

LOCALIDAD
SANTA FE

Diagnóstico Local con
Participación Social

2014

CRÉDITOS

Nivel Distrital

Alcalde Mayor de Bogotá, D.C.

Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud

Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretario de salud Pública

Patricia Arce Guzmán

Hospital Centro Oriente E.S.E. II Nivel

Gerente (E)

Luis Fernando Pineda Ávila

Subgerente de Servicios de Salud (E)

Victoria Eugenia Sanín Márquez

Coordinadora de Salud PIC

Luz Gelys Palacio Jiménez

Referente de Vigilancia Epidemiológica

Luz Stella Rey Benito

Análisis de Situación de Salud y Gestión del Conocimiento

Diana Escorcía Sánchez

Paola Tatiana Gómez Quiceno

Brayan Plazas Díaz

Coautores

Equipo Técnico de Gestión de Políticas y Programas

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	8
2. MARCO CONCEPTUAL	9
3. MARCO METODOLOGICO	13
4. CAPITULO I. RELACIÓN POBLACIÓN, TERRITORIO, AMBIENTE Y SOCIEDAD	15
4.1 CONTEXTO TERRITORIAL	15
4.1.1 Localización	15
4.1.2 historia reciente del asentamiento	17
4.1.3 características físicas	18
4.1.4 Accesibilidad geográfica	21
4.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	23
4.2.1 Crecimiento poblacional	23
4.2.2 Estructura poblacional	25
4.2.3 Dinámica poblacional	27
4.2.4 Movilidad	28
4.3 PERFIL SOCIOECONÓMICO	29
4.3.1 Indicadores socioeconómicos	29
4.3.2 SOCIOECONÓMICO	31
4.3.3 Servicios	35
4.3 PRIORIZACIÓN DE UPZ CRÍTICA	39
5. CAPITULO II. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS.	42
5.1 ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD GENERAL EN LA LOCALIDAD	42
5.1.1 Análisis de Mortalidad infantil y en la niñez	48
5.1.2 Análisis Mortalidad específica	49
5.1.3 Análisis de Morbilidad	50
5.1.4 Análisis de población con discapacidad	55
5.2 EVENTO DE INTERÉS EN SALUD EN LA LOCALIDAD	59
5.3 CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES POR DIMENSIONES PRIORITARIAS	59
6. CAPITULO III. IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA LOCALIDAD SANTA FE	62
6.1 IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA LOCALIDAD POR DIMENSIONES PRIORITARIAS EN SALUD Y ETAPA DE CICLO VITAL	62
6.1.1 Tensiones en salud desde las Dimensiones prioritarias en salud	62
6.1.2 Tensiones en salud según Etapa de Ciclo vital:	66

• Etapa de Ciclo Vital Infancia:.....	66
• Etapa de Ciclo Vital Adolescencia.....	68
• Etapa de Ciclo Vital Juventud:.....	69
• Etapa de Ciclo Vital Adultez:	71
• Etapa de Ciclo Vital Vejez:	72
6.2 VALORACIÓN Y VALIDACIÓN DE TENSIONES EN SALUD.....	73
7. ANEXOS.....	76
.....	101
8. BIBLIOGRAFIA	103

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Clasificación y extensión por UPZ.....	15
Tabla 2 Índice de Movilidad para cada UPZ.....	21
Tabla 3 Número de viviendas, hogares y personas por localidad, 2011-2014.	24
Tabla 4 Hogares por vivienda y personas por hogar, por localidad, 2011-2014. ...	24
Tabla 5 Participación de la población por rango de edad y género, localidad Santa Fe, año 2014.....	25
Tabla 6 Distribución de la población por ciclo vital y género, localidad Santa Fe, año 2014.....	26
Tabla 7 Componente de condiciones de vida y NBI, comparativo por localidades año 2011-2014.....	30
Tabla 8 Coeficiente de Gini - localidad Santa Fe - Bogotá.....	31
Tabla 9 Porcentaje de hogares que no tienen capacidad de pago para adquirir bienes distintos a los básicos. Bogotá 2011.....	31
Tabla 10 Tasa Global de Participación, Tasa de Ocupación y Tasa de Desempleo, por localidad para el 2011.....	32
Tabla 11 Ingreso per cápita por localidades, Bogotá 2011.	33
Tabla 12 Proporción de hogares viviendo en arriendo, por localidad, 2011 -2014.....	33
Tabla 13 Proporción de las viviendas con problemas de humedad en paredes, pisos o techos, por localidad, 2011 – 2014.	34
Tabla 14 Déficit cuantitativo de vivienda por localidad, 2011-2014.	34
Tabla 15 Hogares según cobertura de servicios públicos de acueducto, alcantarillado y recolección de basuras por localidad 2011-2014.....	35
Tabla 16 Hogares según cobertura de servicios públicos de energía eléctrica y gas natural, por localidad, 2011-2014.	35
Tabla 17 Población en edad escolar: localidad Santa Fe años 2008-2013.....	36
Tabla 18 Personas de 15 años o más que saben leer y escribir, según localidad, 2014.	36
Tabla 19 Asistencia escolar de la población de 5 y más años, para Bogotá, según localidad, 2014.....	37
Tabla 20 Personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por localidad, 2011 y 2014.	37

Tabla 21 Personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por régimen de afiliación, según localidad. 2011 y 2014.	38
Tabla 22 Personas de 15 años y más, que en los últimos 30 días practicaron deporte o realizaron actividad física por 30 minutos continuos o más, 3 veces a la semana, según localidad, 2011 y 2014.	38
Tabla 23 Personas de 15 años y más, que no practican ningún deporte ni actividad física por localidad, 2011 y 2014.	39
Tabla 24. Resumen de la identificación y valoración de tensiones en salud. Localidad Santa Fe. Año 2015.....	74

LISTA DE FIGURAS

Figura. 1 Pirámide poblacional Localidad Santa Fe. Años 2006 – 2010 - 2014....	23
Figura. 2 Comparativo esperanza de vida al nacer por sexo, Bogotá – localidades Santa Fe, Los Mártires, La Candelaria, año 2014.	28
Figura. 3 Mortalidad por sexo. Localidad Santa Fe, 2011 – 2012.....	42
Figura. 4 Mortalidad según régimen de afiliación. Localidad Santa Fe, 2012	43
Figura. 5 Mortalidad por lista 105. Localidad Santa Fe, 2011 - 2012.....	43
Figura. 6 AVPP por lista 105. Localidad Santa Fe, 2011 - 2012.....	44
Figura. 7 Mortalidad por lista 105 en hombres. Localidad Santa Fe, 2011 - 2012	45
Figura. 8 AVPP por lista 105 en hombres. Localidad Santa Fe, 2011 – 2012.....	46
Figura. 9 Mortalidad por lista 105 en mujeres. Localidad Santa Fe, 2011 – 2012	47
Figura. 10 AVPP por lista 105 en mujeres. Localidad Santa Fe, 2011 – 2012.....	47
Figura. 11 Morbilidad atendida según agrupación de causas por servicio. Localidad Santa Fe, 2014	50
Figura. 12 Atenciones en la infancia según agrupación de causas por servicio. Localidad Santa Fe, 2014	51
Figura. 13 Atenciones en la adolescencia según agrupación de causas por servicio. Localidad Santa Fe, 2014.....	52
Figura. 14 Atenciones en la juventud según agrupación de causas por servicio. Localidad Santa Fe, 2014	52
Figura. 15 Atenciones en la adultez según agrupación de causas por servicio. Localidad Santa Fe, 2014	53
Figura. 16 Atenciones en la vejez según agrupación de causas por servicio. Localidad Santa Fe, 2014	53
Figura. 17 Población en condición de discapacidad por UPZ. Localidad Santa Fe, 2014	56
Figura. 18 Población en condición de discapacidad por etapa de ciclo vital. Localidad Santa Fe, 2014	57
Figura. 19 Población en condición de discapacidad por estrato socioeconómico y UPZ. Localidad Santa Fe, 2014.....	57
Figura. 20 Población en condición de discapacidad por tipo de discapacidad, UPZ y sexo. Localidad Santa Fe, 2014	58

Figura. 21 Población en condición de discapacidad por régimen de afiliación, UPZ y sexo. Localidad Santa Fe, 201459

Figura. 22 Consolidado de generadores de las Dimensiones PASE. Localidad Santa Fe. Año 2014.....75

LISTA DE MAPA

Mapa 1 División político-administrativa y límites de la localidad Santa Fe16

Mapa 2 Relieve, Hidrografía y Amenazas, Localidad Santa Fe20

Mapa 3 Vías de comunicación, Localidad Santa Fe22

Mapa 4 Priorización de UPZ críticas (UPZ 93, 95 y 96), localidad Santa Fe.41

LISTA DE SIGLAS

AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
ASIS	Análisis de Situación de Salud
CLOPS	Consejo Local de Política Social
COPACOS	Comité de participación comunitaria en salud
COVE	Comité de Vigilancia Epidemiológica
COVECOM	Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria
CRUE	Centro Regulador de Urgencias y Emergencias
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DILE	Dirección Local de Educación
DPAE	Dirección de Prevención y Atención de Emergencias
DSS	Determinantes Sociales de Salud
EAAB	Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá
ECV	Encuesta de Calidad de Vida
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EPS-S	Empresa Promotora de Salud Subsidiada
ERA	Enfermedad Respiratoria Aguda
ERC	Equipo de Respuesta Complementaria
ERI	Equipo de Respuesta Inicial
ESE	Empresa Social del Estado
FAMI	Programa Familia Mujer e Infancia
GESA	Gestión Sanitaria y Ambiental para la Salud
GSI	Gestión Social Integral
IDEAM	Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales de Colombia
IDRD	Instituto Distrital de Recreación y Deporte
IED	Institución Educativa Distrital
IPM	Índice de Pobreza Multidimensional
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual

IVC	Inspección, Vigilancia y Control
LGBT	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
PIES	Proyecto Integral de Entornos Saludables
POS	Plan Obligatorio de salud
POT	Plan de Ordenamiento Territorial
PPMyG	Política Pública de Mujer y Género
RBC	Rehabilitación Basada en Comunidad
RIPS	Registro individual de prestación de Servicios
RUAF-ND	Registro Único de afiliados – Nacimientos y Defunciones
RUPD	Registro Único de Población desplazada
SAMA	Servicio de Atención al Medio Ambiente
SAN	Seguridad Alimentaria Nutricional
SDDE	Secretaría Distrital de Desarrollo Económico
SDIS	Secretaría Distrital de Integración Social
SDS	Secretaría Distrital de Salud
SDP	Secretaría Distrital de Planeación
SGSS	Sistema General de Seguridad Social
SIDBA	Sistema Distrital de Información sobre Barreras de acceso a los Servicios de Salud
SMLV	Salario Mínimo Legal Vigente
SIRBE	Sistema de Registro de Beneficiarios
SISBEN	Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales
SISVAN	Sistema de Vigilancia epidemiológica Alimentaria y Nutricional
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia Epidemiológica
SISVEA	Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ambiental
SIVIM	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual
SISVECOS	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida.
SISVESO	Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral
SPA	Sustancias Psicoactivas.
SUIVD	Sistema Unificado de Información de Violencia y Delincuencia.
TD	Tasa de Desempleo
UEL	Unidad Ejecutora Local
UPR	Unidad de Planeamiento Rural
UPZ	Unidades de Planeamiento Zonal
UTI	Unidades de Trabajo Informal
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus del Papiloma Humano

1. INTRODUCCIÓN

El Diagnóstico Local con Participación Social 2014 de la localidad Santa Fe, es un documento que permite identificar, analizar y priorizar de las necesidades de mayor afectación para la población en una perspectiva de exploración analítica de determinantes sociales en salud, logrando evidenciar las desigualdades prevalentes en salud y generen insumos que orienten la gestión de estrategias, políticas y programas y el reconocimiento de las intervenciones sectoriales, encaminadas al mejoramiento del bienestar, las condiciones de calidad de vida y de salud de la comunidad local.

Este documento contiene evidencias en torno a los factores que condicionan la salud, modos, hábitos y estilos de vida y otras características particularizantes de la realidad social y de salud de los habitantes de la localidad de Santa Fe, a partir del análisis exploratorio de las diferentes dimensiones prioritarias en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y los distintos ámbitos de vida cotidiana, desde distintos enfoques (poblacional, territorial y diferencial) desde la perspectiva de derechos.

Así mismo, se evidencian los factores más relevantes que afectan las condiciones de vida y salud de la población, permitiendo así una priorización de las principales problemáticas a través del análisis del contexto y de las situaciones asociadas a estas evaluando las tensiones de las diferentes dimensiones prioritarias con relación a las necesidades y problemáticas que afectan la salud y calidad de vida en la población de la localidad.

El propósito último de este documento se fundamenta en el fortalecimiento de los procesos de toma de decisiones a partir de la generación de nuevo conocimiento en torno a la situación de salud y la calidad de vida del total de la población que vive y convive en la localidad de Santa Fe, explicando la situación de salud y calidad de vida de la localidad incluyendo el análisis de las inequidades con el modelo conceptual de determinantes sociales de la salud, apropiando las percepciones de la población, en la identificación y priorización de las tensiones en salud.

2. MARCO CONCEPTUAL

La Salud. Ha sido definida, por algunos investigadores y la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la condición o estado absoluto de bienestar físico, mental, social y ambiental. Por ende, la Salud debe ser entendida, no solo como resultado de un proceso biológico y natural en el individuo, sino que por sí misma es un producto de interacciones entre un sujeto y su entorno social, económico, cultural, político y ambiental.

En efecto, escenarios donde predomina la falta de recursos, una baja escolarización, la exclusión, la desnutrición, la discriminación, unas malas condiciones de vivienda, un alto índice de desempleo, entre otros; son condiciones que dan origen y forma a gran parte de las desigualdades que existen las sociedades.

Siendo así, resulta menester entender no solo la definición de los determinantes sociales de la salud, sino los aportes de su estudio a los temas concernientes a la política pública para mejorar la calidad de vida de los habitantes; esto es así porque los determinantes constituyen una de las bases conceptuales de los análisis de la situación de salud debido, principalmente, a tres de sus características: por un lado, su capacidad explicativa en relación con los procesos de salud-enfermedad de los colectivos humanos; por otro lado, el énfasis dado a las desigualdades injustas y evitables, lo que permite combinar esta mirada con la perspectiva de derechos y con los enfoques territorial, poblacional y diferencial; y finalmente, el potencial que tienen dichas explicaciones para facilitar la formulación y evaluación de intervenciones y políticas en salud orientadas hacia la equidad y el mejoramiento de la calidad de vida¹.

Determinantes sociales de la salud Según la OMS, los determinantes sociales de la salud “son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”². Dichas circunstancias son la consecuencia a escala mundial, nacional y local, de la manera como está distribuido el poder, la riqueza y los recursos que estructuran la sociedad.

A su vez, el Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud³ especifica que los Determinantes sociales de la salud (DSS) son todos aquellos escenarios sociales donde viven y trabajan las personas; citando a Tarlov, explican que son las características sociales en las que la vida se desarrolla; de allí que la inequidad tenga una razón socioeconómica. Duy Nguyen⁴ con su equipo de trabajo, al comparar el uso médico y la equidad sanitaria entre la población adulto mayor de grupos étnicos en Estados Unidos, consideran que el modelo de Determinantes Sociales es de utilidad al describir los determinantes estructurales como los factores que influyen el estatus socioeconómico y, por lo tanto, determinan las oportunidades sociales para el acceso a la atención de la salud.

Por su parte, Z. Gant⁵ y su grupo, al realizar un trabajo sobre el Virus de la inmunodeficiencia humana -VIH- y los determinantes sociales, concluyen que a

través de las influencias del comportamiento y el acceso limitado de prevención y de atención médica, los Determinantes sociales pueden influir en la infección de alguna enfermedad, incluida el VIH; por ello establecen que los determinantes sociales de la salud son los factores sociales y físicos que de alguna forma pueden influir en comportamientos insalubres o riesgosos.

Como se puede deducir, el principal reto del estudio sobre los determinantes sociales y su relación con la salud es crear una jerarquía entre los componentes más generales, de naturaleza social, económica y política (determinantes estructurales), y los medios a través de las cuales dichos componentes se reflejan sobre los grupos y personas (determinantes intermedios y próximos).

A pesar de existir varios modelos para analizar los Determinantes Sociales (estructurales, intermedios y próximos), como lo hace saber Guimarães y compañía⁶, todos asumen la importancia del contexto. Por ello, para el presente trabajo, los determinantes sociales de la salud serán entendidos a través del modelo teórico propuesto por el Equipo de Equidad de la Organización Mundial de la Salud, en la que el contexto social y político genera un espacio socioeconómico desigual, y una distribución inequitativa del poder y de las oportunidades: “El modelo supone que los miembros de los grupos socioeconómicos inferiores viven en circunstancias materiales menos favorables que los más altos, y que las personas más cercanas al extremo inferior de la escala social adoptan con mayor frecuencia comportamientos perjudiciales para la salud y con menor frecuencia comportamientos que promueven la salud en comparación con los más privilegiados. Sin embargo, esto no es una opción individual, sino que está modelado por su inserción en la jerarquía social”⁷

Equidad e inequidad en salud. La jerarquía social compone un espacio constituido por redes de posiciones que dan lugar a las desigualdades e inequidades.

Las desigualdades, en general, no constituyen en sí un problema puesto que muchas desigualdades son parte de la vida, empero, la inequidad es una desigualdad que resulta ser innecesaria e incorrecta, como lo es la movilidad social por enfermedad. Es decir, la inequidad es una desigualdad que no está ligada a la variabilidad natural y adquiere su dimensión en los estratos sociales, el estado y los servicios de salud; el estado completo de bienestar es un resultado de las dinámicas dadas al interior de cada sociedad⁸.

De acuerdo a la OMS los determinantes sociales de la salud dan cuenta de la mayor parte de las inequidades en salud, inequidades definidas como las diferencias injustas y evitables. Con base a la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [8] se requiere: “Paz, educación, vivienda, alimentación, renta, un ecosistema estable, justicia social y equidad.”; componentes sociales que resultan ser el fundamento de cualquier intento por mejorar la salud. De tal manera que el concepto de equidad, resulta ser la noción ética que orienta los enfoques de determinantes sociales de salud. La falta de equidad, socialmente determinada,

conlleva a múltiples posiciones políticas que conducen a valorar de manera disímil las desigualdades en salud⁹¹⁰. Por lo tanto, la equidad además de ser una exigencia ética, es una urgencia práctica que se transforma en instrumento de agencia (política), pues trabajar por la equidad promueve la búsqueda de mayor justicia social ligada al respeto de los derechos humanos.

Por consiguiente, los conceptos de equidad y Determinantes sociales resultan ser, en palabras de Alcira Castillo, “el marco central para identificar las desigualdades sociales, analizar las inequidades en los grupos sociales y utilizarlos como norte e imagen objetivo en la formulación de políticas públicas”¹¹.

Calidad de vida. Resulta ser un concepto altamente subjetivo y multidimensional, responde a un sistema de creencias y valores variables de persona en persona e incluye aspectos como la satisfacción en el trabajo, la vivienda, la situación económica, etc.

Algunos autores afirman la dificultad de dar una definición acertada de calidad de vida^{12, 13}, no obstante, concuerdan en asegurar que es relativa a la sensación de bienestar de cada individuo al valorar aspectos objetivos de su entorno.

En esta medida, la calidad de vida obedece tanto a factores objetivos (indicadores sociales) y aspectos subjetivos (estados mentales), lo que resulta ser en definitiva es una sensación de bienestar general. Basándose en Rubén Ardila, se define la calidad de vida como “un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona.

Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye aspectos subjetivos como la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal, entre otros. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida”¹⁴.

La salud y la equidad en salud, resultan ser un componente relevante para una buena calidad de vida¹⁵, ya que un estado de salud óptimo condiciona el progreso personal, económico y social, y en esta medida define gran parte de la calidad de vida del individuo y el colectivo.

Enfoques en Salud, de derecho, territorial, poblacional y diferencial. Se observa junto con Evci (Kiraz) Emine¹⁶ y en un sentido más político, que los Determinantes sociales de la salud no solo hacen referencia a los aspectos pertinentes del estilo de vida y su contexto, sino que hacen también referencia a las implicaciones sanitarias de la política social y económica, puesto que al ser múltiples y variados el acceso a servicios de buena calidad (incluyendo servicios de salud), la educación, factores ambientales como el agua y el aire, la contaminación, la urbanización, el cambio climático, los desastres naturales, los factores conductuales que incluyen, tabaquismo, consumo de alcohol, la dieta, el ejercicio, el abuso de sustancias y la capacidad y la eficiencia de los sistemas de

salud, resultan ser no solo un impacto significativo en la en el bienestar, sino que configuran y fijan la forma como se desarrolla la política pública, la garantía de derechos y la protección de minorías.

Una de las formas de legitimar el Estado social de derecho, y la democracia, es deliberar y consensuar los derechos fundamentales en la esfera pública. Esto es así debido a que la observación y estructuración de políticas y acciones desde una perspectiva de derechos posibilita la instauración del estado de derecho: “la perspectiva de derechos ha de entenderse no solo como un marco ético y jurídico para el desarrollo de normas y leyes sino como forma de nutrir los procesos de desarrollo, de planeación y evaluación de políticas y programas”¹⁷.

La perspectiva de derechos es, en síntesis, una mirada integradora y complementaria de todos los derechos humanos, garantizando la validez y materialización real de éstos a través de acciones de respeto, reconocimiento y restitución, dotando a la sociedad civil de herramientas para su exigibilidad y permitiendo de esta forma el desarrollo pleno de la autonomía.

Para garantizar el ejercicio pleno de los derechos humanos, se adoptan políticas públicas que buscan resolver las desigualdades e inequidades injustas y evitables. No obstante, las dificultades para reconocer las necesidades, vulnerabilidades, discriminación y las situaciones de desigualdad en las poblaciones, especialmente las consideradas “minoritarias” o “especiales” (desplazadas, con discapacidad, habitantes de calle, personas en situación y ejercicio de prostitución, comunidades étnicas y personas de sectores LGBT), exige un método de análisis que reconozca la diversidad, y así mismo la inequidad, presente en la realidad del Distrito.

Esto permite una adecuada atención y protección de derechos. Es así que el enfoque diferencial, al emplear un análisis que visibiliza las diferentes formas de discriminación, insta a la protección y restauración de derechos, indicando los riesgos y vacíos de las poblaciones, y generando espacios de participación equitativa.

El enfoque diferencial en salud está orientado a reconocer a los diferentes actores sociales como sujetos de derechos más allá de sus especificidades individuales y culturales: “desarrollar estrategias de educación y comunicación para la salud intercultural; que sean incluyentes, respetuosas con la diversidad, que busquen el mutuo entendimiento y establecer un diálogo de saberes en el que el intercambio es horizontal. Las mismas deben priorizar el fortalecimiento de sí mismo, la formación ciudadana de las habilidades psicosociales para la vida” (Declaración de Medellín OPS, 2009)¹⁸.

Por otro lado, comprender el dinamismo de determinados sectores y sus relaciones con los actores y las instituciones resulta fundamental para explicar posibles acciones colectivas y cooperativas (intercambio de experiencias, redes de colaboración) que fortalecen y amplían las relaciones sociales. El enfoque territorial proporciona la capacidad de entender el papel de los entornos en que

están inmersas las comunidades y del espacio social como factor de desarrollo a través del concepto de territorio. Incluye el análisis de hechos y procesos (físicos, sociales, culturales, políticos, económicos). Las relaciones entre la población y el territorio permiten un ordenamiento que debe generar condiciones para el desarrollo sostenible, equitativo y sustentable. El enfoque poblacional en dicho ordenamiento identifica y comprende las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos económicos, sociales y ambientales, con el fin de responder a las problemáticas y dificultades que no permiten el aprovechamiento óptimo de las potencialidades del territorio.

3. MARCO METODOLOGICO

La metodología planteada para el desarrollo del diagnóstico local surge a partir de la propuesta técnica emanada desde el nivel central, teniendo como líneas de referencia la estrategia BIT PASE, y el Plan Decenal de Salud Pública; es así como el documento se estructura a partir de las dimensiones prioritarias, sus entradas y el modelo conceptual de los determinantes sociales de salud, con diferentes enfoques (diferencial, poblacional, territorial, ciclo de vida) que fortalecen de forma transversal el análisis de cada problemática en las distintas escalas del territorio (Localidad, UPZ). Todo lo anterior se concibe prestando especial atención a las brechas sociales que generan alta inequidad, teniendo como ordenadores las dimensiones prioritarias y el ciclo vital.

El presente documento se enmarca en tres capítulos secuenciales, de la siguiente manera:

Capítulo I. Relación población, territorio, ambiente y sociedad, donde se describen y analizan los principales indicadores que denotan la situación de la población residentes desde todos los ámbitos; de la misma manera tras el análisis de los principales indicadores, mediante el método Hanlon se realiza la priorización de tres UPZ críticas para la localidad.

Capítulo II. Análisis de los determinantes sociales de la salud en el ámbito de las dimensiones prioritarias, según la metodología anteriormente descrita; es este apartado el que permite generar el análisis de la situación de salud de la población residente partiendo de dimensiones prioritarias, que al dividirse en áreas de observación van a generar las tensiones a trabajar en el capítulo siguiente. Las fuentes con las que se construye el documento se dividen en:

- Fuentes primarias:
 - Seguimiento de indicadores en salud año 2014
 - Bases de Datos preliminares Sistemas y Subsistemas de Vigilancia epidemiológica 2010 – 2014
 - RUIAF – ND datos preliminar 2010 – 2014 Hospital Centro Oriente
 - Proyecciones poblacionales Censo 2005 – 2015 DANE
 - Unidades de Análisis de Espacios como el COVE, Sala Situacional

- Sesiones de trabajo con el equipo de Gestión de políticas y programas, subsistemas
- Fuentes secundarias:
 - Encuesta multipropósito 2011 – 2014
 - RISP SD 2014
 - Agendas Locales, Monografías de la Localidad
 - Informe anual de gestión 2014
 - Atlas de Salud Pública 2015, localidad Santa Fe

Capítulo III. Identificación de tensiones en salud presentes en la localidad Santa Fe, desde el abordaje de las dimensiones prioritarias del PDSP 2012-2021, a partir de los indicadores básicos de la localidad y el análisis cualitativo, cuantitativo y espacial se generan tensiones y priorizar de acuerdo a necesidad.

PRELIMINAR

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

En este capítulo se realiza una contextualización general de la Localidad de Santa Fe con sus cinco Unidades de Planeación Zonal – UPZ y una Unidad de Planeación Rural - UPR en el marco territorial, político, sociodemográfico, económico y ambiental, haciendo una aproximación a la identificación de necesidades y problemas que puedan estar afectando la situación de salud y calidad de vida de la comunidad que reside en la Localidad.

4.1 CONTEXTO TERRITORIAL

4.1.1 Localización

La localidad Santa Fe está situada en el sector centro-oriental de la ciudad de Bogotá. Según se observa en el mapa 1, limita al norte con la localidad Chapinero a partir del eje estructurado por el río Arzobispo; al sur con la localidad Antonio Nariño, a través de la calle 1, así como con la localidad San Cristóbal, siendo la Calle 3 Sur el eje vial principal que las divide en la zona urbana, mientras en la zona rural no existe un límite físico. Al occidente, limita con las localidades Teusaquillo y Los Mártires, correspondiendo a la Avenida Carrera 14; y al oriente con los municipios de Choachí y Ubaque. El suelo urbano de la localidad está estructurado a partir de cinco (5) Unidades de Planificación Zonal (UPZ) ver tabla 1, las cuales están conformadas por 78 Barrios. Por su parte, el suelo rural, pertenece a la Unidad de Planeamiento Rural dos (UPR 2), denominada Cerros Orientales.

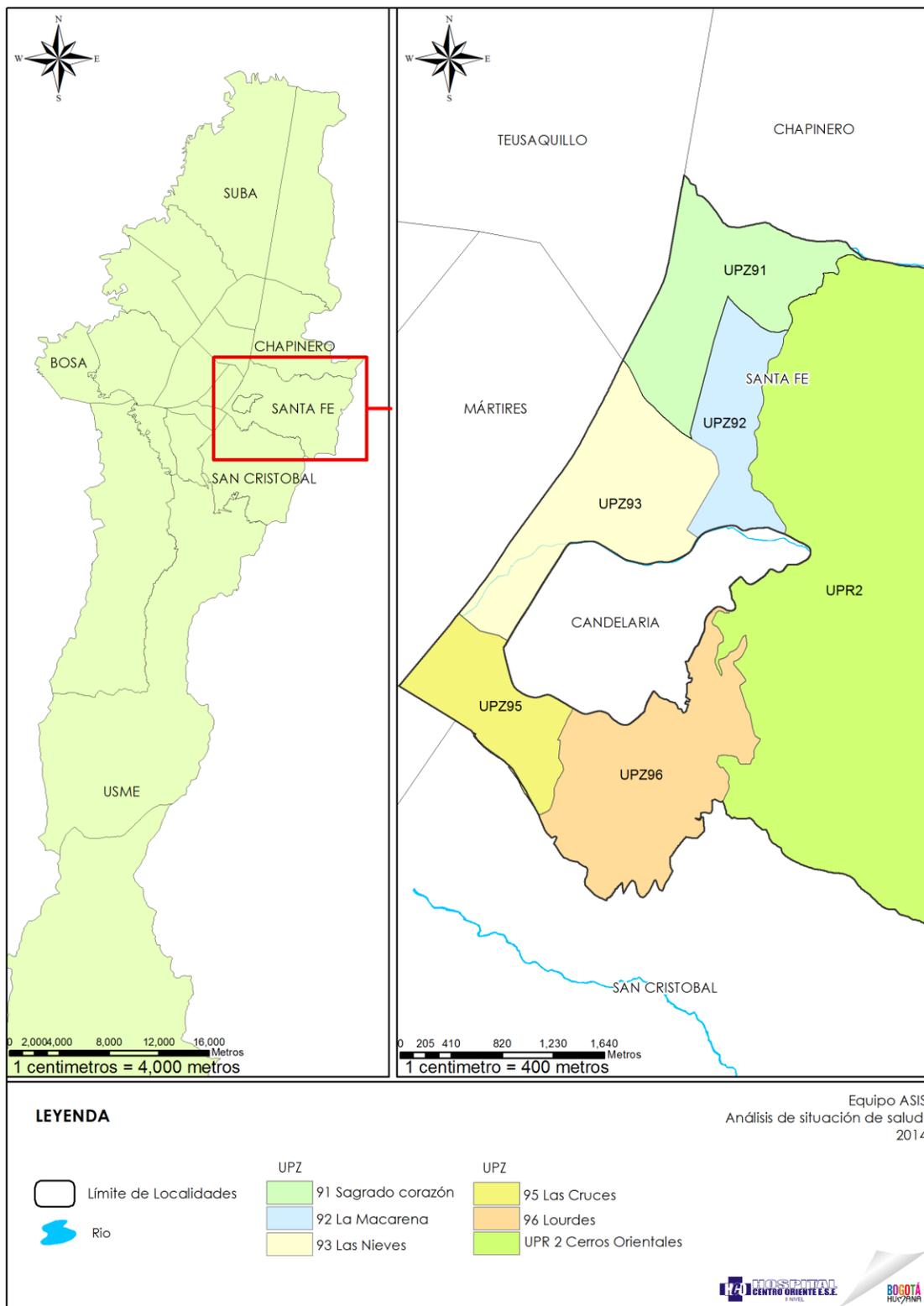
Tabla 1 Clasificación y extensión por UPZ.

UPZ	Clasificación Urbana	Área total (ha)	%
91 Sagrado Corazón	Comerciales	146.2	3.24
92 La Macarena	Residencial Consolidado	85.8	1.9
93 Las Nieves	Comerciales	172.6	3.82
95 Las Cruces	Residencial de Urbanización Incompleta	92.4	2.05
96 Lourdes	Residencial de Urbanización Incompleta	200.1	4.43
UPZ	Clasificación Rural	Área total (ha)	%
UPR 2 Cerros Orientales	Rural	3820	84.57
Total		4517.1	100

Fuente: SDP, Decreto 619, Decreto 190 del 2004 y Decreto 544 de 2009. Bogotá D.C

La localidad cuenta con una extensión de 4,517.1 hectáreas-ha, de las cuales 3,820 corresponden a suelo rural, representando el 84.5% y 697.1 ha pertenecen a suelo urbano, es decir el 15.4%; El área de la Localidad Santa Fe representa el 2.7% sobre la superficie total de Bogotá.

Mapa 1 División político-administrativa y límites de la localidad Santa Fe



Fuente: IDECA –Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital Ccn corte al 13 de Noviembre de 2013.

4.1.2 historia reciente del asentamiento

La localidad Santa Fe, esta conformada por 78 barrios, de los cuales, desde 1993 y hasta mediados de 2011 se han legalizado 24, lo cual evidencia que en las áreas residenciales se destaca la ocupación ilegal de suelo para vivienda.

En 2002 se registraron en la localidad 171 hectáreas - ha de desarrollo urbano de origen ilegal (equivalente al 2.4% de áreas de vivienda ilegales en el D.C.); en 2004 éstas se redujeron a 69 hectáreas- ha (3.5% en el D.C.). Gracias a programas de legalización de barrios. Es importante conocer que 68 hectáreas - ha de urbanización ilegal en la localidad Santa Fe estaban localizadas en los cerros orientales, es decir, en la Reserva Forestal Cerros Orientales *Error! Marcador no definido.*

La situación es debida a la dinámica de expansión de la ciudad, que ante la escasez de suelo urbano, se emplaza en zonas no aptas para uso residencial. En tal sentido, legalmente desde 1976 diferentes autoridades, especialmente ambientales, han abordado

la protección de la Reserva forestal, planteando que por estar expuestos al impacto y ocupación urbana deben ser preservados estratégicamente. En la actualidad, la protección de la zona, se encuentra precisada dentro del decreto distrital 190 de 2004 que compila los decretos 619 del 2000 y 460 del 2003 del Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá 2004, el cual lo define “como el conjunto de espacios con valores singulares para el patrimonio natural del Distrito Capital, cuya conservación resulta imprescindible para el funcionamiento de los ecosistemas, la conservación de la biodiversidad y la evolución de la cultura”¹⁹.

Si bien, la ubicación geográfica de la localidad, los equipamientos disponibles y la cercanía a un ecosistema natural son razones determinantes para habitar allí, también lo ha sido, para el establecimiento de sedes institucionales, oficinas principales del sector financiero, centros de negocios nacionales e internacionales y universidades. De este modo, en la actualidad la localidad es un área caracterizada por el aumento de las actividades comerciales, institucionales e industriales que se desarrollan en medio de los sectores residenciales. A continuación se hace una breve descripción del asentamiento por UPZ permitiendo visibilizar el uso del suelo y las características poblacionales que han generado el aumento poblacional en la localidad:

UPZ 91 Sagrado Corazón: ubicada en la zona norte de la Localidad Santa Fe, en ella se ubican importantes obras de ingeniería y construcción como la sede del Ministerio del Medio Ambiente, el edificio del Banco de Bogotá; Parque Central Bavaria donde se encuentran centros de servicio económico y financiero, El Centro Internacional, Las Torres del Parque, El Hotel Tequendama, El parque de La Independencia, el Kiosco de La Luz y El Planetario Distrital. Se evidencian casas que antiguamente eran utilizadas como vivienda siendo zona residencial

hoy en día no se utilizan para este fin, sino que son destinadas para uso educativo y comercial.

UPZ 92 La Macarena: Esta UPZ formó parte de la Quinta del Alto San Diego, proyectada para la solución habitacional de las familias con buena posición económica por medio del Convenio No. 07 de 2006. En esta se encuentran sitios como el Museo de Arte Moderno, Museo Nacional, Biblioteca Nacional y la Cinemateca Distrital, en la parte sur de la misma se ubica el barrio bosque izquierda donde la población residente es de bajos recursos económicos.

UPZ 93 Las Nieves: Por la significación que tiene en la comunidad la Iglesia de Nuestra Señora de Las Nieves, se le otorga el nombre y se refuerza por existencia de la Plazuela de Las Nieves, en donde se ubica la escultura de Sabio Caldas desde 2003. En la primera mitad del siglo XX esta sufre grandes cambios en su configuración territorial y de uso, convirtiéndose en un eje cultural, rodeado de teatros, restaurantes, parques, medios de comunicación, radio, televisión, espacios de encuentro y construcción de tejido social.

UPZ 95 Las Cruces: Antiguamente habitaban indígenas y pobladores que trabajaban en los llamados chircales. Debido a la demanda de espacios para vivir de los habitantes de escasos recursos económicos, la arquitectura del barrio sufrió diferentes procesos de subdivisión masiva que hoy se manifiesta con la presencia de inquilinatos.

UPZ 96 Lourdes: se conocía como El Llano de la Mosca utilizada como zona de recreación y donde anteriormente se ubicaba la fábrica de ladrillo y bloque que actualmente no existe. Aquí se identifican cambios estructurales en cuanto a vías por la creación de nuevas rutas del sistema integrado de transporte y de Transmilenio, en búsqueda de aportar al plan centro y lo que ratifica que Santa Fe es uno de los centros del desarrollo sociocultural de Bogotá.

4.1.3 características físicas

La localidad se caracteriza por contar con una amplia zona forestal protegida denominada Bosque de los Cerros orientales considerado conector ecológico regional, debido a que une los Parques Naturales Nacionales que integran el Sistema Nacional de Áreas Protegidas (Macizos de Chingaza y Sumapaz).

En la zona rural la localidad se encuentra dentro de la subcuenca alta del río Teusacá, que nace en la laguna del Verjón y sus afluentes son las quebradas El Verjón, La Esperanza, Tembladores, Montañuela, El Tagual, Honda, El Barro, Farías, El Barrito y La Centella. También se identifican zonas de nacimientos, captación, recarga de acuíferos y un cordón de condensación o bosque de niebla en las partes altas por encima de los 3.200 msnm en el área rural. En la zona urbana se puede observar un sistema hídrico conformado por tres corrientes

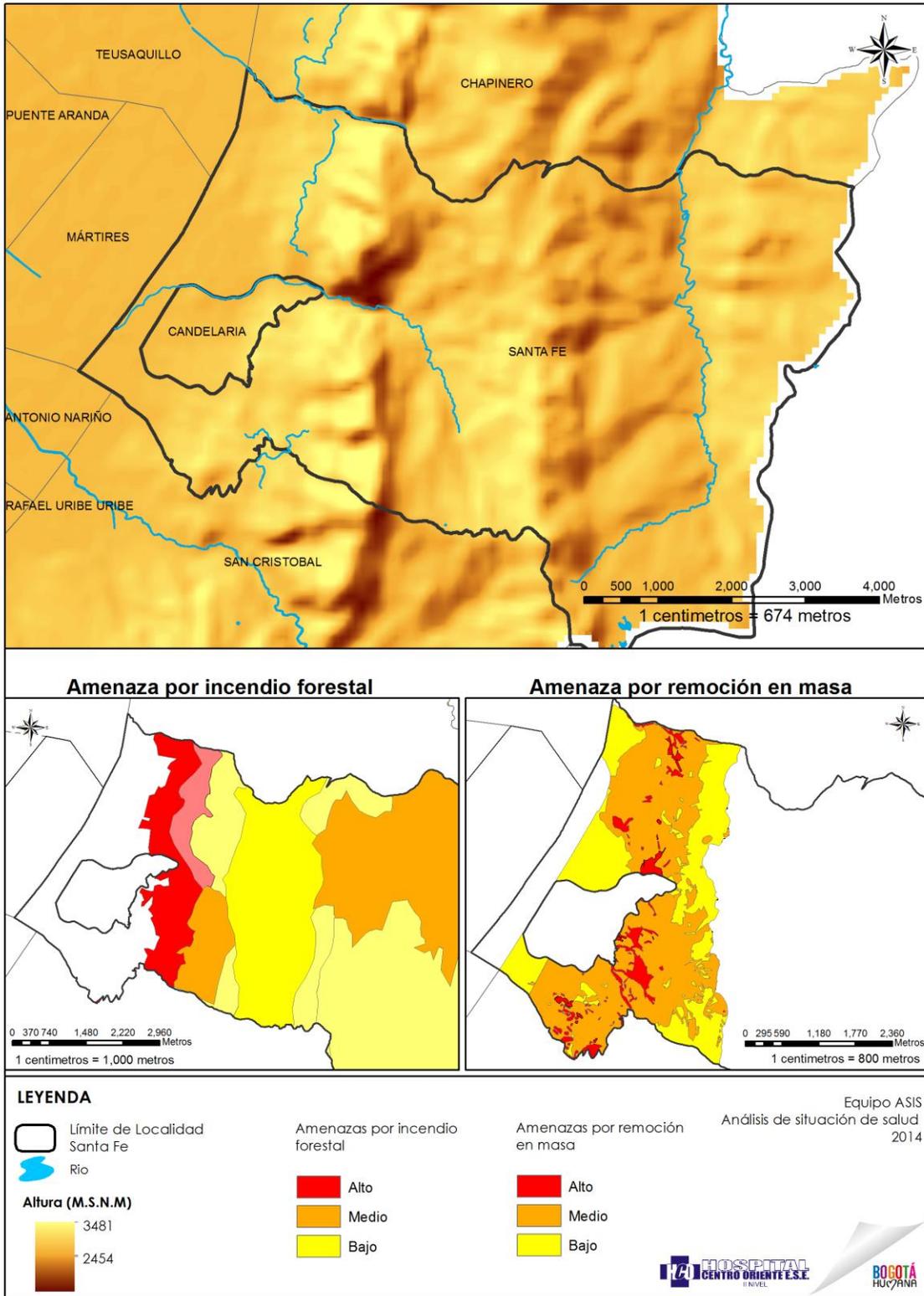
principales: el río Arzobispo (Cuenca río Salitre), el río San Francisco, que nace en la cuchilla el Boquerón, y que es canalizado al entrar en el área urbana (Cuenca río Fucha), donde vierten sus aguas las quebradas Santo Domingo, Las Brujas, Roosevelt y Padre Jesús, y el río San Agustín, al cual vierten sus aguas las quebradas Manzanares, San Dionisio, El Chorrerón, El Soche, Santa Isabel, Lajas y San Bruno¹⁹.

La temperatura promedio es de 14.6°C y una humedad relativa del 75%, típicas de la zona media de la ciudad. El área rural se caracteriza por poseer un clima húmedo de páramo, con una temperatura promedio anual de 12.6°C y una precipitación anual de 1.150 mm. La localidad se encuentra entre los 2.630 metros en las partes más bajas y los 3.316 msnm en la cima de mayor altura, que es el cerro de Guadalupe. Por su cercanía a los Cerros Orientales el terreno de la parte urbana de la localidad es inclinado con pendientes que varían de los 40 grados cerca de los cerros, y hasta los 4 grados cerca de la zona plana (fluvio lacustre)²⁰. El cerro de Monserrate se halla separado del cerro de Guadalupe por el río San Francisco y tiene una altura de 3.190 metros sobre el nivel del mar¹⁹.

Las zonas de amenaza de riesgo ambiental de la localidad se muestran en el mapa 2, y se clasifican en amenaza por remoción en masa que se identifica tanto en la zona urbana como rural, debido a la erosión de los suelos, la desestabilización del terreno, la tala de árboles, la urbanización indiscriminada (Barrio Ramírez y Girardot) y el escurrimiento superficial de aguas lluvias y negras en sitios donde no se dispone de alcantarillado, situada principalmente en el piedemonte de los cerros orientales. Por otra parte, en los periodos del año donde hay ausencia de lluvia, se presenta la amenaza por incendios forestales que consumen la capa vegetal en la zona forestal, ocasionados especialmente por el descuido humano, en las zonas limítrofes de los Cerros Orientales y el parque Nacional.



Mapa 2 Relieve, Hidrografía y Amenazas, Localidad Santa Fe



Fuente: IDECA –Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital Con corte al 30 de septiembre de 2013. Fuente temática: Portal de mapas de Catastro Distrital de Bogotá, sin año & CGIAR-CSI-Consortium for Spatial Information, sin año.

4.1.4 Accesibilidad geográfica

En la localidad la población residente es privilegiada en cuanto a la ubicación de la localidad en la ciudad, por estar en la zona centro-oriente, como lo muestra el mapa 3, se caracteriza por el cruce de las vías principales del Distrito como: Avenida El Dorado, Avenida Ciudad de Lima, y Avenida Colon en términos de tránsito de oriente a occidente. De norte a sur la localidad se comunica por las vías principales como: AK 14 (Avenida Caracas), KR 5 A ESTE (Avenida Circunvalar) y la KR 10.

A su vez la localidad se beneficia de proyectos de la alcaldía como el encaminado al reconocimiento de la parte histórica de la ciudad mediante la circulación peatonal de la KR 7 en el día, acompañado de programas recreativos del IDRD.

La zona rural goza de buena accesibilidad teniendo como vía principal “Vía Choachi”, y vías secundarias que comunican la población residente como: el KM 11, KM 12 (vía pavimentada), KM 17 (vía sin pavimentar) y caminos; La movilidad de la localidad se observa en términos del índice de movilidad para cada UPZ. Se estipula que tienen mejor movilidad las UPZ con valores más cercanos a 1 y las peores cuando el valor es cercano a 0,19.

Tabla 2 Índice de Movilidad para cada UPZ.

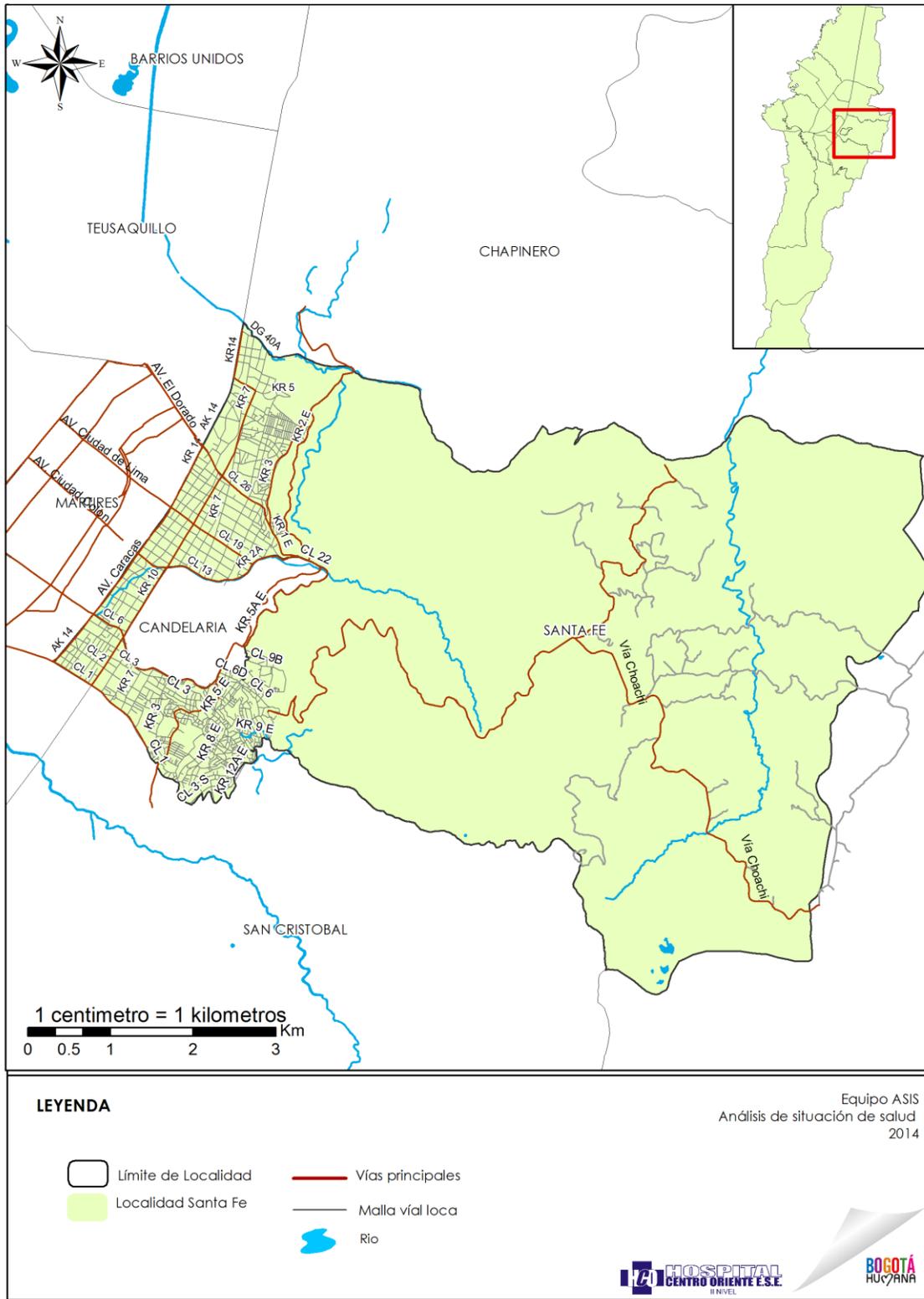
Movilidad	UPZ	Puntaje
Movilidad muy alta	Ninguna	0
Movilidad alta	Sagrado Corazón	0,43
Movilidad medio alta	No aplica	0
Movilidad medio baja	La Macarena	0,29
Movilidad baja	La Nieves	0,24
Movilidad muy baja	Las Cruces	0,11
	Lourdes	0,091

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Ciudad de Estadística Boletín No. 55 Índice de Movilidad para Bogotá, D.C. Septiembre 2013. Adaptación de la información y análisis por el Hospital Centro Oriente. Grupo de Análisis en Situación en Salud.

La localidad Santa Fe tiene la mayoría de sus UPZ por debajo de los rangos de movilidad medio baja lo que conlleva a tasas de motorización de autos baja, así como las personas con discapacidad realizan menor cantidad de viajes; el transporte público prima sobre los otros modos de transporte²¹.

Para las UPZ Las Cruces y Lourdes que registraron movilidad muy baja, presentan las tasas de motorización tanto en autos como en motos bajas, mientras que los tiempos de viaje son altos. El transporte público se convierte en el modo de transporte más usado por lo que la política pública se hace necesaria al tener en cuenta que el costo de transportarse para los más pobres es de alrededor del 20% de los ingresos (Bocarejo et al., 2010), afectando de manera significativa la economía de los habitantes de estas UPZ²¹.

Mapa 3 Vías de comunicación, Localidad Santa Fe



Fuente: IDECA –Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital con corte al 30 de Septiembre de 2013.

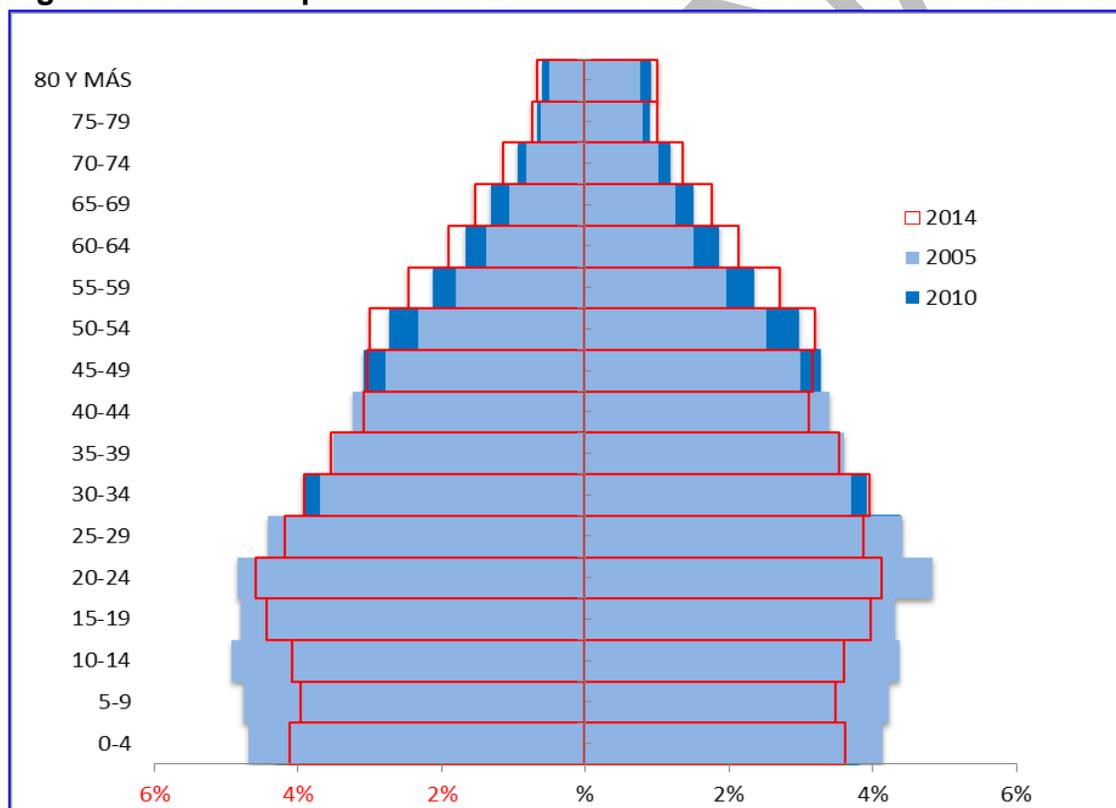
4.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

4.2.1 Crecimiento poblacional

Población total: La localidad de Santa Fe se caracteriza por presentar un tipo de pirámide poblacional regresiva (llamada también *bulbo*): con una base angosta y muy abultada en el centro; por lo anterior se podría decir que el comportamiento poblacional de la localidad refleja una sostenida reducción de la fecundidad, tendiente al aumento de la población adulta mayor, lo que a futuro permitirá observar una pirámide envejecida en la cúspide y, como consecuencia, la mortalidad tenderá a aumentar ligeramente.

Por lo anterior, el crecimiento de la población es negativo, evidenciándose como perfil resultante tiende así a ser el de una campana invertida.

Figura. 1 Pirámide poblacional Localidad Santa Fe. Años 2006 – 2010 - 2014



Fuente: Proyecciones poblacionales Censo 2005 – 2015 DANE.

El comportamiento observado en la pirámide poblacional de la Localidad Santa Fe puede estar asociada a un descenso de la fecundidad y la natalidad, las dinámicas sociales que se han modificado en los últimos años, la implementación de programas de promoción y prevención dirigidos al control de la natalidad. Esto se evidencia en el estrechamiento de la base progresivamente desde el 2005 al 2014.

Población por área de residencia urbano/rural: Por otra parte, se observa que de los 109974 habitantes proyectados en el CENSO DANE 2005 – 2015, para el 2014, 106950 correspondían a la zona urbana de la localidad y 3024 a la zona rural.

Grado de urbanización: Frente al grado de urbanización, se pudo establecer que para el año 2014 éste se encontraba en el 97,3%.

Número de viviendas y número de hogares: En este aspecto, en la localidad de Santa Fe para el año 2014 se cuenta 35.360 viviendas y 36.532 hogares, lo que representa el 1,5% de los hogares de Bogotá y el 1,5% de las viviendas (tabla 3). El tamaño promedio del hogar en la localidad es de 2,87 personas, menor al de la ciudad, que en promedio es de 3,20 personas por hogar.

Tabla 3 Número de viviendas, hogares y personas por localidad, 2011-2014.

LOCALIDAD	Viviendas		Hogares		Personas	
	2011	2014	2011	2014	2011	2014
	Total	Total	Total	Total	Total	Total
Santa Fe	32,500	35,360	35,289	36,532	103,593	104,749
Los Mártires	29,504	32,843	30,035	33,343	97,926	99,792
La Candelaria	9,007	9,694	9,342	9,884	24,144	24,476
Total Bogotá	2,097,697	2,381,129	2,185,874	2,437,996	7,451,231	7,794,463

Fuente: DANE - SDP, Encuesta Multipropósito 2011 - 2014. Cálculos: Dirección de Estudios Macro, SDP

Entre todas las localidades del distrito, Santa Fe fue una de las que reporto un mayor aumento en la proporción de hogares nucleares en la ciudad pasando de 48.5 en el año 2011 a 52.8 en el año 2014.

Tabla 4 Hogares por vivienda y personas por hogar, por localidad, 2011-2014.

LOCALIDAD	Hogares por vivienda		Personas por Hogar	
	2011	2014	2011	2014
	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio
Santa Fe	1.09	1.03	2.94	2.87
Los Mártires	1.02	1.02	3.26	2.99
La Candelaria	1.04	1.02	2.58	2.48
Total Bogotá	1.04	1.02	3.41	3.2

Fuente: DANE - SDP, Encuesta Multipropósito 2011 - 2014. Cálculos: Dirección de Estudios Macro, SDP.

En lo referente al porcentaje de hogares unipersonales o con un solo miembro, para la localidad de Santa Fe este porcentaje bajo, pasando del 26.1% al 25,7%, siendo la única localidad del distrito que presento decremento en el porcentaje de esta variable.

Población por pertenencia étnica: Aunque no se cuenta con una base que permita establecer la población real perteneciente a los diferentes grupos étnicos

residentes en la localidad, se logró determinar a través del SISPI 2014 la identificación de 374 indígenas; 70 afrocolombianos²², Raizales 1 y 10 ROM Gitanos; de estos últimos no se cuenta con fuente de información concreta, más allá de la suministrada por los referentes correspondientes de Gestión de Políticas y Programas.

4.2.2 Estructura poblacional

Población masculina Corresponde al 50,3% (n: 55287) del total de la población correspondiente a la localidad Santa Fe.

Población femenina Corresponde al 49,7% (n: 54687) de la población se ubica en el género femenino.

Población por grupos quinquenales de edad: En la tabla 5 se puede observar que en el 2014 para la localidad, el rango de mayor participación en la población se encuentra ubicado en hombres y mujeres entre los 15 a 29 años de edad con un porcentaje del 17,1% del total de habitantes de la localidad.

Tabla 5 Participación de la población por rango de edad y género, localidad Santa Fe, año 2014.

Grupo edad	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
0-4	4519	8,2	3986	7,3	8505	7,7
5-9	4360	7,9	3842	7,0	8202	7,5
10-14	4488	8,1	3972	7,3	8460	7,7
15-19	4878	8,8	4385	8,0	9263	8,4
20-24	5042	9,1	4544	8,3	9586	8,7
25-29	4587	8,3	4267	7,8	8854	8,1
30-34	4296	7,8	4365	8,0	8661	7,9
35-39	3879	7,0	3902	7,1	7781	7,1
40-44	3381	6,1	3438	6,3	6819	6,2
45-49	3334	6,0	3481	6,4	6815	6,2
50-54	3285	5,9	3525	6,4	6810	6,2
55-59	2697	4,9	2985	5,5	5682	5,2
60-64	2078	3,8	2347	4,3	4425	4,0
65-69	1686	3,0	1937	3,5	3623	3,3
70-74	1245	2,3	1493	2,7	2738	2,5
75-79	803	1,5	1101	2,0	1904	1,7
80 y más	729	1,3	1117	2,0	1846	1,7
Total	55.287	100	54.687	100	109.974	100

Fuente: Proyecciones poblacionales Censo 2005 – 2015 DANE.

Población por ciclo vital: La población correspondiente a la etapa de ciclo vital infancia y adultez es donde se evidencia mayor concentración de los habitantes de la localidad, obteniendo un porcentaje de 21,3% y 42,0% respectivamente; al realizar el comparativo respecto al año inmediatamente anterior se observa una disminución del 0,6% para infancia, así como un incremento del 3,9% para adultez.

Tabla 6 Distribución de la población por ciclo vital y género, localidad Santa Fe, año 2014.

Ciclo Vital	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
Infancia	12440	22,5	10973	20,1	23413	21,3
Adolescencia	3802	6,9	3409	6,2	7211	6,6
Juventud	8918	16,1	8036	14,7	16954	15,4
Adultez	23586	42,7	22565	41,3	46151	42,0
Vejez	6541	11,8	9704	17,7	16245	14,8
TOTAL	55287	100	54687	100	109974	100

Fuente: DANE-Secretaría Distrital de Planeación SDP: Convenio específico de cooperación técnica No 096-2007. Bogotá D.C. DANE - SDP. Bogotá proyecciones de población 2005 al 2015, según grupo de edad y sexo.

Razón hombre: mujer Mientras que el 49,7 de la población se ubica en el género femenino.

Razón niños: mujer Por cada 100 mujeres en edad fértil, entre los 15 y 49 años de edad durante el año 2014, hubo 30 niños y niñas entre los 0 y 4 años de edad.

Índice de infancia Durante el 2014, por cada 100 personas, 0,4 habitantes de la localidad Santa Fe corresponden a población menor de 15 años.

Índice de juventud En el año 2014 se estima que por cada 100 personas, hallan 0,4 habitantes entre los 15 y 29 años de edad.

Índice de vejez Se estima que para el año analizado habrán 0,1 personas de 65 años o más por cada 100 habitantes de la localidad Santa Fe.

Índice de envejecimiento: Para el 2014 se presentaron 40,2 personas mayores de 65 años por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años, lo cual implica una mayor inversión en programas inmersos en el sistema de salud y seguridad social orientados a la atención de la población adulta mayor de la localidad.

Índice demográfico de dependencia Durante el 2014 en la localidad Santa Fe, se evidenció que por cada 100 personas entre los 15 y 64 años se encuentran 47 menores de 15 años y mayores de 65 años.

Índice de dependencia infantil - mayores Por cada 100 habitantes entre los 15 y 64 años en la localidad, se observan 34 personas mayores de 15 años y 14 que tienen más de 65 años.

Índice de Friz Para 2014 el índice de Friz nos muestra una población madura al interior de la localidad, ya que por cada 100 personas entre los 30 y 49 años, se estima 115 entre los 0 y 19 años.

4.2.3 Dinámica poblacional

Tasa de crecimiento natural En el 2014 se observó una tasa de crecimiento natural negativa, pues ésta se logró calcular en 0.8%, lo que muestra una población con una baja natalidad y una mortalidad en crecimiento, situación que se evidencia en la pirámide poblacional.

Tasa de crecimiento total Debido a que no se cuenta con un censo actualizado que nos permita establecer los movimientos migracionales, y teniendo en cuenta las dinámicas propias de la localidad, no es posible realizar el cálculo de la tasa de crecimiento total.

Tasa bruta de natalidad Se cuenta con una tasa bruta de natalidad de 14,5 por cada 1000 habitantes de la localidad Santa Fe para el año 2014, observándose un incremento de 0,2 por 1000 habitantes en comparación al año inmediatamente anterior.

Tasa bruta de mortalidad Para el 2014 se cuenta con una tasa bruta de mortalidad de 6,1 por cada 1000 habitantes, es importante tener en cuenta que el cálculo de dicho indicador se estableció a partir de datos locales preliminares a fin de realizar un acercamiento a la tasa.

Tasa neta de migrantes En Julio de 2013, el DANE realiza la publicación del 5° magazín de la gestión estadística con base a los datos arrojados por el censo del año 2005, allí establece que “de un total de 6.740.859 habitantes enumerados en la ciudad, 2.723.541 eran migrantes de toda la vida, lo cual representaba el 40,4% del total de la población de la capital en ese año. De este total de migrantes, 358.143 lo hicieron en los cinco años previos al Censo, cifra que representaba el 5,3% del total de la población de la ciudad en el año 2005”²³.

Por otra parte se pudo observar para la localidad Santa Fe una tasa de migración de 5,1 (n=5226) de un total de 102293 habitantes en el año 2005. Cabe anotar que ésta tasa se calculó las tasas de migración en los últimos cinco años a la ciudad de Santa Fe.

Tasa general de fecundidad (TGF): Durante el 2014 la localidad Santa Fe reportó un total de 1716 nacidos vivos, lo que representa una tasa de fecundidad de 60,5 por cada 1000 mujeres entre los 15 y 49 años de edad. Se observa un incremento de 11,3 nacimientos por cada 1000 mujeres para el 2014, respecto al 2013.

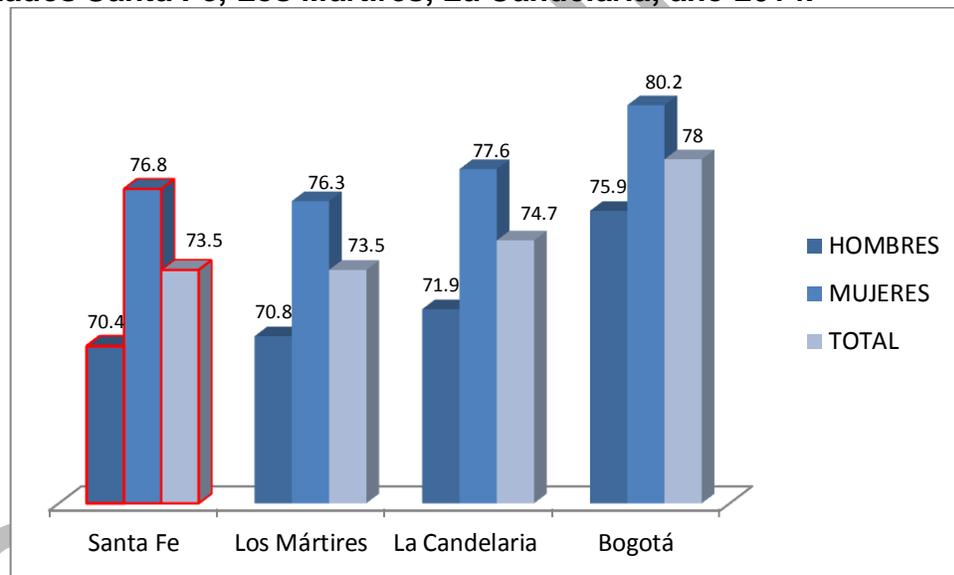
Tasa global de fecundidad (TGLF) Se estima que para el 2014, las mujeres en edad fértil (15-49 años) tuvieron en promedio 1,8 hijos.

Edad media de fecundidad (EMF) Frente a la edad media de fecundidad en la localidad Santa Fe, se observa que ésta se encuentra en los 27 años.

Tasa de reproducción Se estima que para el año 2014 en la localidad Santa Fe la tasa de reproducción fue de 0,8 por cada 1000 mujeres, lo que indica que la localidad no cuenta con reemplazo generacional.

Esperanza de vida al nacer: La localidad de Santa Fe refleja un promedio de esperanza de vida de 73,5 años, el cual se encuentra 4,5 años por debajo del promedio distrital; esto permite visibilizar que existe influencia en la dinámica social, los hábitos de vida que se desarrollen a lo largo de la vida y las condiciones favorables y/o desfavorables para el aumento de la esperanza de vida a nivel local.

Figura. 2 Comparativo esperanza de vida al nacer por sexo, Bogotá – localidades Santa Fe, Los Mártires, La Candelaria, año 2014.



Fuente: DANE – SDP, Proyecciones de la Población por localidades 2006 – 2015. Información tomada de: Boletín informativo: Bogotá ciudad de estadísticas – Número, Julio 2009 – Cuadro 12, Pág. 21.

4.2.4 Movilidad

Movilidad forzada (desplazamiento forzado): El fenómeno del desplazamiento ha cambiado la dinámica de la estructura demográfica rural y urbana colombiana, al provocar el movimiento de más de 3 millones de personas....en el país entre 1997 y 2009 y por haber causado transformaciones debidas al cambio de

residencia. Las ciudades en Colombia han tenido que recibir grandes cantidades de población que han llegado a saturar mercados laborales estrechos, que no están en capacidad de absorber esta mano de obra. Como consecuencia, los mercados informales han crecido, la inseguridad ha aumentado y algunos servicios de los sistemas sociales han colapsado. Adicionalmente, las ciudades han crecido sin planificación, por la entrada masiva de personas a las capitales, causando que se profundice la desigualdad, la segmentación y la segregación²⁴.

Bogotá es la primera opción de desplazamiento para la población víctima de dicha situación; entre los años 2000 y 2006 a la ciudad llegaron un total de 147404 personas en condición de desplazamiento forzado, lo que representa el 7,5% del total de población desplazada en el país.

A nivel local se pudo establecer de acuerdo al informe de víctimas de conflicto armado 2014 un total de 578 personas; por otra parte de la base APS en línea, sistemas de información de los programas de territorios saludables se hallaron 1670 personas en condición de desplazamiento.

Desafortunadamente, no es posible cruzar las bases a fin de determinar si las personas registradas en el informe y en la base APS son las mismas o corresponden a ingresos diferentes. Así mismo, es importante tener en cuenta que muchas de las personas que se han visto forzadas a abandonar sus lugares de origen no se reconocen como tal por temor a las diferentes situaciones de orden público a las cuales se han visto sometidos.

4.3 PERFIL SOCIOECONÓMICO

4.3.1 Indicadores socioeconómicos

NBI-Necesidades Básicas Insatisfechas: Para empezar es importante recordar que este indicador permite identificar las carencias de la población en la localidad y caracterizar los niveles de pobreza. El indicador de NBI permite captar la disponibilidad y el acceso a los servicios básicos mediante la evaluación de un conjunto de condiciones de vida, resumidas en cinco componentes mediante los cuales se clasifica un hogar como pobre por NBI si presenta al menos una de las condiciones descritas, o en miseria por NBI si presenta al menos dos de esas condiciones.

Teniendo como referencia el estudio de Necesidades Básicas Insatisfechas para el año 2014 realizado por la Secretaria Distrital de Planeación, la localidad de Santa Fe estaría en el último puesto entre las localidades de Bogotá, con un 11,6% de hogares pobres y con un 1.4% de hogares en miseria.

En la localidad de Santa Fe se ubican numerosas familias con dos o más necesidades básicas insatisfechas (hogares con vivienda inadecuada, hacinamiento crítico, servicios inadecuados, alta dependencia económica, niños en edad escolar que no asisten a la escuela), teniendo en cuenta las dinámicas del contexto a nivel económico y social. (Ver Tabla 7).

Al analizar los cinco componentes del NBI por localidades, se observó que el componente de vivienda inadecuada presentó niveles similares en ambos años (2011 y 2014) para la mayoría de las localidades excepto para las localidades Santa Fe y Rafael Uribe Uribe donde aumentó el porcentaje de vivienda inadecuada.

Con respecto al índice de hacinamiento crítico, éste aumentó en las localidades de Santa Fe, Kennedy, Fontibón y Chapinero, mientras que en el resto de localidades se redujo o permaneció en niveles similares en los años 2011 y 2014.

Tabla 7 Componente de condiciones de vida y NBI, comparativo por localidades año 2011-2014.

LOCALIDAD	TOTAL DE PERSONAS		VIVIENDA INADECUADA		HACINAMIENTO CRITICO		SERVICIOS INADECUADOS		INASISTENCIA ESCOLAR NIÑOS DE 7 Y 11 AÑOS		ALTA DEPENDENCIA ECONOMICA		POBRES POR NBI		MISERIA POR NBI	
	2011	2014	2011	2014	2011	2014	2011	2014	2011	2014	2011	2014	2011	2014	2011	2014
			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
SANTA FE	103593	104749	0.4	2.5	2.7	6.8	0.2	0.2	0.2	1.1	3.5	3	6.8	11.6	0.2	1.4
LOS MARTIRES	97,926	99,792	.	0	3.1	3	.	.	1.1	0.6	0.6	1.3	4.7	4.3	0.2	0.5
LA CANDELARIA	24144	24476	0.1	0.1	4.7	3	0.1	0.3	0.1	.	1.8	1.1	6.8	4	.	0.3
BOGOTÁ	7,451.23	7,794.46	0.5	0.5	2.4	1.8	0.2	0.1	0.5	0.5	1.9	1.6	5.2	4.2	0.3	0.2

FUENTE: DANE SDP Encuesta Multipropósito 2011-2014.

Coefficiente de Gini: Observando el histórico para la localidad de Santa Fe permite afirmar que de alguna forma las condiciones desfavorables para la población de ésta se han ido mitigando y se presenta una notable mejora en el nivel de ingresos para esta misma población, a este hecho han contribuido situaciones como, un mejor ingreso para algunas personas por encima de un SMLV por una mejora paralela en sus condiciones laborales y la adscripción de muchas personas que en algún momento estuvieron desempleadas al círculo de la informalidad.

Aunque existe una mejoría en los ingresos aún hay un 22.0% de la población que se encuentra en condiciones de desigualdad e inequidad social que afecta la calidad de vida de la población local.

Tabla 8 Coeficiente de Gini - localidad Santa Fe - Bogotá.

Localidad	2003	2007	2011
Santa Fe	0,602	0,619	0,587
Total Bogotá	0,577	0,511	0,542

Fuente: DANE – SDP Encuesta de Calidad Vida y Salud 2003 y 2007. Boletín No. 32 de la Encuesta Multipropósito para Bogotá - EMB 2011. Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos 2011. Adaptación y análisis Hospital Centro Oriente. Grupo de Análisis de Situación de Salud.

Al analizar el coeficiente de Gini, se observa alto en la localidad Santa Fe, indicando que hay más mezcla social que en otras localidades con Gini bajo, en donde la población es relativamente homogénea en su pobreza.

De todas formas es pertinente tener en cuenta que la interpretación del Gini es distinta cuando se considera el conjunto de la ciudad, y cuando se observa por localidades. Desde el punto de vista de Bogotá es conveniente que el indicador disminuya lo que significaría que la desigualdad y la segregación se están reduciendo, apuntándole al logro una de las metas grandes de la Bogotá Humana.

Índice de Desarrollo Humano: Este indicador establece para su medición diferentes criterios y variables como son la esperanza de vida, el nivel de vida y los logros educativos, entre otros, la localidad de Santa Fe presenta un Índice de Desarrollo Humano de 0.83% lo cual lo cual permite ubicar a la población de la localidad dentro de a escala de evaluación con un nivel alto, ello permite inferir que este grupo poblacional tiene facilidades en el acceso a servicios sociales, de salud y educativos.

4.3.2 SOCIOECONÓMICO

Ingresos y Gastos: Frente a los gastos que tienen los hogares de la localidad, se encuentran los destinados al pago de servicios públicos, para el año 2011 el gasto promedio mensual de servicios públicos de los hogares fue de \$100.000 pesos, el servicio por el que más pagaron fue energía eléctrica con un pago promedio mensual de \$50.000 pesos. Según la encuesta Multipropósito para Bogotá – EMB 2011.

Tabla 9 Porcentaje de hogares que no tienen capacidad de pago para adquirir bienes distintos a los básicos. Bogotá 2011.

Localidad	2003	2004	2007	2011
Santa Fe	32,9	27,3	38,8	18,0
Total Bogotá	30,1	28,8	31,4	19,1

Fuente: DANE-SDP EMB 2011 - Procesamiento y Análisis CID Universidad Nacional.

Para el año 2014, se observa que en la localidad Santa Fe los ingresos y gastos de las familias en términos económicos disminuyó en casi 10 puntos porcentuales, pasando de 28.5% al 18.9%. por otra parte, se observa que el 18,0% de los hogares de la localidad no tiene la capacidad de pago para adquirir bienes distintos a los básicos. Estas familias no cuentan con los recursos necesarios para adquirir bienes y titularidades que consideran valiosas, los ingresos apenas les alcanza para responder a las necesidades inmediatas de todos los días.

Pobreza e Indigencia: la población residente de la zona urbana de la localidad Santa Fe en condiciones de pobreza, se encuentra en un 22.0% y el 9.1% en condiciones de indigencia, según resultados de la Encuesta Multipropósito para Bogotá - EMB 2011.

Se suele asociar la riqueza con la tenencia en propiedad de la vivienda, y la pobreza con su carencia. Sin embargo, la realidad bogotana no parece corroborar esta relación de manera concluyente. Con frecuencia, muchos arrendatarios están en mejor situación económica que algunos propietarios por el peso que tiene el mercado informal de la vivienda.

La pobreza y la pobreza extrema afectan sobre todo a las mujeres cabeza de hogar, a los jefes de hogar de los grupos más jóvenes de la población y a los grupos con menores niveles de escolaridad. Por supuesto, también inciden con mayor rigor en la población desempleada y aquella que no cotiza a pensiones. Además, se expresa en proporciones crecientes a medida que el hogar tiene más hijos, disparándose en el caso de los hogares con 3 o más.

Ocupación y Desempleo: Para la localidad, en el año 2013 este indicador presento una estadística del 67.2% de población activa (entre 15 a 39 años), con una tasa de ocupación para el año 2011 del 61.4%, Las principales actividades en las cuales las personas de la localidad se ocupan son las de tipo comercial como venta de productos y servicios, tiendas, comidas rápidas, cafés internet, panaderías entre otras.

Tabla 10 Tasa Global de Participación, Tasa de Ocupación y Tasa de Desempleo, por localidad para el 2011.

Localidad	Tasa Global de Participación	Tasa de Ocupación	Tasa de Desempleo
Santa Fe	67.9	61.4	9.6
Los Mártires	62.4	56.3	9.7
La Candelaria	63	57.9	9.4
Total Bogotá	63.4	58	8.6

Fuente: DANE – SDP. Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011

Es importante destacar que la informalidad en la localidad Santa Fe es la fuente de ingresos y de trabajo más relevante en la población económicamente activa, sin embargo la tasa de ocupación es alta con respecto a otras localidades. Este último aspecto está directamente relacionado con el estrato socioeconómico, por lo que las tasas de ocupación son más bajas en los estratos 1,2 y 3 donde las necesidades básicas no se satisfacen adecuadamente debido a los pocos ingresos familiares.

El ingreso per cápita: refleja la profunda brecha existente en la ciudad de Bogotá. El ingreso por habitante en la Localidad de Chapinero (la de mayor ingreso) es 9,22 veces el ingreso per cápita de Ciudad Bolívar (la de menor ingreso) y casi cuatro veces la de la localidad de Santa Fe (Tabla 11).

Tabla 11 Ingreso per cápita por localidades, Bogotá 2011.

Puesto a nivel Distrital	Localidad	Ingreso Per Cápita en \$
7	La Candelaria	\$992.390.07
8	Santa Fe	\$816.460.43
11	Los Mártires	\$720.545.28

Fuente: DANE - SDP, Encuesta Multipropósito 2011

Condición de hogares y vivienda: La proporción de hogares viviendo en arriendo va en aumento como se observa (Tabla 12) en general para las distintas localidades del distrito, en el caso de la localidad de Santa Fe esta proporción paso de 45.9 a 47.1 siendo no tan significativa comparado con el aumento de la localidad Los Mártires.

Tabla 12 Proporción de hogares viviendo en arriendo, por localidad, 2011 - 2014.

localidad	2011	2014
	Proporción	Proporción
Santa Fe	45.9	47.1
Los Mártires	49.2	61.5
La Candelaria	53.8	54.7
Total Bogotá	41.4	46.8

Fuente: DANE - SDP, Encuesta Multipropósito 2011 - 2014. Cálculos: Dirección de Estudios Macro, SDP.

Con relación a los problemas de tipo constructivo que presentan las viviendas en Bogotá, se evidenció que en general hubo una reducción de estos problemas, referentes a grietas en paredes o pisos, humedad, hundimientos o fallas en la tubería, cañerías o desagües. De éstos, la reducción más significativa se dio en

los problemas de humedad en paredes, pisos o techos, pues en general hubo una disminución de cerca de 9 puntos porcentuales del total de viviendas de 2011 a 2014 en todas las localidades del Distrito, excepto en la localidad de Santa Fe en donde se presentó un aumento que aunque leve no debe pasar desapercibido ya que va en contravía de la tendencia general de la ciudad.

Tabla 13 Proporción de las viviendas con problemas de humedad en paredes, pisos o techos, por localidad, 2011 – 2014.

localidad	2011	2014
	Proporción	Proporción
Santa Fe	41.3	42.4
Los Mártires	43.1	26.4
La Candelaria	46.1	42.9
Total Bogotá	34.1	25.0

Fuente: DANE - SDP, Encuesta Multipropósito 2011 - 2014. Cálculos: Dirección de Estudios Macro, SDP.

En general, se puede observar que los problemas de humedad de las viviendas se encuentran asociados a un factor económico, ya que en los estratos bajos se presentó una mayor proporción de viviendas con problemas de humedad, en comparación con esa misma proporción en los estratos altos.

Si se tiene en cuenta la distribución de los problemas de humedad en paredes, pisos o techos por localidades, se evidencia una reducción general en las proporciones de viviendas de las localidades del Distrito, excepto en la localidad de Santa Fe en donde la proporción de las viviendas con problemas vario de forma negativa al pasar dicha proporción del 41,3% al 42,4% entre los años 2011 y 2014 (Tabla 13).

Por otra parte, el déficit de vivienda busca determinar las necesidades y condiciones habitacionales de los hogares; el presente cálculo se realizó de acuerdo con la metodología desarrollada por el Programa Hábitat para Colombia (UN- HÁBITAT) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la cual tiene en cuenta el déficit cuantitativo y el déficit cualitativo.

Tabla 14 Déficit cuantitativo de vivienda por localidad, 2011-2014.

Localidad	2011	2014
	Déficit Cuantitativo	Déficit Cuantitativo
Santa Fe	6.8	9.3
Los Mártires	2.7	3.2
La Candelaria	6.1	3.3
Total Bogotá	5.3	3.6

Fuente: DANE - SDP, Encuesta Multipropósito 2011 - 2014. Cálculos: Dirección de Estudios Macro, SDP.

Al analizar el déficit cuantitativo por estrato en Bogotá se observó que la mayor reducción se presentó en los hogares de estrato 1, pues pasó de 15,7% en el 2011 a 7,4% en el 2014. Una de las localidades con los mayores problemas habitacionales (déficit cuantitativo) en 2014 fue la localidad de Santa Fe, mostrando un porcentaje de hogares con carencias cuantitativas que se incrementó frente al 2011 (Tabla 14).

4.3.3 Servicios

Servicios Públicos: La localidad cuenta con cubrimiento de casi la totalidad de los distintos servicios públicos domiciliarios, sin que ninguno alcance el 100%.

Tabla 15 Hogares según cobertura de servicios públicos de acueducto, alcantarillado y recolección de basuras por localidad 2011-2014.

LOCALIDAD	Acueducto				Alcantarillado				Recolección de Basuras			
	2011		2014		2011		2014		2011		2014	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Santa Fe	35,113	99.5	36,352	99.5	35,289	100	36,171	99	35,289	100	36,378	99.6
Los Mártires	29986	99.8	33343	100	29986	99.8	33343	100	29986	99.8	33343	100
La Candelaria	9,300	99.6	9,861	99.8	9,342	100	9,861	99.8	9,342	100	9,821	99.4
Total Bogotá	2,182,051	99.8	2,433,731	99.8	2,182,517	99.8	2,426,816	99.5	2,183,985	99.9	2,432,497	99.8

Fuente: DANE - SDP, Encuesta Multipropósito 2011 - 2014. Cálculos: Dirección de Estudios Macro, SDP.

Tabla 16 Hogares según cobertura de servicios públicos de energía eléctrica y gas natural, por localidad, 2011-2014.

LOCALIDAD	Energía				Gas Natural			
	2011		2014		2011		2014	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Santa Fe	35,039	99	36,378	100	23,914	68	25,790	71
Los Mártires	29,452	98	33,343	100	21,305	71	22,694	68
La Candelaria	9,317	100	9,877	100	3,827	41	4,769	48
Total Bogotá	2,169,598	99	2,435,784	100	1,915,083	88	2,188,113	90

Fuente: DANE - SDP, Encuesta Multipropósito 2011 - 2014. Cálculos: Dirección de Estudios Macro, SDP.

En el 2014, para Bogotá, la cobertura de servicios públicos domiciliarios de acueducto, alcantarillado, recolección de basuras, gas natural y energía eléctrica fue cercana al 100% en los hogares de la localidad de Santa Fe. Este resultado se observa sin mayores cambios desde 2011.

La tenencia de computador y la conexión a internet son herramientas importantes tanto para la población en edad de escolar, como para la población laboralmente

activa, la localidad reporta un 49.8% de los hogares con tenencia de computador. Para el año 2014 el 41.1% de los hogares cuentan con servicio de internet siendo una de las localidades con menor cobertura en el distrito. Por su parte, el gasto promedio de los hogares de la localidad en el pago de servicios públicos es cercano a los \$110.900, menor al del promedio de Bogotá (\$158.700), lo que ubica a Santa Fe como la cuarta localidad con menor pago mensual promedio.

Educación y Escolaridad: En lo que respecta al equipamiento educativo público y privado, la localidad cuenta con de 39 instituciones educativas de primaria, básica secundaria y media, para cubrir la demanda en esta materia de la comunidad que presenta una población proyectada en Edad Escolar - PEE de 20.650 niños, niñas y jóvenes en la localidad (ver distribución Tabla 17), en donde 10. 282 habitantes se encontraban vinculados a un establecimiento educativo teniendo un superávit local de 2.930 cupos. Importante resaltar que el sector oficial cubre el 75.7% de la demanda escolar.

Tabla 17 Población en edad escolar: localidad Santa Fe años 2008-2013

Años	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Población	23006	22549	22008	21521	21068	20650

Fuente: Secretaría Educación. Caracterización del sector educativo año 2013.

La Tasa de Cobertura Bruta para el total Bogotá en el año 2013 fue de 97,21%, que representa la proporción de la Población en Edad Escolar Matriculada en un colegio oficial o privado para esa anualidad; se percibe con respecto a 2012 una reducción de 2,1 puntos en la TCB por las mismas circunstancias que explican la disminución de la matrícula. La tasa de cobertura bruta por nivel educativo para localidad Santa Fe mostro el siguiente comportamiento para el año 2013: Preescolar 62.6%; primaria 81.2%; secundaria 90.41% y media 81.26%. Para 2011 la tasa de eficiencia en educación por deserción es la más alta de todo el distrito con el 8.3.

En el aspecto de alfabetismo de la población por localidades para el año 2014, se observa que para el distrito el porcentaje es de 98,6 %, mientras que para la localidad de Santa Fe este mismo porcentaje fue del 96,5, lo cual la ubica como la localidad que muestra un mayor porcentaje con personas con 15 años o más que no saben leer ni escribir en el Distrito con un 4,5% (tabla 18).

Tabla 18 Personas de 15 años o más que saben leer y escribir, según localidad, 2014.

LOCALIDAD	Total personas de 15 años y más 2011	Total personas de 15 años y más 2014	Personas de 15 años o más que saben leer y escribir 2011			Personas de 15 años o más que saben leer y escribir 2014		
			Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
			%	%	%	%	%	%
Santa Fe	79,496	81388	97.2	48.6	51.4	96.5	49.5	50.5
Los Mártires	77,710	80,733	99.2	49.5	50.5	98.7	49.6	50.4

La Candelaria	19,726	20625	97.9	51.7	48.3	98.1	52	48
Total Bogotá	5,657,645	6,016,358	99.1	47.1	52.9	98.6	47.5	52.5

Fuente: DANE - SDP, Encuesta Multipropósito 2011 - 2014. Cálculos: Dirección de Estudios Macro, SDP.

Al analizar los resultados de asistencia escolar por localidades, se encontró un decremento para la localidad de Santa Fe, pasando de un 31,5,7% de personas de cinco o más años que estudiaban en el año 2011, a 28,9% de personas del mismo grupo de edad que se encontraban estudiando en el año 2014 (Tabla X).

Tabla 19 Asistencia escolar de la población de 5 y más años, para Bogotá, según localidad, 2014.

Localidad	2011	2014
	%	%
Santa Fe	31.5	28.9
Los Mártires	29.4	26.1
La Candelaria	33.3	31.1

Fuente: DANE - SDP, Encuesta Multipropósito 2011 - 2014. Cálculos: Dirección de Estudios Macro, SDP.

Aseguramiento en Salud: El total de personas afiliadas al sistema de seguridad social en salud en la Localidad Santa Fe para el año 2014 corresponde a un 93.6% de la población total que es de (104.749 personas) de los cuales 58.9% (n=57.766) pertenecen al régimen contributivo, el 39.0% (n=38.213) al régimen subsidiado, el 1.4% (n=1.421) al régimen especial y el 0.8% (n=607) del total de la población de la localidad son personas que no saben o no informan sobre régimen de afiliación al sistema.

Se evidencia que el porcentaje de no afiliación al sistema de salud es importante en la medida que si el segmento de la población que se encuentra en este rango, aumenta, de manera proporcional aumentarían los factores de riesgo para la salud y la calidad de vida de la comunidad, hace más vulnerables a las personas y complejiza el acceso a los servicios de salud.

Tabla 20 Personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por localidad, 2011 y 2014.

LOCALIDAD	Personas no afiliadas				Personas afiliadas				Personas que no saben o no informan sobre afiliación			
	2011		2014		2011		2014		2011		2014	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Santa Fe	8,178	8	5,829	6	94,393	92	98,007	94	1,022	1	913	1
Los Mártires	10,127	10	8,699	9	87,556	89	90,697	91	244	0	396	0
La Candelaria	1,770	7	2,077	9	22,347	93	22,116	90	27	0	283	1
Total Bogotá	569,765	8	455,487	6	6,854,866	92	7,317,979	94	26,600	0	20,997	0

Fuente: DANE - SDP, Encuesta Multipropósito 2011 - 2014. Cálculos: Dirección de Estudios Macro, SDP.

Tabla 21 Personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por régimen de afiliación, según localidad. 2011 y 2014.

LOCALIDAD	Régimen contributivo				Régimen Especial (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas, Magisterio)				Régimen Subsidiado				No sabe, no informa el régimen		No sabe, no informa el régimen	
	2011		2014		2011		2014		2011		2014		2011		2014	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Santa Fe	55,022	58	57,766	59	3,100	3	1,421	1	35,738	38	38,213	39	534	1	607	1
Los Mártires	61,247	70	62,012	68	3,391	4	2,541	3	22,563	26	25,606	28	354	0	539	0
La Candelaria	14,341	64	14,224	64	427	2	681	3	7,414	33	7,070	32	165	1	141	1
Total Bogotá	4,956,739	72	5,428,636	74	243,450	4	191,014	3	1,637,687	24	1,665,981	23	16,990	0	32,348	0

Fuente: DANE - SDP, Encuesta Multipropósito 2011 - 2014. Cálculos: Dirección de Estudios Macro, SDP.

Recreación y Cultura: Para la localidad, la comunidad cuenta con diversos espacios recreo-deportivos y lúdicos como parques y zonas verdes amplias, entre ellos, el parque de la Independencia, el tradicional Parque Nacional Enrique Olaya Herrera y el parque Tercer Milenio que cuenta con un área mayor a 10 hectáreas. El total de ellos suman un área de 103 hectáreas. Este aspecto coloca a la Localidad en el tercer lugar a nivel distrital, entre las localidades con mayor área de parque y superando el promedio distrital. Por unidades de planeamiento zonal, La UPZ que cuenta con mayor área por habitante es la 91, Sagrado Corazón, que ofrece 72,2 m², mientras en la UPZ 96, Lourdes, aunque cuenta con 50 parques, sólo dispone de 3 m² de parque por habitante urbano.

La localidad de Santa Fe cuenta adicionalmente también con equipamientos recreativos y deportivos (3 clubes sociales, 1 coliseo y la plaza de toros de Santa María). Respecto a los equipamientos culturales, la localidad de Santa Fe cuenta con un total de 69 equipamientos culturales, entre los que se encuentra, bibliotecas, hemerotecas, museos, centros de ciencia y tecnología, salas de exposición, salas de concierto, casas de la cultura y salones comunales. La mayoría de ellos ubicados en la UPZ 93 Las nieves y siendo pertinente aclarar que la mayoría de los escenarios identificados, son de carácter distrital, algunos de carácter nacional y en el casos de los clubes, los mismos son privados.

Para el año 2014 la proporción de personas mayores a 15 años que practicaron un deporte o actividad física tuvo un retroceso significativo para la localidad de Santa Fe, mientras que en general en el distrito aumento entre 2011 y 2014, según la intensidad (Tabla 22).

Tabla 22 Personas de 15 años y más, que en los últimos 30 días practicaron deporte o realizaron actividad física por 30 minutos continuos o más, 3 veces a la semana, según localidad, 2011 y 2014.

Localidad	2011	2014
-----------	------	------

	%	%
Los Mártires	22.8	13.1
Santa Fe	21.7	16
La Candelaria	30.5	28.6

Fuente: DANE - SDP, Encuesta Multipropósito 2011 - 2014. Cálculos: Dirección de Estudios Macro, SDP.

El porcentaje de personas que no hacen actividad física fue especialmente alto para otras localidades durante el año 2014, pero para la localidad de Santa Fe el mismo se mantuvo teniendo un aumento leve al pasar del 53.1% al 53.4% (Tabla 23), siendo esto algo apenas aceptable si se tiene en cuenta la capacidad instalada.

Tabla 23 Personas de 15 años y más, que no practican ningún deporte ni actividad física por localidad, 2011 y 2014.

Localidad	2011	2014
	%	%
Los Mártires	55.6	59.1
Santa Fe	53.1	53.4
La Candelaria	46.3	47.2

Fuente: DANE - SDP, Encuesta Multipropósito 2011 - 2014. Cálculos: Dirección de Estudios Macro, SDP.

Entre las localidades con mayor acceso a zonas de recreación en 2014 fueron no estuvo la localidad de Santa Fe, que según la estadística fue una de las de menor acceso con una proporción de 47.1.

4.3 PRIORIZACIÓN DE UPZ CRÍTICA

Con el fin de lograr la priorización de 3 UPZ críticas para la localidad, se tuvieron en cuenta los indicadores de mortalidad evitable, seguridad alimentaria y nutricional, salud sexual y reproductiva, zonas de riesgo ambientales, y problemáticas sociales identificadas por el equipo local identificadas en la construcción del Atlas de Salud Pública para la localidad, además de unidad de análisis con los equipos de Territorios Saludables.

Para el cálculo se utiliza El método Hanlon²⁵; es un instrumento que clasifica los problemas y los recursos con los que se cuenta, priorizando la problemática con base a la magnitud del problema, severidad, eficacia de la solución y factibilidad de la intervención.

La aplicación de dicho método da como resultado la ponderación que se muestra en la **tabla Anexo 1** donde se determina la priorización de las UPZ 93 Las Nieves, UPZ 95 Las Cruces y UPZ 96 Lourdes.

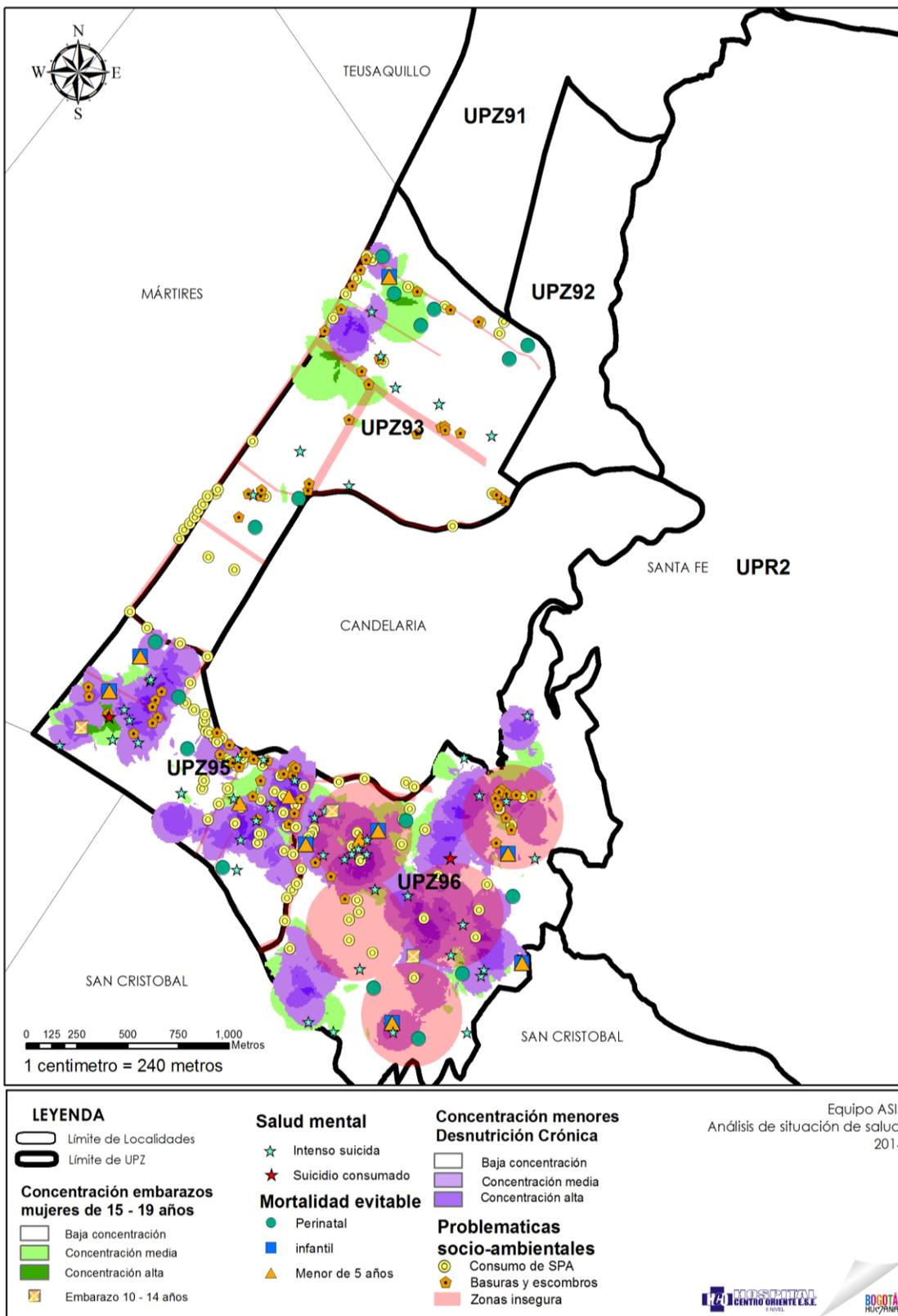


Como lo muestra el mapa 4, los indicadores y las problemáticas socio-ambientales tienen concentración en las UPZ priorizadas dando concordancia con el resultado del método utilización. Según lo anterior la UPZ más críticas de la localidad es la UPZ 96 Lourdes, al sur de la misma.

PRELIMINAR



Mapa 4 Priorización de UPZ críticas (UPZ 93, 95 y 96), localidad Santa Fe.



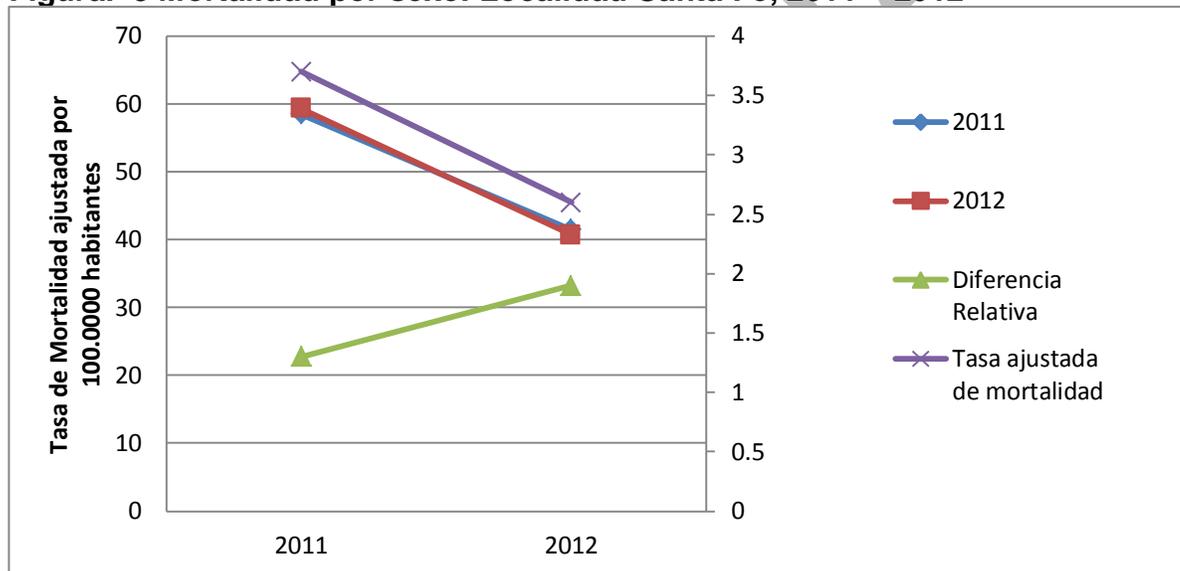
Fuente: Construcción a partir del método Hanlon, con información de RUAN – ND oficial consolidado 2014, SISVAN Consolidado 2014, SISVECOS consolidado 2014, Atlas de Salud Pública localidad Santa Fe, Unidad de análisis con equipo de Territorios Saludables 2014.

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

5.1 ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD GENERAL EN LA LOCALIDAD

Al comparar la mortalidad general de la localidad Santa Fe entre los años 2011 y 2012 se observa un descenso del 1,0%, así mismo se puede establecer un comportamiento similar por sexos durante los años analizados; para el 2012 el 59,3% (n:367) de las defunciones se presentaron en hombres y el 40,7% (n:252) restante en mujeres. Frente a la diferencias por ajustes de tasa de mortalidad por 100000 habitantes para hombres y mujeres, se evidencia mayor para los hombres.

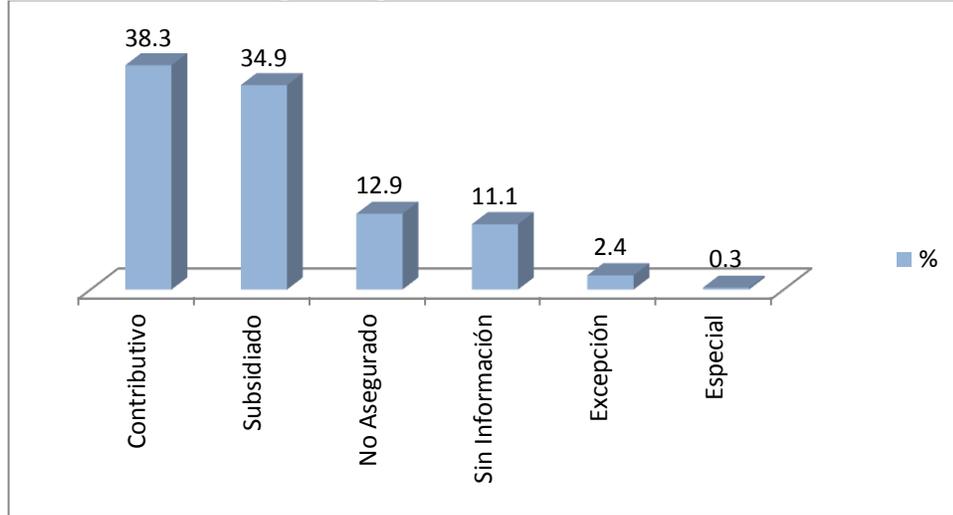
Figura. 3 Mortalidad por sexo. Localidad Santa Fe, 2011 – 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de EEVV del DANE, suministrados por la SDS.

A continuación se presentan los datos existentes de régimen de afiliación y etnia en las bases suministradas; cabe anotar que estas presentan sub-registros y se incluyen sólo aquellas mortalidades acontecidas en la población atendida por la SDS.

Figura. 4 Mortalidad según régimen de afiliación. Localidad Santa Fe, 2012

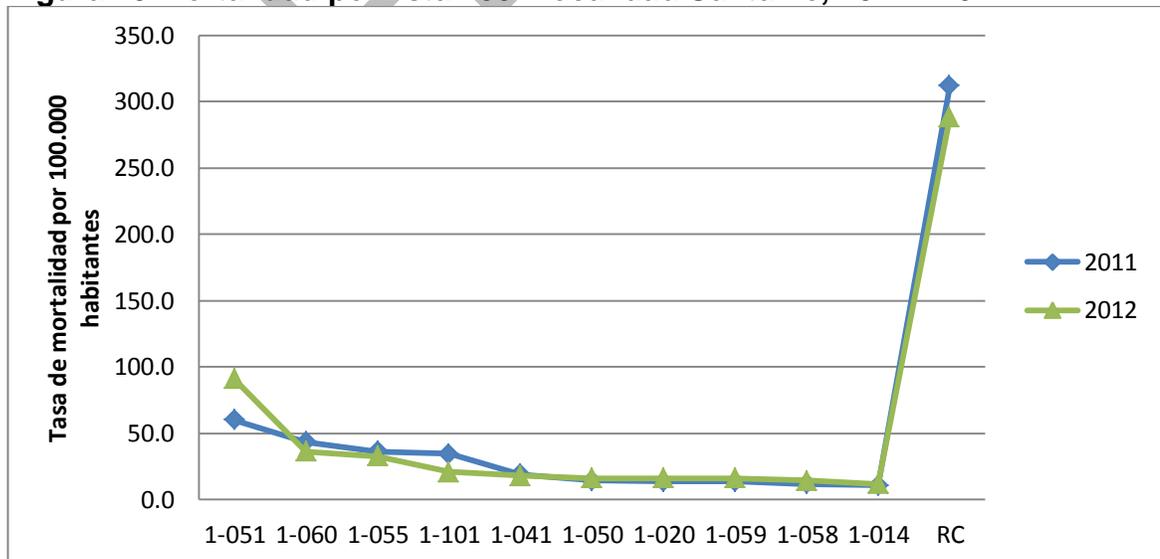


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de EEVV del DANE, suministrados por la SDS.

El 88,9% de los registros poseen información frente al régimen de afiliación. Para el 2012 se observa que el mayor número de defunciones se presentaron en el régimen contributivo.

Por otra parte se observa que el 99,2% de los registros presentan información de etnia. El 97,6% (n:604) no se reconoce como perteneciente a ninguna etnia, seguido del grupo étnico negro, mulato, afro con el 1,5% (n:9) y un indígena representando el 0,2% de la población a estudio.

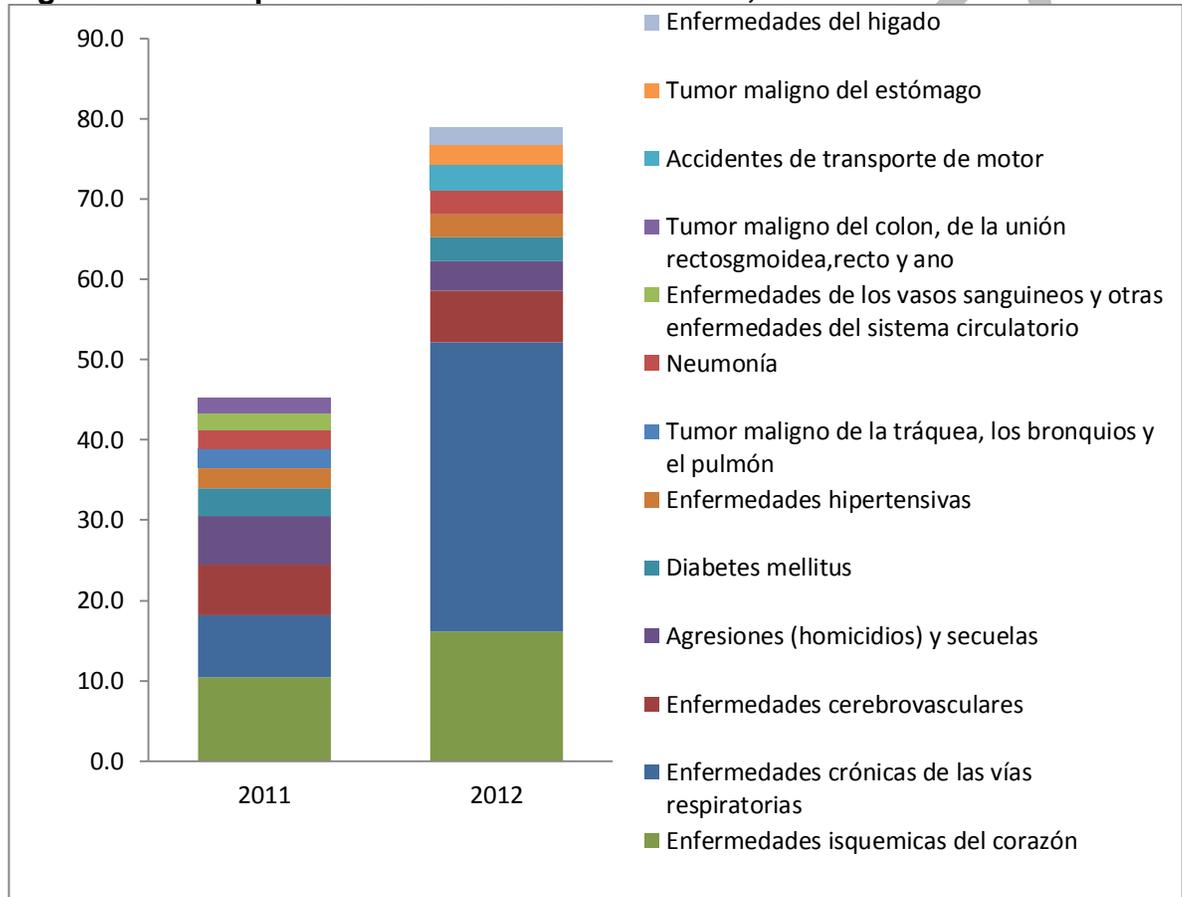
Figura. 5 Mortalidad por lista 105. Localidad Santa Fe, 2011 - 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de EEVV del DANE, suministrados por la SDS.

De acuerdo a la lista 105, las enfermedades isquémicas del corazón son la primera causa de muerte en la localidad Santa Fe para los años analizados, el resto de causas son las que mayor número de AVPP generan. Durante el período 2011 - 2012 el resto de causas causaron el 30,0 por cada 10.000 habitantes (AVPP: 48.510) de todos los AVPP, seguidas de las enfermedades isquémicas del corazón que ocasionaron el 7,6 por cada 10.000 habitantes (AVPP: 12.201).

Figura. 6 AVPP por lista 105. Localidad Santa Fe, 2011 - 2012



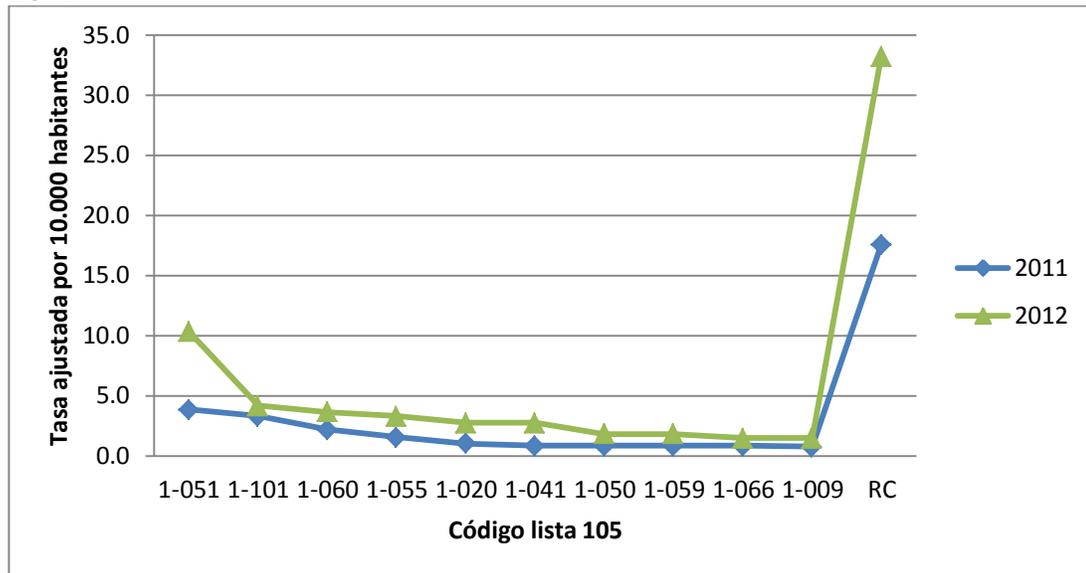
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de EEVV del DANE, suministrados por la SDS.

Es importante tener en cuenta que debido a que se realizó el ejercicio de AVPP con el lista 105, la figura x(anterior) muestra más de 10 causas de mortalidad, pues algunas de las causas presentadas durante el 2011 no se vieron reflejadas en el año 2012, y por el contrario se incluyeron nuevas causas.

Para el año 2012, la principal causa de mortalidad en hombres fueron las enfermedades isquémicas del corazón, evidenciándose un comportamiento similar al reflejado en la mortalidad general de la localidad. Estas provocaron el 15,5% (n: 57) del total de la mortalidad con una tasa de 10,3 por cada 10.000 habitantes. Así

mismo se observa un incremento en la mortalidad de éste grupo poblacional por dicha causa del 4,1% (n: 15) respecto al año inmediatamente anterior.

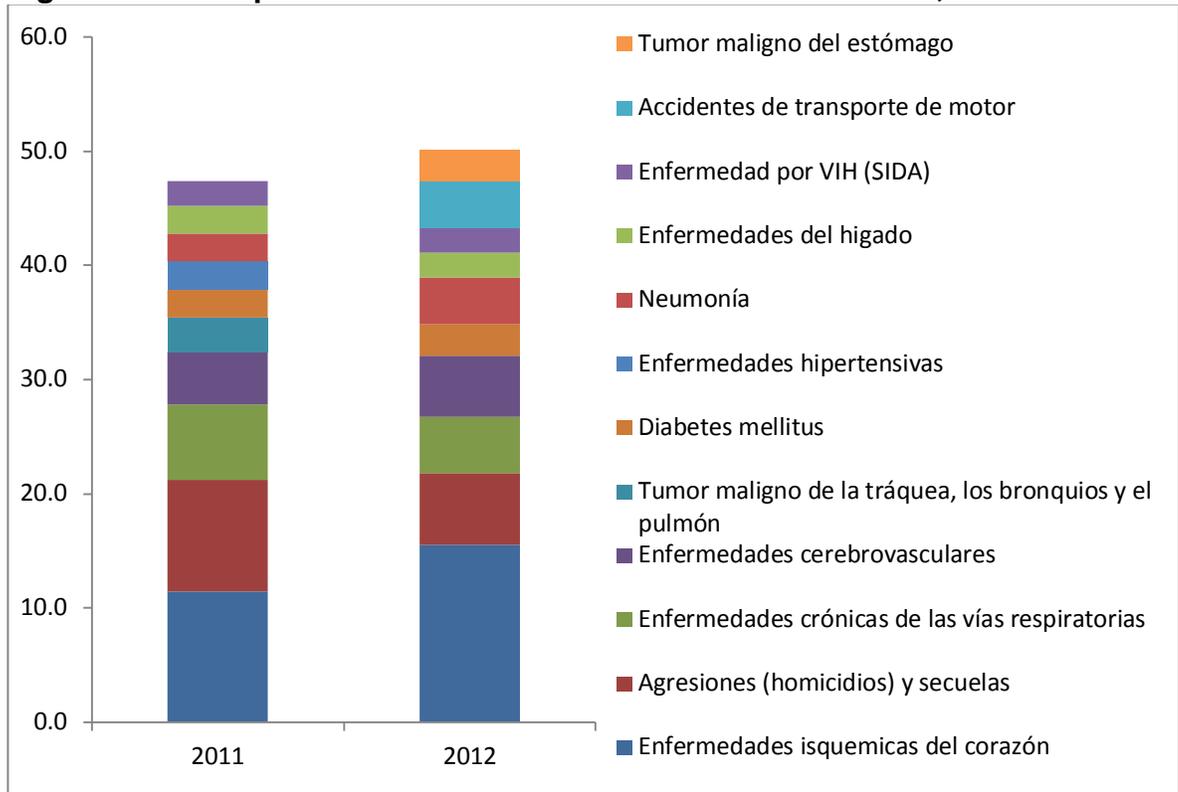
Figura. 7 Mortalidad por lista 105 en hombres. Localidad Santa Fe, 2011 - 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de EEVV del DANE, suministrados por la SDS.

Siendo estas las que mayor número de AVPP provocan en la población masculina de la localidad (AVPP: 4012,8). Se observa que para éste grupo poblacional tanto para el 2011 como el 2012, las agresiones (homicidios) y secuelas ocupan el segundo lugar, situación que podría reflejar la dinámica de la localidad y de alguna manera los riesgos a los cuales se encuentran expuestos los hombres en general, frente a las lesiones de causa externa.

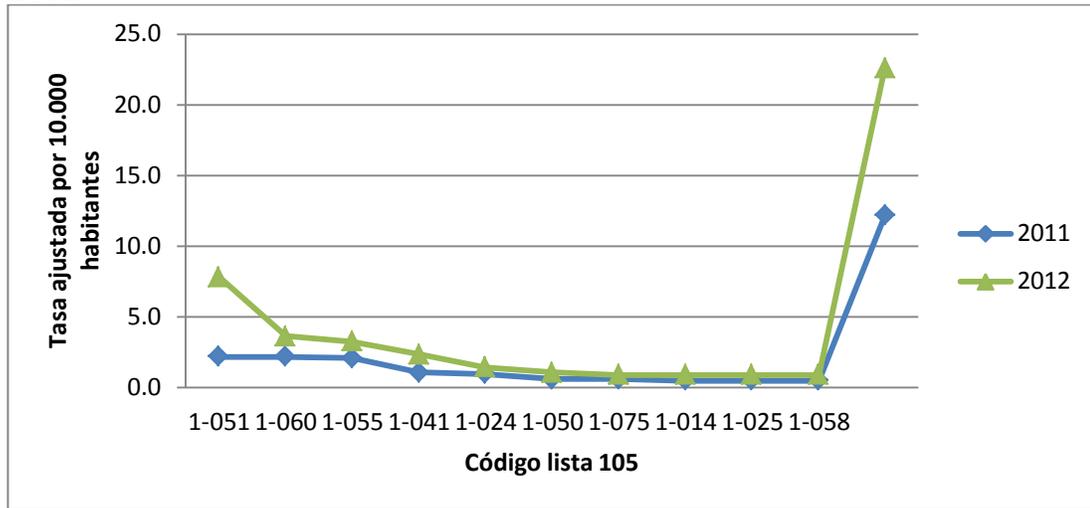
Figura. 8 AVPP por lista 105 en hombres. Localidad Santa Fe, 2011 – 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de EEVV del DANE, suministrados por la SDS.

Durante el año 2012, la primera causa de mortalidad en las mujeres fueron las enfermedades isquémicas del corazón, con un 17,1% (n: 43) y una tasa de 7,8 por cada 10.000 habitante, seguidas de las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias con un 7,9% (n: 20) y 7,1% (n: 18) respectivamente. Dicho comportamiento de la mortalidad en mujeres es similar al observado en los hombres de la localidad; aunque para el grupo poblacional en cuestión se evidencia la inclusión de las mortalidades a causa de los tumores malignos de la mama de la mujer y aquellas propias del grupo poblacional.

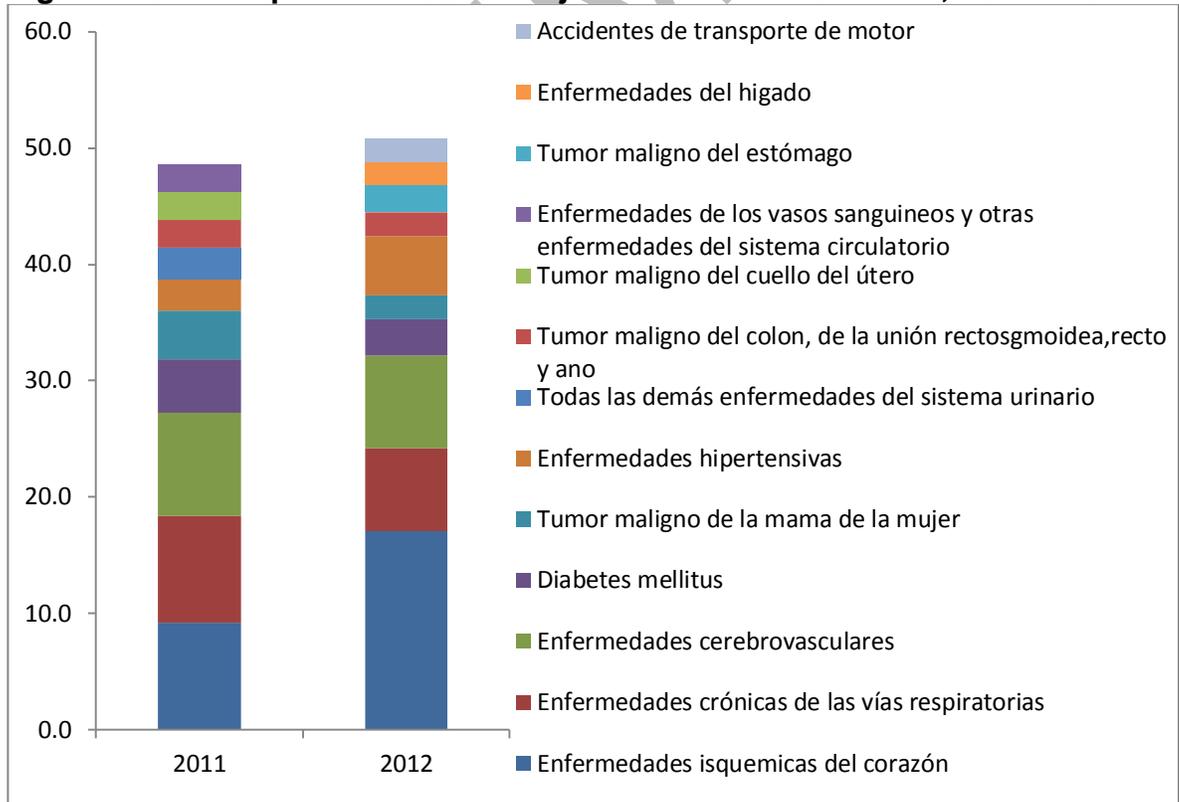
Figura. 9 Mortalidad por lista 105 en mujeres. Localidad Santa Fe, 2011 – 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de EEVV del DANE, suministrados por la SDS.

El resto de causas provocaron el 49,2% (AVPP: 9523,2) de los años de vida potencialmente perdidos en mujeres, seguidos de las enfermedades isquémicas del corazón con un 17,1% (AVPP: 3302,4).

Figura. 10 AVPP por lista 105 en mujeres. Localidad Santa Fe, 2011 – 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de EEVV del DANE, suministrados por la SDS.

Teniendo en cuenta que se ésta trabajando la mortalidad por lista 105, no es posible establecer dicho indicador de manera específica por subgrupos, ya que no se cuenta al momento con la información requerida para el desarrollo del mismo.

5.1.1 Análisis de Mortalidad infantil y en la niñez

Frente a la mortalidad infantil y en la niñez es importante aclarar que para los años 2011 y 2012 no se presentaron casos de mortalidad materna, por infección respiratoria aguda (IRA), enfermedad diarreica aguda (EDA), neumonía ni tosferina, motivo por el cual no se hallaran descritos tales eventos en el presente apartado; por otra parte no se cuenta con información respecto a las mortalidades por desnutrición en menor de 5 años en bases preliminares suministradas por parte de la Secretaria Distrital de Salud, ni en las bases locales.

Mortalidad Perinatal: Para el año 2012 se observa una mortalidad perinatal correspondiente al 4,4% (n: 27) respecto a la mortalidad general ocurrida en la localidad, de las cuales el 44,4% (n: 12) se presentaron en niñas, el 33,3% (n: 9) en hombres y el 22,2% (n: 6) restante fueron indeterminados.

En cuanto al régimen de afiliación se pudo observar una mayor prevalencia en el contributivo con 51,9% (n: 14) de los casos, resulta preocupante que el 18,5% (n:5) de las defunciones se presentaron en madres que al momento de la mortalidad no se encontraban aseguradas. Capital Salud y los registros sin dato de administrado reportaron el 18,5% (n: 5) respectivamente, seguidos de Famisanar con el 14,8% (n: 4). Tan sólo uno de los casos se autoreconoció como indígena.

La mortalidad perinatal, tuvo mayor presencia en la UPZ 93 – Las Nieves con un 33,3% (n: 9), seguido de la UPZ 96 – Lourdes 29,6% (n: 8), UPZ 95 – Las Cruces 22,2% (n: 6) y finalmente la UPZ 92 – La Macarena 14,8% (n: 4).

Mortalidad Infantil: Fueron 11 los casos de mortalidad infantil los que se presentaron en la localidad para el año 2012, de estos se pudo establecer que representan el 1,1% (n: 11) frente a las reportadas para el distrito (N: 990), con una mayor afectación en hombres (81,8%).

Así pues, se evidencia que el mayor número de casos se presentaron en el régimen subsidiado con el 36,4% (n: 4), seguido del contributivo y no asegurado con 27,3% (n: 3) respectivamente.

En cuanto a la distribución por UPZ se observó una mayor prevalencia en la 96 – Lourdes con el 45,5% (n: 5) de los casos, seguido de la 95 – Las Cruces con el 27,3% (n: 3).

Dejando de lado aquellos certificados a los cuales no les fue diligenciada la variable de la administradora, Capital Salud con 27,3% (n: 3) es la que ocupa el

primer lugar, las demás administradoras vinculadas se representaron con el 9,1% (n: 1). Sólo una de las mortalidades pudo relacionarse con el grupo étnico indígena.

Mortalidad en Menores de Cinco Años: El 1,4% (n: 16) de las mortalidades en menores de cinco años ocurridas en Bogotá (N: 1157) correspondieron a la localidad Santa Fe, frente a las cuales los hombres son los más afectados representados con el 62,5% (n: 10); observándose un caso en etnia indígena.

Es el régimen contributivo en el que más número de casos se presentaron con un 43,8% (n: 7), seguido del subsidiado con el 31,3% (n: 5). Así mismo, la UPZ en la que se presentó la mayor prevalencia fue la 96 – Lourdes con el 43,8% (n: 7), seguida de la 95 – Las Cruces con 31,3% (n: 5), la 93 – Las Nieves y la 92 – La Macarena se vieron representadas con el 12,5% (n: 2) respectivamente.

De las administradoras en salud se pudo establecer que Capital Salud fue la mayor aseguradora con casos en la localidad con el 25% (n: 4) de los casos, seguido de Compensar con 12,5% (n: 2).

Mortalidad por Malformaciones Congénitas en Menores de Cinco Años: La localidad Santa Fe representó el 1,8% (n: 5) de las mortalidades por malformaciones congénitas en menores de cinco años del distrito (N: 282), con una mayor afectación en hombres frente a las mujeres del 60%; así mismo el 80% de los casos se presentaron en menores de un año. No se identificaron casos para los grupos étnicos.

Tres de los casos se presentaron en el régimen subsidiado, y cuatro de estos se ubicaron en la UPZ 96 – Lourdes y el restante en la UPZ 95 – Las Cruces. Capital Salud como administradora se ubica en el primer lugar con el 60% de los casos.

Teniendo en cuenta que no se cuenta con bases que permitan establecer el total de nacidos vivos, ni el total de la población menor de 5 años para la localidad ni de Bogotá durante el año 2012; no es posible realizar cálculos de diferencias absolutas y relativas, riesgos atribuibles poblacionales o índices de concentración.

5.1.2 Análisis Mortalidad específica

Para el análisis de la mortalidad específica se tuvieron en cuenta los casos presentados durante el 2012 en la localidad Santa Fe frente Bogotá, tomando estos últimos como los valores de referencia y calculados por cada 10000 habitantes.

Teniendo en cuenta lo anterior, para la localidad Santa Fe, las tasa de mortalidad específicas de mayor representación fueron las de agresiones (homicidios) y secuelas, accidentes de transporte de motor y diabetes mellitus con 20,9 (n: 23), 18,2 (n: 20) y 16,4 (n: 18) respectivamente, evidenciándose para el Distrito Capital

un comportamiento similar para la primera causa de mortalidad con una tasa de 14,9 (n: 1128, seguido de diabetes mellitus y tumor maligno del estómago con 13,3 (n: 1006) y 11,4 (n: 862). **(Ampliación Anexo 2)**

Los cocientes de tasas reflejan por su parte un comportamiento diferente, teniendo en cuenta que aunque los accidentes de transporte de motor se ubican entre las tres primeras causas, se incluyen los trastornos mentales y del comportamiento en primer lugar y las enfermedades infecciosas en tercer lugar con coeficientes de 4,3, 2,6 y 2,1 por cada 10000 habitantes. **(Ampliación Anexo 3)**

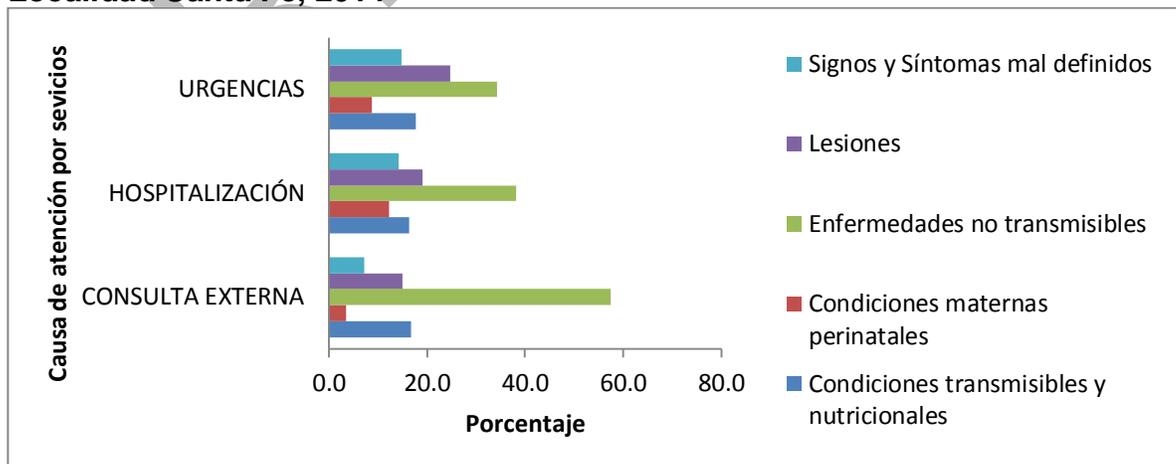
Cabe aclarar que para el 2012 no se cuenta con bases que permitan establecer las tasas de mortalidad por emergencias y desastres.

5.1.3 Análisis de Morbilidad

A partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), durante el 2014 en la localidad Santa Fe se atendieron un total de 2391 personas; el 61,4% (n: 1467) recibió atención por consulta externa, el 26,6% (n: 636) por el servicio de urgencias y el 12% (n: 288) restante ingresó por hospitalización.

Morbilidad Atendida: De los servicios prestados en el Hospital Centro Oriente ESE II Nivel y para la localidad Santa Fe, se observa que las enfermedades no transmisibles fueron la principal causa de atención para los diferentes servicios con el 49% (n: 1171), seguidas de las lesiones con el 18,1% (n: 433) y las condiciones transmisibles y nutricionales 16,9% (n: 404). Los signos y síntomas se ubican en cuarto lugar con 10,1% (n: 241), ubicándose en último lugar las condiciones materno infantiles con 5,9% (n: 142).

Figura. 11 Morbilidad atendida según agrupación de causas por servicio. Localidad Santa Fe, 2014



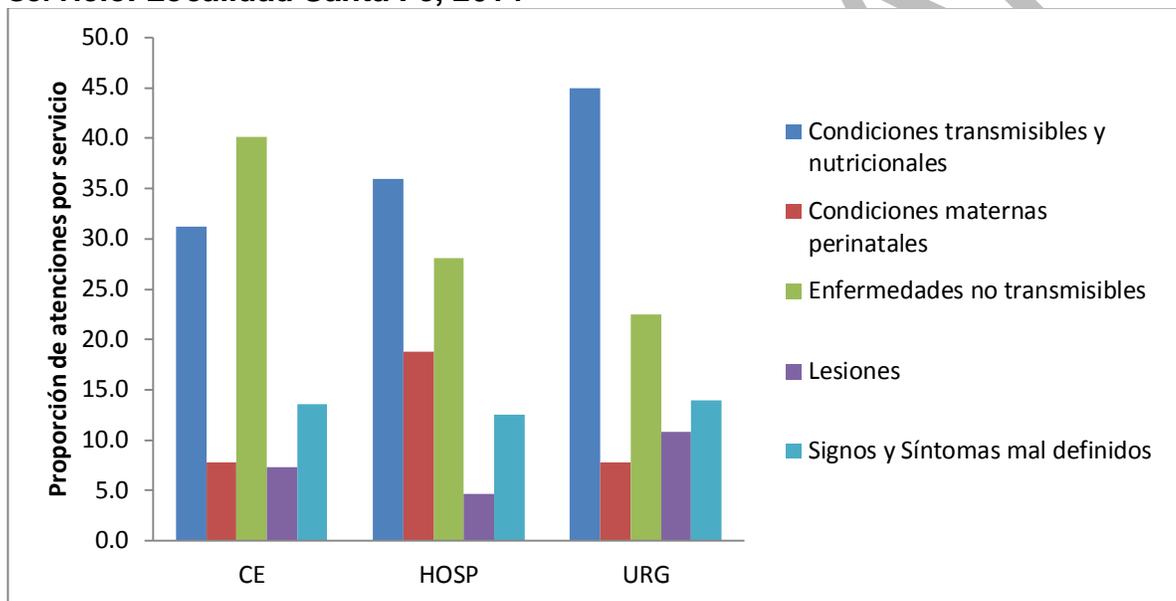
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de RIPS 2014, suministrados por la SDS.

Morbilidad atendida por etapa de ciclo vital

Se observa una mayor prevalencia en la etapa de ciclo vital adultez con 52,5% (n: 770), 43,1% (n: 124) y 43,4 (n: 276) para los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias respectivamente.

Infancia. Las enfermedades no transmisibles en consulta externa muestran el mayor número de atenciones con un 40,1% (n: 77), para los servicios de hospitalización y urgencias las condiciones transmisibles y nutricionales fueron las que mayor morbilidad causaron en éste grupo poblacional con 35,9% (n: 23) y 45% (n: 58) respectivamente.

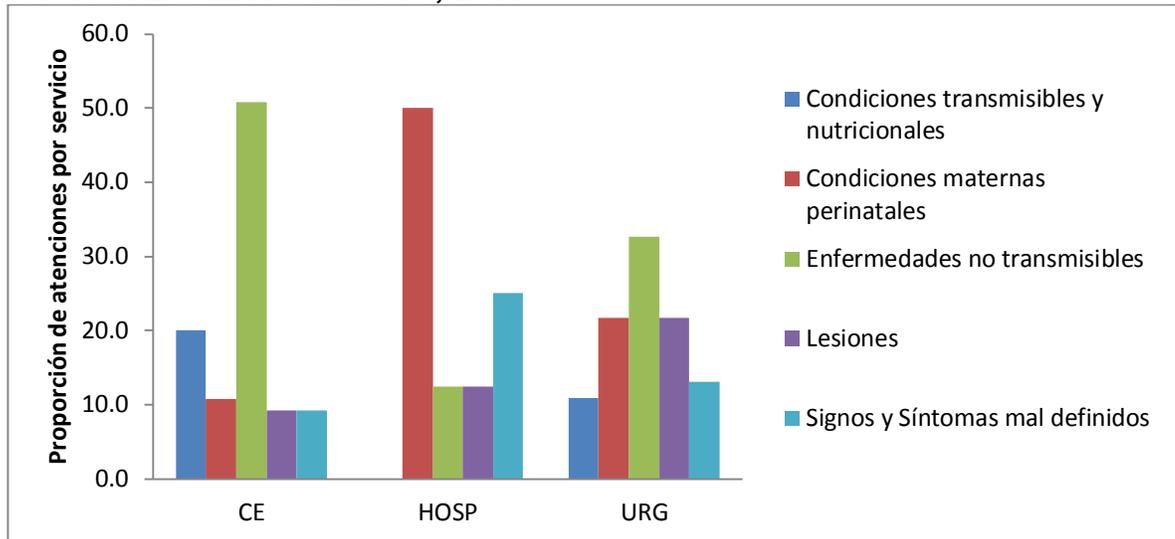
Figura. 12 Atenciones en la infancia según agrupación de causas por servicio. Localidad Santa Fe, 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de RIPS 2014, suministrados por la SDS.

Adolescencia. En la adolescencia las atenciones por consulta externa representan la mayor causas de morbilidad con 54,6% (n: 65), seguido de las urgencias con 38,7% (n: 46) y hospitalización con 6,7% (n: 8). Son las enfermedades no transmisibles las que más afectan a este grupo poblacional en los servicios de consulta externa y urgencias con 50,8% (n: 33) y 32,6% (n: 15) respectivamente, mientras que en el servicio de hospitalización las condiciones maternas perinatales son las de mayor prevalencia con el 50% (n: 4) de las atenciones.

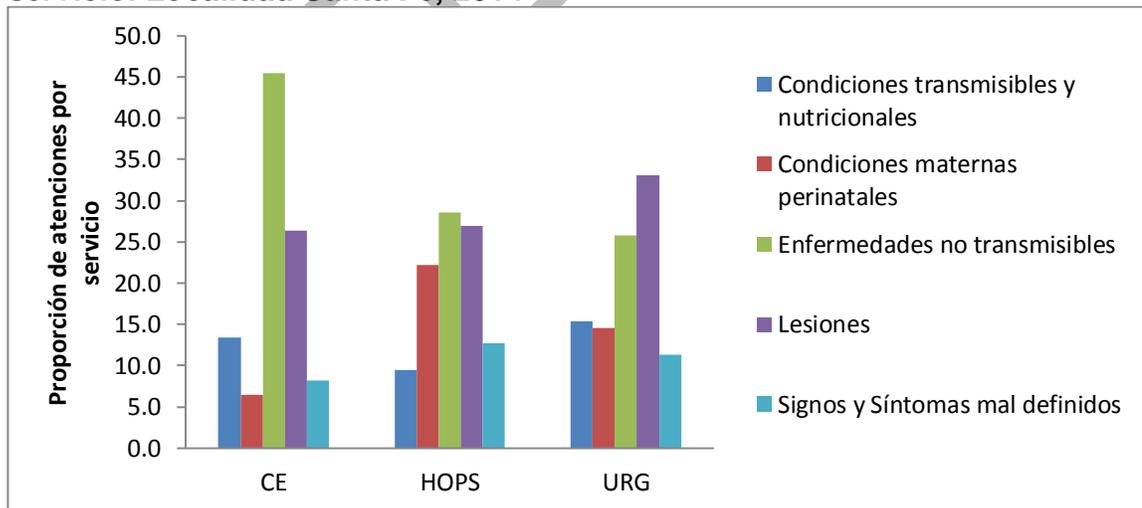
Figura. 13 Atenciones en la adolescencia según agrupación de causas por servicio. Localidad Santa Fe, 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de RIPS 2014, suministrados por la SDS.

Juventud. Tanto para los servicios de consulta externa como los de hospitalización las enfermedades no transmisibles son la principal causa de morbilidad en los jóvenes de la localidad con 45,5% (n: 105) y 28,6 (n: 18); para el servicio de urgencias se observa que las lesiones ocupan el primer lugar con el 33,1% (n: 41).

Figura. 14 Atenciones en la juventud según agrupación de causas por servicio. Localidad Santa Fe, 2014

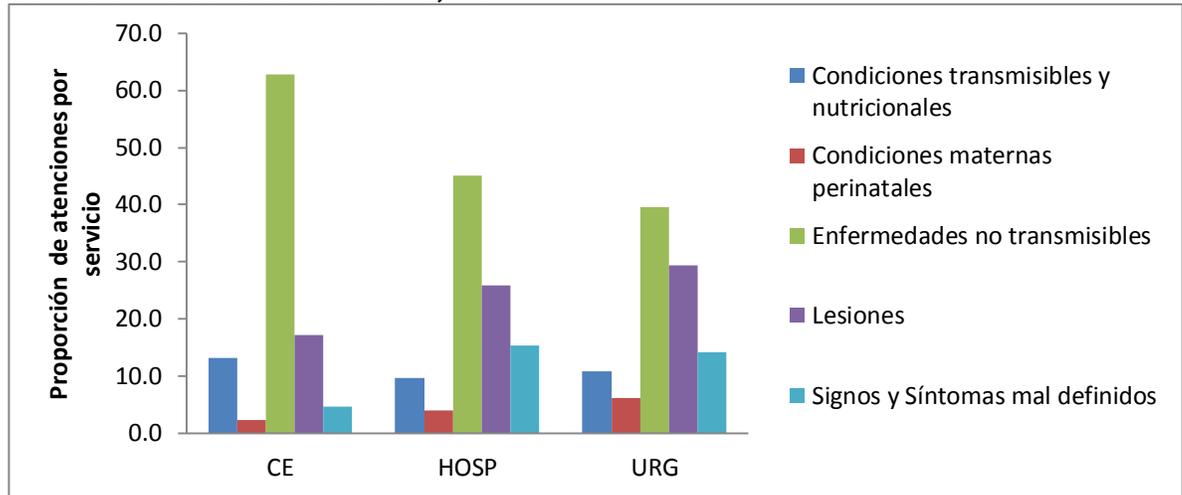


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de RIPS 2014, suministrados por la SDS.

Adulthood. Las atenciones por consulta externa representan la mayor causas de morbilidad con 65,8% (n: 770), seguido de las urgencias con 23,6% (n: 276) y

hospitalización con 10,7% (n: 124). Son las enfermedades no transmisibles las que más afectan a este grupo poblacional en todos los servicios con 62,7% (n: 483) en consulta externa, 45,2% (n: 56) en hospitalización y 39,5% (n: 109) para urgencias.

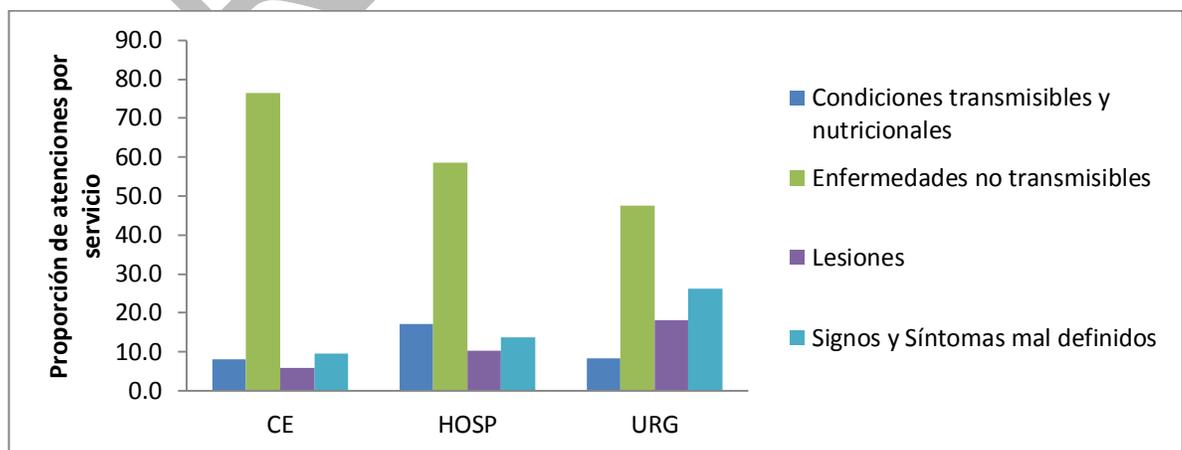
Figura. 15 Atenciones en la adultez según agrupación de causas por servicio. Localidad Santa Fe, 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de RIPS 2014, suministrados por la SDS.

Vejez. Para éste grupo poblacional al igual que en la adultez las principales causas de mortalidad se relacionan con las enfermedades no trasmisibles con un 76,6% (n: 160) en consulta externa, 58,6% (n: 17) hospitalización y 47,5% (n: 29) para el servicio de urgencias. Las condiciones maternas perinatales no muestran ningún tipo de representación en la población perteneciente a la etapa de ciclo vital vejez.

Figura. 16 Atenciones en la vejez según agrupación de causas por servicio. Localidad Santa Fe, 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de RIPS 2014, suministrados por la SDS.

Al revisar la distribución de acuerdo a la agrupación por grandes causas de servicio, sexo y etapa de ciclo vital, se observa que la población con mayor afectación son los hombres con el 58,1% (n: 1388) de la morbilidad para la localidad Santa Fe, siendo las enfermedades no transmisibles las de mayor carga y las condiciones materna perinatales las de menor presencia. **(Ampliación Anexo 4)**

Morbilidad atendida por grandes causas

Condiciones transmisibles y nutricionales: El mayor número de personas atendidas por condiciones transmisibles en la localidad, se reportó para consulta externa con un 60,6% (n: 245), seguido del servicio de urgencias con el 27,7% (n: 112) y hospitalización con 11,6% (n: 47). Al comparar con el comportamiento de la morbilidad por esta causa con Bogotá, se observa la mayor prevalencia en el servicio de urgencias con el 13,3% (n: 4469). Así mismo, se observa un cociente de proporciones del 1,5. **(Ampliación Anexo 5)**

Condiciones maternas perinatales: El mayor número de atenciones por estas condiciones se reporta para el servicio de urgencias con 38,7% (n: 55), seguido de consulta externa y hospitalización con 36,6% (n: 52) y 24,6% (n: 35) respectivamente. Frente al Distrito Capital, las condiciones materno perinatales reportaron el mayor número de personas atendidas en el servicio de urgencias con el 11,3% (n: 1760); la diferencia en puntos porcentuales fue de 1,1 en la localidad respecto a Bogotá. **(Ampliación Anexo 5)**

Enfermedades no transmisibles: El mayor número de personas atendidas en la localidad por enfermedades no transmisibles se reportó en consulta externa, donde el 72% (n:843) de la población consultó por ésta causa, evidenciándose el mismo comportamiento para Bogotá con el 64,9% (n: 42125). La diferencia porcentual de ésta causa es de 0,9. **(Ampliación Anexo 5)**

Lesiones: Las lesiones representaron el 18,1% (n: 433) del total de las atenciones por grandes causas en la localidad Santa Fe; de éstas se logró establecer la mayor prevalencia para el servicio de consulta externa con un 51% (n:221), mientras que para Bogotá su mayor número de atenciones se refleja en el servicio de urgencias con el 27,6% (n:9254), observándose una diferencia porcentual de 1. **(Ampliación Anexo 5)**

Signos y síntomas mal definidos: Las condiciones mal clasificadas reportaron el mayor número de atenciones en consulta externa con un 44% (n: 106) seguido del servicio de urgencias con el 39% (n: 94). El Distrito Capital por su parte refleja el mayor número de personas atendidas por estas causas en el servicio de urgencias con el 11,1% (n: 3759), compartiendo el 8,7% para los servicios de consulta externa y hospitalización con una población atendida de 5674 y 1354 respectivamente. **(Ampliación Anexo 5)**

Eventos de alto costo: Estos eventos representan el 3,9% (n: 94) de las morbilidades atendidas en la localidad. La morbilidad por VIH – SIDA representa el 61,7% (n: 58) de las personas atendidas, teniendo una mayor afectación en la población masculina con el 71,8% (n: 51). La epilepsia y el cáncer de cérvix con el 24,5% (n: 23) y 4,3% (n: 4) siguen en el listado.

En general los hombres se ven más afectados por estas patologías con respecto a la población femenina con una diferencia porcentual de 51%.

Del listado de eventos de alto costo no se reflejan para la localidad atenciones por cáncer de mama, leucemia linfóide aguda, leucemia mieloide aguda, linfoma de Hodking y no Hodking.

Frente a Bogotá, la localidad representa el 2,7% de los eventos de alto costo, se observa en el comportamiento de ésta morbilidad similar a lo reportado para la localidad, así mismo, las enfermedades renales crónicas toman un mayor peso en el Distrito frente a la localidad, pasando del séptimo lugar (localidad) al tercero.

(Ampliación Anexo 6)

Eventos precursores: De acuerdo a los datos de los RIPS 2014, la prevalencia de diabetes mellitus fue la más alta, siendo las mujeres las más afectadas en las morbilidades incluidas para los eventos precursores; éste comportamiento se observa de manera similar para el Distrito Capital. **(Ampliación Anexo 7)**

Eventos de notificación obligatoria – SIVIGILA

Durante el año 2014, la mayor prevalencia de eventos de notificación obligatoria se presentaron para las agresiones por animal potencialmente transmisor de la rabia con el 30,5% (n: 180), seguido de la varicela individual con el 22% (n: 130) y las intoxicaciones por plaguicidas con 15,1% (n: 89).

La población femenina es la más afectada con el 58,1% (n: 343), mientras que los hombres se reflejan con un 41,9% (n: 247). **(Ampliación Anexo 8)**

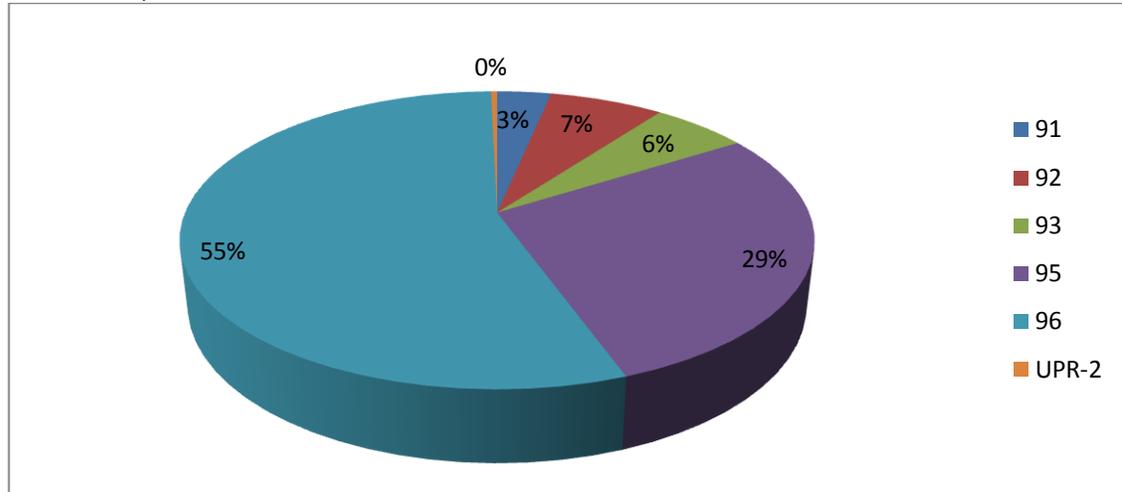
5.1.4 Análisis de población con discapacidad

Del total de personas que reporta la base oficial suministrada por el sistema Discapacidad consolidado 2014, se logró la georreferenciación de 821 de un total de 904 personas registradas. Para el año 2014, en la localidad Santa Fe el 0,7% (n: 821) de la población se registró con algún tipo de discapacidad, de los cuales el 60,8% (n: 499) son mujeres y el restante 39,2% (n: 322) hombres. **(Ampliación ver Anexo 9)**

De acuerdo a la distribución de la población en condición de discapacidad caracterizada en la localidad Santa Fe para el año 2014 la UPZ 96 - Lourdes

presenta la mayor prevalencia con 452 registros, seguido de la UPZ 95 – Las Cruces con 238 registros.

Figura. 17 Población en condición de discapacidad por UPZ. Localidad Santa Fe, 2014

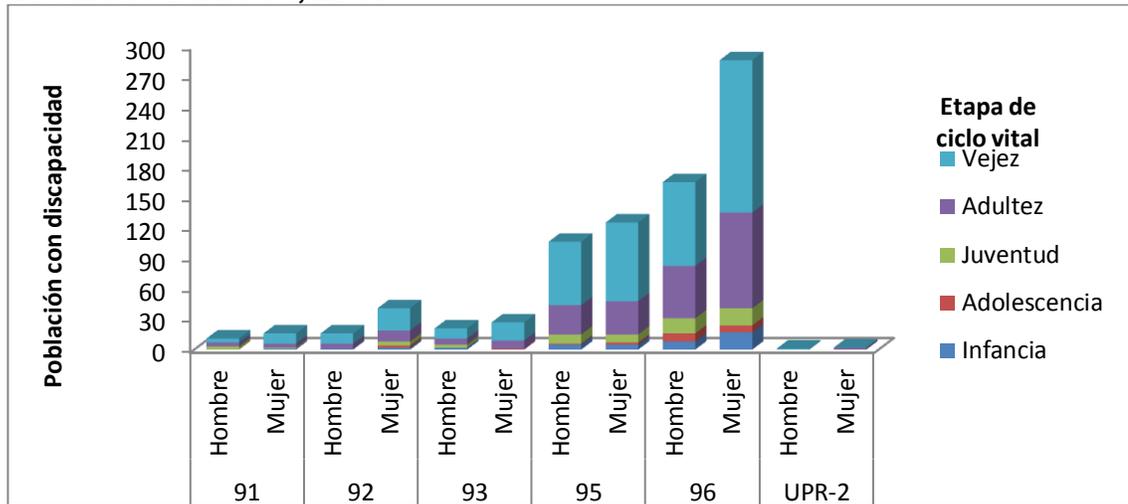


Fuente: Elaboración propia con información Base oficial sistema Discapacidad 2014.

Por UPZ, se observa que en promedio las mujeres se representan en cada una de ellas con cerca del 62%, mientras que los hombres se reflejan con aproximadamente el 38%.

Discapacidad por etapa de ciclo vital: El ciclo vital que mayor afectación presenta en la localidad se ubica en la vejez con el 55,3% (n: 249) de los registros de caracterización de la población con discapacidad para la localidad Santa Fe; seguido de la adultez con 13,3% (n: 60), observándose la menor prevalencia de los registros en la población perteneciente al ciclo vital adolescencia con el 4,7% (n: 21).

Figura. 18 Población en condición de discapacidad por etapa de ciclo vital. Localidad Santa Fe, 2014



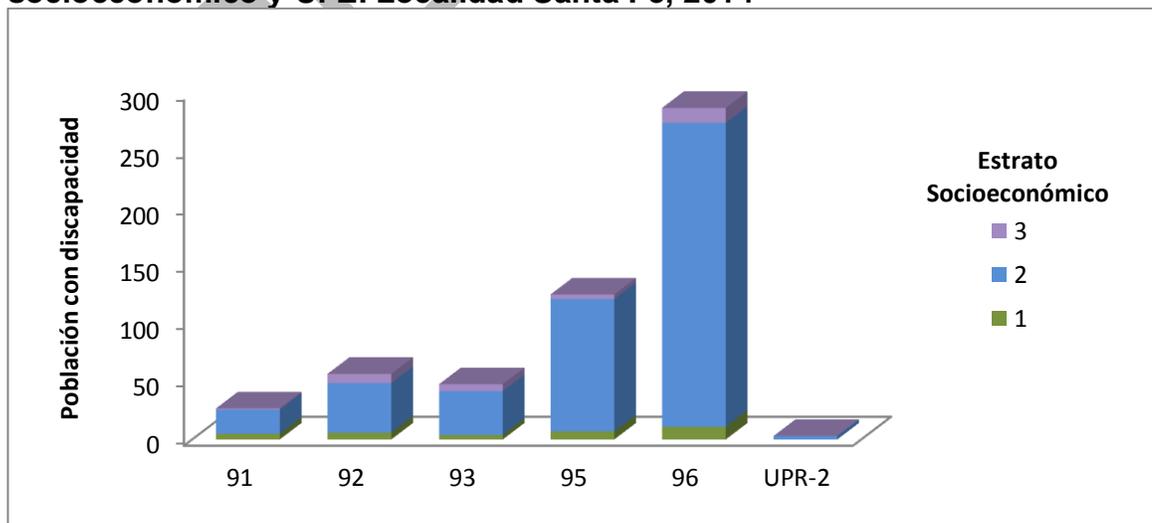
Fuente: Elaboración propia con información Base oficial sistema Discapacidad 2014.

Nivel educativo: Aunque la base no cuenta con esta variable, si es posible establecer que el 6,1% (n:50) de la población con discapacidad al momento de la caracterización se encontraba estudiando; de estos, el 56% (n:28) son mujeres.

Por otra parte, el 82,2% (n:675) de estos manifiestan saber leer y escribir, siendo nuevamente la población femenina la que mayor predominio con un 58,7% (n:396).

Estrato socioeconómico: El 88,1% (n: 723) de la población con discapacidad y que se ubica en la localidad pertenece al estrato socioeconómico 2, seguido del 3 y 1 con el 6,3% (n: 52) y 5,6% (n:46) respectivamente.

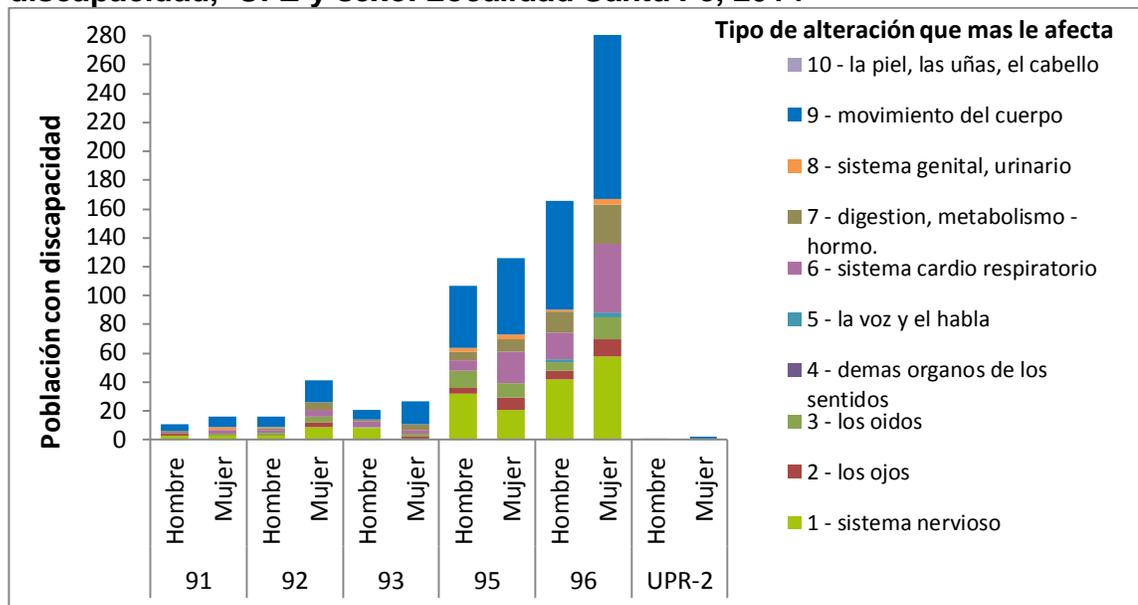
Figura. 19 Población en condición de discapacidad por estrato socioeconómico y UPZ. Localidad Santa Fe, 2014



Fuente: Elaboración propia con información Base oficial sistema Discapacidad 2014.

Tipo de discapacidad: Las afectaciones del movimiento del cuerpo, sistema nervioso central y sistema cardio respiratorio, son las principales afecciones discapacitantes de la población captada; éstos se representan con el 42,8% (n: 351), 21,9% (n: 180) y 13,8% (n: 113) respectivamente.

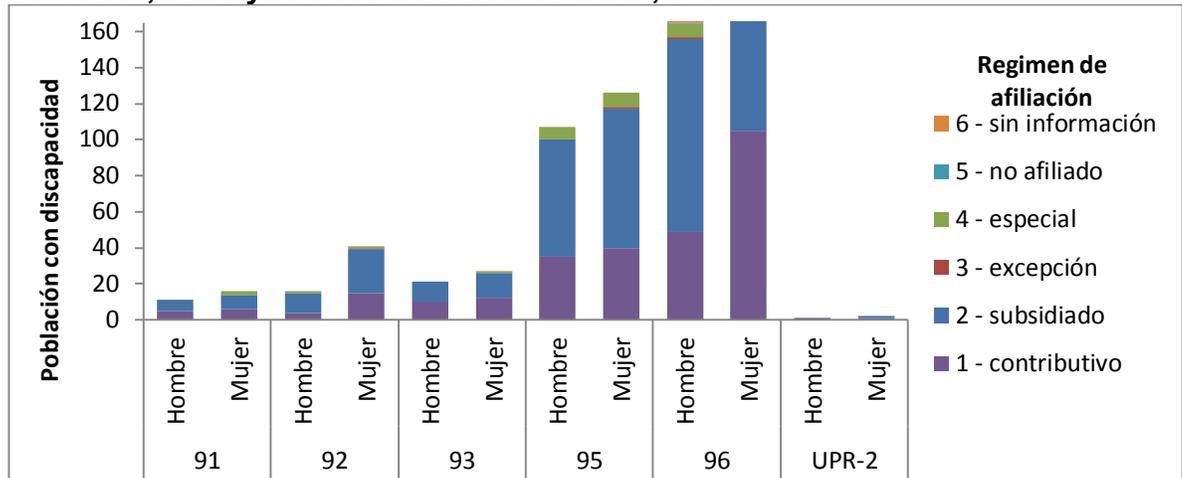
Figura. 20 Población en condición de discapacidad por tipo de discapacidad, UPZ y sexo. Localidad Santa Fe, 2014



Fuente: Elaboración propia con información Base oficial sistema Discapacidad 2014.

Régimen de afiliación: De la población captada, el régimen subsidiado representa el 59,6% (n: 489), seguido del contributivo con 34,5% (n: 283); el 5,4% (n: 44) se distribuye en los regímenes especial y de excepción. El 0,4% (n: 3) no se encontraba afiliada al momento de la realización del registro y el 0,2% (n: 2) no reporta información frente al régimen de afiliación.

Figura. 21 Población en condición de discapacidad por régimen de afiliación, UPZ y sexo. Localidad Santa Fe, 2014



Fuente: Elaboración propia con información Base oficial sistema Discapacidad 2014.

Trabajo en el cual se desempeña: Tan sólo el 11,1% (n: 91) de las personas con algún tipo de discapacidad perteneciente a la localidad Santa Fe refiere tener trabajo, de estos el 52,7% (n: 48) son mujeres.

Finalmente, en cuanto a la representación de acuerdo a las costumbres y tradiciones de la población, se observa que el 92,8% (n: 762) se auto reconoce como perteneciente a otro tipo de etnia, y el 6,6% (n: 54) no pertenece a ningún tipo de grupo étnico. Por otra parte se logró identificar un transgénero dentro de la población captada y que el 21,8% (n: 179) debido a su condición requieren de ayuda permanente a fin de lograr suplir sus necesidades básicas. Por otra parte, cerca del 8,8% refieren encontrar algún tipo de barrera física en el entorno que le impiden desarrollar sus actividades diarias de manera autónoma, ya sea en espacios públicos o en su hogar.

5.2 EVENTO DE INTERÉS EN SALUD EN LA LOCALIDAD

Para el adecuado análisis de los eventos de interés en salud se partió de las bases suministradas por los subsistemas de Vigilancia Epidemiológica: SIVIGILA, Estadísticas Vitales, SISVAN, SISVECOS, SISVESO todas en el periodo 2010 - 2014, SIVIM y Urgencias y Emergencias 2013 – 2014 (ver Anexo 10).

5.3 CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES POR DIMENSIONES PRIORITARIAS

Mediante la construcción de la Matriz de reconocimiento de las condiciones básicas de la salud de la localidad Santa Fe ver Anexo 11, donde por dimensiones prioritarias y mediante el análisis de enfoques cualitativo, cuantitativo y espacial se darán a conocer los problemas que tienen afectación en la salud de la población residente; como análisis inicial por dimensión se obtuvo:

Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos: Prevención y atención integral, humanizada y de calidad en Salud Sexual y Reproductiva es el área de observación de mayor afectación en la localidad para ésta dimensión, ya que a pesar que se realizan diferentes actividades que permiten asesorías y acompañamientos, se evidencia falta de adherencia por parte de la población frente a estas, de manera sobresaliente en aquella que se encuentra en ejercicio de prostitución por temores relacionados con la imaginarios que se entretajan al redor de dicha situación.

Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles: Aunque se ha venido trabajando en la gestión integral del Plan Ampliado de Inmunizaciones, se observa para el 2014 no se logró dar cumplimiento a las coberturas de los biológicos establecidos; esto como respuesta de la falta de corresponsabilidad social evidenciada en la población al momento de realizar las acciones por parte del programa.

Dimensión Convivencia Social y Salud Mental: A pesar de que la localidad Santa Fe cuenta con entornos protectores para la salud mental y la convivencia social, tales como parques y zonas verdes, los vendedores y consumidores de SPA han tomado “posesión” de algunos de estos espacios a tal punto que se convierten en un riesgo social especialmente para la población más joven; así mismo, la presencias de las demás problemáticas que alrededor de dicha situación se forjan perjudican los ambientes saludables que desde los diferentes entes territoriales se ha propendido establecer.

Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional: Frente al consumo y el aprovechamiento biológico de alimentos se pudo establecer que los determinantes más afectados en la seguridad alimentaria y nutricional son el acceso, consumo y aprovechamiento de los alimentos relacionado directamente por los ingresos insuficientes de la población, la escasas oportunidades laborales, la inestabilidad en los precios de los alimentos, la infraestructura de mercadeo y las preferencias culturales. La relación entre gasto alimentario y seguridad alimentaria ha sido consistente entre la estructura del hogar, la etnia, los ingresos y el lugar de residencia

Dimensión Salud y Ámbito Laboral: El componente de seguridad y salud en el trabajo es el de mayor afectación para la localidad vista desde las poblaciones laborales en el sector formal e informal de la economía, pues la falta de ingresos estables se convierte en un factor de riesgo al no garantizar el pago de aportes a salud, aunque algunos de estos pobladores cuentan con SISBEN, la población flotante de la localidad se encuentra desprotegida.

Dimensión Salud Ambiental: En cuanto a la gestión de residuos sólidos y líquidos, la localidad cuenta con recolección periódica de residuos; de igual manera se han desarrollado acciones para el fortalecimiento del programa Basura Cero, tales como acciones de sensibilización en separación en la fuente, encuentros barriales de basura cero, reciclarte, recicltones, estrategia de

cuadrantes seguros y limpios, presentaciones artísticas sobre el manejo de residuos entre otras importantes actividades participación de la comunidad. Pese a ello, se reporta la generación de residuos por parte de los transeúntes y la mala disposición de basuras en algunos sectores de la localidad, en especial en lotes disponibles se constituye en un problema sentido en los habitantes ubicados en viviendas cercanas, ante la emanación de malos olores.

Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres: La gestión integral de riesgos en emergencias y desastres, se encuentra adecuadamente consolidada y preparada para la respuesta oportuna de cualquier eventualidad que se presente, se ha trabajado y organizado los equipos de respuesta acordes a cada uno de las situaciones que puedan llegar a suceder en la localidad, sin embargo, no se cuenta con un suministro seguro, oportuno y suficiente de sangre y componentes sanguíneos, para la atención de las víctimas que estas situaciones puedan llegar a acarrear.

Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles: La mayor dificultad presente en la localidad frente a ésta dimensión se relaciona con los entornos saludables, aunque se cuenta con espacios de recreación como parques de bolsillo y zonas verdes; alguno de los cuales han sido ocupados por los vendedores y consumidores de SPA.

Según lo anterior, se continuara el trabajo en conjunto con los referentes del equipo de gestión de políticas y programas, y la gestión de información intersectorial y comunitaria para el análisis de la respuesta, relacionada con el primer abordaje de las tensiones identificadas, ejercicio que se utilizará en la identificación de los liberadores que hacen parte de las tensiones abordadas en el capítulo 3.

6. CAPITULO III. IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA LOCALIDAD SANTA FE

El presente capítulo tiene como objetivo la identificación de las tensiones en salud para la localidad Santa Fe, desde el abordaje de las dimensiones prioritarias del PDSP 2012-2021 y metodología PASE para la equidad en salud.

Como punto de partida para la elaboración de las tensiones se realizó la comparación de los indicadores básicos de la localidad con el fin de tener un punto de referencia para establecer la posición del territorio dentro del Distrito Capital.

Para la identificación de las tensiones en salud, se realizó un ejercicio de síntesis y análisis donde se recoge la información obtenida en los capítulos I y II del presente documento con el fin de reconocer las interacciones, circunstancias cadena de determinación que se vinculan entre si dando lugar a un evento o una situación problemática en salud. El análisis de los indicadores se realiza desde cada dimensión PASE y su relación con las 8 dimensiones prioritarias, con el fin de generar el primer acercamiento, además de hacer la desagregación territorial correspondiente en cada cruce y los indicadores en salud generados por los subsistemas de Vigilancia Epidemiológica del Hospital. (Ver Anexo 10 y Anexo 12)

6.1 IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA LOCALIDAD POR DIMENSIONES PRIORITARIAS EN SALUD Y ETAPA DE CICLO VITAL

Para la construcción de cada tensión se tuvo en cuenta los cuadros del anexo 10, 11 y 12 donde se sintetiza las situaciones presentes en la localidad que afectan la salud de la población desde la metodología BIT – PASE resultando del análisis 12 tensión en salud para la localidad (ver documento anexo: Matriz de Identificación y Valoración de Tensiones en Salud Localidad Santa Fe)

6.1.1 Tensiones en salud desde las Dimensiones prioritarias en salud: En la localidad la situación real de la salud de la población se priorizo en las siguientes dimensiones:

- Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles: De esta dimensión las áreas de observación en las cuales se evidencian implicaciones en salud para la localidad fueron: Modos y estilos de vida saludables y Servicios de salud individuales y colectivos.

Los datos distritales reflejan cómo las dinámicas económicas y sociales han tenido un crecimiento y avance significativo; mientras que en la localidad Santa Fe de acuerdo al índice de Gini, se evidencia un índice de desigualdad cada vez mayor, lo que refleja que las dinámicas poblacionales

de alguna manera se han visto afectadas por características tales como el uso de suelos y la migración del país que busca en la capital una la oferta de vivienda económica y las condiciones laborales, lo que conlleva a que el asentamiento se realice en las localidades del centro de la ciudad.

Lo anterior hace alusión en gran medida a lo evidenciado en recorridos territoriales donde se identifica un gran número de población flotante asentada en inquilinatos y paga-diaros, los cuales ofrecen un solución de vivienda a bajo costo pero con unas condiciones higiénico sanitarias que no son adecuadas ya que afectan el estado de salud de estos grupos poblacionales. Sin embargo es importante mencionar que la población habitante de la localidad tiene dos características: población flotante y población residente, cuyas familias han permanecido en la localidad por generaciones.

Por las condiciones económicas descritas anteriormente, la localidad respecto a sus zonas residenciales (UPZ 95, UPZ 96 y pequeñas zonas de las UPZ 91, 92 y 93) pertenecen a estratos 1 y 2 donde se garantizan algunos de los servicios públicos, las viviendas son de construcción antigua y las vías de acceso a la zonas residenciales son estrechas, en algunos casos en mal estado y en su mayoría inseguras para transitar.

Frente a las implicaciones en salud derivadas de las dinámicas económicas, sociales y poblacionales de la localidad; el Hospital Centro Oriente ESE II Nivel, a partir del programa Territorios Saludables, ha tratado de mitigarlas con estrategias y acciones encaminadas hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad que permitan disminuir la prevalencia de eventos mórbidos y prevenibles en la población de cobertura; sin embargo la población de la localidad continua presentando implicaciones en salud, esto medido en los últimos cinco años, la cuales se relacionan con enfermedades crónicas desatendidas. La principal causa de morbilidad atendida para el 2014 en los diferentes servicios del hospital fueron las enfermedades no transmisibles, las cuales al no ser detectadas a tiempo pueden agudizar los estados de morbimortalidad de la población; este hecho se puede prevenir cuando se cuenta con procesos adecuados de detección de la enfermedad y corresponsabilidad por parte de las poblaciones, logran impactar de manera positiva la salud de los habitantes de la localidad.

- Dimensión Convivencia Social y Salud Mental: De esta dimensión el área de observación en la cual se evidencia implicación en salud para la localidad fue: Gestión del riesgo individual y colectivo de los problemas y trastornos mentales, así como del impacto en salud mental de las diferentes formas de violencia.

Las dinámicas económicas de la localidad reflejan una tasa de desempleo en un punto porcentual por encima de la tasa Distrital (EMB 2011), permitiendo evidenciar no sólo el desempleo como problemática sino también el empleo informal como única medida de ingresos para las familias residentes, las cuales en algunos casos se ven obligados a que trabajen todos los miembros de la familia incluido los menores a fin de lograr cubrir los gastos mínimos de sus necesidades básicas primarias. Por lo anterior, posiblemente las condiciones laborales con las que cuentan no son las mejores poniendo en riesgo la integralidad no solo de los menores, sino también de los adultos.

Por otra parte, el bajo ingresos económicos de la población se encuentra estrechamente relacionada con las condiciones habitacionales de éstas, en donde se observa hacinamiento, el cual se encuentra estrechamente relacionado con situaciones de violencia en todos sus tipos sin discriminar grupos poblacionales específicos, que permiten a su vez ver reflejadas las disfuncionalidades familiares de los habitantes de la localidad.

La localidad Santa Fe cuenta con un alto consumo de SPA en lugares de esparcimiento y recreación que han sido invadidos por estas personas y que en ocasiones no son residentes de la localidad, situación que ha permitido establecer zonas inseguras relacionadas con dicha práctica.

Todo lo anterior podría establecerse como un factor de riesgo en la salud mental de la población, en donde algunos grupos poblacionales se encuentran más expuestos o vulnerables que otros.

- Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional: De esta dimensión el área de observación en la cual se evidencia implicación en salud para la localidad fue: Alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada. Aprovechamiento y utilización biológica de alimentos.

En la localidad en los últimos años se ha aumentado las notificaciones por malnutrición en la población general, lo cual se atribuye a las dinámicas socio-económicas propias de la localidad.

En términos de seguridad alimentaria, cuando la población residente no tiene acceso suficiente a los alimentos nutritivos por carencia económica en algunos casos o por falta de educación frente a una adecuada alimentación que permita suplir las necesidades básicas nutricionales se presenta los problemas nutricionales referidos en las tensiones para la población de la localidad²⁶.

Las condiciones nutricionales y el acceso de las familias a una cantidad suficiente y segura de alimentos, hace necesario tener presente el análisis de otros determinantes de la nutrición, relacionados a ésta; como la salubridad, el saneamiento del medio ambiental y del hogar, y la capacidad pública para atender a los miembros vulnerables de la sociedad.

- Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos: De esta dimensión el área de observación en la cual se evidencia implicación en salud para la localidad fue: Atención integral a las víctimas de violencia de género y sexual.

Los derechos sexuales y derechos reproductivos son la conceptualización de los derechos humanos interpretados desde la sexualidad y desde la reproducción, los cuales permiten tomar decisiones sobre la salud, el cuerpo, desarrollo de la vida sexual e identidad; estos a su vez permiten facilitar las acciones de promoción y garantía de los mismo a partir de agentes socializadores.

En la localidad, se han identificado grupos poblacionales vulnerables con mayor exposición con respecto a otros grupos poblacionales, en los cuales se han presentado casos de abuso sexual los cuales se podrían definir desde la búsqueda de control y/o de explotación económica que se dirige a instaurar o perpetuar condiciones sociales de iniquidad y de subordinación²⁷.

Las condiciones socioeconómicas que caracterizan las dinámicas familiares y de las poblaciones habitantes de la localidad, se identifican con un factor de riesgo importante para la presencia de estas problemáticas; pues al no contar con los ingresos mínimos que faciliten la satisfacción de las necesidades básicas, las jornadas laborales deben ser extensas, la exposición constante a riesgos sociales, la presencia de familias disfuncionales, consumo de SPA entre otros, se evidencian como factores facilitadores de la situación, en donde se ven vulnerados no sólo algunos de los derechos contemplados en la salud sexual y productiva sino también los derechos fundamentales contemplados en la Constitución Política de Colombia de 1991.

En el abuso sexual no siempre se evidencian consecuencias importantes, sin embargo, se ha podido establecer que un alto porcentaje de las víctimas presentan dificultades que afectan una o más de las facetas del ser humano. Estas pueden verse reflejadas en esquemas sociales, psicológicos, fisiológicos, sexuales, psicosomáticos y en su escala de valores.

- Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles: De esta dimensión las áreas de observación en las cuales se evidencian implicaciones en salud para la localidad fueron: Carga de enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo y Gestión integral del Plan Ampliado de Inmunizaciones.

Muchos de los factores causantes de las enfermedades transmisibles se encuentran relacionados con problemas de malnutrición, hacinamiento y pobreza; situaciones que son características de la población habitante e itinerante de la localidad.

Las enfermedades identificadas para ésta dimensión son de transmisión aérea y de prevención por vacunación. Los malos hábitos culturales que han perdurado a través de los tiempos y que dan respuesta a condiciones socioeconómicas bajas, son practicados por los habitantes de la localidad han hecho que las prevalencias en las morbilidades relacionadas se vean afectadas. Los esfuerzos realizados por el Hospital Centro Oriente ESE II Nivel, en ocasiones se ven afectados por la falta de responsabilidad social evidenciada en la población.

6.1.2 Tensiones en salud según Etapa de Ciclo vital: Una vez realizado la identificación de las dimensiones afectadas, se establecieron las tensiones en salud resultantes para la Localidad Santa Fe, las cuales se distribuyen de la siguiente manera por Etapa de Ciclo Vital (ver archivo anexo Tensiones en salud Localidad Santa Fe).

- **Etapa de Ciclo Vital Infancia:**

Durante los primeros años de vida del ser humano se estructuran el desarrollo físico, psicológico, cultural, cognitivo y social, dichos aspectos se fortalecen o debilitan de acuerdo a factores protectores o de riesgo a los que se exponga según el contexto en el que se esté inmerso.

Por lo anterior, se debe brindar a los infantes una atención integral que permita satisfacer sus necesidades emocionales y físicas, así como aquellas relacionadas con el desarrollo de habilidades y el aprendizaje; para ello resulta de vital importancia garantizar desde todos los entes territoriales el cumplimiento de los derechos y el acompañamiento a las familias de ésta población.

- Eventos inmunoprevenibles - Tos Ferina: La aparición de la enfermedad en adultos y adolescentes por inmunidad disminuida tras vacunación antigua.

En la localidad la Tos Ferina ha mostrado de 2010 a 2014 un comportamiento endémico de acuerdo a lo esperado, evidenciándose que del 2010 al 2011 presentó un ascenso del 88,3% (n:15), entre el 2010 y el 2012 el incremento fue de 11 casos, los cuales corresponden al 24,3%. Para el período de 2012 a 2013, se observó un descenso porcentual de 36,6 (n:15), sin embargo, siguiendo con la tendencia de la curva epidémica esperada durante el 2013 al 2014 el incremento es del 7,1% (n:2). Teniendo en cuenta que se trata de un evento prevenible por vacunación, se espera que la población acceda y/o permita dar cumplimiento a las coberturas que se ofertan de forma gratuita por el SGSSS; Sin embargo se ha evidenciado barreras de acceso geográficas, económicas y culturales que dificultan el accionar del sistema. La distribución espacial del evento en la localidad muestra una prevalencia de 45,2% (n:33) para la UPZ 95 - Las Cruces y del 52,1-5 (n:38) en la UPZ 96 - Lourdes

- Alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada. Aprovechamiento y utilización biológica de alimentos - Bajo Peso al nacer: Bogotá presentó en 2011 un porcentaje de bajo peso al nacer del 13,29 el cual disminuyó el 0,5% a 2013. El plan de gobierno estableció como meta reducir al 10% la prevalencia de bajo peso al nacer; de acuerdo a lo anterior, la localidad Santa Fe para el año 2013 mostró un comportamiento de 13,6% (n:249 - con 1613 nacidos vivos) y de 14,7% (n:235 - con 1599 nacidos vivos) en el 2014, lo que refleja un aumento de 0,9 puntos porcentuales alejándose de la meta distrital. La ausencia de controles prenatales en las gestantes de la localidad y algunos factores socio-económicos como los bajos ingresos de la localidad y la falta de educación también tienen relación con el incremento del riesgo de tener un bebé de peso bajo, aunque no se conocen las razones subyacentes a este fenómeno. Las madres con bajos ingresos pueden no ser capaces de afrontar los costos de una nutrición y un seguimiento médico adecuados; en la localidad no hay concentración de casos en ninguna UPZ.
- Atención integral a las víctimas de violencia de género y sexual - Abuso sexual infantil: La vulnerabilidad de los derechos sexuales y reproductivos de la población infantil de la localidad; esto se refleja en el aumento de casos notificados al subsistema SIVIM de los cuales el 7,8% (n:47) corresponden a violencias sexuales y de estos el 59,6% (n:28) corresponde a población menor de 13 años. Hay diversas características sociales de la población que pueden aumentar el riesgo de maltrato infantil y violencia sexual, entre ellas: las desigualdades sociales y de género; la falta de vivienda adecuada o de servicios de apoyo a las familias y las instituciones; los niveles elevados de desempleo o pobreza; las políticas y programas insuficientes de prevención del maltrato, la pornografía, la prostitución y el trabajo infantil, además de las dinámicas socioeconómicas de algunas zonas de la localidad, por los horarios laborales de los padres donde los

menores se dejan al cuidado de terceros que posiblemente no prestan la atención necesaria a los menores. La distribución espacial de la notificación en la localidad muestra una concentración de 64,3% (n:9) para la UPZ 95 - Las Cruces y del 85% (n:17) en la UPZ 96 - Lourdes, la UPZ 91 y 93 no registran ningún caso en el periodo considerado.

- Alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada. Aprovechamiento y utilización biológica de alimentos - Desnutrición crónica en menores de 5 años: La malnutrición, en cualquiera de sus formas, presenta riesgos considerables para la salud humana. La desnutrición contribuye a cerca de un tercio de todas las muertes infantiles, la continuidad del ciclo biológico se percibe en la manera en que tanto la desnutrición como la sobre nutrición (así como muchos otros factores) contribuyen a la aparición de enfermedades crónicas; en la localidad de los niños menores de 5 años captados por el sistema el 16,5% (n:7176) presentan desnutrición crónica; para el año 2014 el indicador reflejó un crecimiento del 12,4% (n:606) por encima de la meta distrital. La desnutrición crónica es generada por los malos hábitos alimenticios en los núcleos familiares, en algunos casos es reflejo de problemas de malnutrición presentados desde el momento de la gestación; aunado a las condiciones económicas bajas presentes en la localidad. La distribución espacial de la notificación en la localidad muestra una concentración en específico en la UPZ 96 - Lourdes con el 72,9 (n:5231) y el 11,7% (n:838) en la UPZ95 - Las Cruces siendo los mayores reportes.

- **Etapas de Ciclo Vital Adolescencia**

Las dinámicas que se tejen en torno a esta etapa de desarrollo del ser humano y que puede ser factor de riesgo para el desarrollo social y de salud de esta población, enmarcan muchos de los problemas experimentados por los adolescentes se debe al choque interno por el cual atraviesa, característico de la etapa, la cual se caracteriza por grandes cambios a nivel biológico, psicológico y social. Siendo el proceso de transición más complejo por la enorme cantidad de transformaciones físicas y psicológicas que deben afrontar los seres humanos, los cuales los prepararán para la adultez.

Esta etapa, se caracteriza primordialmente por un período de elaboración de duelos, ya que se produce una pérdida del cuerpo infantil, de los roles infantiles y de la identidad; durante esta etapa el adolescente se encuentra en una constante lucha por la construcción de su realidad psíquica, por la reconstrucción de sus vínculos con el mundo exterior y su identidad.

A medida que va pasando el tiempo y en búsqueda de la aceptación de sus pares, el adolescente comienza a mezclar valores de diversas fuentes con sus propios valores, dándole mayor importancia a aquello que “socialmente” es aceptado y

normado por sus pares. Lo que se convierte en un factor de riesgo para la presencia de problemáticas que afectan su salud tanto física como mental.

- Alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada. Aprovechamiento y utilización biológica de alimentos - Bajo peso en mujeres adolescentes gestantes: En la actualidad, el embarazo en adolescentes constituye un problema social, económico y de salud pública, ya que implica mayores riesgos para la madre y particularmente para el recién nacido; para la localidad se pudo establecer que el 14,3% (n:1768) de las gestantes presentaron bajo peso, de estas el 43,4% (n:768) corresponde a la población adolescente. El embarazo en jóvenes repercute en el recién nacido con problemas en el útero; desnutrición, retardo del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer junto a la prematuridad, las cuales son condiciones determinantes en la mayor morbilidad de éstos en relación a la población general. La distribución espacial de la notificación en la localidad muestra una concentración de 47,1% (n:65) para la UPZ 91 - Sagrado Corazón, la UPZ95 - Las Cruces con el 44,6% (n:125) y del 41,9% (n:340) en la UPZ 96 - Lourdes. (relación con el número de nacidos vivos de la localidad para cada UPZ)
- Gestión del riesgo individual y colectivo de los problemas y trastornos mentales así como del impacto en la salud mental - Suicidio Consumado en adolescentes: Uno de los factores de riesgo asociados que con mayor fuerza que se presentan en la localidad es la presencia de conductas relacionadas con el intento suicida, estas no tienen mayor prevalencia para adolescentes, sin embargo si representan un agravante en la salud de esta población. En la localidad en el periodo 2010 - 2014 se registraron 4 suicidios consumados de las cuales el 50% (n:2) corresponde a la etapa de ciclo vital adolescencia. El suicidio se relaciona con los aspectos socioeconómicos de la localidad: el aumento del índice de desempleo, la violencia, el aumento de la población de bajo nivel socioeconómico, la fragmentación social y el fácil acceso a métodos letales son factores que indirectamente llevan a este suceso.
El suicida produce un importante impacto psicológico en su familia y en su grupo social (en promedio, un suicida afecta cercanamente a, por lo menos, 6 personas). El número de afectados se incrementa de manera importante si se tiene en cuenta el entorno académico y social de la persona. La distribución espacial de la notificación en la localidad muestra una concentración del 100% (n:2) en la UPZ95 - Las Cruces, para la etapa de ciclo vital analizada.

- **Etapas de Ciclo Vital Juventud:**

La juventud enfatiza la adquisición de capacidades y derechos asociados a la edad adulta, el desarrollo personal y procesos que se apoyan en el aprendizaje y la interiorización de unas determinadas normas, deberes y derechos; sin embargo,

ésta “debe ser concebida como una generación cuyas características son fruto de construcciones y significaciones sociales a través del tiempo en contextos históricos y sociedades determinadas, en un proceso de permanentes cambios y resignificaciones; como construcción social, se hace necesario hablar de juventudes en un amplio sentido de las heterogeneidades que se pueden presentar y visualizar entre unos y otros jóvenes”²⁸

- Gestión del riesgo individual y colectivo de los problemas y trastornos mentales, así como el impacto en la salud mental de las diferentes formas de violencia - Violencia Física: Es ejercida con el fin de someter intencionalmente al maltrato, presión, sufrimiento, manipulación u otra acción que atente contra la integridad tanto físico como psicológica y moral de cualquier persona. En la localidad el 23% (n:138) de los casos notificadas al subsistema SIVIM son por violencia física, de los cuales el 23,2% (n:32) de ellos pertenecen a la población joven, observándose una mayor prevalencia en las mujeres con el 84,4% (n:27) de los casos. Ésta puede generar en las víctimas graves problemas no sólo a nivel físico, sino también a nivel psicológicos, sexuales y reproductivos a corto y a largo plazo; en algunos casos cuando la víctima se encuentra inmersa en un núcleo familiar con hijos, estas problemáticas se trasladan generacionalmente, ya sea convirtiéndose en víctima o victimario; el victimario por su parte, se caracteriza por mostrar actitudes y prácticas abusivas y de utilización de la víctima como una propiedad sobre la cual se puede ejercer toda clase de actos sin importar la condición humana. La distribución espacial de la notificación en la localidad muestra una concentración de 43,8% (n:14) para la UPZ 95 - Las Cruces y del 56,3% (n:18) en la UPZ 96 - Lourdes.
- Gestión del riesgo individual y colectivo de los problemas y trastornos mentales así como del impacto en la salud mental - Intento suicida en población joven: Dentro de los factores de riesgo frente a la salud mental se encuentran las conductas suicidas que se denominan como un fenómeno multicausal y que se manifiesta por una serie de comportamientos continuos entre ellos el intento suicida; en la localidad en el periodo 2010 - 2014 se registraron 255 conductas suicidas de las cuales el 37,6% (n:96) corresponde a la etapa de ciclo vital juventud. La ideación suicida se presenta cuando el mecanismo ejercido para provocar el daño falla, lo que puede provocar consecuencias en el individuo tales como el deterioro de las facultades fisiológicas y neurológicas, así como como físicas; viene determinado por un gran número de causas complejas identificadas en la localidad, tales como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, una discusión, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales. Los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso de alcohol y estupefacientes, y los maltratos en la infancia, el aislamiento

social y determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios, la distribución espacial de la notificación en la localidad NO muestra una concentración en específico dentro de la localidad; sin embargo se reporta el 19,2% (n:49) en la UPZ 96 - Lourdes y el 13,3% (n:34) en la UPZ95 - Las Cruces siendo los mayores reportes.

- **Etapas de Ciclo Vital Adultez:**

Durante el transcurrir de ésta etapa, el ser humano puede considerar mejorar su estilo de vida; situación que favorecerá el bienestar de su organismo, mejorando si calidad de vida así como las condiciones para afrontar dicho período. Aunque los resultados serían más fructíferos si estos estilos se iniciaron en etapas más tempranas²⁹

Se define entonces, como aquel ser que “desde el aspecto físico ha logrado una estructura corporal definitiva, biológicamente ha concluido su crecimiento, psicológicamente ha adquirido una conciencia y ha logrado el desarrollo de su inteligencia, en lo sexual ha alcanzado la capacidad genética; socialmente obtiene derechos y deberes ciudadanos económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadoras³⁰

- Enfermedad transmitida por vía aérea y de contacto directo – Tuberculosis en el adulto: Santa Fe es una localidad con gran presencia de habitabilidad en calle; se evidencia auge de paga diarios e inquilinatos que pueden ser habitaciones, mini aptos, de asignación fija o rotativa y que en muchas ocasiones no cuenta con condiciones adecuadas de ventilación e iluminación lo cual favorece la transmisión de TB. En la localidad la Tuberculosis ha mostrado de 2010 a 2014 un comportamiento oscilante con tendencia al alza; evidenciándose que entre el 2010 y el 2012 se presentó un ascenso del 16,7% (n:2), entre el 2012 y el 2013 el incremento fue de 9 casos, los cuales corresponden al 39,1% siendo éste el mayor incremento observado durante el periodo analizado. Para el período de 2013 a 2014, se observó un descenso porcentual de 10,3 (n:3). De acuerdo al programa Transmisibles durante el 2014 se registraron 5 muertes por Tuberculosis Pulmonar, de las cuales el 60% (n:3) se presentaron en población habitante de calle de la localidad. Los tratamientos para las personas con tuberculosis son en dosificación diaria (excepto domingos) y su duración varia de acuerdo a la fase del tratamiento en la que se encuentre y deben ser suministrados por vía oral y por personal de salud calificado; de acuerdo al protocolo vigente a ningún paciente le pueden ser entregadas las dosis del medicamento para varios días.
- Teniendo en cuenta lo anterior y a las características de la población de la localidad en especial los habitantes de calle no realizan la adherencia adecuada a los tratamientos. La distribución espacial del evento en la localidad muestra una prevalencia de 35,4% (n:17) para la UPZ 95 - Las

Cruces y del 27,1% (n:13) en la UPZ 96 - Lourdes, la UPZ 91 no registra ningún caso en el periodo considerado.

- Servicios de salud individuales y colectivos - Salud Oral: La población captada por el subsistema SISVESO para la localidad durante el periodo 2010-2014 es de 2993 que generaron algún tipo de alerta epidemiológica en salud oral y permiten evidenciar deficiencias en los hábitos higiénicos haciendo especial énfasis en el 88,1% (n:2638) que corresponden a población del ciclo vital adultez. Las dolencias bucodentales comparten factores de riesgo con las cuatro enfermedades crónicas más importantes - enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes- pues se ven favorecidas por las dietas malsanas, el tabaquismo y el consumo nocivo de alcohol. Otro factor de riesgo es una higiene bucodental deficiente. En la localidad es una problemática que se presenta en todas las etapas de ciclo vital, sin embargo la mayor afectación está en la etapa de ciclo vital adultez. La distribución espacial en la localidad muestra una prevalencia del 24,1 (n:635) en la UPZ 96 - Lourdes y de 16,1% (n:426) para la UPZ 95 - Las Cruces.

- **Etapas de Ciclo Vital Vejez:**

El envejecimiento es una más de las etapas del ciclo vital que trasciende de los procesos de la infancia, la adolescencia y la edad adulta. Durante esta etapa, se produce una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales, que van de acuerdo a las dinámicas individuales y familiares y se asocian con el contexto en el que la persona se desarrolla. Aquí se observan quizás los efectos del proceso de desarrollo de las etapas anteriores, lo cual evidencia como fue el proceso de salud enfermedad del ser humano.

Es así como en esta etapa se generan procesos de segregación debido a la pérdida de capacidades o habilidades que si no son continuas pueden desmejorar la salud del adulto mayor.

- Modos y estilos de vida saludable - Discapacidad en la vejez: En la localidad se espera que por cada 1000 habitantes en etapa de ciclo vital vejez 137 padezcan de algún tipo de discapacidad. La ausencia de redes de apoyo en la población con discapacidad agudiza las problemáticas asociadas a su condición, evidenciándose que de los 3008 registros para la localización y caracterización de personas con discapacidad del periodo 2004-2013, el 51,5% (n:1549) pertenecen a la etapa de ciclo vital vejez y que a su vez presentan como factor de riesgo asociado una discapacidad severa reflejada en el 46,7% (n:723). Continuando con el planteamiento anterior, las personas con discapacidad severa no puede suplir sus necesidades básicas mínimas solos, sin embargo en la localidad actualmente se notifica que el 11,3% (n:82)

personas que viven solas y que adicionalmente el 42,7% (n:35) de estos no cuentan con ningún tipo de ingreso mensual, lo que directamente limita la posibilidad de acceder a los servicios de salud básicos necesarios. La distribución espacial de la población en la localidad muestra una concentración de 49,7% (n:770) para la UPZ 96 - Lourdes, seguido de la UPZ 95 - Las Cruces con el 27% (n:419). Zonas donde la topografía tiende a ser en pendiente, con alta presencia de escaleras.

- Alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada. Aprovechamiento y utilización biológica de alimentos - Obesidad, obesidad mórbida y sobre peso en el adulto mayor: En la tercera edad, son frecuentes los problemas de sobrepeso y los desajustes nutricionales, debido a los cambios fisiológicos presentes en ésta etapa; convirtiéndola en un factor de riesgo importante para la presencia de enfermedades crónicas asociadas. En la localidad, el 97,9% (n:9856) de los casos captados frente al estado nutricional del adulto mayor corresponden a problemas relacionados con el sobrepeso. La presencia de múltiples factores como el cambio generalizado de la dieta hacia un aumento del consumo de calorías, grasas, sales y azúcares, y la tendencia a la disminución de la actividad física ocasionada por el carácter sedentario, el cambio de los medios de transporte y la creciente urbanización. La mayor promoción y presencia en el mercado de alimentos ricos en grasas y azúcares. Un índice de masa corporal elevado constituye un importante factor de riesgo de para el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas como enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II, problemas respiratorios y del sueño, patologías musculoesqueléticas y en algunos casos se ha podido establecer asociación con cáncer. La distribución espacial de la notificación en la localidad muestra una concentración en la UPZ92 - Macarena con el 34,6% (n:3489) y del 32,2% (n:3244) en la UPZ 96 - Lourdes.

6.2 VALORACIÓN Y VALIDACIÓN DE TENSIONES EN SALUD

Para la valoración y validación de las tensiones en salud, se realizó el análisis de las tensiones identificadas en el punto anterior y se designaron los reforzadores y liberadores pertinentes para cada tensión, para este ejercicio se utilizó como herramienta metodológica la Matriz de identificación y valoración de tensiones en salud de la localidad Santa Fe (ver documento anexo).

Con la matriz se realizó el ejercicio de priorización en términos cualitativos y cuantitativos generando una semaforización, dependiendo de la gravedad o nivel de prioridad de la tensión: 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; según esto para la localidad Santa Fe la semaforización de las tensiones es la siguiente:

Tabla 24. Resumen de la identificación y valoración de tensiones en salud. Localidad Santa Fe. Año 2015

Tensión	Etapas de Ciclo Vital	Balance total
Tos Ferina	Infancia	1,58
Tuberculosis	Adultez	1,75
Suicidio Consumado	Adolescente	2,37
Violencia Física	Juventud	2,62
Bajo peso al nacer	Infancia	2,62
Salud oral	Adultez	2,62
Discapacidad	Vejez	2,87
Bajo Peso en Gestante	Adolescente	3,5
Intento Suicida	Juventud	5,5
Desnutrición Crónica	Infancia	5,5
Obesidad - Sobre peso	Vejez	5,75
Abuso sexual	Infancia	5,75

Fuente: Elaboración propia equipo ASIS Localidad Santa Fe.

La tabla anterior permite resumir la valoración de tensiones realizada de acuerdo a la matriz propuesta por el lineamiento técnico, de las 12 tensiones que se generaron a partir de las dimensiones prioritarias para la vida 4 de ellas están en rojo con puntuación por encima de 4,0.

Las etapas de ciclo vital que se priorizan son: 2 tensiones para ciclo vital infantil, 1 tensión para juventud y una tensión para vejez, quedando sin priorización la etapa de ciclo vital vejez; sin embargo es necesario tener en cuenta que los liberadores de cada tensión tienen un papel muy importante cuando se pondera, mostrar así como las problemáticas que tiene la población adolescentes están siendo abordadas por instituciones competentes intentando generar un balance de esas tensiones.

Según la dimensión PASE se realizó el consolidado de los generadores que actúan como determinantes estructurales o intermedios, según las tensiones identificadas.

Figura. 22 Consolidado de generadores de las Dimensiones PASE. Localidad Santa Fe. Año 2014

DETERMINANTES EN SALUD	GENERADORES	DIMENSIÓN PASE
Estructural	<p>* En la actualidad se la considera que la Tos Ferina es una enfermedad endémica de distribución mundial, caracterizada por ciclos epidémicos (cada tres a cuatro años; en Colombia el 2015 se espera como año epidémico) que afectan a todos los grupos etarios humanos.</p> <p>* Los adolescentes y los adultos son importantes reservorios a partir de los cuales la enfermedad se transmite a lactantes menores.</p>	Poblacional
	<p>Actualmente, la adolescencia se define como el período en el cual el niño o la niña alcanza su madurez física, psicológica, afectiva, intelectual y social, y el embarazo en esa etapa es inevitable verlo como una calamidad, sobre todo en países en vías de desarrollo, donde el subdesarrollo proporciona factores como bajo nivel socio-cultural, transculturización, bajos ingresos económicos, falta de campo laboral, hacinamiento, falta de programas gubernamentales educativos y de salud de apoyo específico a la madre adolescente, entre otros.</p>	
	<p>*Las causas principales de fallecimientos de recién nacidos son: el nacimiento prematuro y bajo peso al nacer.</p> <p>*Tres de cada cuatro fallecimientos de recién nacidos se producen en la primera semana de vida.</p> <p>*En los países en desarrollo, casi la mitad de las madres y recién nacidos no reciben cuidados profesionales durante el parto y posparto.</p> <p>*Hasta dos tercios de fallecimientos de recién nacidos pueden evitarse si se aplican medidas sanitarias conocidas y eficaces en el parto y durante la primera semana de vida.</p>	
Estructural	<p>Hay diversas características sociales de la población que pueden aumentar el riesgo de maltrato infantil y violencia sexual, entre ellas: las desigualdades sociales y de género; la falta de vivienda adecuada o de servicios de apoyo a las familias y las instituciones; los niveles elevados de desempleo o pobreza; las políticas y programas insuficientes de prevención del maltrato, la pornografía, la prostitución y el trabajo infantil.</p>	Social
	<p>A menudo los cambios en los hábitos de alimentación y la falta de actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la carencia de políticas de apoyo en sectores como la salud; agricultura; transporte; planeamiento urbano; medio ambiente; procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y educación.</p> <p>La malnutrición, en cualquiera de sus formas, presenta riesgos considerables para la salud humana. La desnutrición contribuye a cerca de un tercio de todas las muertes infantiles. Las crecientes tasas de sobrepeso y obesidad en todo el mundo están asociadas a un aumento en las enfermedades crónicas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. Estas enfermedades están afectando con cifras crecientes a las personas pobres y las más vulnerables</p>	
Intermedio	<p>El comportamiento suicida viene determinado por un gran número de causas complejas identificadas en la localidad, tales como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, una discusión, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales. Los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso de alcohol y estupefacientes, y los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios. Las enfermedades orgánicas y el dolor incapacitante también pueden incrementar el riesgo de suicidio</p>	*Social *Económico
	<p>La falta de adherencia al tratamiento y las características sintomatológicas propias del evento</p> <p>* Las tasas de discapacidad están aumentando a causa del envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas, entre otras causas.</p> <p>* Las personas con discapacidad tienen menos acceso a los servicios de asistencia sanitaria y, por lo tanto, necesidades insatisfechas a este respecto.</p> <p>*La asequibilidad de los servicios de salud y el transporte son dos de los motivos principales por los que las personas con discapacidad no reciben los cuidados que necesitan.</p> <p>* La falta de servicios apropiados para las personas con discapacidad es una barrera importante que impide el acceso a la asistencia sanitaria.</p> <p>* El acceso desigual a los edificios (hospitales, centros de salud), el equipo médico inaccesible, la mala señalización, las puertas estrechas, las escaleras interiores, los baños inadecuados y las zonas de estacionamiento inaccesibles crean obstáculos para usar los establecimientos de asistencia sanitaria.</p> <p>Entre los factores de riesgo de comisión de actos violentos cabe citar un bajo nivel de instrucción, el hecho de haber sufrido maltrato infantil o haber presenciado escenas de violencia en la familia, el uso nocivo del alcohol, actitudes de aceptación de la violencia y las desigualdades de género.</p> <p>Los malos hábitos frente a la higiene oral, los malos hábitos alimenticios y la falta de adherencia a los programas de PyP ofertados</p>	
*Estructural *Intermedio	<p>Un determinante de gran importancia se relaciona con los aspectos socioeconómicos: el aumento del índice de desempleo, la violencia, el aumento de la población de bajo nivel socioeconómico, la fragmentación social y el fácil acceso a métodos letales son factores que indirectamente llevan al aumento de la tasa de mortalidad y en especial de la relacionada con el suicidio, siendo esta situación más evidente en los hombres jóvenes que son los más afectados y los más sensibles a los cambios sociodemográficos</p>	Poblacional

Fuente: Elaboración propia equipo ASIS Localidad Santa Fe.



7. ANEXOS

Anexo 1 Tabla Método de Hanlón: para jerarquizar los efectos de salud según cuatro componentes: magnitud, severidad, eficacia y factibilidad para la localidad Santa Fe, por UPZ

UPZ	Dimensiones	Problemas	Indicador actual	casos	Magnitud (0-10)	Severidad (0-10)	Efectividad (0.5-1.5)	Factibilidad					Total indicador	Total por UPZ
								Pertinencia (0-1)	Economía (0-1)	Recursos (0-1)	Legalidad (0-1)	Aceptabilidad (0-1)		
UPZ 91	Mortalidad Evitable	Perinatal	9,3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	21
		Infantil	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	
		Menore de 5 años	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	
	Seguridad alimentaria y nutricional	Bajo peso al nacer	12,5	14	2	2	1	1	1	1	1	1	4	
		Desnutrición Crónica	7,7	13	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	
		Desnutrición Global	1,8	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	
	Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Embarazo de 10 - 14	0	0	0	0	0,7	1	1	1	1	1	0	
		Embarazo de 15 - 19	8,9	10	2	2	1	1	1	1	1	1	4	
		Suicidio consumado	0	0	0	0	0,5	1	1	1	1	1	0	
	Convivencia social y salud mental	Intento de suicidio	71,3	4	2	2	0,5	1	1	1	1	1	2	
		Incendio forestal	Baja	Baja	3	3	1	1	0	0	1	1	0	
		Remoción en masa	Baja	Baja	3	3	1	1	0	0	1	1	0	
	Riesgos Ambientales	Consumo de Sustancias Psicoactivas	Alto - medio - bajo	Bajo	Bajo	3	3	0,5	1	0	0	0	0	
Manejo inadecuado de residuos sólidos	Alto - medio - bajo	Bajo	Bajo	3	3	1	1	1	1	1	1	6		
Zonas inseguras	Alto - medio - bajo	Bajo	Bajo	3	3	0,5	1	0	0	1	0	0		
UPZ 92	Mortalidad Evitable	Perinatal	25,6	3	3	1	1	1	1	1	1	1	4	34
		Infantil	8,5	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	
		Menore de 5 años	24,7	2	2	0	1	1	1	1	1	1	2	
	Seguridad alimentaria y nutricional	Bajo peso al nacer	14,4	17	3	2	1	1	1	1	1	1	5	
		Desnutrición Crónica	7,3	59	4	1	0,5	1	1	1	1	1	2,5	
		Desnutrición Global	1,4	11	2	1	1	1	1	1	1	1	3	
	Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Embarazo de 10 - 14	0	0	0	0	0,7	1	1	1	1	1	0	
		Embarazo de 15 - 19	11,0	13	2	2	1	1	1	1	1	1	4	
		Suicidio consumado	0	0	0	0	0,5	1	1	1	1	1	0	
	Convivencia social y salud mental	Intento de suicidio	57,1	8	3	2	0,5	1	1	1	1	1	2,5	
		Incendio forestal	Alta	0	3	3	1	1	0	0	1	1	0	
		Remoción en masa	Alta	Alta	10	3	1	1	0	0	1	1	0	
	Riesgos Ambientales	Consumo de Sustancias Psicoactivas	Alto - medio - bajo	Alto	Alta	10	3	0,5	1	0	0	0	0	
Manejo inadecuado de residuos sólidos	Alto - medio - bajo	Medio	Medio	7	3	1	1	1	1	1	1	10		
Zonas inseguras	Alto - medio - bajo	Medio	Medio	7	3	0,5	1	0	0	1	0	0		
UPZ 93	Mortalidad Evitable	Perinatal	36,6	7	7	1	1	1	1	1	1	1	8	43,5
		Infantil	5,2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	
		Menore de 5 años	36,6	2	2	0	1	1	1	1	1	1	2	
	Seguridad alimentaria y nutricional	Bajo peso al nacer	16,5	44	7	2	1	1	1	1	1	1	9	
		Desnutrición Crónica	10,3	56	4	1	0,5	1	1	1	1	1	2,5	
		Desnutrición Global	2,2	12	2	1	1	1	1	1	1	1	3	
	Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Embarazo de 10 - 14	0	0	0	0	0,7	1	1	1	1	1	0	
		Embarazo de 15 - 19	10,5	28	3	2	1	1	1	1	1	1	5	
		Suicidio consumado	0	0	0	0	0,5	1	1	1	1	1	0	
	Convivencia social y salud mental	Intento de suicidio	105,0	14	4	2	0,5	1	1	1	1	1	3	
		Incendio forestal	Baja	Baja	3	3	1	1	0	0	1	1	0	
		Remoción en masa	Baja	Baja	3	3	1	1	0	0	1	1	0	
	Riesgos Ambientales	Consumo de Sustancias Psicoactivas	Alto - medio - bajo	Alto	Alto	10	3	0,5	1	0	0	0	0	
Manejo inadecuado de residuos sólidos	Alto - medio - bajo	Medio	Medio	7	3	1	1	1	1	1	1	10		
Zonas inseguras	Alto - medio - bajo	Alto	Alto	10	3	0,5	1	0	0	1	0	0		
UPZ 95	Mortalidad Evitable	Perinatal	14,7	5	5	1	1	1	1	1	1	1	6	58,3
		Infantil	5,9	2	2	0	1	1	1	1	1	1	2	
		Menore de 5 años	11,3	2	2	0	1	1	1	1	1	1	2	
	Seguridad alimentaria y nutricional	Bajo peso al nacer	13,2	51	9	2	1	1	1	1	1	1	11	
		Desnutrición Crónica	15,3	269	6	1	0,5	1	1	1	1	1	3,5	
		Desnutrición Global	3,2	57	5	1	1	1	1	1	1	1	6	
	Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Embarazo de 10 - 14	0,3	1	4	0	0,7	1	1	1	1	1	2,8	
		Embarazo de 15 - 19	20,2	78	4	2	1	1	1	1	1	1	6	
		Suicidio consumado	4,2	1	4	0	0,5	1	1	1	1	1	2	
	Convivencia social y salud mental	Intento de suicidio	109,7	26	6	2	0,5	1	1	1	1	1	4	
		Incendio forestal	Baja	Baja	3	3	1	1	0	0	1	1	0	
		Remoción en masa	Baja	Baja	3	3	1	1	0	0	1	1	0	
	Riesgos Ambientales	Consumo de Sustancias Psicoactivas	Alto - medio - bajo	Alto	Alto	10	3	0,5	1	0	0	0	0	
Manejo inadecuado de residuos sólidos	Alto - medio - bajo	Alto	Alto	10	3	1	1	1	1	1	1	13		
Zonas inseguras	Alto - medio - bajo	Alto	Alto	10	3	0,5	1	0	0	1	0	0		
UPZ 96	Mortalidad Evitable	Perinatal	12,5	8	8	1	1	1	1	1	1	1	9	78,1
		Infantil	7,8	5	5	0	1	1	1	1	1	1	5	
		Menore de 5 años	15,1	7	7	0	1	1	1	1	1	1	7	
	Seguridad alimentaria y nutricional	Bajo peso al nacer	13,1	59	10	2	1	1	1	1	1	1	12	
		Desnutrición Crónica	17,1	791	8	1	0,5	1	1	1	1	1	4,5	
		Desnutrición Global	3,0	138	6	1	1	1	1	1	1	1	7	
	Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Embarazo de 10 - 14	0,4	2	8	0	0,7	1	1	1	1	1	5,6	
		Embarazo de 15 - 19	19,1	86	5	2	1	1	1	1	1	1	7	
		Suicidio consumado	4,3	1	4	0	0,5	1	1	1	1	1	2	
	Convivencia social y salud mental	Intento de suicidio	91,8	43	10	2	0,5	1	1	1	1	1	6	
		Incendio forestal	Alta	Alta	10	3	1	1	0	0	1	1	0	
		Remoción en masa	Alta	Alta	10	3	1	1	0	0	1	1	0	
	Riesgos Ambientales	Consumo de Sustancias Psicoactivas	Alto - medio - bajo	Alto	Alto	10	3	0,5	1	0	0	0	0	
Manejo inadecuado de residuos sólidos	Alto - medio - bajo	Alto	Alto	10	3	1	1	1	1	1	1	13		
Zonas inseguras	Alto - medio - bajo	Alto	Alto	10	3	0,5	1	0	0	1	0	0		

NOTA: total nacidos vivos: 1416, para la UPZ 91 son 112 nacimientos.
NOTA: total nacidos vivos: 1416, para la UPZ 92 son 118 nacimientos.
NOTA: total nacidos vivos: 1416, para la UPZ 93 son 267 nacimientos.
NOTA: total nacidos vivos: 1416, para la UPZ 95 son 387 nacimientos.
NOTA: total nacidos vivos: 1416, para la UPZ 96 son 450 nacimientos.

La población menor de 5 años total: 8505, para la UPZ 91 son 169 menores
La población menor de 5 años total: 8505, para la UPZ 92 son 809 menores
La población menor de 5 años total: 8505, para la UPZ 93 son 546 menores
La población menor de 5 años total: 8505, para la UPZ 95 son 1763 menores
La población menor de 5 años total: 8505, para la UPZ 96 son 4625 menores

Fuente: Construcción a partir del método Hanlon, con información de RUAN – ND oficial consolidado 2014, SISVAN Consolidado preliminar 2014, SISVECOS consolidado preliminar 2014, Atlas de Salud Pública localidad Santa Fe, Unidad de análisis con equipo de Territorios Saludables 2014.



Anexo 2: Análisis Mortalidad específica

Tabla. Tasa de mortalidad específica. Localidad Santa Fe – Bogotá. 2012

CAUSAS	LOCALIDAD SANTA FE		BOGOTÁ	
	TOTAL	ta	TOTAL	ta
Agresiones (homicidios) y secuelas	23	20,9	1128	14,9
Accidentes de transporte de motor	20	18,2	1006	13,3
Diabetes mellitus	18	16,4	862	11,4
Tumor maligno del estómago	16	14,6	529	7,0
Enfermedades infecciosas	15	13,6	498	6,6
Tumor maligno de la próstata	6	5,5	479	6,3
Tumor maligno de la mama de la mujer	5	4,5	422	5,6
Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y secuelas	3	2,7	242	3,2
Tumor maligno del cuello del útero	2	1,8	208	2,7
Trastornos mentales y del comportamiento	2	1,8	77	1,0
Tuberculosis y secuelas	1	0,9	32	0,4
TOTAL POBLACIÓN	109955		751345	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de EEVV del DANE, suministrados por la SDS.

Anexo 3: Análisis Mortalidad específica

Tabla. Cocientes Tasa de mortalidad específica. Localidad Santa Fe – Bogotá. 2012

CAUSA	ta SANTA FE	ta BOGOTÁ	Cociente ta
Trastornos mentales y del comportamiento	1,8	0,4	4,3
Accidentes de transporte de motor	18,2	7,0	2,6
Enfermedades infecciosas	13,6	6,6	2,1
Agresiones (homicidios) y secuelas	20,9	14,9	1,4
Tumor maligno del estómago	14,6	11,4	1,3
Diabetes mellitus	16,4	13,3	1,2
Tumor maligno de la próstata	5,5	5,6	1,0
Tuberculosis y secuelas	0,9	1,0	0,9
Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y secuelas	2,7	3,2	0,9
Tumor maligno de la mama de la mujer	4,5	6,3	0,7
Tumor maligno del cuello del útero	1,8	2,7	0,7

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de EEVV del DANE, suministrados por la SDS.

Anexo 4: Morbilidad atendida por etapa de ciclo vital

Tabla. Proporción de población atendida por grandes causas de morbilidad, sexo y ciclo vital. Localidad Santa Fe, 2014

ETAPA DE CICLO VITAL	SERVICIO	GRAN CAUSA DE MORBILIDAD	HOMBRES	MUJERES
INFANCIA	CONSULTA EXTERNA	Condiciones transmisibles y nutricionales	13,5	17,7
		Condiciones maternas perinatales	3,6	4,2
		Enfermedades no transmisibles	21,9	18,2
		Lesiones	4,2	3,1
		Signos y Síntomas mal definidos	6,3	7,3
	HOSPITALIZACIÓN	Condiciones transmisibles y nutricionales	21,9	14,1
		Condiciones maternas perinatales	9,4	9,4
		Enfermedades no transmisibles	17,2	10,9
		Lesiones	4,7	0,0
		Signos y Síntomas mal definidos	6,3	6,3
	URGENCIAS	Condiciones transmisibles y nutricionales	24,8	20,2
		Condiciones maternas perinatales	4,7	3,1
		Enfermedades no transmisibles	12,4	10,1
		Lesiones	5,4	5,4
		Signos y Síntomas mal definidos	6,2	7,8
ADOLESCENCIA	CONSULTA EXTERNA	Condiciones transmisibles y nutricionales	13,8	6,2
		Condiciones maternas perinatales	0,0	10,8
		Enfermedades no transmisibles	27,7	23,1
		Lesiones	9,2	0,0
		Signos y Síntomas mal definidos	3,1	6,2
	HOSPITALIZACIÓN	Condiciones transmisibles y nutricionales	0,0	0,0
		Condiciones maternas perinatales	0,0	50,0
		Enfermedades no transmisibles	0,0	12,5
		Lesiones	12,5	0,0
		Signos y Síntomas mal definidos	0,0	25,0
	URGENCIAS	Condiciones transmisibles y nutricionales	0,0	10,9
		Condiciones maternas perinatales	0,0	21,7



		Enfermedades no transmisibles	13,0	19,6
		Lesiones	17,4	4,3
		Signos y Síntomas mal definidos	2,2	10,9
JUVENTUD	CONSULTA EXTERNA	Condiciones transmisibles y nutricionales	8,2	5,2
		Condiciones maternas perinatales	0,0	6,5
		Enfermedades no transmisibles	28,6	16,9
		Lesiones	21,6	4,8
		Signos y Síntomas mal definidos	4,3	3,9
	HOSPITALIZACIÓN	Condiciones transmisibles y nutricionales	6,3	3,2
		Condiciones maternas perinatales	0,0	22,2
		Enfermedades no transmisibles	17,5	11,1
		Lesiones	22,2	4,8
		Signos y Síntomas mal definidos	6,3	6,3
	URGENCIAS	Condiciones transmisibles y nutricionales	9,7	5,6
		Condiciones maternas perinatales	0,0	14,5
		Enfermedades no transmisibles	17,7	8,1
		Lesiones	28,2	4,8
Signos y Síntomas mal definidos		6,5	4,8	
ADULTEZ	CONSULTA EXTERNA	Condiciones transmisibles y nutricionales	9,0	4,2
		Condiciones maternas perinatales	0,0	2,3
		Enfermedades no transmisibles	34,8	27,9
		Lesiones	13,1	4,0
		Signos y Síntomas mal definidos	2,3	2,3
	HOSPITALIZACIÓN	Condiciones transmisibles y nutricionales	7,3	2,4
		Condiciones maternas perinatales	0,0	4,0
		Enfermedades no transmisibles	26,6	18,5
		Lesiones	23,4	2,4
		Signos y Síntomas mal definidos	10,5	4,8
	URGENCIAS	Condiciones transmisibles y nutricionales	6,2	4,7
		Condiciones maternas perinatales	0,0	6,2
		Enfermedades no transmisibles	21,7	17,8
		Lesiones	22,1	7,2
		Signos y Síntomas mal definidos	8,3	5,8



VEJEZ	CONSULTA EXTERNA	Condiciones transmisibles y nutricionales	3,8	4,3
		Condiciones maternas perinatales	0,0	0,0
		Enfermedades no transmisibles	46,4	30,1
		Lesiones	3,8	1,9
		Signos y Síntomas mal definidos	5,3	4,3
	HOSPITALIZACIÓN	Condiciones transmisibles y nutricionales	10,3	6,9
		Condiciones maternas perinatales	0,0	0,0
		Enfermedades no transmisibles	44,8	13,8
		Lesiones	3,4	6,9
		Signos y Síntomas mal definidos	10,3	3,4
	URGENCIAS	Condiciones transmisibles y nutricionales	3,3	4,9
		Condiciones maternas perinatales	0,0	0,0
		Enfermedades no transmisibles	27,9	19,7
		Lesiones	11,5	6,6
		Signos y Síntomas mal definidos	14,8	11,5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de RIPS 2014, suministrados por la SDS.

Anexo 5 Morbilidad atendida por causa

Tabla. Morbilidad atendida por grandes causas, servicio y sexo. Localidad Santa Fe - Bogotá. 2014

LOCALIDAD SANTA FE								
GRANDES CAUSAS DE MORBILIDAD	CE	HOSP	URG	TOTAL	% CE	%HOSP	%URG	%TOTAL
Condiciones transmisibles y nutricionales	245	47	112	404	60,6	11,6	27,7	16,9
Condiciones maternas perinatales	52	35	55	142	36,6	24,6	38,7	5,9
Enfermedades no transmisibles	843	110	218	1171	72,0	9,4	18,6	49,0
Lesiones	221	55	157	433	51,0	12,7	36,3	18,1
Signos y Síntomas mal definidos	106	41	94	241	44,0	17,0	39,0	10,1
TOTAL	1467	288	636	2391	61,4	12,0	26,6	100
BOGOTÁ								
GRANDES CAUSAS DE MORBILIDAD	CE	HOSP	URG	TOTAL	% CE	%HOSP	%URG	%TOTAL
Condiciones transmisibles y nutricionales	6817	1709	4469	12995	10,5	11,0	13,3	11,4
Condiciones maternas perinatales	2304	1760	2174	6238	3,6	11,3	6,5	5,5
Enfermedades no transmisibles	4212	7356	1395	63440	64,9	47,4	41,6	55,7
Lesiones	7959	3351	9254	20564	12,3	21,6	27,6	18,0
Signos y Síntomas mal definidos	5674	1354	3729	10757	8,7	8,7	11,1	9,4
TOTAL	6487	15530	3358	11399	56,9	13,6	29,5	100
DIFERENCIA PUNTOS PORCENTUALES								
GRANDES CAUSAS DE MORBILIDAD	CE	HOSP	URG	TOTAL				
Condiciones transmisibles y nutricionales	50,1	0,6	14,4	1,5				
Condiciones maternas perinatales	33,1	13,3	32,3	1,1				
Enfermedades no transmisibles	7,1	38,0	22,9	0,9				
Lesiones	38,8	8,9	8,7	1,0				
Signos y Síntomas mal definidos	35,2	8,3	27,9	1,1				



COCIENTES DE PROPORCIONES			
GRANDES CAUSAS DE MORBILIDAD	%SF	%BTA	Cociente %
Condiciones transmisibles y nutricionales	16,9	11,4	1,5
Condiciones maternas perinatales	5,9	5,5	1,1
Enfermedades no transmisibles	49,0	55,7	0,9
Lesiones	18,1	18,0	1,0
Signos y Síntomas mal definidos	10,1	9,4	1,1

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de RIPS 2014, suministrados por la SDS.

PRELIMINAR

Anexo 6 Eventos de alto costo

Tabla. Eventos de alto costo por sexo. Localidad Santa Fe - Bogotá, 2014

LOCALIDAD SANTA FE						
EVENTOS DE ALTO COSTO	H	%H	M	%M	TOTAL	%TOTAL
VIH - SIDA	51	71,8	7	30,4	58	61,7
Epilepsia	16	22,5	7	30,4	23	24,5
Cáncer de Cérvix	0	0	4	17,4	4	4,3
Artritis Reumatoide	1	1,4	2	8,7	3	3,2
Cáncer de Estómago	1	1,4	1	4,3	2	2,1
Cáncer de Próstata	2	2,8	0	0	2	2,1
Enfermedad Renal Crónica	0	0	1	4,3	1	1,1
Cáncer de Colón y Recto	0	0	1	4,3	1	1,1
Cáncer de Mama	0	0	0	0	0	0
Leucemia Linfoide Aguda	0	0	0	0	0	0
Leucemia Mieloide Aguda	0	0	0	0	0	0
Linfoma de Hodking	0	0	0	0	0	0
Linfoma de no Hodking	0	0	0	0	0	0
TOTAL	71	100	23	100	94	100
BOGOTA						
EVENTOS DE ALTO COSTO	H	%H	M	%M	TOTAL	%TOTAL
VIH - SIDA	1624	65,4	246	25,7	1870	54,3
Epilepsia	462	18,6	330	34,5	792	23,0
Enfermedad Renal Crónica	82	3,3	59	6,2	141	4,1
Cáncer de Estómago	87	3,5	28	2,9	115	3,3
Cáncer de Colón y Recto	41	1,7	55	5,7	96	2,8
Cáncer de Mama	18	0,7	74	7,7	92	2,7
Artritis Reumatoide	27	1,1	52	5,4	79	2,3
Leucemia Linfoide Aguda	35	1,4	20	2,1	55	1,6
Cáncer de Cérvix	0	0,0	53	5,5	53	1,5
Linfoma de no Hodking	35	1,4	18	1,9	53	1,5
Leucemia Mieloide Aguda	24	1,0	20	2,1	44	1,3
Cáncer de Próstata	39	1,6	0	0,0	39	1,1
Linfoma de Hodking	10	0,4	2	0,2	12	0,3
TOTAL	2484	100	957	100	3441	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de RIPS 2014, suministrados por la SDS.

Anexo 7 Eventos precursores

Tabla. Eventos precursores por sexo. Localidad Santa Fe - Bogotá, 2014

LOCALIDAD SANTA FE						
EVENTOS PRECURSORES	HOMBRE	%H	MUJER	%M	TOTAL	%TOTAL
Diabetes Mellitus	13	56,5	20	58,8	33	57,9
HTA	10	43,5	14	41,2	24	42,1
TOTAL	23	100	34	100	57	100
BOGOTA						
EVENTOS PRECURSORES	HOMBRE	%H	MUJER	%M	TOTAL	%TOTAL
Diabetes Mellitus	753	72,7	770	62,3	1523	67,1
HTA	283	27,3	465	37,7	748	32,9
TOTAL	1036	100	1235	100	2271	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de RIPS 2014, suministrados por la SDS.

Anexo 8 Eventos de notificación obligatoria

Tabla. Eventos de notificación obligatoria por sexo. Localidad Santa Fe, 2014

EVENTO	M	%M	F	%F	TOTAL	% TOTAL
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	91	36,8	89	25,9	180	30,5
Varicela – casos individuales	56	22,7	74	21,6	130	22,0
Intoxicación por plaguicidas	14	5,7	75	21,9	89	15,1
Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)	16	6,5	28	8,2	44	7,5
Tos Ferina	10	4,0	6	1,7	16	2,7
Intoxicación por medicamentos	7	2,8	7	2,0	14	2,4
Morbilidad materna extrema	0	0,0	13	3,8	13	2,2
Rubeola	6	2,4	6	1,7	12	2,0
Anomalías congénitas	5	2,0	7	2,0	12	2,0
Tuberculosis	7	2,8	3	0,9	10	1,7
Bajo peso al nacer	0	0,0	9	2,6	9	1,5
Intoxicación por otras sustancias químicas	5	2,0	4	1,2	9	1,5
Sarampión	5	2,0	4	1,2	9	1,5
VIH/SIDA/mortalidad por SIDA	8	3,2	0	0,0	8	1,4
Parotiditis	3	1,2	4	1,2	7	1,2
Intoxicación por sustancias psicoactivas	3	1,2	1	0,3	4	0,7
Intoxicación por solventes	0	0,0	3	0,9	3	0,5
Sífilis gestacional		0,0	3	0,9	3	0,5
Cáncer infantil	2	0,8	0	0,0	2	0,3
Hepatitis B, C y coinfección hepatitis B y Delta		0,0	2	0,6	2	0,3
Mortalidad por IRA	2	0,8		0,0	2	0,3
Dengue	0	0,0	1	0,3	1	0,2
Hepatitis A	1	0,4	0	0,0	1	0,2
Hipotiroidismo congénito	1	0,4	0	0,0	1	0,2
Infección respiratoria aguda grave IRAG inusitada IRAG inusitado	1	0,4	0	0,0	1	0,2



Intoxicación por gases	0	0,0	1	0,3	1	0,2
Lesiones por pólvora y explosivos	1	0,4	0	0,0	1	0,2
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	0	0,0	1	0,3	1	0,2
Sífilis congénita	1	0,4	0	0,0	1	0,2
Tuberculosis extra pulmonar	0	0,0	1	0,3	1	0,2
Tuberculosis fármaco resistente	1	0,4	0	0,0	1	0,2
Vigilancia en salud pública de las violencias de género	0	0,0	1	0,3	1	0,2
Tuberculosis pulmonar	1	0,4	0	0,0	1	0,2
TOTAL	247	100	343	100	590	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SIVIGILA 2014.

PRELIMINAR

Anexo 9 Población con discapacidad

UPZ		91		92		93		95		96		UPR-2		TOTAL
Población con discapacidad		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
Número de personas según sexo		11	16	16	41	21	27	107	126	166	287	1	2	821
Grupo de edad (Etapa de ciclo vital)	Infancia	0	1	1	2	2	0	5	5	8	17	0	0	41
	Adolescencia	0	0	0	2		1	1	2	8	7	0	0	21
	Juventud	3	1	0	4	3	0	9	8	15	17	0	0	60
	Adultez	4	4	5	11	6	8	29	33	52	95	0	2	249
	Vejez	4	10	10	22	10	18	63	78	83	151	1	0	450
Estrato socio-económico	1	4	1	1	5	1	3	7	7	12	11	0	0	52
	2	6	15	10	33	14	24	94	115	146	264	1	2	723
	3	1	0	5	3	6	0	6	4	8	13	0	0	46
Régimen de afiliación	1 - contributivo	5	6	4	15	10	12	35	40	49	105	1	1	283
	2 - subsidiado	6	8	11	24	11	14	65	77	107	165	0	1	489
	3 - acepción	0	0	0	1	0	0	0	1	1	3	0	0	6
	4 - especial	0	2	1	1	0	1	7	8	7	11	0	0	38
	5 - no afiliado	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3
	6 - sin información	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
Alteración que más afecta	1 - sistema nervioso	3	3	3	9	8	1	32	21	42	58	0	0	180
	2 - los ojos	1	0	0	3		1	4	8	6	12	0	1	36
	3 - los oídos		1	2	4	1	2	12	10	6	15	0	0	53
	4 - demás órganos de los sentidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5 - la voz y el habla	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0	5
	6 - sistema cardio respiratorio	1	3	2	5	4	3	7	22	18	48	0	0	113
	7 - digestión, metabolismo - hormonal	1	0	1	5	1	4	6	9	15	27	0	0	69
	8 - sistema genital, urinario	0	2	1	0	0	0	3	3	1	4	0	0	14
	9 - movimiento del cuerpo	5	7	7	15	7	16	43	53	76	120	1	1	351
	10 - la piel, las uñas, el cabello	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	11 - ninguna alteración	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: base oficial discapacidad consolidado 2014

Anexo 10: Eventos de interés en Salud para la localidad Santa Fe.

Eventos de interés en Salud Localidad Santa Fe			2010							2011							2012							2013							2014																				
			Casos	UPZ						Casos	UPZ						Casos	UPZ						Casos	UPZ						Casos	UPZ																			
			91	92	93	95	96	UPR	91	92	93	95	96	UPR	91	92	93	95	96	UPR	91	92	93	95	96	UPR	91	92	93	95	96	UPR	91	92	93	95	96	UPR													
SIVIGILA	Mortalidad por VIH SIDA	Infancia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0												
		Adolescencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0												
		Juventud	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	1	1	0	4	0	0	3	1	0	0	3	0	1	2	0	0	0	0													
		Adulthood	5	1	0	2	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	9	1	1	2	2	3	0	10	4	0	2	1	3	0	7	2	1	2	0	2	0	0													
	Vejez	1	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0													
	Sífilis Congénita	Infancia	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0													
		Adolescencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0												
		Juventud	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0												
		Adulthood	2	0	0	0	0	0	2	0	5	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0												
	Sífilis Gestacional	Vejez	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	3	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0													
		Infancia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0													
		Adolescencia	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0												
		Juventud	2	0	0	0	0	0	2	0	5	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0												
	Tosferina	Adulthood	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0												
		Vejez	1	0	0	0	0	1	0	16	0	1	0	7	8	0	28	0	0	0	12	16	0	13	0	0	1	7	5	0	15	0	0	0	7	8	0	0													
Infancia		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0														
Adolescencia		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0													
Tuberculosis	Juventud	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0														
	Adulthood	3	0	3	0	0	0	0	5	0	1	2	2	0	0	5	0	2	1	2	0	0	12	0	2	3	5	2	0	7	0	1	2	2	2	0	0														
	Vejez	2	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	2	0	0	3	0	0	0	1	2	0	4	0	1	0	2	1	0	0														
	Agresiones por animal potencialmente transmisor de la rabia	2010	2011	2012	2013	2014																																													
	Infancia	47	37	71	48	59																																													
	Adolescencia	5	6	13	18	14																																													
	Juventud	25	12	25	29	26																																													
	Adulthood	46	48	63	41	56																																													
	Vejez	11	16	25	22	15																																													
	Anomalías congénitas	Infancia	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	8	0	1	2	2	3	0	42	0	1	2	7	32	0	12	0	0	2	4	6	0	0														
	SIVIGILA	Cáncer infantil	Infancia	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0													
			ACUMULADO 2004 - 2013								2014																																								
Discapacidad		CASOS	91	92	93	95	96	UPR	CASOS	91	92	93	95	96	UPR																																				
		Infancia	77	2	5	20	50		21	2	1	3	15	0																																					
		Adolescencia	195	3	19	13	41	119		242	8	16	14	60	144	0																																			
		Juventud	102	1	8	12	30	51		41	1	3	2	10	25	0																																			
		Adulthood	1085	26	120	78	235	626		62	4	4	3	17	32	2																																			
Vejez	1549	28	257	74	419	770	1	440	12	32	28	139	228	1																																					

Fuente: SIVIGILA Local preliminar 2010 – 2014. Hospital Centro Oriente ESE II Nivel



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Centro Oriente

Estadísticas Vitales fuente: serie Evitables	Bajo peso	2010					2011	2012	2013	2014	
		CASOS							249	235	
	Embarazos en adolescentes 10 A 14	CASOS					SIN INFORMACION DISPONIBLE	9	10	14	5
	Embarazos en adolescentes 15 A 19	CASOS					SIN INFORMACION DISPONIBLE	354	365	341	155
	Mortalidad Perinatales	ta Ajustada					0.3	0.4	0.1	0.1	0.1
	Mortalidad Infantil	ta Ajustada					0.1	0.1	0.1	0.1	0.04
	Mortalidad Menor de 5 años	ta Ajustada					0.015	0.019	0.015	0.015	0.010
	Mortalidad Neumonía	ta Ajustada					0.00011	0	0.00006	0.00006	0
	Mortalidad por EDA	ta Ajustada					NO SE PRESENTARON				
	Mortalidad por desnutrición	ta Ajustada					0.00005	0	0	0	0
	Mortalidad Materna/ ta Ajustada	ta Ajustada					0	0	0	0.00031	0

Fuente: Base de datos aplicativo web RUAF-ND datos preliminares 2010 – 2014, Hospital Centro Oriente ESE II Nivel

Eventos en Salud Localidad Santa Fe			2010												2011												2012												2013												2014											
			Casos												Casos												Casos												Casos												Casos											
			UPZ						UPZ						UPZ						UPZ						UPZ																																			
SISVESO	Caries Cavicular	Gingivitis	Periodontitis	Lesión de mancha blanca	Lesión de mancha café	Fluorosis	91	92	93	95	96	UPR	91	92	93	95	96	UPR	91	92	93	95	96	UPR	91	92	93	95	96	UPR	91	92	93	95	96	UPR																										
								Infancia	82	1	2	3	23	53	84	8	15	25	36	47	2	2	26	17	32	11	7	14	172	5	28	25	33	81																												
	Adolescencia	35			1	14	20	66		1	34	31	26	1	5	10	10	40	3	4	14	19	85	2	20	4	22	37																																		
	Juventud	49	1		1	17	30	117	3	9	53	52	134	1	3	6	80	44	94	2	1	53	38	184	5	15	16	58	90																																	
	Adulthood	159	1	11	13	35	99	240	1	3	20	101	115	163	9	18	72	64	180	3	10	78	89	341	4	37	32	108	160																																	
	Vejez	14			5	9	21	21		2	10	9	14		1	5	8	20	1	4	7	8	49	1	5	4	17	22																																		
	Infancia	64	1	2	3	16	42	74	5	7	30	32	47	1	1	3	26	16	16	2	4	10	170	7	30	23	32	78																																		
	Adolescencia	39			1	17	21	75		2	39	34	31	2	1	5	10	13	43	2	3	18	20	100	3	20	5	27	45																																	
	Juventud	65	1		3	25	36	105	2	8	48	47	158	1	3	7	96	51	101	2	1	60	38	211	5	19	16	65	106																																	
	Adulthood	178	1	9	15	40	113	234	1	4	20	99	110	182	8	18	84	72	188	4	10	85	89	375	5	38	35	118	179																																	
	Vejez	15			5	10	26	26		2	12	12	13		1	5	7	20	1	3	7	9	60	1	5	4	22	28																																		
	Infancia	0						0					0					0					0																																							
	Adolescencia	1			1			1				1	7			4	3	0					19	4	2	6	7																																			
	Juventud	4			2	2	0	0					18			14	4	1			1		51	2	4	4	18	23																																		
	Adulthood	26	1	1	1	3	20	5			5	20	4	4	7	5	14	14	2	1	6	5	125	1	11	7	41	65																																		
	Vejez	6			2	4		1			1	1	1			1		6	1	1	1	3	25	3	3	12	10																																			
	Infancia	37		2	3	4	28	13	2	3	7	1	1	1				1				1	2		1	1																																				
	Adolescencia	6			1	2	3	2			2	2	2			1	1	0					1				1																																			
	Juventud	9			4	5	3	1			2	6				4	2	3	1	1	1	1	2				2																																			
	Adulthood	18		1	2	2	13	2			1	1	8	1		2	5	1				1	3				3																																			
	Vejez	0						0					0					0					0																																							
	Infancia	23		1	2	7	13	39	1	4	20	14	16		1	11	4	2				2	7	2		2	3																																			
	Adolescencia	22				14	8	44		2	22	20	7		1	3	3	0					7			2	5																																			
	Juventud	29			1	16	12	53	1	7	27	18	40	1		5	24	10	2			2		12	2			10																																		
	Adulthood	42		3	1	13	25	61		4	29	28	56	1	7	24	24	3				3	18	3	1	2	12																																			
	Vejez	4			2	2		3			1	2	0					0					0																																							
	Infancia	16	1			3	12	12	1	5	6	1				1		1		1			2				2																																			
	Adolescencia	11	11			4	7	13		7	6	2		1	1			0					1			1																																				
	Juventud	4				4		8		3	5	3		2	1			2			1	1	0																																							
	Adulthood	0						1		1			7	2		5		0					0																																							
	Vejez	0						0					0					0					0																																							

Fuente: Base preliminar SISVESO 2010 – 2014, Hospital Centro Oriente ESE II Nivel



Eventos de interés en Salud Localidad Santa Fe			2013							2014						
			Casos	UPZ						Casos	UPZ					
91	92	93		95	96	UPR	91	92	93		95	96	UPR			
SIVIM	Sexual	Infancia	11		2		5	4		17				4	13	
		Adolescencia	4				1	3		4				3	1	
		Juventud	1		1											
		Adultez	1				1			6		1			5	
		Vejez	0							3			2		1	
	Económica	Infancia	4		1		3			1					1	
		Adolescencia	0							1					1	
		Juventud	1					1		2				1	1	
		Adultez	3				2	1		2					2	
		Vejez	0							2				1	1	
	Negligencia	Infancia	71		5	8	27	31		94	2	6	11	19	56	
		Adolescencia	14		2		2	10		17		3		7	7	
		Juventud	13				5	8		7			2	2	4	
		Adultez	8		4		2	2		11			2	5	3	
		Vejez	1					1		8		2		2	4	
	Abandono	Infancia	16		3		10	3		10					2	8
		Adolescencia	1		1											
		Juventud	2					2							1	
		Adultez								2				2		
		Vejez	2					2		7		1		4	2	
	Física	Infancia	25		4	3	11	7		31		3		7	21	
Adolescencia		5				2	3		9		1		4	4		
Juventud		6			1	1	4		26		1	2	9	14		
Adultez		12		1	2	1	8		17		4	2	5	6		
Vejez		1					1		6	2		1	2	1		

Fuente: Base preliminar SIVIM 2013 – 2014, Hospital Centro Oriente ESE II Nivel

Eventos en Salud Localidad Santa Fe			2010						2011					2012					2013					2014													
			Casos	UPZ					Casos	UPZ					Casos	UPZ					Casos	UPZ															
91	92	93		95	96	UPR	91	92		93	95	96	UPR	91		92	93	95	96	UPR		91	92	93	95	96	UPR										
SISVECOS	Intento	Infancia	6						2									5							4	1	2	1	4		1	2	1				
		Adolescencia	14						8										8							19	1	2	3	3	10	9	1	1	3	4	
		Juventud	13						17										16							31	1	5	4	8	13	19	2	3	6	8	
		Adultez	8						18										15							17	1	3	1	5	7	16	1	6	2	5	2
		Vejez	1						0										1							4		1		3	0						
	Suicidio	Infancia	0						0										0																		
		Adolescencia	0						0										0							1			1				1				
		Juventud	0						0										0																		
		Adultez	0						1										0													1				1	
		Vejez	0						0										0																		

Fuente: Base preliminar SISVECOS 2010 – 2014, Hospital Centro Oriente ESE II Nivel

Eventos en Salud Localidad Santa Fe		2010							2011						2012						2013						2014																																													
		UPZ							UPZ						UPZ						UPZ						UPZ																																													
		Casos	91	92	93	95	96	UPR	Casos	91	92	93	95	96	UPR	Casos	91	92	93	95	96	UPR	Casos	91	92	93	95	96	UPR	Casos	91	92	93	95	96	UPR																																				
Crónica - menores de 5 años	T. baja	1688	108	114	116	295	1055	1183	77	97	74	7	928	1270	74	120	54	46	976	1823	69	84	85	490	1095	1889	78	93	123	418	1177																																									
	DNT Global	429	33	25	34	65	272	267	21	36	16	1	193	267	21	36	12	8	190	382	26	17	19	83	237	390	23	19	33	92	223																																									
Global - menores de 5 años	DNT Global	429	33	25	34	65	272	267	21	36	16	1	193	267	21	36	12	8	190	382	26	17	19	83	237	390	23	19	33	92	223																																									
SISVAN	Estado nutricional de la gestante	2010							2011						2012						2013						2014																																													
		CASOS	91	92	93	95	96	UPR	CASOS	91	92	93	95	96	UPR	CASOS	91	92	93	95	96	UPR	CASOS	91	92	93	95	96	UPR	CASOS	91	92	93	95	96	UPR																																				
		B	O	B	O	B	O	B	O	B	O	B	O	B	O	B	O	B	O	B	O	B	O	B	O	B	O	B	O	B	O	B	O	B	O	B	O	B	O	B	O																															
		10 A 14	10	0						3	1							4	0							4	0							6	15																																					
		15 A 19	194	19						109	10							62	3							224	21							135	30																																					
		20 A 24	213	23	0	13	2	8	2	28	0	122	15	0	0		119	4	1	5	1	5	0	0	0	95	8	0	0		65	0	0	6	0	2	0	4	0	50	3	0	0		245	24	0	6	0	14	1	57	5	123	15	0	0		165	13	2	7	2	21	0	30	9	64	17	0	0	
		25 A 29	174	28												118	30												34	20							160	53							137	58																										
		30 A 34	202	7	0	14	6	24	3	24	8	105	11	0	0		148	5	2	12	8	20	2	1	0	80	18	0	0		54	0	1	3	2	3	2	1	0	27	15	0	0		213	19	6	9	3	25	1	31	13	76	30	0	0		195	10	7	9	3	15	3	21	10	82	35	0	0	
		35 A 39	56	40												44	27												23	22							60	82							89	63																										
		40 A 44	96	6	3	7	5	6	4	9	5	28	23	0	0		71	1	0	13	3	6	3	0	0	24	21	0	0		45	1	0	0	1	0	0	2	0	20	21	0	0		142	2	3	12	5	6	5	15	29	25	40	0	0		152	9	9	11	3	20	3	23	4	26	44	0	0	
		45 A 49	39	44												19	23												7	17							46	53							34	71																										
		50 A 54	83	2	3	4	4	3	6	3	6	27	25	0	0		42	1	3	2	4	5	1	0	0	11	15	0	0		24	0	0	0	3	0	0	0	0	7	14	0	0		99	4	4	5	6	6	2	12	13	19	28	0	0		105	4	3	5	5	3	5	8	8	14	50	0	0	
			13	11												4	19												2	4							9	35							8	44																										
			24	0	1	2	1	3	0	1	2	7	7	0	0		23	1	2	0	4	0	2	0	0	3	11	0	0		6	0	0	0	0	0	1	0	1	2	2	0	0		44	1	9	2	7	1	2	3	12	2	5	0	0		52	0	5	2	5	1	4		17	5	13	0	0	
			5	5												2	1												0	3							0	6							6	0																										
	10	0	0	4	1	1	2	0	0	0	2	0	0		3	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0		3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0		6	0	0	0	0	0	1	0	2	0	3	0	0		6	0	0	2	0	1	0	1	0	2	0	0	0			
	0	0												0	0												0	0							0	0							0	0																												
	1	0												0	0												0	0							0	0							0	0																												
	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																	
Estado nutricional de adulto mayor	DNT LEVE	21	4	8	2	1	6	39	11	4	3	21	42	1	21	5	4	11	62	7	17	9	13	16																																																
	DNT MODERADA	6		4	1	1		11	5	1	1	4	12	9	2	1		6	1	3	2																																																			
	DNT SEVERA	3		1	1	2		3			1	1	4	1	1	1	2		7	1	3	1	2																																																	
	OBESIDAD	329	24	150	28	31	96	909	43	348	88	79	351	1290	60	592	138	139	361	1291	88	455	145	153	450																																															
	OBESIDAD MORB.	34	1	20	2	5	6	71		37	4	3	27	107	3	54	5	15	30	95	1	32	10	17	35																																															
	SOBREPESO	541	56	194	74	54	163	1391	77	443	210	187	474	1866	137	635	283	243	568	1932	143	529	281	296	683																																															

Fuente: Base preliminar SISVAN 2010 – 2014, Hospital Centro Oriente ESE II Nivel

Eventos de interés en Salud Localidad Santa Fe			2013		2014		
			CASOS	BROTOS	CASOS	BROTOS	
Urgencia y Emergencias	Varicela	Infancia	26	14 1 Institucional 13 Familiar	28	14 1 Institucional 13 Familiar	
		Adolescencia	2		1		
		Juventud	7		3		
		Adulthood	7		2		
		Vejez	0		0		
	Parotiditis	Infancia	0	0	0	1 Familiar	
		Adolescencia	0		2		
		Juventud	0		0		
		Adulthood	0		0		
		Vejez	0		0		
	EDA	Infancia		NO SE REPORTARON BROTOS			
		Adolescencia					
		Juventud					
		Adulthood					
		Vejez					
	ESI	Infancia					
		Adolescencia					
		Juventud					
		Adulthood					
		Vejez					
Hepatitis A	Infancia						
	Adolescencia						
	Juventud						
	Adulthood						
	Vejez						

Fuente: Base preliminar Brotes población cautiva 2013 – 2014, SDS.

Anexo 11 Matriz de reconocimiento de las condiciones básicas de la salud de la localidad Santa Fe.

							
APLICATIVO 3: RECONOCIMIENTO DE CONDICIONES BÁSICAS DE SALUD							
0	1	2	3	4		5	
DIMENSIONES	COMPONENTES	ÁREAS DE OBSERVACIÓN	Breve descripción de la situación presente en la entidad territorial	Indicadores básicos que permiten verificar la situación actual del territorio			
				Indicadores recientes de la localidad	Indicadores de referencia del Distrito	Indicadores de referencia nacionales	
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).	Se cuenta con un Programa de SSR compuesto por: Planificación Familiar, Tamizaje en VIH, Infecciones de Transmisión Sexual, Mujer Gestante; dentro de las programas se encuentran documentos para actividades de educación tales como protocolos, piezas comunicativas.		Para esta localidad en el año 2014 se realizaron 1302 consultas de planificación familiar a población en edad fértil. Para la localidad de Santafé durante el año 2014 se atendieron 126 adolescentes en la consulta de control prenatal.		
	Prevención y atención integral, humanizada y de calidad en Salud Sexual y Reproductiva.		SSR. Desde cada una de las sedes asistenciales pertenecientes a esta localidad (Cruces, EGI, Liches, Penseverencia) se realiza consulta de Planificación Familiar, Tamizaje en VIH, Infecciones de Transmisión Sexual, Control Prenatal. LGBT. Atención desde los proyectos de énfasis LGBT con énfasis en la sigla "T" a partir de asesorías desde el perfil de Enfermería en temas de Salud Sexual y Reproductiva dado a que en este territorio se ha identificado situaciones de riesgo relacionadas con VIH, ITS y falta de adherencia a los tratamientos de VIH o sífilis por temor a continuar con el proceso. Desde el territorio Santa Fe 3 se abordaron temáticas promocionales y preventivas y tomas de pruebas VIH con personas y/o mujeres en ejercicio de prostitución. Estas pruebas se realizaron en la Sede Jorge Eliecer Gaitán del Hospital Centro Oriente.	Reducir el 30% los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la administración distrital, a 2016.	SSR. Para esta localidad en el año 2014 se realizaron 1302 consultas de planificación familiar a población en edad fértil. Para la localidad de Santafé durante el año 2014 se atendieron 126 adolescentes en la consulta de control prenatal. LGBT. 47 Asesorías perfil de Enfermería (Salud Sexual y Reproductiva) desde el Servicio Amigable LGBT. 11 pruebas de VIH realizadas desde el servicio amigable para las mujeres para personas en ejercicio de prostitución.	Desde programas se realiza el abordaje únicamente a las sedes asistenciales.	
	Maternidad segura (atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio y la prevención del aborto inseguro).		SSR. Durante el año 2014 no se ha implementado la consulta preconcepcional en el Hospital. Se atiende la Consulta de Control Prenatal y parto. Se cuenta en el Hospital con el curso de Preparación para la Maternidad y Paternidad que se direccionan a las sedes Siempre Mendoza y Jorge Eliecer Gaitán que es en donde se desarrollan los cursos. Complicaciones de salud de la madre gestante o durante el parto, que pueden ser prevenibles, representan origen de discapacidad. Frente a dichas situaciones se pueden implementar respuestas promocionales y preventivas para disminuir la prevalencia de la discapacidad relacionada con éstas.	SSR. Mejorar la Salud Materna. El 5,7% (n=1314) de personas con discapacidad registradas reportan como origen de la discapacidad las complicaciones durante el embarazo y/o el parto.	SSR. Para la localidad de Santafé durante el año 2014 se atendieron 401 consultas de Control Prenatal. Desde Programa Gestantes no se cuenta con un indicador específico que de cuenta de esta información. Para esta localidad en la sede Asistencial Jorge Eliecer Gaitán se atendieron 12 partos durante el año 2014. El 4,6% (n=23) de personas con discapacidad abordadas durante el año 2014, refieren el origen de la discapacidad en complicaciones durante el embarazo y/o el parto.	Desde programas se realiza el abordaje únicamente a las sedes asistenciales.	
	Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva (SSR) desde un enfoque de derechos						
	Servicio Integral en Salud Sexual y Reproductiva para la población de adolescentes y jóvenes.		Desde la sede Jorge Eliecer Gaitán se cuenta con el Servicio Amigable para Mujeres, donde se realizan asesorías en VIH y Regulación de la Fecundidad abordando la población joven sin reportar el aseguramiento y/o demanda de otra especialidad, dichas consultas son direccionadas a la EPS correspondiente, por otra parte, en las sedes asistenciales se realiza la consulta de planificación familiar para la población en edad fértil, con la población que captada la E.S.E.				
Atención integral a las víctimas de violencia de género y sexual.							
Acceso universal a prevención y atención integral para infecciones de Transmisión Sexual ITS-VHSDA.			El Hospital Centro Oriente por ser de segundo nivel de atención no cuenta con Programa de VIH. Funciona como una estrategia en donde se realiza un primer tamizaje y con el reporte de éste, es remitido a un tercer nivel en donde es diagnosticado y tratado.	En la localidad Santa Fe el 0,5% (n=11) de las atenciones realizadas durante el año 2014 correspondieron a la identificación de usuarios a través del primer tamizaje.	Reducir en 20% la transmisión materno perinatal del VIH al 2016* (línea base 2,5 X 1.000 nacidos vivos en el régimen subsidiado y participantes vinculados). Aumentar en un 50% el número de pruebas de tamizaje voluntarias, para detección del VIH, al 2016. Diseñar e implementar una estrategia de promoción y prevención sobre la importancia de la detección temprana del VIH en el Distrito Capital, al 2016	Objetivos de Desarrollo del Menio, específicamente en el objetivo 6 meta 7 "haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VHSDA".	
						RPS 2014 Llamamiento de Jornada Distrital para el Día Mundial de Lucha contra el VHSDA. Diciembre 2013	



Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional	Disponibilidad y acceso a los alimentos	Oferta de acceso al grupo de alimentos prioritarios.	Aunque existen plazas de mercado públicas como La Perseverancia y Cruces, no son suficientes centros de acopio para toda la población de la localidad; hay ferreterías y despensas pequeñas, pero no ofrecen variedad ni calidad de alimentos.	Estrato Socioeconómico. El 57.4% de la localidad Santa Fe se encuentra ubicada en el estrato bajo, el 24.1% en estrato Medio bajo, el 1.4% no se encuentra estratificado y el 16.9% restante se encuentra distribuido en los estratos medio y alto. Según el sistema de vigilancia alimentaria y nutricional 2014, en la localidad se evidencia un consumo diario en familias con menores de 10 años de hortalizas y verduras del 18.9%, Carnes: 75.7%, Lácteos: 88%. Por otro lado, familias con gestantes presentan un consumo diario de hortalizas y verduras del 19%, Carnes: 53% y lácteos del 48%. En el nivel local la realidad el componente de SAMA (para ferreterías, supermercados e hipermercados)	a nivel distrital el mayor proveedor de alimentos es la central de abastos Corabastos que presenta la siguiente estadística: Número de comerciantes: 6.500 mayoristas y minoristas Ingreso diario de alimentos: Se movilizan 12.400 toneladas diarias de alimentos, sin medir contratos y con pagos generalmente de contado. El producto más representativo en la comercialización es la papa 26% con un promedio de 1.700 toneladas diarias, el 33% corresponde a las hortalizas entre las que sobresalen la cebolla junca, cebolla de budo, la arveja, macarroz y zanahoria, las frutas representan el 25%, plátanos el 6%, Granos y procesados 8%, huevos, cítricos y lácteos el 2%. Los departamentos que mayor volumen de alimentos aportan son en su orden Cundinamarca, Boyacá y Meta, seguidos del resto del país. Ingreso de visitantes: La Central registra una población flotante de 200.000 personas en movimiento durante las 24 horas. En este lugar se dan cita los cultivadores, instituciones, tenderos, transportadores y armas de casa, que realizan allí sus transacciones comerciales. Cobertura de consumidores: La central abastece 10 millones de habitantes de Bogotá, Cúcuta cercanas y demás centrales del país. Ventas diarias: \$ 24.000 mil millones de pesos, aproximadamente sobre la base de dos millones por tonelada en promedio.	la HBA 2010 para Colombia, presenta una disponibilidad de alimentos total de 638.05 Koj persona/año, se encuentra mayoritariamente representados por las Frutas (19%), Leche y Derivados (15%), Cereales (15%), Raíces y Tubérculos (14%) y Azúcares (10%). Los grupos de alimentos menos representados en cantidades míasicas en la HBA 2010 fueron las Nueces y Semillas, Grasas Animales, Estimulantes, Leguminosas y Pescados y Mariscos Distribución y Comercialización de Alimentos: los canales de distribución de alimentos en Colombia, según estadísticas del año 2010, se distribuyen de la siguiente forma: las tiendas de barrio (46%), las grandes superficies (22%), el mercado (10%), los sitios especializados (9%), las panaderías (5%), el vendedor ambulante (3%) y otros como los centros comerciales, las droguerías y las plazas (14%) (16)	HBA Colombia 2010. Sirvan 2014 Barrócxed. Resumen Sectorial Alimentos. Bogotá, 2010 p. 6-7. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de Situación Alimentaria y Nutricional. 2010. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmitidas por Alimentos. Bogotá http://www.corabastos.com.co/
	Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos	Alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada. Aprovechamiento y utilización biológica de alimentos.	En el trabajo desarrollado en el Comité Local de Seguridad Alimentaria y nutricional y la percepción obtenida de la lectura de necesidades previa a la planificación de acciones en el territorio se concluye que los determinantes más afectados en la seguridad alimentaria y nutricional son el acceso, consumo y aprovechamiento de los alimentos relacionado directamente por los ingresos insuficientes de la población, la escasas oportunidades laborales, la inestabilidad en los precios de los alimentos, la infraestructura de mercados y las preferencias culturales. Para el caso de la ruralidad en la mayoría de los hogares los alimentos que se consumen se compran, aunque existen proyectos de asistencia técnica desarrollados por la Secretaría Distrital de Desarrollo económico, se hace difícil la implementación teniendo en cuenta que veredas como el Verjón son reserva natural, en consecuencia, la cantidad de dinero que se invierte en alimentación sugiere la capacidad que tienen de proveerse de lo necesario. Un gasto inadecuado conduce a una disponibilidad limitada, a la reducción en el consumo de alimentos, la alteración en los patrones alimentarios, la inseguridad alimentaria y el hambre. La relación entre gasto alimentario y seguridad alimentaria ha sido consistente entre la estructura del hogar, la etnia, los ingresos y el lugar de residencia.	Gestantes con bajo peso La vigilancia del estado nutricional de las mujeres gestantes permite el monitoreo de factores de riesgo que están relacionados con el adecuado estado de salud del recién nacido y afectaciones en la salud de las mujeres que están en esta condición, como deficiencias nutricionales 46 y presencia de enfermedades a corto y largo plazo dadas las necesidades nutricionales especiales durante la gestación. Indicadores Nutricionales que dan cuenta de la situación de consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos para la localidad: Recién nacidos con bajo peso: 12.8% Prevalencia de desnutrición crónica (retardo en talla para la edad) en menores de 5 años: 4.7% Prevalencia de desnutrición global (bajo peso para la edad) en menores de 5 años: 4.7% Prevalencia de Obesidad: No hay Dato La fuente de información es la notificación de personas involucradas en brotes de ETA al SIVIGIA. En el 2014, se notificaron a nivel del distrito capital 1.050 casos y los grupos de edad más afectados fueron los de 5 a 14 años (27.8%) y de 15 a 44 años (59.4%) con 1.690 casos que incluye principalmente la población escolar y económicamente activa. De los casos reportados 159 casos se encuentran ubicados fuera de Bogotá. En cuanto al comportamiento de las enfermedades transmitidas por alimentos en las localidades, el mayor reporte lo tiene Kennedy (305 casos), seguida de Rafael Uribe (257 casos) y en tercer lugar Chandébara (186 casos). Las localidades de Tunjuelito y Sumapaz no notificaron casos de Enfermedad Transmitida por Alimentos en el 2014. Por etapa del ciclo vital en la localidad de Kennedy se presentaron 30 casos en niños de 5 a 14 años y 258 en el grupo de 15-44 años; en	Según el balance a 31 de diciembre de 2014 de "Bogotá como Viamo" existen 353.959 personas beneficiadas con la política alimentaria del Distrito. De esas, 30.355 son atendidas por cupos en comedores comunitarios, 32.121 con canastas alimentarias, 86.127 cuentan con apoyo alimentario especializado y 161.356 con bonos cambiabiles. La cadena de suministro de alimentos en Colombia, presenta diferentes actores que intervienen a lo largo del proceso productivo desde la producción primaria hasta la comercialización y consumo. El sector privado a nivel nacional regional, cuenta con agrupaciones de productores agrícolas y pecuarios, gremios de industriales, distribuidores y comercializadores, transportadores, asociaciones de exportadores, y organizaciones de consumidores.	http://www.boobastocomevamos.org/ SIVIANHCO DANE. Encuesta multipropósitos. Comité Local de Seguridad Alimentaria y Nutricional Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura FAO/FAO. Perfil Nacional de Producción y Consumo de Frutas y Verduras en Colombia. Bogotá, 2013.	
	Calidad e inocuidad de los alimentos	Módulo de inspección, vigilancia y control de los alimentos y bebidas (Resolución 1229 de 2013).	En el año 2014, el Laboratorio de Salud Pública analizó 1892 muestras de bebidas alcohólicas; de las cuales el 90,1% cumplieron con el establecido en la normatividad vigente y el porcentaje restante (9,9%), no cumplió. Las localidades con mayor porcentaje de cumplimiento fueron: Tunjuelito (96,9%), Santa Fe (96,8%) y San Cristóbal (96,3%). Las localidades que presentaron porcentajes de incumplimiento fueron: Teusaquillo con 36,3%, Engativá con un 31,1% y Suba con 29,0%. En el año 2014, el Laboratorio de Salud Pública analizó 1892 muestras de bebidas alcohólicas; de las cuales el 90,1% cumplieron con el establecido en la normatividad vigente y el porcentaje restante (9,9%), no cumplió. Las localidades con mayor porcentaje de cumplimiento fueron: Tunjuelito (96,9%), Santa Fe (96,8%) y San Cristóbal (96,3%). Las localidades que presentaron porcentajes de incumplimiento superiores al 25% fueron Teusaquillo, Chapinero y Barrios Unidos. A las diferentes muestras de bebidas alcohólicas se les realizó análisis físico-químico, y los productos que se tomaron para análisis fueron: agardiente, ron, whisky, vino y brandy. Algunas de las causas de incumplimiento fueron: bebida alcohólica falsificada con un 56,6%, alterada 38,3%, fraudulenta 16,5% e incumplimiento al rotulado con 8,5%. Durante el año 2014, el Laboratorio de Salud Pública analizó 303 muestras de derivados cásmicos, de los cuales el 77,6% cumplió con los parámetros establecidos en la normatividad. Las localidades con mayor porcentaje de cumplimiento fueron: Barrios Unidos (93,3%), Kennedy (91,3%) y Fontibón (88,9%) y las localidades con mayor proporción de incumplimiento fueron: Miraflores (50,0%), Engativá (40,0%) y Antonio Nariño y Santa Fe (33,2%). A los productos cásmicos muestreados (sachichón,	En el año 2014, se intervinieron un total 55.811 establecimientos donde se preparan, expendien, almacenan y comercializan alimentos. Entre los establecimientos intervenidos están: restaurantes, comedores comunitarios, plazas de mercado, expendios de bebidas alcohólicas, supermercados, hipermercados. En las localidades en las que se adelantó el mayor número de visitas fueron Kennedy (11,0%), Suba (9,6%) y Bosa (7,4%). Las localidades con menor número de intervenciones corresponden a las localidades de Chandébara (1,6%) y Sumapaz con 0,2%. Al 72,9% de los establecimientos se emitió concepto pendiente, en el 22,3% se emitió concepto favorable y al 4,8% de las visitas se emitió concepto desfavorable. Lo restante del total de establecimientos intervenidos corresponde a los que dejaron de funcionar denominados establecimientos terminados. Las localidades que presentaron mayor número de conceptos favorables fueron: Fontibón (1345), Suba (1274) y Rafael Uribe (1266) y las que emittieron más conceptos desfavorables fueron: San Cristóbal (127), Kennedy (113) y Ciudad Bolívar con 109. En el año 2014, se aplicaron un total 2632 medidas sanitarias de seguridad a los establecimientos donde se almacenan, preparan, comercializan y expendien alimentos y bebidas en el D.C. el documento de productos que incumplieron la normatividad sanitaria fue la medida que más se aplicó con un 56,4% y le sigue la clausura con un 34,2%. Las localidades con un mayor número de establecimientos intervenidos en medida sanitaria fueron Barrios Unidos (11,7%), Usaquén (10,3%) y Tunjuelito (9,8%). Para el 2013 la localidad que identificó el agente patógeno en el mayor número de muestras biológicas fue Kennedy (6). Las localidades de Antonio Nariño, Ciudad Bolívar, Miraflores, Rafael Uribe y Tunjuelito no procesaron ninguna muestra biológica. En cuanto a las muestras de alimentos, las localidades de Ciudad Bolívar, Teusaquillo y Usaquén aportaron cada una 3 agentes patógenos identificados en muestras para análisis en el Laboratorio de Salud Pública de la SCS. Las localidades de Antonio Nariño, Engativá, Fontibón, Miraflores, Rafael Uribe, Tunjuelito y Usaquén no se tomaron muestras de alimentos. Las localidades que ordenaron muestras de superficies en las que se identificaron agentes patógenos fueron las de Teusaquillo (3 muestras), Chapinero (una muestra) y Barrios Unidos (una muestra). En ninguna muestra ordenada a manipuladores de alimentos se identificó agente patógeno.	De acuerdo con las competencias de ley la Inspección, Vigilancia y Control (IVC) de la inocuidad en la cadena alimentaria, es realizada por el ICA e INVIMA, sus entes operativos a nivel territorial, y las entidades territoriales de salud en los ámbitos departamental, distrital y municipal. El sector público es parte clave de la cadena, a través de organismos de carácter nacional y territorial que cumplen funciones enfocadas a la protección de la agricultura, ganadería y pesca, la sanidad agropecuaria, salud pública, protección del ambiente, y el apoyo a la industria y comercio de alimentos. La cadena de suministro de alimentos en Colombia,	http://appg.saludcapital.gov.co/0900localidades/Dsa_bosabastocomevamos.shtml	



Dimensión Salud Ambiental	Habitat saludable	Acceso al agua potable y coberturas de alcantarillado, alcantarillado y asseo.	<p>En la localidad la cobertura de agua es total, exceptuando el barrio Parícuti de la UPZ 96 donde el servicio de alcantarillado y alcantarillado es parcial; el aseso en la localidad es deficiente en algunas zonas de la localidad, UPZ 95 y 96</p>	Fuente: DANE - SDP. Encuesta Múltiplo 2011-2014. Cálculos: Dirección de Estudios Macro, SDP. * Observatorio Ambiental de Bogotá. Datos e indicadores para medir la calidad del ambiente en Bogotá. http://oai.ambientebogota.gov.co/indicadores/762-45 Alcaldía Mayor de Bogotá. Diagnóstico físico y socioeconómico de las localidades de Bogotá, D.C. Recorrido Santa Fe. Local y distrital. Encuesta Múltiplo de Bogotá, 2014, nacional alcantarillado y alcantarillado. Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013. DANE y aseso 2011. Comisión de Regulación de Agua Potable y Saneamiento Básico, 2014.																														
	Calidad del agua	<p>En la zona rural la localidad se encuentra dentro de la subcuenca alta del río Teusacá, que nace en la laguna del Verjón y sus afluentes son las quebradas El Verjón, La Esperanza, Tembladores, Montañuela, El Tagajo, Honda, El Barro, Faldas, El Berrío y La Canela. También se identifican zonas de nacimiento, capacidad, recarga de acuíferos y sus corrientes de condensación o bosques de niebla en las partes altas por encima de los 3.200 metros del área rural. En la zona urbana se puede observar un sistema hídrico conformado por tres corrientes principales: el río Arzobispo (Cuenca o Salitre) y el río San Francisco, que nace en la cuchilla El Berrío, y que se canalizó al entrar en el área urbana (Cuenca o Fucha), donde vierten sus aguas las quebradas Santo Domingo, Las Flores, Rosero y Pueta, así, y el río Aguacá, al cual vierten sus aguas las quebradas Manzanares, San Dionisio, El Chorrón, El Soño, Santa Isabel, Lajas y San Bruno</p>	<p>Hogares según cobertura de servicios públicos, 2014</p> <table border="1"> <tr><th>Total</th><th>%</th><th>99.3</th></tr> <tr><td>Acueductado</td><td>96.36</td><td>99.3</td></tr> <tr><td>Alcantarillado</td><td>96.28</td><td>100</td></tr> <tr><td>Reconstrucción de basuras</td><td>96.28</td><td>100</td></tr> <tr><td>Gas natural</td><td>95.78</td><td>99.6</td></tr> </table> <p>Hogares según cobertura de servicios públicos, 2016</p> <table border="1"> <tr><th>Total</th><th>%</th><th>99.8</th></tr> <tr><td>Acueductado</td><td>94.84</td><td>99.7</td></tr> <tr><td>Alcantarillado</td><td>94.84</td><td>100</td></tr> <tr><td>Reconstrucción de basuras</td><td>94.84</td><td>99.8</td></tr> <tr><td>Gas natural</td><td>94.84</td><td>99.8</td></tr> </table> <p>En Bogotá se evalúa el cumplimiento de los estándares de calidad del aire de la ciudad definidos por la Resolución 610 del 2010, expedida por el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial (MAMVT). El Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano, se calculó teniendo en cuenta los puntajes de riesgo asignados a cada característica analizada según la fórmula establecida en el artículo 215 de 2007. Se obtiene el promedio mensual con su proyección hacia el futuro y en un plan financiero viable que permita garantizar el mejoramiento continuo de la prestación del servicio de aseso, evaluado a través de la medición de resultados. Es así, que mediante la resolución 1045 de 2003 del Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial se adopta la metodología para la elaboración de los Planes de Gestión Integral de Residuos Sólidos (FGRS).</p> <p>El Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos es un conjunto ordenado de objetivos, metas, programas, proyectos y actividades, definidos por el ente territorial para la prestación del servicio de aseso, basado en la política de Gestión Integral de Residuos Sólidos, el cual se obliga a ejecutar durante un periodo determinado, estableciéndose un diagnóstico inicial, un diagnóstico hacia el futuro y un plan financiero viable que permita garantizar el mejoramiento continuo de la prestación del servicio de aseso, evaluado a través de la medición de resultados. Es así, que mediante la resolución 1045 de 2003 del Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial se adopta la metodología para la elaboración de los Planes de Gestión Integral de Residuos Sólidos (FGRS).</p> <p>El capital del país, Adopta el Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos de Bogotá D.C. - FGRS - mediante la resolución 152 de 2004 de la Unidad Ejecutiva de Servicios Públicos, y señala que las personas prestadoras del servicio público domiciliario de aseso, que operan en el Distrito Capital deberán articular sus planes de gestión y resultados con los programas, proyectos y actividades definidos en este plan. Indica que las personas de modificación y actualización del FGRS y la ejecución progresiva del mismo. En este marco referencial, se formula el plan para la gestión de residuos peligrosos en Bogotá.</p>	Total	%	99.3	Acueductado	96.36	99.3	Alcantarillado	96.28	100	Reconstrucción de basuras	96.28	100	Gas natural	95.78	99.6	Total	%	99.8	Acueductado	94.84	99.7	Alcantarillado	94.84	100	Reconstrucción de basuras	94.84	99.8	Gas natural	94.84	99.8	<p>Para el año 2013, con 49.836 muestras reportadas, el ICA promedio fue de 10.69H. La revisión de estos datos indicadores entre 2007 y 2013 muestra que en los primeros cuatro años y medio el ICA se mantuvo en el nivel de Riesgo Medio, al bajar del 23% luego descendió al nivel de Riesgo Bajo, con 12.54% en 2012 y en el último año siguió mejorando a un 10.69%, dentro de ese mismo nivel.</p> <p>Colombia está entre los países con mayor generación de residuos sólidos Bogotá D.C. tiene uno de los mayores índices de generación de residuos sólidos, después de México D.F., Lima y Santiago de Chile (Noguera y Sáenz, 2010). Sin embargo, al igual que la población y a nivel de países de América Latina y del Caribe, Colombia tiene una producción por cápita alta de 0.62 kilogramos de residuos sólidos urbanos, y menor al promedio del grupo que está en 0.53 kilogramos (Tello et al, 2010). Se destaca además el porcentaje de cobertura del servicio con un valor de 98.9%, siendo el tercer país, después de Venezuela y Argentina, con mejor cobertura en la de recolección de aseso. Además, Colombia es el país con mayor recuento humano involucrado en la gestión de los residuos sólidos urbanos, con un total de 20.09 personas por cada 100.00 habitantes, y tiene además el mayor porcentaje de residuos con destino final en relleno sanitario, con 81.8% (Tello et al, 2010).</p>
Total	%	99.3																																
Acueductado	96.36	99.3																																
Alcantarillado	96.28	100																																
Reconstrucción de basuras	96.28	100																																
Gas natural	95.78	99.6																																
Total	%	99.8																																
Acueductado	94.84	99.7																																
Alcantarillado	94.84	100																																
Reconstrucción de basuras	94.84	99.8																																
Gas natural	94.84	99.8																																
	Gestión de residuos sólidos y líquidos	<p>En relación con los problemas de aseso de la Localidad se encuentra el tema de los puntos críticos de aseso, que son aquellos donde se ven afectadas las condiciones del espacio público, las zonas verdes y las rondas de quebradas y ríos. En estos lugares se depositan de manera irregular excrementos, residuos sólidos de diferentes tipos y otros provenientes de diferentes errores, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Generación problemática ambiental y social: En Bogotá para 2013 se identificaron 55 puntos críticos de aseso (incluye puntos críticos físicos y puntos de acumulación temporal), la mayoría de ellos ubicados en las UPZ Las Nieves (26) y La Macarena (13). 	<p>El análisis del Índice de Calidad de Aire (ICA) para PM10, permite observar que en Bogotá se tuvo una performance en la categoría de "Bueno" para las estaciones de Laqueaj, Suba, Las Peñas, CDAR, Montebello, Tunjé y San Cristóbal, mientras que las estaciones de Carvajal, Suba, Kennedy y Puente Aranda tuvieron una performance en "Moderado". Los días de la semana que tienen mejor ICA son domingo y lunes, con una performance en la categoría de "Bueno" alrededor de un 70%, mientras los peores días son los viernes con un 55%, en "Bueno", un 43% en moderado y un 2% en "Deterioro para la salud de grupos sensibles". Los meses del año con peor ICA fueron febrero y marzo y el mejor fue julio. El promedio anual de PM10 en el 2012 fue 47.4 (µg/m3) 2013 fue 47.9 (µg/m3) y 2014 fue 52.0 (µg/m3).</p> <p>La prevalencia de sibilancias en menores de 5 años, para el distrito pasa de tener en 2013 una prevalencia de 12 a una prevalencia en 2014 de 13.</p>	<p>Por los mayores concentraciones se presentaron en los sectores de sistema de vigilancia de la calle de los aguaceros por el área metropolitana del Valle de Aburrá, COPONOR, CORANTICAJA, SGA, ICA y COPROBIOCAL, medición para la 2010, con concentraciones promedio anual entre 48 y 60 (µg/m3)</p>																														
	Calidad del aire	<p>Al analizar el comportamiento por localidades para el año 2012, se destaca la localidad de Santa Fe, tiene un indicador de 34.39 µg/m3, y en la zona de San Bernardo al occidente se incrementa de 46-50 µg/m3.</p> <p>La prevalencia de sibilancias en menor de 5 años, en el último año da cuenta de la carga de la enfermedad por exposiciones ambientales, tanto de la contaminación atmosférica, como de la contaminación intramural por exposición a agentes químicos (humo de cigarrillo, metales pesados, partículas, hidrocarburos aromáticos policíclicos y biogénicos (acaros, moho), en unas condiciones socioeconómicas específicas que determinan distintos grados de vulnerabilidad, el indicador para 2013 fue de 7.51 y para 2014 a 11.5. En la localidad Santa Fe, con base en las encuestas de prevalencia de otitis media aguda respiratoria aplicadas en el primer trimestre de 2015, se destaca la presencia de 10.0% de sibilancias en el último año, así como los en la noche por causas infecciosas en el 29.4%, de los menores de cinco años. El asertamiento escolar es de 23% en menores de catorce años encuestados y la prevalencia de consumo de tabaco en hogares es de 40.2%, donde 35 de los 87 niños menores de catorce años viven o tienen contacto frecuente con personas fumadoras, así como no fuman en presencia de los menores. La prevalencia de tabaquismo pasivo es de 11.5% (de 87 encuestados, en 10 casos fuman en presencia del menor) y la prevalencia de consumo de tabaco en mujeres embarazadas nos señala que el 8% de las madres de los menores de catorce años incluidos en el estudio fumaron durante el embarazo de catorce meses.</p>	<p>El análisis del Índice de Calidad de Aire (ICA) para PM10, permite observar que en Bogotá se tuvo una performance en la categoría de "Bueno" para las estaciones de Laqueaj, Suba, Las Peñas, CDAR, Montebello, Tunjé y San Cristóbal, mientras que las estaciones de Carvajal, Suba, Kennedy y Puente Aranda tuvieron una performance en "Moderado". Los días de la semana que tienen mejor ICA son domingo y lunes, con una performance en la categoría de "Bueno" alrededor de un 70%, mientras los peores días son los viernes con un 55%, en "Bueno", un 43% en moderado y un 2% en "Deterioro para la salud de grupos sensibles". Los meses del año con peor ICA fueron febrero y marzo y el mejor fue julio. El promedio anual de PM10 en el 2012 fue 47.4 (µg/m3) 2013 fue 47.9 (µg/m3) y 2014 fue 52.0 (µg/m3).</p> <p>La prevalencia de sibilancias en menores de 5 años, para el distrito pasa de tener en 2013 una prevalencia de 12 a una prevalencia en 2014 de 13.</p>	<p>Secretaría Distrital de Ambiente Dirección Control Ambiental Subdirección de Calidad del Aire, Auditoría y Visualización Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá D.C. - RMCAD Informe Secretaría Distrital de Ambiente Vigilancia 2012. http://ambientebogota.gov.co/indicadores/Bravay07-16-16 http://ambientebogota.gov.co/indicadores/Bravay07-16-16 http://ambientebogota.gov.co/indicadores/Bravay07-16-16 Disponible en: Informe del estado de la calidad del aire en Colombia año 2007-2010, IDEAM</p>																														
	Ruido	<p>En la localidad de Santa Fe se presentaron 3 quejas en los meses marzo, julio, y septiembre una por mes respectivamente. Según el registro de la atención por parte de la Línea de Atención al Ciudadano y Remite evidencia que una fue en la CD2 N° 12-83 por ruido de Imitación generado por Motoabombas, en un Conjunto Residencial. La segunda fue en el barrio Las Nieves por ruido de Imitación generado por establecimiento Comercial en la Cra 5 N° 21-53 y la última en el Establecimiento "El Balcón Sabalero" Por otro lado, la prevalencia de Hipoacusia es de 11.3% es decir 36 personas presentan dificultades auditivas de un nivel de la muestra de 302 medición realizadas en 2012</p> <p>En la localidad Santa Fe en el año 2014 la UPZ 91 Sagrado Corazón, 92 La Macarena, 93 Las Nieves, 94 Las Cruces y 96 Lourdes) la contaminación por ruido la causa principalmente el tráfico vehicular que se presenta sobre sus corredores viales más importantes: Carrera 7, 10, y Avenida Caracas, Calles 6, 19, 24, 26 y 28. Por otra parte, el peorfoneo empleado en actividades de publicidad en las promuevas y locales comerciales de la localidad (San Victorino y Carreras 13, 10 y 5 entre calles 12, 19 y 26) es también generador de ruido, así como la Escuela de Logística con sus prácticas militares, y la presencia de bares y discotecas</p>	<p>En Bogotá D.C. las fuentes móviles (tráfico rodado, tráfico aéreo, perforfoneo) aporta el 60% de la contaminación auditiva. El 40% restante corresponde a las fuentes fijas (establecimientos de comercio abierto al público, pymes, grandes industrias, construcciones, etc.). Se vea en: http://ambientebogota.gov.co/indicadores/75349496.html</p> <p>En Bogotá D.C. las fuentes móviles (tráfico rodado, tráfico aéreo, perforfoneo) aporta el 60% de la contaminación auditiva. El 40% restante corresponde a las fuentes fijas (establecimientos de comercio abierto al público, pymes, grandes industrias, construcciones, etc.). Se vea en: http://ambientebogota.gov.co/indicadores/75349496.html</p>	<p>La Resolución 627 de 2005 emitida por el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, reglamenta la emisión de ruido y ruido ambiental. Su norma establece los límites permisibles de acuerdo al uso del suelo. Adicionalmente existen normas técnicas como la NTC 1194 que dan base al desarrollo de los niveles de presión sonora producida por vehículos.</p>																														
	Radiaciones electromagnéticas	<p>Teniendo en cuenta sus análisis, la OMS emitió la Nota descriptiva 304 de mayo de 2006 de la OMS, en la cual manifiesta que debido a la multiplicidad de estudios publicados sobre los efectos de la radiación por organizaciones no reconocidas por la OMS, acepta, bajo el principio de precaución, los límites de radiación establecidos por la Comisión Internacional para la Protección contra la Radiación No Ionizante (ICNIRP), que tienen los niveles máximos de exposición para trabajadores y público en general en unidades de campo eléctrico, campo magnético o densidad de potencia para determinada frecuencia.</p> <p>De 3074 hogares 865 están cerca a antenas de radiotransmisión o comunicación con un promedio de 2.9</p>	<p>Para el distrito el promedio de radiotransmisión y cercanía con antenas de comunicación es de 5.6 Es así, que a través de los años se ha realizado un monitoreo de percepción de las comunidades respecto a la instalación de infraestructura eléctrica y de comunicaciones por medio de las quejas presentadas donde las localidades de Usaquén, Engativá y Teusaquillo son las localidades que más han manifestado la problemática. De igual manera, se ha podido establecer el grado de cercanía de radiación de vigilancia especial como los hogares generados e PPS por medio del cálculo de la cercanía de estos a las bases de telefonía celular, en donde se estableció que 77% de las bases de telefonía celular, se encuentran dentro de un radio de 200 metros (1000 sés de hospitales) y 487 centros generados en un radio de 200 mt de las bases de telefonía celular (87 %)</p>	<p>El Decreto Nacional 195 de 2005 adopta límites de exposición de las personas a campos electromagnéticos y adelanta procedimientos para la instalación de estaciones radioeléctricas. Asimismo, la Resolución 10398 del 2004 del Ministerio de Minas y Energía expide el Reglamento Técnico de Instalaciones Eléctricas - RETE. Son temas de importancia para este tema, el Decreto 081 de 1997. Por el cual se establecen los límites electromagnéticos y antineutrónicas necesarios para la aprobación del diseño y la ocupación temporal o permanente del espacio donde se instalarán los elementos que conforman una estación de la red de telecomunicaciones inalámbricas, y se dictan otras disposiciones, y la Resolución 1645 de 2005 que establece la designación de fuentes inherentemente conformes.</p>																														
	Radiación ultravioleta	<p>No se dispone de información para la localidad</p>	<p>No se dispone de información para la localidad</p>	<p>Los valores altos de radiación ultravioleta se presentaron en todo el territorio nacional por los meses de verano en las zonas montañosas, en particular al sur de Antioquia, Santanderes, Tolima, El Valle del Cauca, Boyacá, Cundinamarca, Huila, Cauca y Nariño. Es importante precisar que los valores de ozono total en la atmósfera varían a lo largo del año sobre todo en el periodo entre diciembre y marzo se caracterizan por presentar los valores más bajos, en el rango entre 235 y 250 Unidades Dobson (UD). Además Colombia por estar ubicada en el trópico, que es la zona de la Tierra donde se dan los más altos promedios de ozono total, presenta alta incidencia de radiación ultravioleta en superficie durante todo el año. En las zonas montañosas, se ha encontrado una marcada incidencia del cáncer de piel, problema que está fuertemente relacionado con la excesiva exposición a la radiación ultravioleta proveniente del Sol. Los incrementos también pueden estar relacionados con el uso de fuentes artificiales de radiación UV, como las cámaras solares. Según la Liga Colombiana contra el Cáncer, el número de casos nuevos de melanoma en Colombia ha venido aumentando lentamente en los últimos 40 años (en el país, el cáncer de piel es el más frecuente: 30 a 40 personas de cada 100.000 lo padecen). Con respecto a este tema, según la OMS, entre el 50% y 90% de casos de cáncer de piel son causados por rayos UV. La ubicación geográfica sobre los trópicos y las grandes altitudes sobre la cordillera de los Andes, incrementan el riesgo debido a la exposición a la radiación ultravioleta</p>																														
Diag. 34 No. 5-43 Tels: 3444484 Nit. 830.077.644-5 www.esecentoorie gencia@esecentooriente.gov.co	Urbanismo, ruralidad y espacios públicos.	<p>La localidad Santa Fe. La conforman 5 Unidades de Planeamiento Zonal – UPZ, abarcando: 91 Sagrado Corazón y 93 Las Nieves de tipo comercial, 92 La Macarena de tipo residencial consolidado, 95 Las Cruces y 96 La UPZ. Centros Orientales es la parte rural. La superficie total de esta localidad es de 45177 hectáreas, de las cuales solamente 6964 ha., corresponden a suelo urbano, no cuenta con suelo de exposición y las restantes 32013 ha., constituyen suelo rural.</p> <p>La UPZ Lourdes cuenta con la mayor extensión (200.14 hectáreas), equivalente al 28.7% del total del área de esta localidad, seguida de Las Nieves con 24.9% y Sagrado Corazón con 21.2%. La UPZ La Macarena es la más pequeña de la localidad con 85.00 hectáreas, correspondiendo al 12.2%, seguida de la UPZ Las Cruces con 13.2%. la localidad comprende gran parte de lo que se considera centro de la ciudad, donde la movilidad es lenta y el espacio público es limitado.</p>	<p>El índice de urbanización para la localidad Santa Fe es de 39.48%. El indicador de espacio público por habitantes en 2009 por el DANE, en 2005 equivale a 15.64 m2 por persona y en 2009 equivale a 25.79 m2/hab., ocupando el cuarto lugar dentro del Distrito Capital. De las 5 UPZ que conforman esta localidad, Sagrado Corazón es la que más espacio público tiene, siendo este un índice muy elevado, fíjese los atributos a las bases de datos potenciales de esta UPZ, al cual es de 39 hab/ha.</p> <p>El índice de urbanización para la localidad Santa Fe es de 39.48%, el resto de área metropolitana está por debajo del 5%. Bogotá tiene un área total de 158.700 hectáreas, de las cuales el área urbana ocupa el 24.22%. Según cifras generadas en 2009 por el DANE, en 2005 equivale a 15.64 m2 por persona y en 2009 equivale a 25.79 m2/hab., ocupando el cuarto lugar dentro del Distrito Capital. De las 5 UPZ que conforman esta localidad, Sagrado Corazón es la que más espacio público tiene, siendo este un índice muy elevado, fíjese los atributos a las bases de datos potenciales de esta UPZ, al cual es de 39 hab/ha.</p>	<p>El Decreto Nacional 195 de 2005 adopta límites de exposición de las personas a campos electromagnéticos y adelanta procedimientos para la instalación de estaciones radioeléctricas. Asimismo, la Resolución 10398 del 2004 del Ministerio de Minas y Energía expide el Reglamento Técnico de Instalaciones Eléctricas - RETE. Son temas de importancia para este tema, el Decreto 081 de 1997. Por el cual se establecen los límites electromagnéticos y antineutrónicas necesarios para la aprobación del diseño y la ocupación temporal o permanente del espacio donde se instalarán los elementos que conforman una estación de la red de telecomunicaciones inalámbricas, y se dictan otras disposiciones, y la Resolución 1645 de 2005 que establece la designación de fuentes inherentemente conformes.</p>																														





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles	Modos, condiciones y estilos de vida saludables	Entornos saludables.	La localidad cuenta con espacios de recreación como parques de bolsillo y zonas verdes; alguno de los cuales han sido ocupados por los vendedores y consumidores de SPA.	<ul style="list-style-type: none"> * Realización de acciones propias de los PTAS de acuerdo a las necesidades territoriales y microterritoriales y lo concertado en el plan de acción. * Desarrollo de meta de vivienda saludable con tres asesorías por familia abordada. * Realización de seguimientos con base en compromisos definidos por ESE según el periodo de funcionamiento de los sistemas de agua y saneamiento * Desarrollo de una iniciativa por microterritorio de salud, alrededor del manejo de residuos sólidos con familias, multisuarios o grupos * Cobertura de Jardines y HOBIS por territorio de acuerdo al plan de acción de la ESE * Actualización o construcción de mapas de zonas protectoras y desarrollo de 3 sesiones de asistencia técnica por total de instituciones, abordando la mitad de instituciones de protección presentes en la localidad. 	<ul style="list-style-type: none"> * Asesorías en salud ambiental, las cuales incluyen vivienda saludable, transferencia de tecnología e iniciativas en Basura Cero por microterritorio. * Mejoramiento del entorno físico y social, a partir de asesorías en colegios, jardines, HOBIS e instituciones de protección. * Acciones de reconocimiento y apropiación del entorno, con base en el desarrollo de jornadas de alto impacto orientadas a reconocer deuda ambiental y campañas de mediano impacto de reconocimiento y apropiación del entorno. * Fortalecimiento de la base social en salud ambiental, con la formación de gestores ambientales comunitarios, servicios de salud colectiva y la Red de Salud Ambiental a partir de Encuentros locales y distritales. * Gestión territorial, en el marco de las necesidades de los Territorios Ambientalmente Saludables con base en la gestión intersectorial y territorial, como el desarrollo de acciones propias. 	<p>Estrategia de Entornos Saludables (EES) es transversal a todas las temáticas y acciones que se desarrollan en el área de Salud Ambiental y Desarrollo Sostenible.</p> <p>La enfermedad pulmonar obstructiva crónica aparece en un 15 a 20% de los fumadores y su morbilidad es muy importante. De la misma manera el consumo de tabaco es la causa de casi un 90% de los cánceres broncopulmonares, que a su vez constituyen un 30% de las neoplasias en los hombres y que son ya bastante frecuentes en las mujeres</p> <p>La localidad cuenta con espacios de recreación como parques de bolsillo y zonas verdes; alguno de los cuales han sido ocupados por los vendedores y consumidores de SPA.</p>	<p>ENSN 2010</p> <p>Guía operativa ambito territorio ambientalmente saludable - SDS</p> <p>Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables</p>
		Infraestructuras, espacios, bienes y servicios saludables.	Debido a las dinámicas de la localidad y la población que allí habita se observa que la ocupabilidad del territorio se ha distribuido en vendedores ambulantes, habitantes de calle; muchos de los espacios recreativo y de libre esparcimiento se han convertido en expendio y consumo de SPA sin que la población pueda hacer uso adecuado de estos.	4000 instituciones comunitarias El reto que la ciudad se ha puesto desde sus instrumentos de ordenamiento territorial y de Planeación, ha sido el de alcanzar un estándar de 10 m ² por habitante, distribuidos en dos escenarios sumamente importantes: 6 m ² representados en parques, plazas y plazoletas de todas las escalas y los 4 m ² restantes por habitante como producto de la recuperación y adecuación de las áreas pertenecientes a la Estructura Ecológica Principal	Implementan las políticas, programas y proyectos establecidos en el plan nacional de desarrollo y sus planes, el plan decenal del deporte apoyándose en las alianzas estratégicas, formulan y presentan proyectos teniendo en cuenta la Metodología del DNP y de acuerdo con los términos de referencia de las convocatorias	<p>1. Se optimizará el uso de la infraestructura deportiva municipal como escenarios adecuados para la práctica de la actividad física, la recreación y el deporte, procurando que ésta sea una infraestructura multimodal, que permita la práctica de diversos deportes y actividades. Se promoverá la creación del Fondo Social de Infraestructura Deportiva y Recreativa Nacional. Las entidades territoriales deberán facilitar las condiciones previas necesarias de sostenibilidad para acometer los proyectos, priorizando la resolución de las deficiencias actuales, y ser agentes activos en elaboración de proyectos de inversión que prioricen la calidad y utilización de la infraestructura existente y la que se promueva.</p>	<p>Manual de Oferta Institucional del Gobierno Nacional hacia las Entidades Territoriales</p> <p>Documento Técnico de Soporte PNEP</p> <p>FOAT</p>
		Modos y estilos de vida saludables.	La frecuencia de cepillado reportada es de dos veces al día, ya que no se cuenta con la comodidad necesaria para realizar estas prácticas durante la jornada escolar o laboral. Esto influye en que los niveles de higiene oral los cuales son muy altos y están categorizados como deficiente. La localidad cuenta con espacios de recreación como parques de bolsillo y zonas verdes; alguno de los cuales han sido ocupados por los vendedores y consumidores de SPA. Para el 2014, la localidad Santa Fe no reporta casos de leishmaniasis por polvora	Índice de higiene oral (Sinesh&Loe) 57% de la población en Categoría Deficiente. (fuente documento técnico de salud oral) Cerca del 16% de la población entre los 13 y 64 años de edad realizan algún tipo de actividad física en dichos espacios, así mismo el 47% de ésta población gasta entre 10 minutos o menos realizando desplazamientos a estos lugares.	El 64% de la población captada por siveeso presenta categoría deficiente de nivel de higiene oral.	<p>Colportes, a través de los entes deportivos departamentales, fomentar la certificación de los municipios que cumplan con equipamientos adecuados en el marco de un mínimo vital, que garantice y asegure el derecho al deporte y la recreación, como requisito para la inversión pública en infraestructura.</p>	<p>Base Siveeso HCO 2014.</p> <p>ENB - 2014</p> <p>ENSN 2010</p>
		Empoderamiento y corresponsabilidad social.	Actividades realizadas por parte de los gestores in pro de realizar procesos de apropiación y adherencia por parte de los habitantes de la localidad Santa Fe	Activar la participación ciudadana en los diferentes espacios generados a fin de apropiarse a la población de la localidad frente a sus derechos y deberes	El Instituto de Desarrollo Urbano busca crear y fortalecer espacios de participación e integración de los ciudadanos en los proyectos de infraestructura vial y de movilidad, por medio de la creación de mecanismos que impulsen el desarrollo local, la democracia participativa y la cultura ciudadana para poner en marcha procesos de control social oportunos y sostenibles.	<p>Vigilar por el cumplimiento de la normativa en cuenta a la obligatoriedad de la educación en las instituciones educativas a través de políticas públicas. Del mismo modo, se enfatiza que cuando se logra desarrollar coherentemente los principios y metodologías de la educación en las instituciones tanto familiares, escolares y universitarias, ello facilita el fortalecimiento de la cultura</p>	<p>DU</p>
	Condiciones crónicas prevalentes	Servicios de salud individuales y colectivos.	El talento humano de los equipos ERI y ERC se convierten en garantes de los derechos y deberes de la población de cobertura por el Hospital Centro Oriente para la localidad Santa Fe	Las canalizaciones realizadas por los equipos ERI - ERC de la localidad a los diferentes servicios ofertados y/o requeridos por estos de acuerdo a las necesidades evidenciadas en la atención de la población	Incluye un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades que debe desarrollar el Estado, dirigidas a promover la salud y la calidad de vida, la prevención y control de riesgos y daños en salud de alta externalidad, para contribuir al cumplimiento de las metas prioritarias en salud definidas en el Plan Nacional de Salud Pública y las propias del Plan de Desarrollo del Distrito, las cuales son complementarias a las acciones de promoción, prevención y atención previstas en los planes obligatorios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud	<p>La Garantía de la Calidad es un sistema destinado a valorar y mejorar la calidad de la atención que brindan las organizaciones sanitarias</p>	<p>Unidades de análisis con equipos territoriales</p>
		Servicios socio-sanitarios.	La localidad cuenta con instituciones educativas públicas y privadas que garantizan el acceso a la población, sin embargo, se observa la presencia de barreras sociales, culturales y familiares que hacen que la deserción y ausencia en las aulas sea mantenga los equipos territoriales y subsistemas de vigilancia epidemiológica buscan de alguna manera realizar las canalizaciones necesarias a fin de lograr el reestablecimiento de los derechos de la población menor de edad.	96,5% (n: 78639) de la población sabe leer y escribir, teniendo un 3,5% (n: 2849) de la población perteneciente a la localidad analfabeta	Mejorar la atención a la población y la reducción de los costos de prestación del servicio en busca la viabilidad financiera de las ESE que conforman la red de prestadores de servicios	<p>Realización de un modelo operativo piloto para la gestión de los servicios de salud en algunos distritos y municipios del país</p>	<p>ENB 2014</p>
		Carga de la enfermedad.	Se evidencia de acuerdo al registro y caracterización que la enfermedad general es la que se refiere principalmente como origen de la discapacidad dadas las inadecuadas prácticas de cuidado orientadas desde acciones preventivas y detección temprana.	El 38,1% (n=6677) de personas registradas reportan la enfermedad general como origen de la discapacidad	El 33,1% de 490 personas con proceso de asesorías domiciliarias desde territorios en 2014 reportaron como origen de la discapacidad la enfermedad general.	<p>De acuerdo a las distintas causas o problemas de salud consideradas, en años vividos, más los perdidos por muerte prematura. Un AVISA correspondiente a un año de vida sana perdido y la medición de la carga de enfermedad por este indicador significará la brecha existente entre la situación actual de salud de una población y la ideal en la que cada miembro de esa población podría alcanzar la vejez libre de enfermedad y discapacidad.</p>	<p>Base Siveeso y Pps de atención HCO 2014.</p> <p>CRONCOS. Base de datos del programa</p>
		Carga de la enfermedad.	CRONCOS CRONCOS: Las condiciones crónicas son consideradas las primeras causas de muerte a nivel mundial, son consideradas como una de las principales problemas de salud pública. (tomado de los lineamientos de programa condiciones crónicas). En la localidad Santafé el 46% de los usuarios atendidos presentan Caries, seguido por las alteraciones periodontales con el 18%, lo anterior relacionado con factores culturales como desinterés y falta de corresponsabilidad de los usuarios con el cuidado de su boca, desconocimiento de actitudes y prácticas favorables a la salud oral. En esta localidad presenta un representativo número de alteraciones de dientes y maxilares (10%) con relación a las otras, esto es posible gracias a un buen reporte y registro de los profesionales al realizar la consulta.	CRONCOS: En Bogotá, en el 2013 predominaron: Hipertensión Arterial (40%), EPOC (24%), insuficiencia Renal Crónica (17,3%), Diabetes (16,4%) 74,6% de la población presenta gingivitis y 65,4% presenta caries habilitacional.	CRONCOS: Para la localidad el hospital en sus sedes asistenciales tiene 2094 usuarios con diagnóstico de enfermedad crónica. 46% presenta Caries y 18% alteraciones gingivales.	<p>Sede Cruces: 84% Caries y 89% gingivitis. Sede Liches: 83% Caries y 87% Gingivitis. Sede Perseverancia: 79% Caries y 84% Gingivitis.</p> <p>CRONCOS: ND</p>	<p>Base Siveeso y Pps de atención HCO 2014.</p> <p>CRONCOS. Base de datos del programa</p>



8. BIBLIOGRAFIA

- 1 Secretaria distrital de Salud Dirección de Salud Pública, Área en Vigilancia en Salud Pública. Análisis de Situación de Salud y Gestión del Conocimiento. Anexo 4. Diagnóstico Local con Participación Social 2012 Segunda Fase. Programa Territorio Saludable. Periodo Marzo 2013 - Febrero 2014
- 2 Organización Mundial de la Salud (OMS). Determinantes sociales de la salud. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/ Consultado 10 de abril de 2013
- 3 Vega Jeanette, Solar Orielle, Irwin Alec. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud: Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. En: Determinantes Sociales de la Salud en Chile: En la Perspectiva de la equidad. 2005; 9 :17
- 4 Duy Nguyen, Leigh J. Bernstein, Megha Goel. Asian-American elders' health and physician use: An examination of social determinants and lifespan influences. Health Vol.4, No.11. 2012; 1106:1115.
- 5 Z. Gant, M. Lomotey, H.I. Hall, X. Hu, X. Guo and R. Song. A County-Level Examination of the Relationship Between HIV and Social Determinants of Health: 40 States, 2006-2008. The Open AIDS Journal No 6. 2012; 1:7
- 6 Guimarães, Maria Cristina Soares., Silva, Cícera Henrique., Noronha, Ilma Horsth. El acceso a la información como determinante social de la salud. Salud Colectiva, vol. 7, núm. 1. Argentina, 2011; 9:18
- 7 Vega Jeanette, Solar Orielle, Irwin Alec. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud: Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. En: Determinantes Sociales de la Salud en Chile: En la Perspectiva de la equidad. 2005; 9 :17
- 8 Jadue, Liliana. Definiendo equidad en salud. Iniciativa chilena de equidad en salud. Disponible en: <http://www.slideshare.net/anpagaru/definiendo-equidad-salud> Consultado el 11 de abril de 2013
- 9 Romero, Román Vega. Informe Comisión Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.javeriana.edu.co/fcea/rev_gerenc_polsalud/vol8_n_16/editorial_vol8_n16.pdf Consultado el 11 de abril de 2013

10 Eslava Schmalbach, Javier. Guarnizo Herreño, Carol Cristina. Hernández Álvarez, Mario Esteban. Equidad en salud: posiciones e implicaciones. Revista de Salud Pública, vol. 10, núm. 1, diciembre. Colombia, 2008; p. 1.

11 Castillo Martínez, Alcira. Determinantes sociales e inequidades en salud. Una mirada a la salud en Costa Rica. Disponible en:

<http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/04%20Determinantes%20sociales.pdf>
Consultado el 11 de Abril de 2013

12 Ardila, Rubén. Calidad de vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 35, núm. 2. Colombia, 2003; 161:164.

13 Avila, Carlos. Velarde, Elizabeth. Evaluación de la calidad de vida Salud Pública de México, vol. 44, núm. 4, julio-agos. México, 2002

14 Ardila, Rubén. Calidad de vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 35, núm. 2. Colombia, 2003; 161:164.

15 Joan Benach. Neoliberalismo, Determinantes Sociales e Inequidad en Salud. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=U2Bo-KMPeO8> Consultado el 12 de abril de 2013.

16 Evci (Kiraz) Emine Didem, Ergin Filiz, Okur Orhan, Saruhan Gulnur and Beser Erdal. Local decision makers' awareness of the social determinants of health in Turkey: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2012

17 Lafaurie, María Mercedes. Perspectiva de derechos. Disponible en <http://www.slideshare.net/tuttyk/perspectiva-derechos-10208921> Consultado el 2 de Julio de 2013 (Cita de Ortiz 2005 tomada de esta presentación)

18 Lafaurie, María Mercedes. Fundamentación teórica y contextualización. Disponible en <http://www.slideshare.net/tuttyk/enfoque-diferencial> Consultado el 2 de Julio de 2013

19 Secretaría General Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Consulta sobre competencia de la Secretaría Distrital de Ambiente para la Declaratoria de Áreas Protegidas. [internet]. [Consultado 2014 Abr 08]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=54862>

20 Secretaria Distrital de Gobierno, Alcaldía local de Santa Fe. Datos de Mi Localidad. Documento en línea [internet]. [Consultado 2015 jul 15]. Disponible en: <http://www.santafe.gov.co/index.php/mi-localidad/conociendo-mi-localidad/datos-de-mi-localidad>

21 Secretaria Distrital de Planeación. Ciudad de Estadística Boletín No. 55 Índice de Movilidad para Bogotá, D.C. Septiembre 2013. [internet]. [Consultado 2015 jul

15]. Disponible en:
<http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/Bogot%E1%20Ciudad%20de%20Estad%EDstic/2013/DICE139-BoletinIndiceMovilidad-2013.pdf>

22 Colombia. Hospital Centro Oriente ESE II Nivel. Diagnóstico de la situación de calidad de vida y salud de los grupos étnicos que actualmente se encuentran en la zona centro oriente 2009. Gestión de Políticas y Programas. [consultado 2015 Jul 15]

23 Colombia. DANE. Magazín de la gestión estadística. [internet]. [consultado 2015 Agosto 20]. Disponible http://www.dane.gov.co/candane/images/Publicaciones/magazin_v_2013.pdf

24 Sayago Gómez Juan Tomás. Desplazamiento forzoso en Colombia: expulsión y movilidad, dos dinámicas que interactúan. [Maestría en Ciencias Económicas]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011.

25 Cruz García Verónica, Fernández Argüelles Rogelio, López Flores Juan Fernando & Gonzáles Guevara Antonio. Determinación de prioridades por el Método Hanlon en el laboratorio de análisis clínicos en un hospital de 2do nivel de atención. Waxapa [internet] Ene- Jun 2012; Año 4, Vol. 1, No. 6: 80-91 [consultado 2015 jul 09]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2012/wax126k.pdf>

26 Alcaldía Mayor De Bogotá Secretaría Distrital De Planeación. Bogotá ciudad de Estadística. Boletín No. 44 Seguridad Alimentaria Y Nutricional en Bogotá. Diciembre de 2012.

27 Colombia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Modulo Conceptual Derechos Sexuales y Reproductivos [internet] [consultado 2015 noviembre 27]. Disponible en:

<http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/RecursosMultimedia/Publicaciones/Editoriales/1/Drechossexualesyreproductivos.pdf>

28 Colombia. Secretaria Distrital de salud. Guía operativa etapa ciclo vital juventud. [internet] [consultado 2015 noviembre 27]. Disponible en: http://saludpublicabogota.org/wiki/images/6/66/ANEXO_OPERATIVO_JUVENTUD.pdf

29 Porras A. Alejandra. Envejecimiento normal y patológico. [internet] [consultado 2015 noviembre 27]. Disponible en:

<http://es.slideshare.net/diplomadosiberopuebla/envejecimiento-normal-y-patolgico-9608136>

30 ICARITO. [internet] [consultado 2015 noviembre 27]. Disponible en:



<http://www.icarito.cl/enciclopedia/articulo/segundo-ciclo-basico/ciencias-naturales/estructura-y-funcion-de-los-seres-vivos/2009/12/60-5899-9-4-las-etapas-de-la-vida-del-ser-humano.shtml>

Elaboró:
Diana Escorcía Sánchez – Epidemióloga,
Paola Gómez Quiceno – Geógrafa,
Brayan Plazas Díaz – Sociólogo

Revisó: Luz Stella Rey Benito

Aprobó: Luz Gelys Palacios

PRELIMINAR