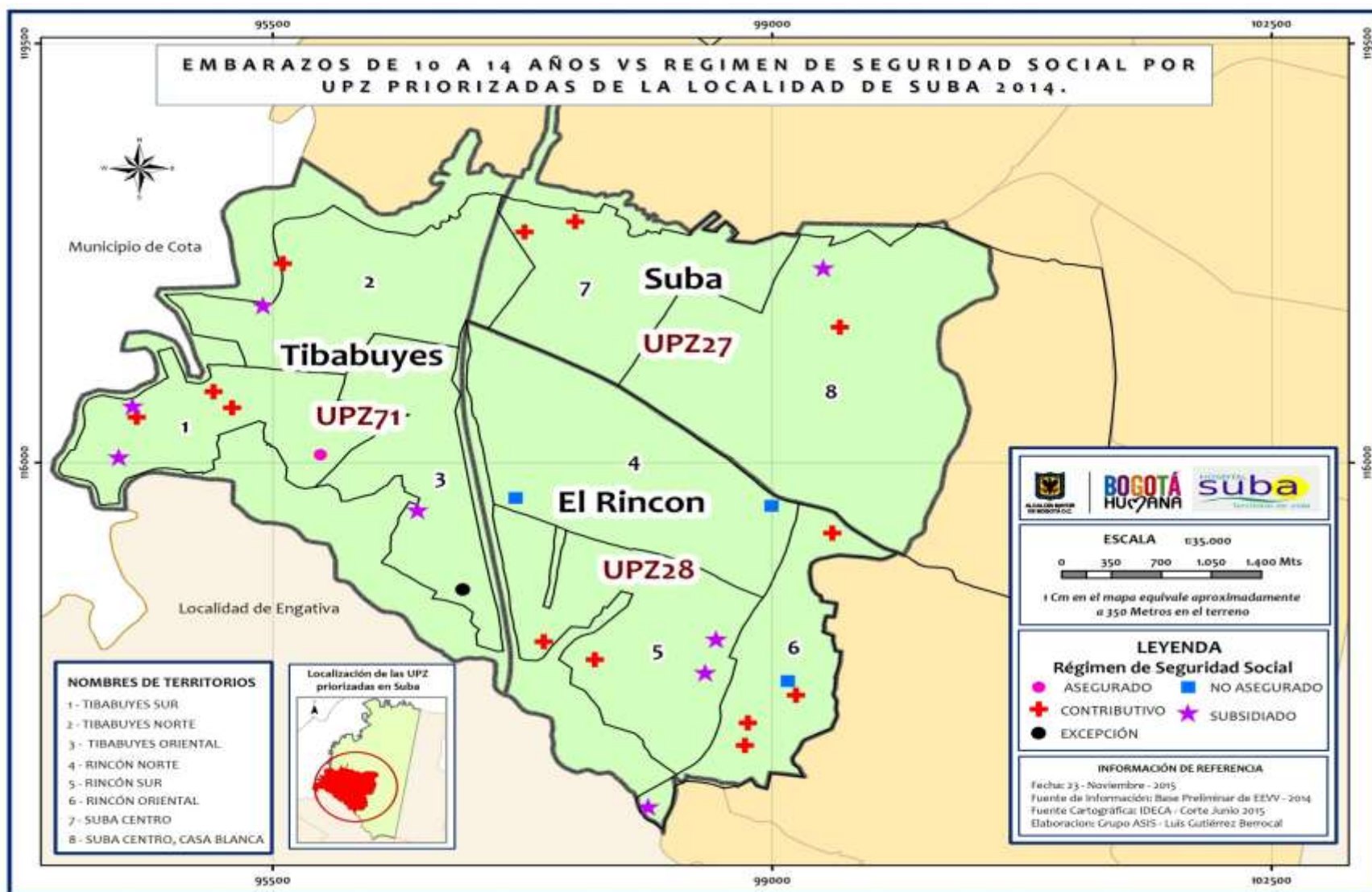
ANEXOS

Mapa 4. Prevalencia de Bajo Peso, Obesidad y Sobrepeso en edad Escolar de 5 a 9 años por UPZ priorizadas de la localidad de Suba.2014



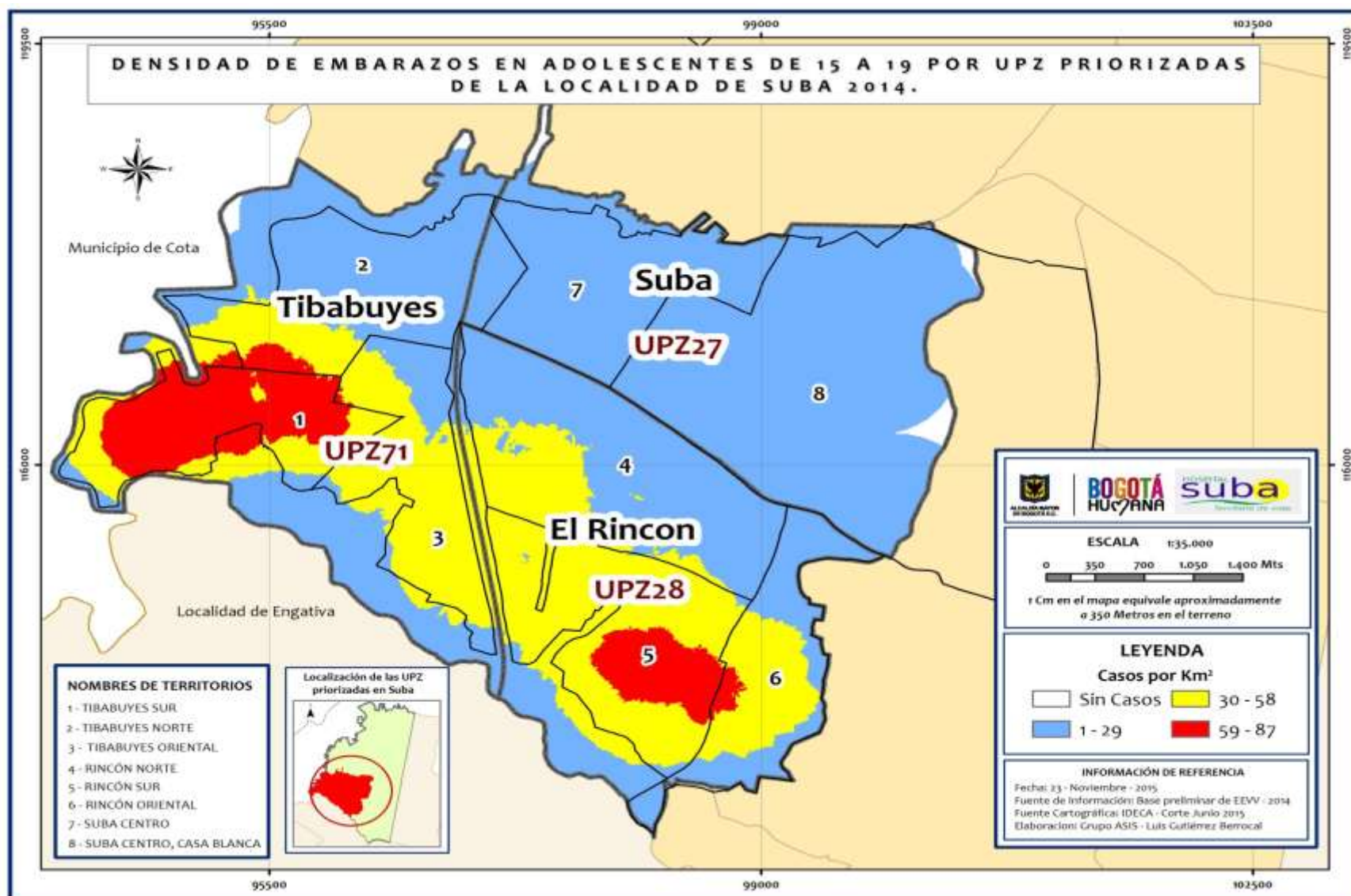
Fuente: Elaboración Propia con bases distritales preliminares de SISVAN 2014 y base cartográfica IDECA – Corte Junio 2015.

Mapa 5. Embarazos de 10 a 14 años vs régimen de seguridad social por UPZ priorizadas de la localidad de Suba.2014



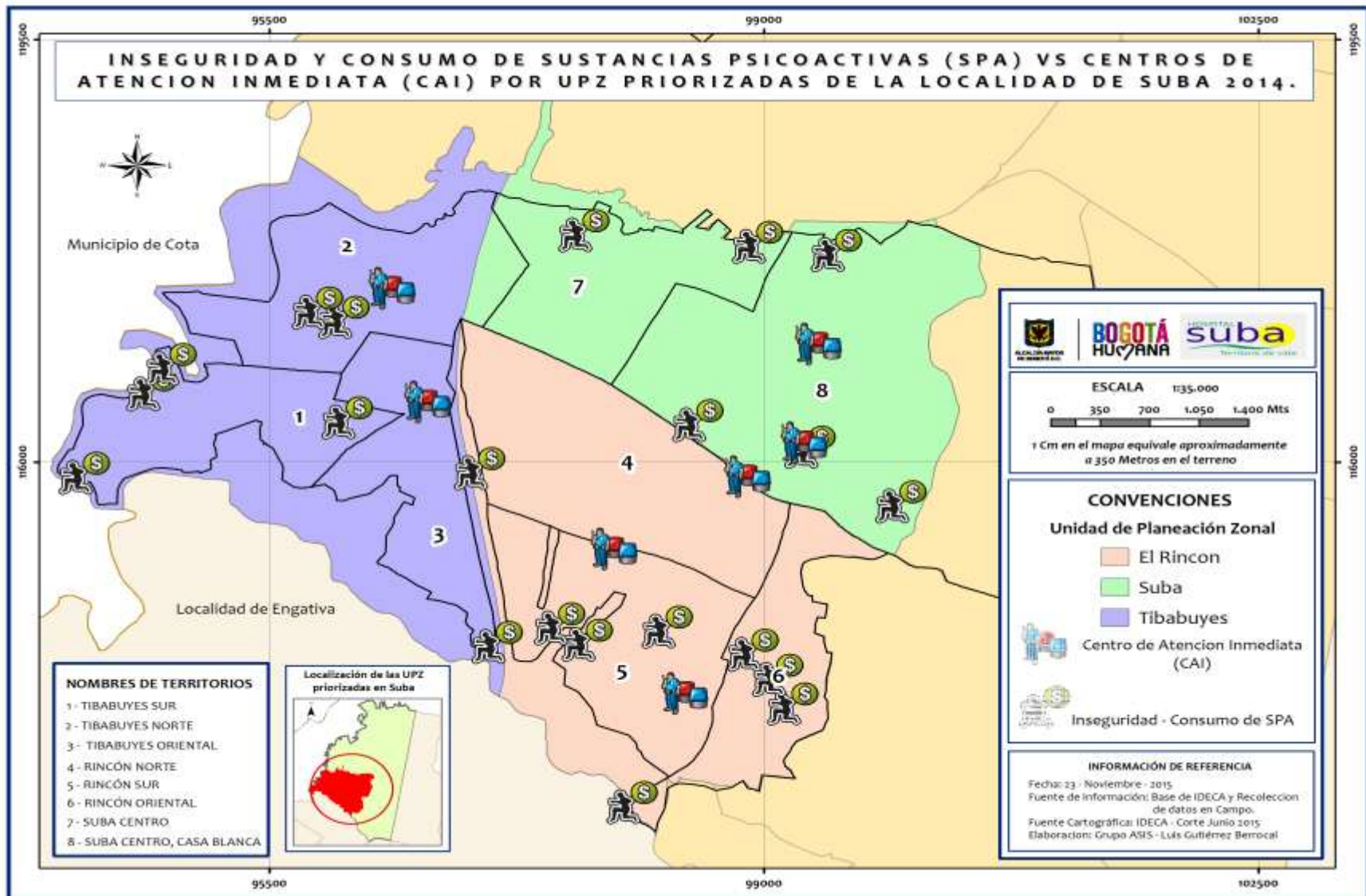
Fuente: Elaboración Propia con bases locales preliminares de EEVV 2014 y base cartográfica IDECA – Corte Junio 2015.

Mapa 6. Densidad de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años por UPZ priorizadas de la localidad de Suba.2014



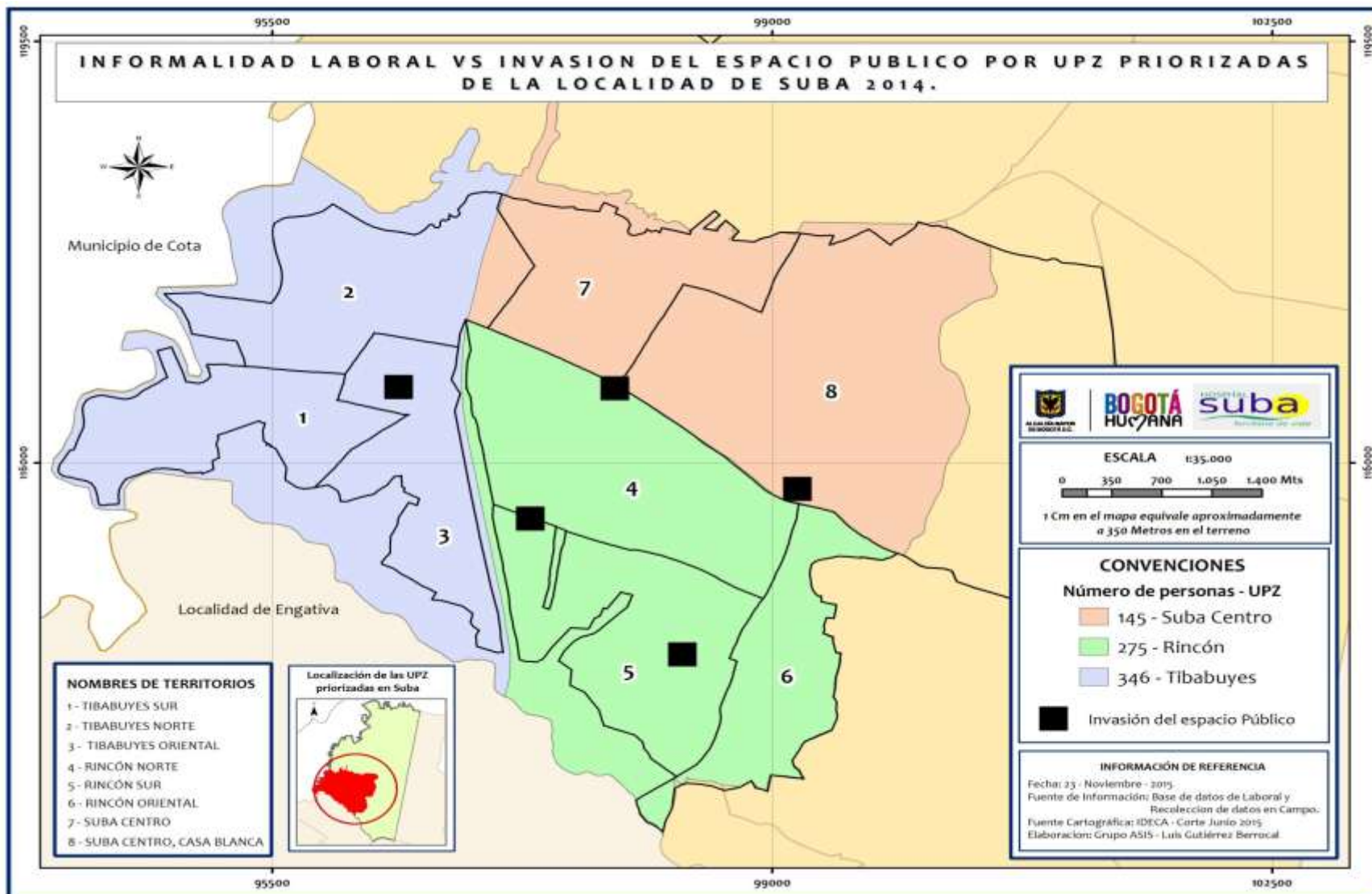
Fuente: Elaboración Propia con bases locales preliminares de EEVV 2014 y base cartográfica IDECA – Corte Junio 2015.

Mapa 7. Inseguridad y consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) vs Centros de Atención Inmediata (CAI) por UPZ priorizadas de la localidad de Suba.2014



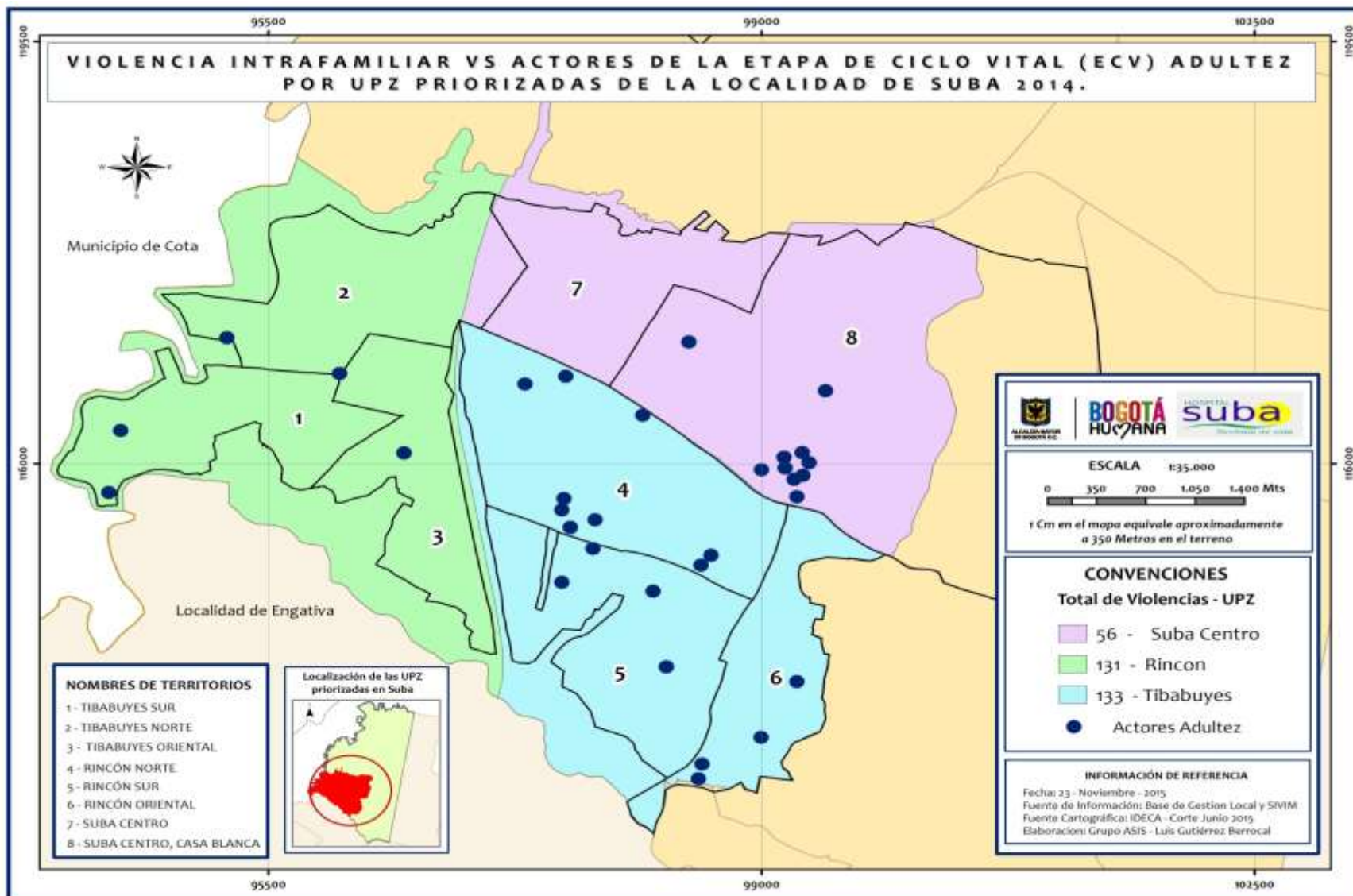
Fuente: Elaboración Propia con base temática y cartográfica IDECA – Corte Junio 2015.

Mapa 8. Informalidad laboral vs invasión del espacio público por UPZ priorizadas de la localidad de Suba.2014



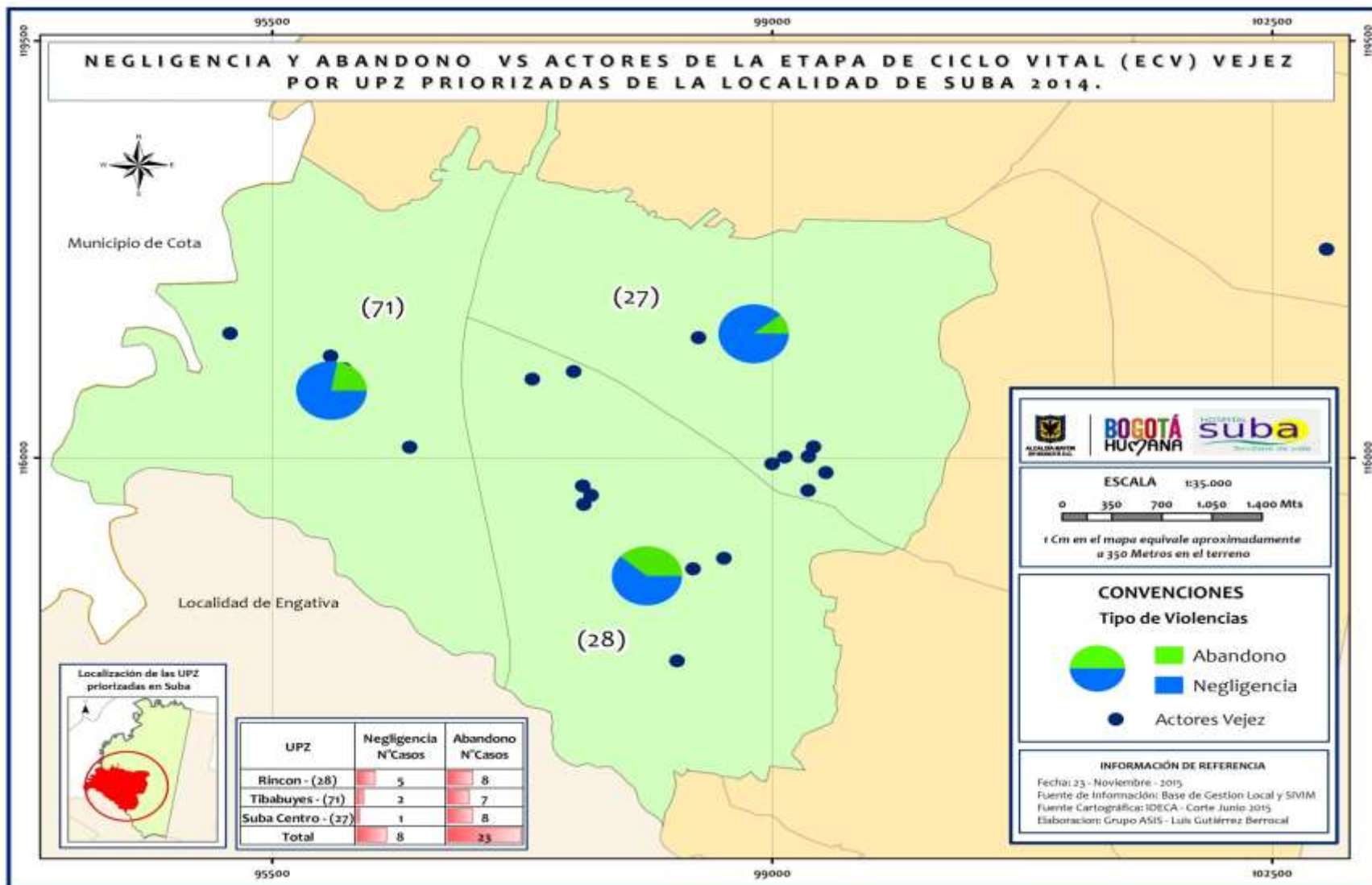
Fuente: Elaboración Propia con base temática de referente laboral, Atlas de Salud pública y cartográfica IDECA – Corte Junio 2015.

Mapa 9. Violencia Intrafamiliar vs Actores de la Etapa de Ciclo Vital Adultez por UPZ priorizadas de la localidad de Suba.2014



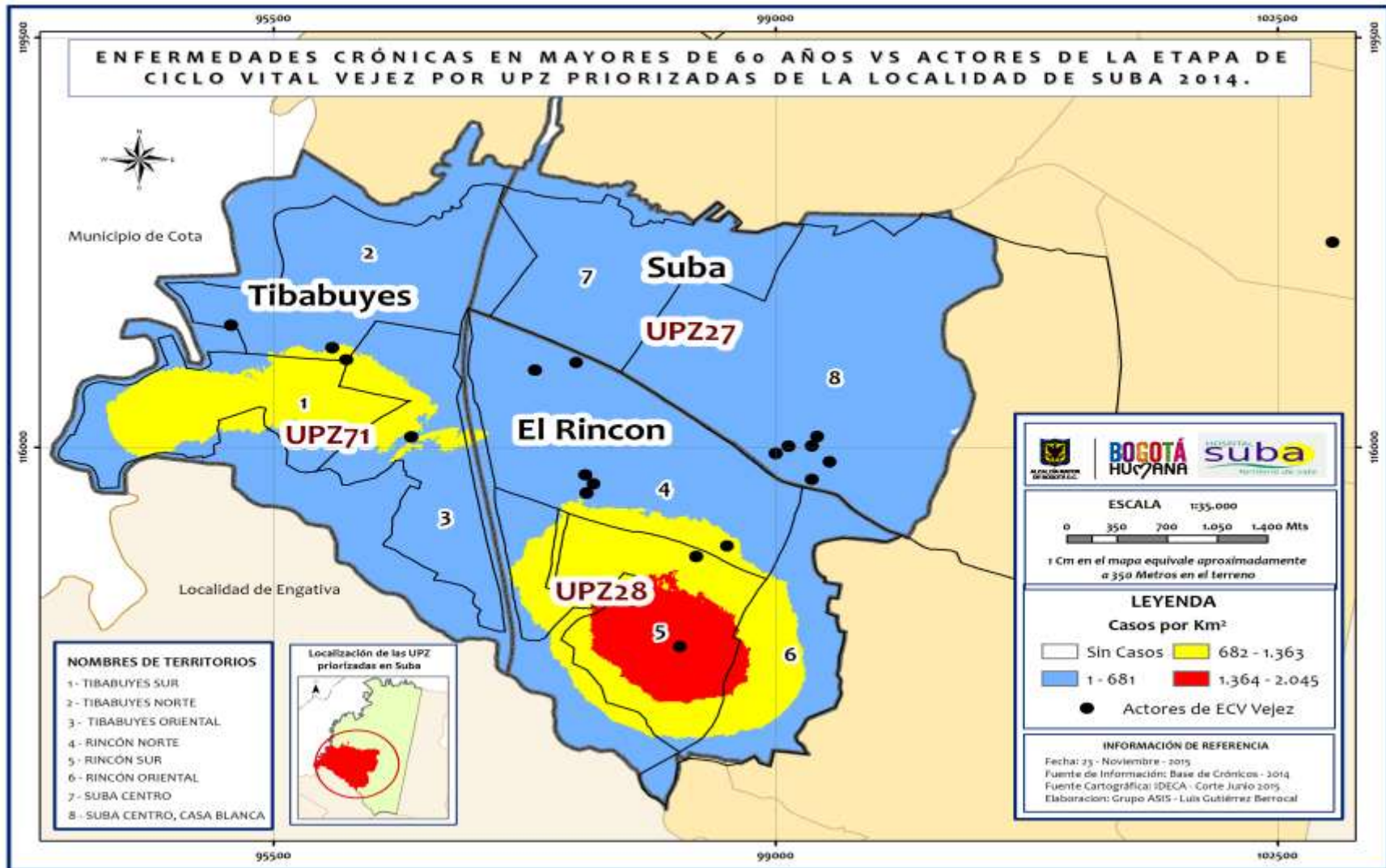
Fuente: Elaboración Propia con base temática de SIVIM 2014 y cartográfica IDECA – Corte Junio 2015.

Mapa 10. Negligencia y abandono vs Actores de la Etapa de Ciclo Vital Vejez por UPZ priorizadas de la localidad de Suba.2014



Fuente: Elaboración Propia con base temática de SIVIM 2014 y cartográfica IDECA – Corte Junio 2015.

Mapa 11. Enfermedades crónicas en mayores de 60 años vs Actores de la Etapa de Ciclo Vital Vejez por UPZ priorizadas de la localidad de Suba.2014



Fuente: Elaboración Propia con base temática de SIVIM 2014 y cartográfica IDECA – Corte Junio 2015.