



DIAGNÓSTICO LOCAL CON

# PARTICIPACIÓN SOCIAL

LOCALIDAD MÁRTIRES

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)

Luís Fernando Pineda Ávila

### Subgerente de Servicios de Salud (E)

Victoria Eugenia Sanín Márquez

### Coordinadora PIC

Luz Gelys Palacio Jiménez

### Referente de Vigilancia Epidemiológica

Luz Stella Rey Benito

### Análisis de Situación de Salud y Gestión del Conocimiento

Jimena Rodríguez Pedroza. Epidemióloga

Alexa Moreno Murillo. Epidemióloga

Laura María Medina Pájaro. Antropóloga

Dayver Betencourt Maldonado. Geógrafo

Juan Manuel Aristizabal. Geógrafo

### Coautores

Equipo Técnico de Gestión de Políticas y Programas



## TABLA DE CONTENIDO

|  |    |
|--|----|
| 1. INTRODUCCIÓN.....   | 9  |
| 2. MARCO CONCEPTUAL.....   | 10 |
| 3. MARCO METODOLOGICO.....   | 15 |
| 4. CAPITULO I. RELACIÓN POBLACIÓN, TERRITORIO, AMBIENTE Y SOCIEDAD.....  | 17 |
| 4.1 CONTEXTO TERRITORIAL.....  | 17 |
| 4.1.1 Localización.....  | 17 |
| 4.1.2 Historia reciente del asentamiento.....  | 19 |
| 4.1.3 Características físicas.....   | 20 |
| 4.1.4 Accesibilidad geográfica.....  | 22 |
| 4.2 CONTEXTO DEMOGRÁFICO.....  | 25 |
| 4.2.1 Tamaño y volumen.....  | 25 |
| 4.2.2 Estructura poblacional.....  | 26 |
| 4.2.2.1 Índices Demográficos.....  | 28 |
| 4.2.3 Dinámica poblacional.....  | 29 |
| 4.2.5 Movilidad.....   | 31 |
| 4.3 CONTEXTO SOCIOECONÓMICO.....   | 34 |
| 4.3.1 Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y GINI.....  | 34 |
| 4.3.2 Ingresos y Gastos.....   | 35 |
| 4.3.3 Pobreza monetaria y nivel de endeudamiento.....  | 36 |
| 4.3.4 Desempleo.....   | 37 |
| 4.3.5 Ocupación.....   | 37 |
| 4.3.6 Condición de hogares y vivienda.....   | 38 |
| 4.3.7 Servicios Públicos.....  | 38 |
| 4.3.8 Aseguramiento en Salud.....  | 39 |
| 4.3.9 Recreación y Cultura.....  | 40 |
| 4.4 PRIORIZACIÓN DE UPZ CRÍTICA.....   | 40 |
| 5. CAPITULO II. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS..... | 43 |
| 5.1 PERFIL SALUD ENFERMEDAD.....   | 43 |
| 5.2 MORTALIDAD GENERAL.....  | 43 |
| 5.2.1 Mortalidad Específica por subgrupos.....   | 47 |



|       |  |     |
|-------|--|-----|
| 5.2.2 | Mortalidad Materno-Infantil y en la Niñez .....  | 48  |
| 5.2.3 | Análisis de desigualdad en salud .....   | 53  |
| 5.3   | MORBILIDAD .....   | 54  |
| 5.3.2 | Análisis de desigualdad en salud .....   | 57  |
| 5.3.3 | Eventos de alto costo y precursores .....  | 57  |
| 5.3.4 | Eventos de notificación obligatoria .....  | 59  |
| 5.4   | PRIORIDADES PARA LA MORTALIDAD.....  | 62  |
| 5.5   | PRIORIDADES PARA LA MORBILIDAD.....  | 63  |
| 5.6   | ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL Y EN LA NIÑEZ   | 63  |
| 5.7   | DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LAS INEQUIDADES EN SALUD<br>.....   | 63  |
| 5.8   | DETERMINANTES INTERMEDIARIOS DE LA SALUD.....  | 65  |
| 5.9   | ANÁLISIS DE DESIGUALDADES EN GRANDES CAUSAS DE<br>MORBILIDAD.....  | 67  |
| 6.    | CAPITULO III. IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES<br>EN LA LOCALIDAD .....                        | 70  |
| 6.1   | IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA<br>LOCALIDAD.....                                       | 70  |
| 6.1.1 | Etapa de Ciclo vital Infancia .....  | 71  |
| 6.1.2 | Etapa de Ciclo vital Adolescencia .....  | 73  |
| 6.1.3 | Etapa de Ciclo vital Juventud .....  | 74  |
| 6.1.4 | Etapa de Ciclo vital Adultez.....  | 76  |
| 6.1.5 | Etapa de Ciclo vital Vejez.....  | 79  |
| 6.2   | VALORACIÓN Y VALIDACIÓN DE TENSIONES PRIORIZADAS EN SALUD.   | 80  |
| 6.2.1 | Análisis de determinantes de los generadores de las tensiones en salud<br>frente a las dimensiones PASE..... | 82  |
| 7.    | ANEXOS.....  | 87  |
| 6.    | BIBLIOGRAFÍA.....  | 108 |



## LISTA DE MAPAS

|  |    |
|--|----|
| Mapa 1 División político administrativa y límites .....        | 18 |
| Mapa 2 Mapa de relieve con hidrografía y zonas de riesgo ..... | 21 |
| Mapa 3 Vías de comunicación .....                              | 24 |
| Mapa 4 Priorización de zona crítica .....                      | 42 |

## LISTA DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| Figura 1. Pirámide poblacional, localidad Los Mártires 2014 .....   | 25 |
| Figura 2 Porcentaje de participación social población de 10 años y más en Bogotá y Los Mártires, años 2011 y 2014 ..... | 31 |
| Figura 3 Porcentaje de pobres totales y pobres extremos en Bogotá y Los Mártires en el 2011 .....                       | 36 |
| Figura 4 Porcentaje de personas afiliadas al SGSSS Bogotá y Los Mártires, años 2011 y 2014 .....                        | 39 |
| Figura 5. Razón de mortalidad materna, localidad Los Mártires 2010-2014 .....   | 48 |
| Figura 6. Tasa de mortalidad perinatal, localidad Los Mártires 2010-2014 .....  | 49 |
| Figura 7. Tasa de mortalidad Infantil, localidad Los Mártires 2010-2014 .....   | 50 |
| Figura 8. Tasa de mortalidad en menor de 5 años, localidad Los Mártires 2010-2014 .....                                 | 51 |
| Figura 9. Tasa de mortalidad por neumonía en menor de 5 años, localidad Los Mártires 2010-2014 .....                    | 52 |
| Figura 10. Morbilidad atendida según agrupación de causas, Localidad Los Mártires, 2014 .....                           | 55 |
| Figura 11. Morbilidad atendida según agrupación de causas y sexo, Localidad Los Mártires, 2014 .....                    | 56 |

## LISTA DE TABLAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabla 1</b> Clasificación y extensión por UPZ .....   | 17 |
| <b>Tabla 2</b> Índice de Movilidad para cada UPZ .....   | 23 |
| <b>Tabla 3.</b> Proyecciones de población por sexo y tasa de crecimiento 2005-2015, localidad Los Mártires ..... | 27 |
| <b>Tabla 4.</b> Distribución poblacional por grupo de edad, localidad Los Mártires 2005, 2010, 2014 .....        | 27 |
| <b>Tabla 5.</b> Índices demográficos, localidad Los Mártires 2005, 2010, 2014 .....                              | 29 |



|   |    |
|---|----|
| <b>Tabla 6</b> Datos de víctimas del conflicto identificadas en la localidad Los Mártires para el año 2013 .....  | 32 |
| <b>Tabla 7.</b> Distribución de la población víctima del conflicto armado por etapa de ciclo vital identificado por canalizaciones, localidad Los Mártires 2013 ..... | 33 |
| <b>Tabla 8.</b> Distribución de población víctima del conflicto armado con interseccionalidad identificado por canalizaciones, localidad Los Mártires 2014 ...        | 34 |
| <b>Tabla 9</b> Índices de pobreza y miseria por NBI, Bogotá y Los Mártires 2014 .....   | 35 |
| <b>Tabla 10</b> Indicadores de condiciones y calidad de vida. Comparativo Bogotá, Los Mártires años 2011 y 2014 .....   | 38 |
| <b>Tabla 11</b> Índice de calidad de vida de Bogotá y Los Mártires, 2011 y 2014 .....   | 40 |
| <b>Tabla 12.</b> Diez primeras causas de mortalidad general 105, localidad Los Mártires, 2012.....  | 44 |
| <b>Tabla 13.</b> Diez primeras causas de mortalidad general en hombres, localidad Los Mártires, 2012.....   | 45 |
| <b>Tabla 14.</b> Diez primeras causas de mortalidad general en mujeres, localidad Los Mártires, 2012.....   | 46 |
| <b>Tabla 15.</b> Tasa de mortalidad específica por grupo de edad, localidad Los Mártires 2012.....  | 47 |
| <b>Tabla 16.</b> Análisis de inequidades por grandes causas, Localidad Los Mártires, 2014.....  | 57 |
| <b>Tabla 17.</b> Análisis de inequidades por eventos de alto costo, Localidad Los Mártires, 2014.....   | 58 |
| <b>Tabla 18.</b> Análisis de inequidades por eventos de alto costo, Localidad Los Mártires, 2014.....   | 58 |
| <b>Tabla 19.</b> Caracterización de la población con discapacidad, localidad Los Mártires 2014.....   | 61 |
| <b>Tabla 20</b> Consolidado de generadores y determinantes.....   | 82 |

### LISTA DE SIGLAS

|                |  |
|----------------|--|
| <b>AIEPI</b>   | Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia |
| <b>ASIS</b>    | Análisis de Situación de Salud                                   |
| <b>CLOPS</b>   | Consejo Local de Política Social                                 |
| <b>COPACOS</b> | Comité de participación comunitaria en salud                     |
| <b>COVE</b>    | Comité de Vigilancia Epidemiológica                              |
| <b>COVECOM</b> | Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria                  |
| <b>CRUE</b>    | Centro Regulador de Urgencias y Emergencias                      |
| <b>DANE</b>    | Departamento Administrativo Nacional de Estadística              |
| <b>DILE</b>    | Dirección Local de Educación                                     |
| <b>DPAE</b>    | Dirección de Prevención y Atención de Emergencias                |
| <b>DSS</b>     | Determinantes Sociales de Salud                                  |
| <b>EAAB</b>    | Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá                  |
| <b>ECV</b>     | Encuesta de Calidad de Vida                                      |
| <b>EDA</b>     | Enfermedad Diarreica Aguda                                       |



|                |  |
|----------------|--|
| <b>EPOC</b>    | Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica  |
| <b>EPS-S</b>   | Empresa Promotora de Salud Subsidiada  |
| <b>ERA</b>     | Enfermedad Respiratoria Aguda  |
| <b>ERC</b>     | Equipo de Respuesta Complementaria   |
| <b>ERI</b>     | Equipo de Respuesta Inicial  |
| <b>ESE</b>     | Empresa Social del Estado  |
| <b>FAMI</b>    | Programa Familia Mujer e Infancia  |
| <b>GESA</b>    | Gestión Sanitaria y Ambiental para la Salud  |
| <b>GSI</b>     | Gestión Social Integral  |
| <b>IAFI</b>    | Instituciones Amigas de la Familia Gestante y la Infancia                          |
| <b>IAMI</b>    | Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia                                     |
| <b>ICBF</b>    | Instituto Colombiano de Bienestar Familiar   |
| <b>IDEAM</b>   | Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales de Colombia           |
| <b>IDRD</b>    | Instituto Distrital de Recreación y Deporte  |
| <b>IED</b>     | Institución Educativa Distrital  |
| <b>IPM</b>     | Índice de Pobreza Multidimensional   |
| <b>IPS</b>     | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud                                    |
| <b>ITS</b>     | Infecciones de Transmisión Sexual  |
| <b>IVC</b>     | Inspección, Vigilancia y Control   |
| <b>LGBT</b>    | Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales  |
| <b>NBI</b>     | Necesidades Básicas Insatisfechas  |
| <b>PAI</b>     | Programa Ampliado de Inmunizaciones  |
| <b>PIC</b>     | Plan de Intervenciones Colectivas  |
| <b>PIES</b>    | Proyecto Integral de Entornos Saludables   |
| <b>POS</b>     | Plan Obligatorio de salud  |
| <b>POT</b>     | Plan de Ordenamiento Territorial   |
| <b>PPMyG</b>   | Política Pública de Mujer y Género   |
| <b>RBC</b>     | Rehabilitación Basada en Comunidad   |
| <b>RIPS</b>    | Registro individual de prestación de Servicios                                     |
| <b>RUAF-ND</b> | Registro Único de afiliados – Nacimientos y Defunciones                            |
| <b>RUPD</b>    | Registro Único de Población desplazada   |
| <b>SAMA</b>    | Servicio de Atención al Medio Ambiente   |
| <b>SAN</b>     | Seguridad Alimentaria Nutricional  |
| <b>SDDE</b>    | Secretaria Distrital de Desarrollo Económico                                       |
| <b>SDIS</b>    | Secretaría Distrital de Integración Social   |
| <b>SDS</b>     | Secretaria Distrital de Salud  |
| <b>SDP</b>     | Secretaria Distrital de Planeación   |
| <b>SGSS</b>    | Sistema General de Seguridad Social  |
| <b>SIDBA</b>   | Sistema Distrital de Información sobre Barreras de acceso a los Servicios de Salud |
| <b>SIRBE</b>   | Sistema de Registro de Beneficiarios   |
| <b>SISBEN</b>  | Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales       |



|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>SISVAN</b>   | Sistema de Vigilancia epidemiológica Alimentaria y Nutricional   |
| <b>SIVIGILA</b> | Sistema de Vigilancia Epidemiológica   |
| <b>SISVEA</b>   | Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ambiental   |
| <b>SIVIM</b>    | Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual |
| <b>SISVECOS</b> | Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida.   |
| <b>SISVESO</b>  | Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral   |
| <b>SPA</b>      | Sustancias Psicoactivas.   |
| <b>SUIVD</b>    | Sistema Unificado de Información de Violencia y Delincuencia.  |
| <b>TB</b>       | Tuberculosis   |
| <b>TD</b>       | Tasa de Desempleo  |
| <b>UEL</b>      | Unidad Ejecutora Local   |
| <b>UPR</b>      | Unidad de Planeamiento Rural   |
| <b>UPZ</b>      | Unidades de Planeamiento Zonal   |
| <b>UTI</b>      | Unidades de Trabajo Informal   |
| <b>VIH</b>      | Virus de la Inmunodeficiencia Humana   |
| <b>VPH</b>      | Virus del Papiloma Humano  |

PRELIMINAR



## 1. INTRODUCCIÓN

El Diagnóstico Local con Participación Social es un documento que permite evidenciar la situación de salud y calidad de vida de la población general que reside en la localidad Los Mártires, a través de la identificación cuantitativa y cualitativa de problemáticas y necesidades sociales y de salud de la población; del mismo modo expone las respuestas y propuestas institucionales que surgen en pro de la mitigación de las mismas, mediante una visión poblacional, territorial, espacial y social, en el marco del enfoque de los determinantes sociales de la salud.

Conforme a lo anterior, el presente documento se estructura de la siguiente forma: el primer capítulo contextualiza la relación entre la dimensión económica, social y ambiental y su incidencia sobre la salud de la población, partiendo de un nivel de desagregación ordenado por la localidad y las Unidades de Planeamiento Zonal - UPZ, en el marco de los determinantes sociales de salud. De ahí resulta la identificación, definición, explicación y análisis de los problemas prioritarios que afectan la salud y la calidad de vida de la población local.



## 2. MARCO CONCEPTUAL

El Diagnóstico con Participación Social de la localidad Los Mártires se desarrolla con base en diferentes conceptos y relaciones, los cuales enmarcan las interpretaciones y análisis integral de la salud y la calidad de vida a través de la descripción cuantitativa de los eventos reportados en 2014, lo que permite el análisis cualitativo que conducirá al planteamiento de propuestas de respuesta en el escenario local. Por tal razón, es necesaria la aproximación a estos conceptos para la comprensión de la realidad en la que se encuentra la población local.

En primer lugar 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 vida (1).

Los conceptos anteriores permiten introducir al tema de determinantes sociales de salud, los cuales se entienden “como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud” (2). Según la Organización Mundial de la Salud, aquellas condiciones “son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (3). Los determinantes sociales de salud se clasifican en:

- **Estructurales:** se basa en las condiciones que ocurren en el conjunto de la sociedad y que afectan el modo de vida del sujeto, tales como las estructuras políticas y económicas del contexto internacional y nacional y la forma en que se genera y distribuye el poder y la riqueza en una sociedad.





- **Intermedios:** implica los factores que afronta la persona en un grupo poblacional, teniendo en cuenta el tiempo histórico, el escenario cultural social, natural y económico que define al individuo, en esa medida se entiende el acceso y prestación de servicios, oportunidades que brinda el medio.
- **Proximales:** se refiere a los aspectos individuales y manifestaciones a nivel personal o entorno más cercano al individuo (estructura biológica, psicológica y dinámica familiar), que definen un estilo de vida.

Cada uno de los determinantes muestra un panorama sobre la realidad social que se vive en la localidad; sus resultados sirven para promover el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar físico y social de la población. Bajo estos parámetros, se analiza la ocurrencia de los casos pertinentes en los diferentes indicadores por cada ciclo vital. Asimismo, el abordaje desde los determinantes sociales de salud en la población, se orientan bajo los siguientes enfoques: poblacional y territorial, de derecho y diferencial en cada ciclo vital. El poblacional y territorial reconoce al ser humano individual y colectivo desde su integralidad y diversidad en la interrelación territorio-población, visibilizando potencialidades o limitaciones del territorio que le imprime características propias a los diferentes grupos poblacionales, los transforma y les permite generar o no condiciones de vida para aportar a los procesos de desarrollo integral de las personas y las comunidades (4). En este sentido, requiere de un análisis de las dinámicas socioculturales que se tejen en un grupo poblacional, los cuales permiten un acercamiento a la organización de la vida en comunidad y a la interacción de las personas con otras sociedades y con el medio ambiente.

De acuerdo con lo mencionado, el ámbito sociocultural hace referencia al “proceso transformador del ser humano y de su realidad, y como elemento potenciador de la participación y la movilización ciudadana, que permite promover procesos locales donde la identidad y el sentido de pertenencia determinan el grado de compromiso e involucramiento de los actores como base de la sostenibilidad social y el desarrollo local sostenible” (5). Por su parte, el concepto de medio ambiente, es entendido como “el conjunto de componentes físicos, químicos, biológicos y sociales capaces de causar efectos directos o indirectos en un plazo corto o largo sobre los seres vivos y las actividades humanas” (6).

Por otro lado, el enfoque de derechos identifica a los ciudadanos como sujetos de derechos y aquello a lo que pueden acceder a través de la legislación. “Su propósito es analizar y actuar sobre las desigualdades y las inequidades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo, a partir de la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas y





programas” (7). Conceptualmente, el enfoque diferencial plantea “[...] una lectura de la realidad que pretende hacer visibles las formas de discriminación contra aquellos grupos o pobladores considerados diferentes por una mayoría o por un grupo hegemónico” (7) y, en razón de lo anterior, busca brindar adecuada atención y protección de los derechos de la población.

Por otro lado, considerando la necesidad de reorientar la actuación en salud pública en torno a la consecución de resultados, en Colombia se han definido dimensiones prioritarias, entendidas como “elementos ordenadores de abordaje y actuación en salud pública” (8), es decir, un proceso técnico y político con el que es posible ordenar y armonizar el qué hacer de la salud pública.

La prioridad en su formulación y desarrollo son los sujetos y colectivos que constituyen la esencia de la salud pública. En este contexto, las dimensiones tienen múltiples entradas por ciclo de vida, eventos, determinantes sociales, diferenciales de género, pertenencia étnica, discapacidad, víctimas entre otros, con el propósito de alcanzar el bienestar general de población sin distinción alguna.

Sus principales componentes, pueden ser definidos a partir de distintos criterios a través de los cuales se logre identificar y priorizar aspectos que demandan mayor atención o cuya intervención mejore los resultados para determinada dimensión. A continuación, se definen y conceptualizan cada una de estas dimensiones, destacando sus principales componentes.

- **Salud Ambiental:** Según lo propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social (2013), la salud ambiental es un componente esencial de la salud pública que promueve la calidad de vida del ser humano, al reconocerlo como un integrante más de los ecosistemas. Para esta línea, el análisis de todos los factores ambientales que pueden afectar la salud de la población es de vital importancia, por esta razón no sólo se estudian los agentes físicos, químicos ó biológicos; sino también aquellos factores que infieren negativamente en los ecosistemas como son el cambio climático, la deforestación y la pérdida de la biodiversidad; cuyas consecuencias perturban de manera directa o indirecta la calidad de vida individual, familiar y colectiva del ser humano.

No obstante, como principales componentes de análisis e intervención se encuentran la calidad del agua, el aire y el saneamiento básico, así como la seguridad química y la garantía de un hábitat saludable y sostenible.

Desde esta perspectiva, la salud ambiental constituye un determinante de orden estructural, intermedio y proximal, que debe ser incluido en los procesos de desarrollo nacional y territorial, al incorporar aspectos relacionados con la equidad social, la justicia ambiental, la participación, la integralidad y la intersectorialidad de los sectores público y privado.



- **Salud mental y convivencia:** esta dimensión se relaciona con el estado dinámico de bienestar, favorable para la vida y la convivencia, del mismo modo asocia a la capacidad de responder a las distintas demandas del medio “de carácter auto percibido e identificable por los individuos, familias y comunidad; que se deriva de la interacción compleja entre las emociones, ideas, pensamientos, creencias, percepciones y cogniciones” (9). En este contexto, la salud mental, la salud física y la salud social son componentes esenciales de la vida y guardan una interdependencia entre sí, entre mayor se es consciente de ello mejora el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países.

Entre sus componentes se encuentran la convivencia, entendida como la expresión colectiva del encuentro, interrelación y acuerdo entre las personas bajo unos parámetros de respeto y reconocimiento del otro. En el campo de la salud mental, el análisis se centra en la salud comunitaria, en la cual se configuran los procesos sociales y simbólicos, que permite la construcción de la identidad, la subjetividad, la realidad personal, social y cultural.(10)

- **Seguridad alimentaria y nutricional:** se relaciona con la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, así como con su acceso y consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad y calidad por parte de todas las personas. De acuerdo con la FAO (1996), este tipo de seguridad se alcanza en el momento en que la población logra acceder física y económicamente a suficiente alimento, seguro y nutritivo, con el cual puedan satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias para llevar una vida sana y activa. (11)
- **Salud sexual y reproductiva:** Constituye un componente esencial dentro de los programas de salud, pues busca incrementar la capacidad de las personas para convertirse en miembros bien equilibrados, responsables y productivos de la sociedad, y garantiza el bienestar físico, mental y social en todas las cuestiones relativas al aparato reproductor y sus funciones y procesos, de ahí que se le reconoce a nivel internacional como un derecho humano y esencial para el alcance de una vida plena y sana.

En este contexto, garantizar el desarrollo pleno en condiciones de equidad y justicia social de los derechos reproductivos a través de estrategias de intervención en salud, es un aspecto esencial que deben asumir con responsabilidad las instituciones del Estado.

Entre sus principales componentes se encuentran: la maternidad segura, orientada a garantizar a la mujer un proceso de gestión sano, así como mejores condiciones para el recién nacido/a. La salud sexual y reproductiva, asociada a la protección y promoción de los derechos reproductivos de todos los individuos



y parejas, “a través del acceso cabal a los servicios de salud y a información completa para satisfacer las necesidades sexuales y reproductivas a lo largo de su ciclo de vida” (12). Finalmente, se encuentran los eventos en salud sexual y reproductiva, relacionados con el embarazo, parto y puerperio, así como con enfermedades de transmisión sexual (infecciones y cáncer), violencia de género y todos los relacionados con la conducta sexual.

- **Vida saludable y condiciones crónicas:** su enfoque centrado en la atención oportuna de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, conlleva a garantizar a través de las políticas públicas el goce efectivo del derecho a la salud, así como “el desarrollo de aptitudes y condiciones personales y sociales favorables que permitan ejercer un mayor control sobre su salud, afectando los modos, condiciones, prácticas y hábitos de vida saludable” (13).

En este contexto, los principales componentes a intervenir desde la salud pública constituyen la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable, que le permitan a la población mejorar integralmente su estado de salud y condiciones crónicas caracterizadas por: la ausencia de microorganismo causal, factores de riesgo común, latencia prolongada, importancia de factores del estilo de vida y del ambiente físico y social, consecuencias a largo plazo (minusvalías físicas y mentales); entre otras, que exigen cuidados integrales, continuos y prolongados.

- **Amenazas agudas para la salud colectiva:** la ocurrencia de fenómenos naturales que ponen en riesgo el bienestar y la salud de población, se ha convertido en un tema de interés en salud pública y otros sectores de la sociedad, que adquieren un gran compromiso al momento de realizar inversiones necesarias, orientadas a garantizar la salud de su población.

Entre sus campos de acción se encuentra el análisis de los cambios ambientales, que puede afectar en forma directa o indirecta el comportamiento de vectores, la calidad del agua y alimento, entre otros, esenciales para la salud y calidad de vida de la población. También aborda aspectos relacionados con “la magnitud del problema, la morbimortalidad evitable, el potencial de riesgo epidémico y de intervención conjunta con otros actores y sectores entre otros (14).



### 3. MARCO METODOLOGICO

El desarrollo metodológico planteado para la construcción del Diagnóstico local con participación social 2014 para la localidad Los Mártires, se realizó a partir de la recolección de fuentes de información, primarias y secundarias. Desde la lectura integral del contexto local a partir de perspectivas cuantitativas, cualitativas y espaciales que aportan al análisis de la situación social y de salud de la población de la localidad en las diferentes escalas del territorio.

De acuerdo a lo anterior, la información primaria que aportó a la construcción del Diagnóstico Local, tiene que ver con las bases de datos de los subsistemas de vigilancia en salud pública del Hospital Centro Oriente ESE II Nivel, los análisis y seguimientos de los indicadores en salud correspondientes al año 2014 y los resultados generados de ejercicios de análisis, desarrollados con los equipos APS del programa territorio saludable y con el equipo de gestión de políticas y programas de la ESE. Por otro lado, las fuentes de información secundarias planteada en este análisis local, tienen lugar en diferentes documentos oficiales generados por instituciones de carácter local, distrital y nacional, como los boletines de la encuesta multipropósito Bogotá 2011-2014, proyecciones DANE y plan de desarrollo local Los Mártires 2013.

Con el objetivo lograr un análisis integral acerca de las condiciones socioeconómicas, ambientales demográficas y de salud que afectan a la población, la metodología bajo la cual se desarrolla el Diagnóstico local con participación social 2014 para la localidad Los Mártires, se enmarca en la estrategia BIT PASE. Esta estrategia permite realizar el análisis de la situación social y de la salud de la población, teniendo en cuenta las dimensiones del desarrollo planteadas por el Plan Decenal de Salud Pública y las tensiones generadas en estas dimensiones, que afectan la calidad de vida de la población de la localidad.

En este sentido, es de vital importancia señalar que la construcción de este diagnóstico, se orientó en tres momentos, plasmados en cada uno de los capítulos que componen este documento. El primer momento estuvo centrado en una revisión sistemática de las fuentes de información primaria y secundaria, partiendo del análisis de perspectivas, cuantitativas, cualitativas y espaciales, que dan lugar a la relación población, territorio, ambiente y sociedad de la localidad.

De ahí, que el eje ordenador del Diagnostico local con participación social del año 2014, este fundamentado en la comprensión del proceso de salud-enfermedad a la luz del análisis de los determinantes sociales de la salud, a partir de las dimensiones del desarrollo y la identificación de tensiones en salud que afectan directamente dicho proceso y que encuentran sustento en la estrategia BIT PASE a la equidad en salud, entendiendo la situación social y de salud de la población como un engranaje multicausal y cíclico.





Por otro lado, cabe señalar que dentro de los análisis presentes en este diagnóstico, se realizó un acercamiento a la situación particular de cada uno de las etapas de ciclo vital, teniendo en cuenta el contexto de las mismas dentro del territorio.

PRELIMINAR



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

### 4.1 CONTEXTO TERRITORIAL

#### 4.1.1 Localización.

La localidad Los Mártires se encuentra ubicada en el sector centro oriental de la ciudad de Bogotá. Limita al norte con la localidad Teusaquillo a través de las Avenidas Calle 26 y Calle 25; al occidente con la localidad Puente Aranda a partir de la Avenida Carrera 30; el límite sur se inicia a partir de las Calles 8 Sur y Calle 1 con la localidad Antonio Nariño; y al oriente limita con la localidad Santa Fe, siendo la Avenida Carrera 14 el eje vial que las divide. Está conformada por dos UPZ correspondientes a Santa Isabel-37 y La Sabana-102 (ver Mapa 1)

El área urbana de la localidad equivale al 2.0 % del área total urbanizada del Distrito Capital. Posee una extensión de 654.58 hectáreas (ha), donde el 98.6% (n=645.75 ha) corresponde a suelo urbano y el 1.4% (n=8.83 ha) a áreas protegidas. Desde el punto de vista geomorfológico, cuenta con suelos de tipo arcilloso de color gris oscuro con estratificación de formación tipo sabana al igual que toda Bogotá, con estratificación lentes de arena y grava e intercalaciones de ceniza volcánica de color gris blancuzco, sus niveles arenosos y de gravas son importantes para el almacenamiento de agua, su espesor alcanza los 320m.

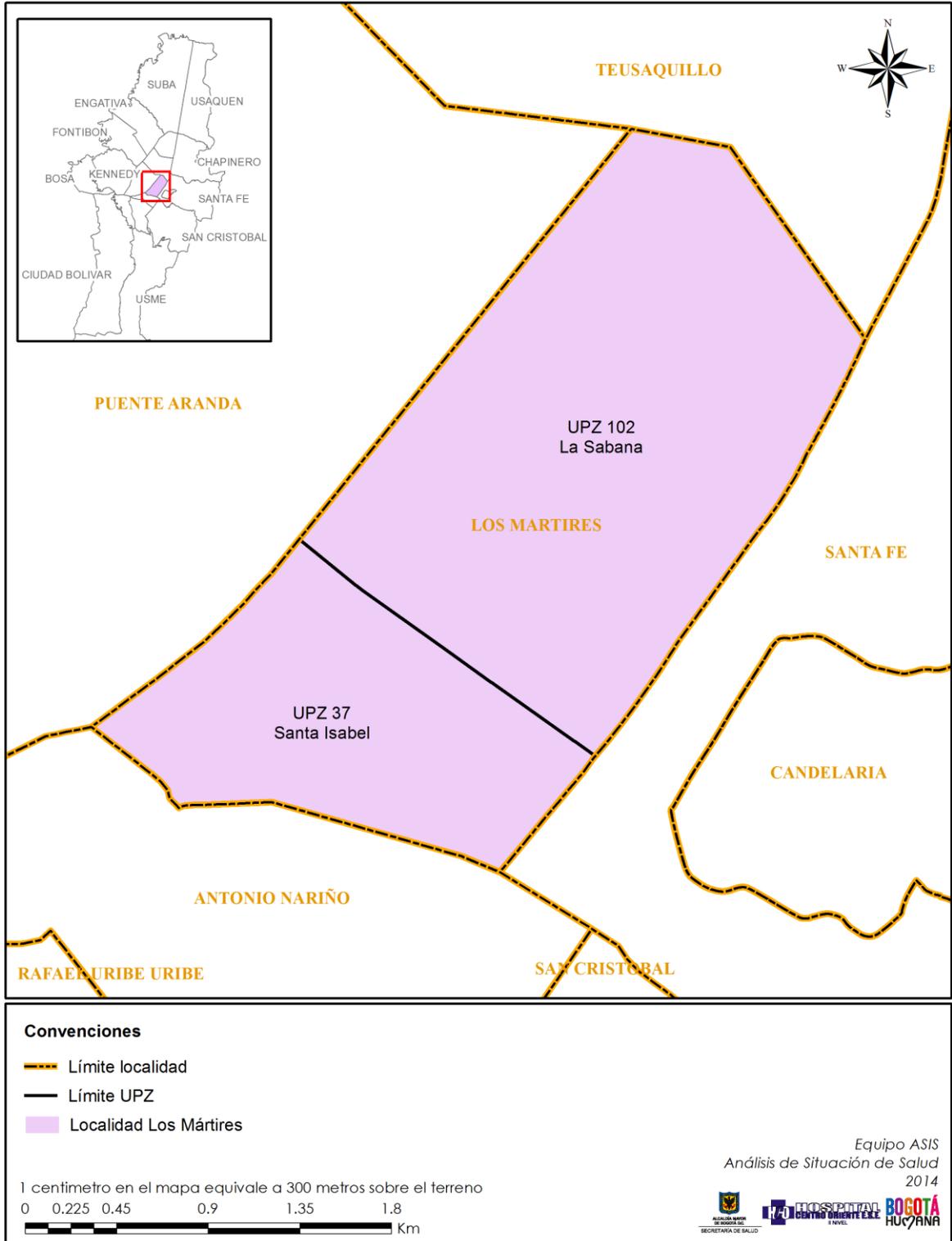
**Tabla 1** Clasificación y extensión por UPZ.

| UPZ             | Clasificación Urbana | Área total (ha) | %     |
|-----------------|----------------------|-----------------|-------|
| 37 Santa Isabel | Residencial          | 202.23          | 30.89 |
| 102 La Sabana   | Zona de Alto Impacto | 452.35          | 69.11 |
| <b>Total</b>    |                      | 654.58          | 100   |

Fuente: SDP, Decreto 349 del 2002 y Decreto 187 de 2002. Bogotá D.C



### Mapa 1 División político administrativa y límites



Fuente: Equipo ASIS Local año 2014.



#### 4.1.2 Historia reciente del asentamiento.

Los Mártires es una de las localidades que hace parte de la fundación de Bogotá, debido a que su territorio correspondía a gran parte de la extensión rural de la ciudad. Su nombre hace referencia a aquellas figuras notables de la independencia de Colombia frente a la corona española, tales como Policarpa Salavarrieta, Jorge Tadeo entre otros, quienes fueron fusilados en la zona donde hoy se ubica la Plaza de Los Mártires.

Dentro de su proceso de crecimiento habitacional, inicialmente fue ocupada por familias importantes de la ciudad e inmigrantes judíos. Actualmente, debido a las dinámicas demográficas, los antiguos habitantes se desplazaron hacia otras localidades y “con el transcurso de los años se desarrollaron en el sector otro tipo de actividades como el ejercicio de la prostitución, el tráfico ilegal de drogas” (15).

En concordancia con lo anterior, la delimitación de la zona de alto impacto de Bogotá ha coadyuvado en la intensificación de los cambios en los usos del suelo de la localidad. De acuerdo con los estudios realizados por la Contraloría de Bogotá, entre el centro y oriente de la ciudad se concentra el 46.0% de los establecimientos dedicados a la prostitución (16). En particular, el decreto 187 de 2002 (17) reglamenta a la UPZ La Sabana – 102 como zona de alto impacto, es decir, aquella autorizada para el establecimiento de usos relacionados con el ejercicio de la prostitución, en el marco de los decretos 400 de 2001 (18) y 188 de 2002 (19), por medio de los cuales se definen las condiciones para la localización de las zonas de alto impacto en Bogotá.

Según lo anterior, se reconoce la dinámica poblacional de la UPZ 102 y dentro de ella la población diferencial en la zona denominada “El Bronx” cuyo nombre es un símil con el condado neoyorquino de bajo estrato en el que viven personas de origen afro-descendiente y latinos.

En contexto histórico, a partir de Agosto de 2013 se reconoce el Territorio Bronx como parte de un proyecto diferencial en el campo de la salud, sale a la luz pública luego de la transición del antiguo sector del Cartucho, ubicado en la localidad Santa Fe, en un sector del Barrio Santa Inés en lo que hoy se conoce como el Parque tercer Milenio; a partir de ahí, el Bronx se conoce como resultado de un proceso de transformación social y urbana que re-define aquel espacio donde se configuran dinámicas sociales y de poder en torno a las sustancias psicoactivas y la ilegalidad (20). Dentro del Territorio Bronx se puede encontrar al habitante de/en calle, la persona en ejercicio de prostitución, el vendedor y consumidor de SPA, los cuales corresponden a unas prácticas de invisibilización de una marginalidad latente y presente pero negada e ignorada por el Estado a causa de la ilegalidad que rodea a la estructura social del territorio y que, al mismo tiempo, la define.

Tras una intervención realizada por la policía en septiembre de 2012, cuyo objetivo fue la recuperación social del ciudadano habitante de calle y la revitalización del



sector, se reveló el drama y la tensión social que se hallaban al interior del Bronx, vistos mediante el contexto de violencia y la pobreza asociados al consumo de SPA (21). A partir de este suceso el gobierno del alcalde Gustavo Petro crea una estrategia de re-socialización del Bronx, centrando su atención mediante el ámbito de la salud, para lo cual se crean los Centros de Atención Móvil de Atención al Drogadicto (CAMAD) que, hasta 2013, funcionaban en tres localidades de la ciudad, uno de ellos está en la localidad Los Mártires, específicamente en el barrio Voto Nacional, cercano al Bronx, un espacio que se define como Territorio Diferencial para cualquier efecto propio del análisis de salud, tras un decreto emanado en Marzo del año 2013.

Continuando con la descripción de la localidad, la UPZ Santa Isabel – 37, por su parte, estaba conformada por una gran hacienda donde se realizaban procesos agropecuarios, lo que le dio el nombre al barrio Santa Isabel. Posteriormente, empezó a ser habitada en su mayoría por comerciantes de esmeraldas, para más adelante constituirse como zona residencial consolidada de la localidad.

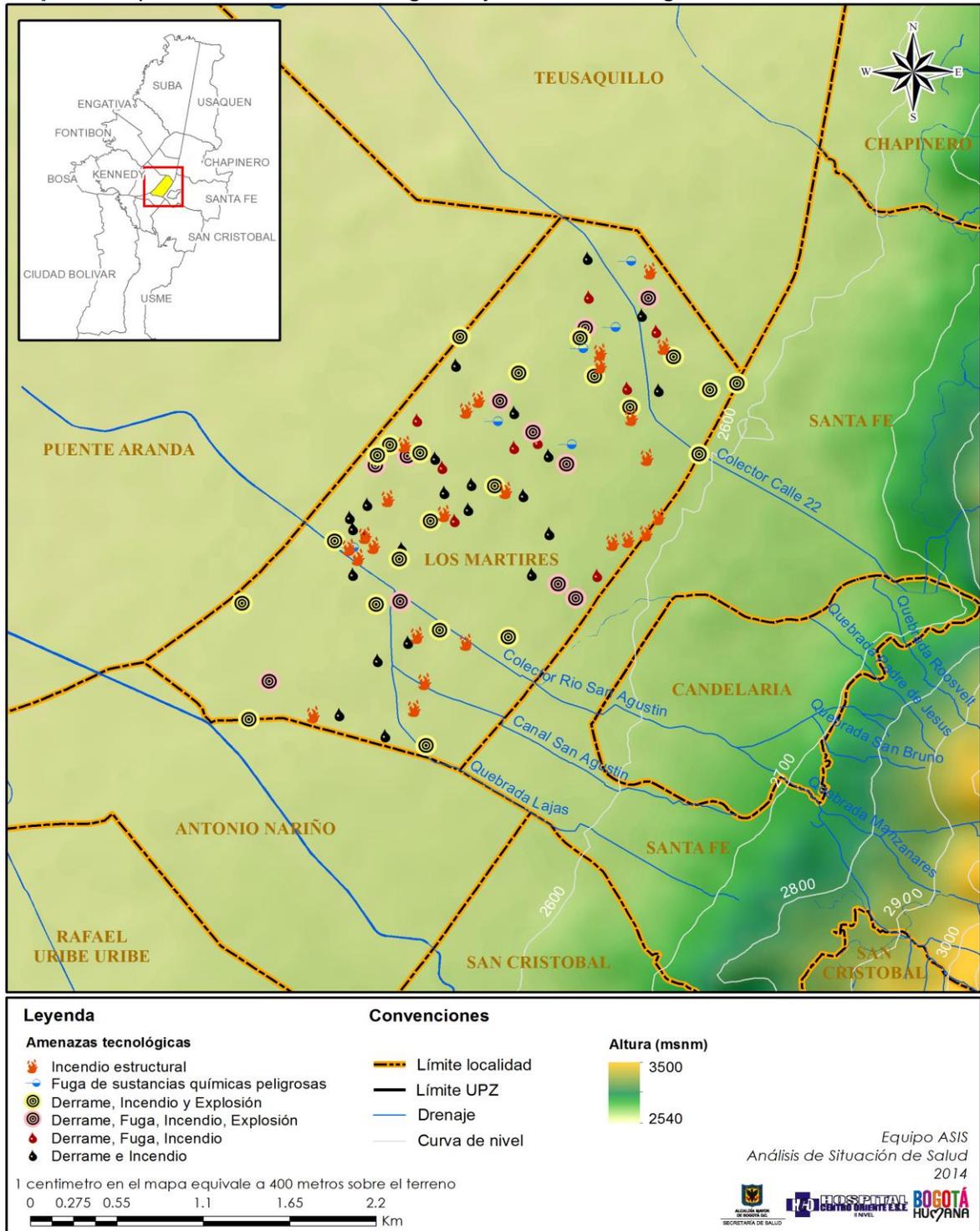
#### 4.1.3 Características físicas

La localidad Los Mártires cuenta con una reducida oferta de elementos naturales y ello se debe, principalmente, a la predominancia del uso del suelo urbano y los impactos que de ella se derivan. Es por ello que las características ambientales se limitan a los cuerpos de agua tales como la quebrada Las Lajas y los canales San Agustín, Colector Río San Agustín y Colector Calle 22 que, como lo indica su nombre, ya han sido canalizados y convertidos en colectores de aguas residuales y/o lluvia. Así mismo, las zonas verdes se circunscriben a aquellas localizadas dentro de parques, los cuales están concentrados mayoritariamente en la UPZ 37, dado su carácter residencial, mientras en la UPZ 102 se localizan en los extremos norte y sur, siendo muy escaso en el centro de la unidad espacial.

En lo referente a los riesgos ambientales, la localidad se caracteriza por los altos índices de contaminación debidos a los constantes vertimientos de aceites, grasas y residuos Industriales, principalmente en los barrios Ricaurte, La Favorita y Samper Mendoza. De igual manera se evidencian sitios donde se acumulan residuos sólidos, producto de la actividad industrial y comercial, que hacen parte de la actividad laboral de recicladores y habitantes de calle, ubicados principalmente en el tramo de la carrilera del ferrocarril que va desde la carrera 19 hasta la carrera 23. Por su parte, “las fuentes móviles como automóviles, buses, busetas y camiones descargan monóxido de carbono, contribuyen al incremento de la contaminación atmosférica de la localidad, ya que se encuentran vías de gran tráfico vehicular como la calle 13, la Avenida Caracas, la Carrera 24 y la Avenida 19” (22). (Ver Mapa 2)



**Mapa 2** Mapa de relieve con hidrografía y zonas de riesgo



Fuente: Equipo ASIS Local año 2014.



Aunque no se constituya como un riesgo ambiental, el Servicio de Atención al Medio Ambiente – SAMA del Hospital Centro Oriente ESE II Nivel identifica los siguientes problemas ambientales que pueden afectar la calidad de vida y el estado de salud de la población de la localidad, a saber: (a) presencia de roedores, (b) tenencia inadecuada de animales, (c) mal manejo de residuos, (d) presencia de plagas, (e) falta de vigilancia sanitaria y (f) excretas humanas.

De las situaciones referidas cabe resaltar las que se reportan frecuentemente y, a su vez, abarcan grandes áreas dentro de la localidad. La presencia de roedores se focaliza sobre la vía férrea, es decir, la avenida calle 22, la diagonal 19A y las carreras 18 y 19; finalmente, al sur de la localidad, en la carrera 18 y la transversal 20 entre calles 1F y 3. Esta situación alude, en gran parte, al mal manejo de basuras en el espacio público, las cuales se concentran en el centro de la localidad, en la zona de las calles 10 y 11A entre carreras 18 y 19.

Por otra parte, la disposición de excretas de animales y en mayor medida de humanos, es una problemática ambiental que con el paso del tiempo se hace más evidente en la localidad, concentrándose hasta el momento en los barrios Santa Fe y Favorita en mayor medida, sin embargo se evidenció también en algunas zonas del barrio Voto Nacional y el límite del barrio Samper Mendoza y Usatama.

Otro riesgo ambiental que debe considerarse es la contaminación generada por los gases tóxicos emitidos por las industrias ubicadas en la localidad de Puente Aranda, la cual limita al occidente de la localidad y según registro del Plan Ambiental Puente Aranda 2013 – 2016, se midieron los puntos críticos de contaminación atmosférica: el corredor de la avenida Norte Quito Sur y la Calle 13 y sus alrededores, los cuales convergen en la problemática.

#### 4.1.4 Accesibilidad geográfica

Al encontrarse en la zona centro-oriente del área urbana de Bogotá, la localidad Los Mártires se encuentra influenciada por algunos de los principales ejes viales del Distrito, de esta forma en el eje de sur a norte y viceversa, la localidad se encuentra interconectada por las avenidas Caracas (AK 14), Mariscal Sucre (AK 18), General Santander (AK 27) y Ciudad de Quito (AK 30). Por su parte en el eje de occidente a oriente y viceversa se encuentra interconectada por las avenidas Fucha (AC 8S), de La Hortúa (AC 1), de Los Comuneros (AC 6), Jiménez de Quesada (AC 13), Ciudad de Lima (AC 19), Teusaquillo (AC 25) y Jorge Eliecer Gaitán (AC 26).

La oferta de ciclorutas también se hace amplia especialmente a través de los ejes viales principales, éstas se encuentran en la localidad sobre las avenidas Caracas (AK 14), Mariscal Sucre (AK 18), Ciudad de Quito (AK 30), de La Hortúa (AC 1), de Los Comuneros (AC 6), Jiménez de Quesada (AC 13), la Avenida Calle 22 y sobre la Calle 24.



No obstante, pese la gran oferta vial, de acuerdo con la Secretaría Distrital de Planeación (2013), las dos UPZ de la localidad presentan un índice de movilidad baja, lo que implica que las tasas de motorización tanto en autos como en motos sean 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, (23) afectando de manera significativa la economía de los habitantes de estas UPZ.

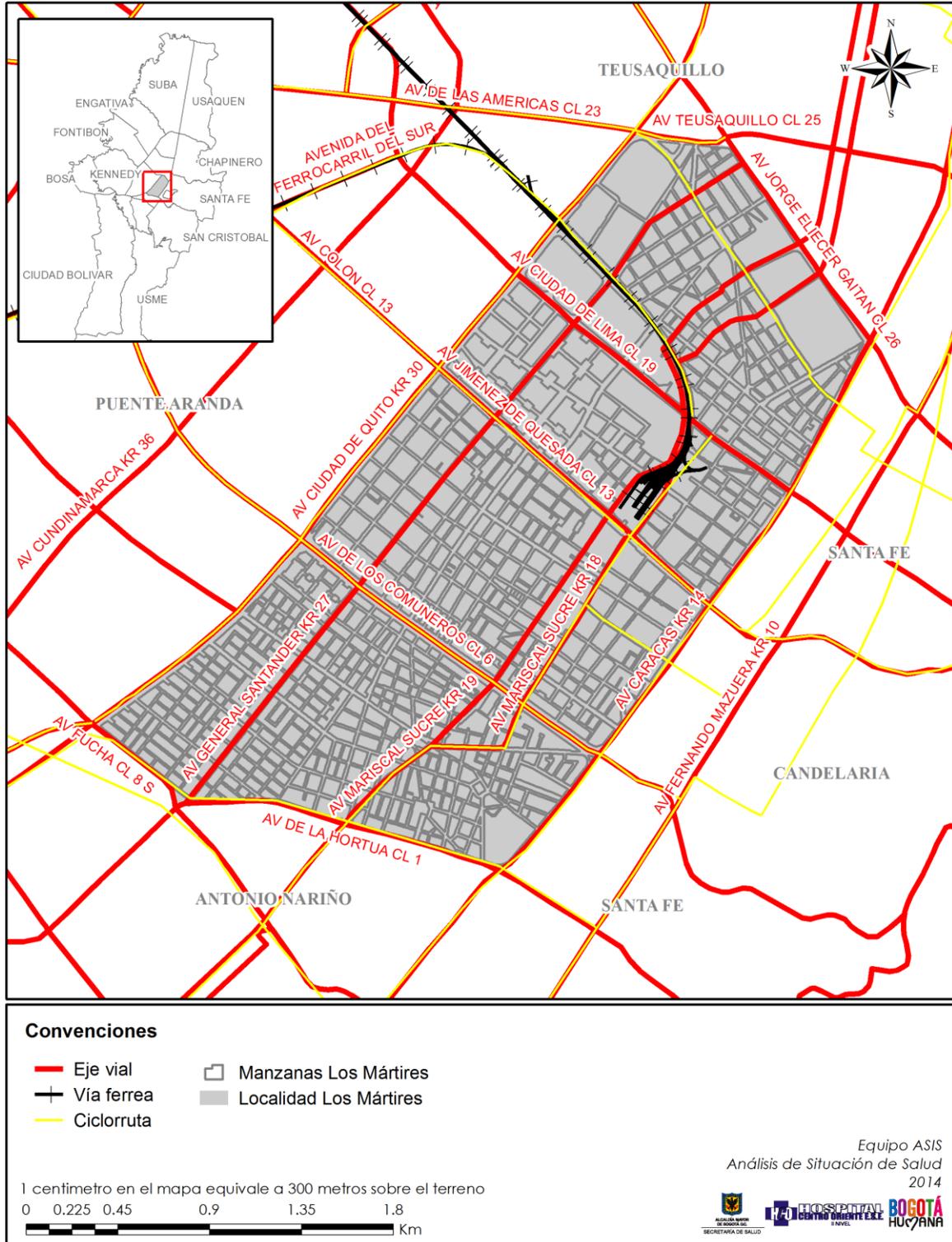
**Tabla 2** Índice de Movilidad para cada UPZ.

| UPZ                   | MOVILIDAD | PUNTAJE |
|-----------------------|-----------|---------|
| UPZ Santa Isabel - 37 | Baja      | 0.1977  |
| UPZ La Sabana - 102   | Baja      | 0.1984  |

Fuente: Secretaria 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.



### Mapa 3 Vías de comunicación



Fuente: Equipo ASIS Local, año 2014.

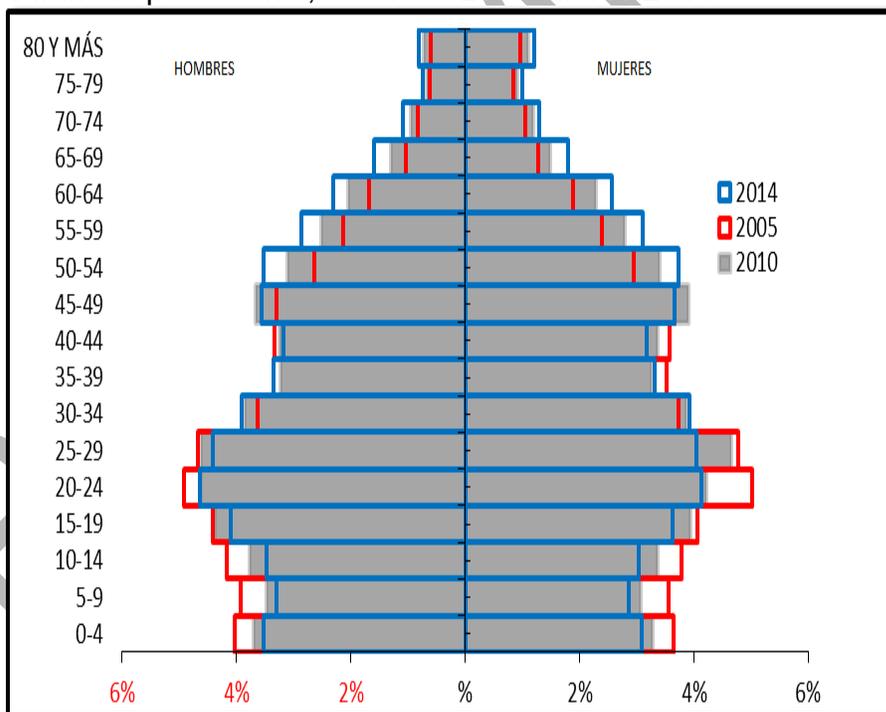


## 4.2 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

### 4.2.1 Tamaño y volumen

De acuerdo a las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE-, se construyó la pirámide poblacional de la localidad para el año 2014 y esta es de tipo regresiva es decir que hay una disminución en la fecundidad y natalidad y este fenómeno se identifica en el estrechamiento de la base piramidal donde se ubica la población menor de 1 año y de 1 a 4 años; la tendencia ha sido hacia la disminución desde el año 2005; dicho estrechamiento se da hasta la población con 19 años de edad de este punto en adelante se observa un aumento de la población, indicando que es una población tendiente al envejecimiento. Por otra parte la pirámide también indica otro fenómeno y es la pérdida de población como consecuencia de la emigración de sus habitantes, quienes se van en busca de mejores oportunidades laborales, por el deterioro físico, del entorno y social que se han dado en la localidad (ver **Figura 1**)

**Figura 1.** Pirámide poblacional, localidad Los Mártires 2014



Fuente: DANE. Censo General 2005, DANE - SDP, Proyecciones de población según localidad, 2005 – 2015



De acuerdo a las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE- se estima que la población residente en el distrito capital para el año 2014 es de 7.776.845 habitantes de las cuales 98.637 residen en la localidad lo cual corresponde al 1.26%. El 50.4% de la población residente en Los Mártires corresponden a hombres y el 49.6% corresponden a mujeres.

La distribución de los asentamientos poblacionales por UPZ, de acuerdo a sus características predominantes, evidencia que la UPZ 37, Santa Isabel, es de tipo residencial consolidado, mientras que la UPZ 102, La Sabana, es de predominio Comercial.

Así, Los Mártires se constituye como un territorio principalmente urbano distribuido a lo largo de 655 hectáreas que equivalen al 2% del área total urbanizada del Distrito Capital (24). Sin embargo, según datos de la Secretaría Distrital de Salud, la población de la localidad de Los Mártires, se concentra en la UPZ 102. Dentro de las causas por la cual se presenta la mayor concentración de población en esta zona, se asocia al desplazamiento de personas, especialmente indígenas y de otras regiones del país, además de habitante de calle y personas que consumen sustancias psicoactivas.

#### 4.2.2 Estructura poblacional

Teniendo en cuenta la tasa de crecimiento de los últimos 10 años se evidencia un cambio en la población de esta localidad, es decir el ritmo de crecimiento ha tendido a la disminución esto implica también un cambio dentro de los diferentes grupos de edad lo que a la postre generará cambios en la vida social, económica y de calidad de vida de esta población debido a las demandas y necesidades particulares (ver Tabla 3)



**Tabla 3.** Proyecciones de población por sexo y tasa de crecimiento 2005-2015, localidad Los Mártires.

| Año  | Hombres | Mujeres | Total  | Tasa de crecimiento exponencial (X 100) |
|------|---------|---------|--------|---|
| 2005 | 47,234  | 48,632  | 95,866 |   |
| 2006 | 47,523  | 48,687  | 96,210 | 0.36                                    |
| 2007 | 47,817  | 48,751  | 96,568 | 0.37                                    |
| 2008 | 48,112  | 48,818  | 96,930 | 0.37                                    |
| 2009 | 48,402  | 48,881  | 97,283 | 0.36                                    |
| 2010 | 48,680  | 48,931  | 97,611 | 0.34                                    |
| 2011 | 48,994  | 48,932  | 97,926 | 0.32                                    |
| 2012 | 49,277  | 48,932  | 98,209 | 0.29                                    |
| 2013 | 49,520  | 48,930  | 98,450 | 0.25                                    |
| 2014 | 49,712  | 48,925  | 98,637 | 0.19                                    |
| 2015 | 49,840  | 48,918  | 98,758 | 0.12                                    |

Fuente: DANE. Censo General 2005, DANE - SDP, Proyecciones de población según localidad, 2005 – 2015

Al analizar la distribución por grupo de edad se evidencia una disminución evidente y progresiva durante los últimos 9 años en la población menor de 1 año, en el grupo de 1 a 4 años y en el grupo de 15 a 44 años; mientras que en el grupo de 45 a 59 años y población mayor de 60 años el aumento ha sido progresivo en este periodo de tiempo; lo que sugiere que la población de la localidad tiende a envejecer y sin renovación generacional (ver Tabla 4)

**Tabla 4.** Distribución poblacional por grupo de edad, localidad Los Mártires 2005, 2010, 2014

| Grupos de edad   | 2005  | 2010  | 2014  |
|------------------|-------|-------|-------|
| Menor 1 año      | 1515  | 1442  | 1367  |
| 1 a 4 años       | 5833  | 5372  | 5162  |
| 5 a 14 años      | 14790 | 13374 | 12503 |
| 15 a 44 años     | 46999 | 46157 | 45227 |
| 45 a 59 años     | 16381 | 18913 | 20168 |
| Mayor de 60 años | 10348 | 12353 | 14209 |

Fuente: DANE. Censo General 2005, DANE - SDP, Proyecciones de población según localidad, 2005 – 2015



La distribución de los habitantes por UPZ que conforman la localidad evidencia una mayor concentración en la UPZ 102, La Sabana, con 53078 habitantes es decir el 53.8% de la población en la localidad, de las cuales 27860 son hombres y 25218 son mujeres. Entre tanto la UPZ 37 Santa Isabel cuenta con 45559 habitantes de los cuales 21852 son hombres y 23707 son mujeres.

De acuerdo a las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE-, la relación hombre a mujer calculada para el año 2014 indica que por cada 100 mujeres hay 102 hombres; dicha fórmula se invirtió durante los últimos 5 años. La razón niño a mujer relaciona la población de mujeres en edad fértil con los niños menores de 0 a 4 años; en el 2014 por cada 100 mujeres de 15 a 49 años hay 25 menores de 0 a 4 años este indicador ha disminuido en comparación con el año 2005 donde el indicador era de 27 menores de 0 a 4 años.

#### 4.2.2.1 Índices Demográficos

Los índices demográficos calculados para el año 2014 demuestran los siguientes hallazgos:

- El índice de infancia demuestra que por cada 100 habitantes de la localidad, 19 son menores de 15 años.
- El índice de juventud es de 25 personas entre los 20 a 29 años de edad por cada 100 habitantes de la localidad.
- El índice de vejez es de 9 adultos mayores de 65 años por cada 100 habitantes de la localidad.
- El índice de envejecimiento, que muestra la relación entre la población menor de 15 años y la población mayor de 65 años, es de 49; es decir por cada 100 menores de 17 años existe 49 adultos mayores de 65 años.

Los índices de dependencia son usados para medir la necesidad potencial de soporte social de la población en edades inactivas por parte de la población en edades activas; dichos índices calculados para el año 2014 demuestran los siguientes hallazgos:

- El índice demográfico de dependencia demuestra la relación entre la población menor de 15 años y mayor de 65 años con la población entre los 15 a 65 años (población que forma la fuerza laboral y de quien depende la situación económica de la población infantil y adulta mayor); en la localidad por cada 100 personas entre los 15 a 65 años existe 40 menores de 15 años y mayores de 65 años.
- El índice de dependencia infantil demuestra que por cada 100 personas entre los 15 a 65 años hay 28 menores de 15 años y el índice de dependencia en la vejez señala que por cada 100 personas entre los 15 a 65 años hay 13



adultos mayores de 65 años. De tal manera que el índice de dependencia es mayor en la infantil que en la de vejez.

- El índice de Fritz señala que tan joven o envejecida es la población en estudio y es así como índices superiores a 160 demuestra que la población es joven, mientras que si el resultado es inferior a 60 se considera una población envejecida: para el año 2014 el índice de Fritz es del 96 y si comparamos este índice desde el año 2005 este ha tendido a la disminución, lo que sugiere que aunque la población de la localidad Los Mártires no es del todo una población envejecida la tendencia de muestra que se va hacia ese sentido (ver Tabla 5)

**Tabla 5.** Índices demográficos, localidad Los Mártires 2005, 2010, 2014.

| Indicador                                | 2005  | 2010  | 2014  |
|--|-------|-------|-------|
| <b>Población total</b>                   | 95866 | 97611 | 98637 |
| <b>Población Masculina</b>               | 47234 | 48680 | 49712 |
| <b>Población femenina</b>                | 48632 | 48931 | 48925 |
| <b>Relación hombres: mujer</b>           | 97.1  | 99.5  | 101.6 |
| <b>Razón niños: mujer</b>                | 27.0  | 25.6  | 25.6  |
| <b>Índice de infancia</b>                | 23.1  | 20.7  | 19.3  |
| <b>Índice de juventud</b>                | 27.9  | 26.5  | 25.0  |
| <b>Índice de vejez</b>                   | 7.2   | 8.3   | 9.5   |
| <b>Índice de envejecimiento</b>          | 31.3  | 40.2  | 49.4  |
| <b>Índice demográfico de dependencia</b> | 43.5  | 40.9  | 40.5  |
| <b>Índice de dependencia infantil</b>    | 33.1  | 29.1  | 28.0  |
| <b>Índice de dependencia mayores</b>     | 10.4  | 11.7  | 13.4  |
| <b>Índice de Friz</b>                    | 112.2 | 102.1 | 96.2  |

Fuente: DANE. Censo General 2005, DANE - SDP, Proyecciones de población según localidad, 2005 – 2015

## 4.2.3 Dinámica poblacional

### 4.2.3.1 Tasa de crecimiento total, natural y tasa neta de migración.

De acuerdo a las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE, la tasa de crecimiento total para el año 2014 es del 0,19%; este ha venido en descenso de manera consecutiva años tras año y es así como en el año 2005 la tasa de crecimiento fue del 0.36%, en el año 2010 fue del 0.34% y en el año 2015 será del 0.12%; esta dinámica también se ve reflejada en el crecimiento natural o vegetativo de la localidad Los Mártires.

La tasa de crecimiento natural para el periodo 2010-2015 es de 8.13%, es decir un crecimiento natural alto (fenómeno presentado regularmente en los países en vías de desarrollo), en el cual se presentan más nacimientos que defunciones; es así como la tasa bruta de natalidad la cual se ubica en el rango de baja y está calculada



en 14.8 nacimientos por cada 1000 habitantes de la localidad en el periodo 2010-2015, mientras que la tasa de bruta de mortalidad es de 6.7 defunciones por cada 1000 habitantes de la localidad.

Otro de los indicadores de la dinámica poblacional a tener en cuenta es la tasa neta de migración que para el periodo de 2010 a 2015 en la localidad Los Mártires es de -6.04%, lo que significa que por cada 1000 habitantes de la localidad 6 abandonan este territorio; este indicador demuestra el fenómeno evidenciado en la pirámide poblacional donde existe una alta tendencia a la emigración en especial en los rangos de edad de 30 a 45 años, esto debido al deterioro social, del entorno de la localidad y la búsqueda de mejores oportunidades de empleo.

#### 4.2.3.2 Fecundidad y esperanza de vida al nacer

De acuerdo a las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE-, la tasa general de fecundidad para el periodo 2010-2015 es de 57.2 nacido vivos por cada 1000 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) de la localidad Los Mártires, entre tanto la tasa global de fecundidad indica que el promedio de hijos por cada mujer en edad fértil es de 1.9 lo cual indica que aún existe un nivel de reemplazo poblacional. Al igual que en los países de América latina la tasa global de fecundidad es muy alta y la longevidad va en aumento, por lo que la población total está aumentando tanto por la alta natalidad como la mejora en la longevidad (25)

La tasa de fecundidad por edades indica que la localidad tiene un patrón de fecundidad de cúspide temprana (edades tempranas) es decir que la máxima fecundidad se presenta en los grupos de edades de 20 a 24 años. Mientras que la edad media de la fecundidad o edad en la que en promedio tienen sus hijos las mujeres es de 27 años. La tasa bruta de reproducción (este indicador considera solamente los nacimientos de sexo femenino en ausencia de mortalidad) calculada para la localidad Los Mártires en el periodo 2010- 2015 es de 1 hija por cada mujer en edad fértil; mientras que la tasa neta de reproducción donde si se elimina el factor distorsionador que supone el hecho de no presentar mortalidades en las niñas antes de llegar a la edad reproductiva también es de 1 hija por cada mujer en edad fértil; esto evidencia que la localidad aun cuenta con reemplazo generacional.

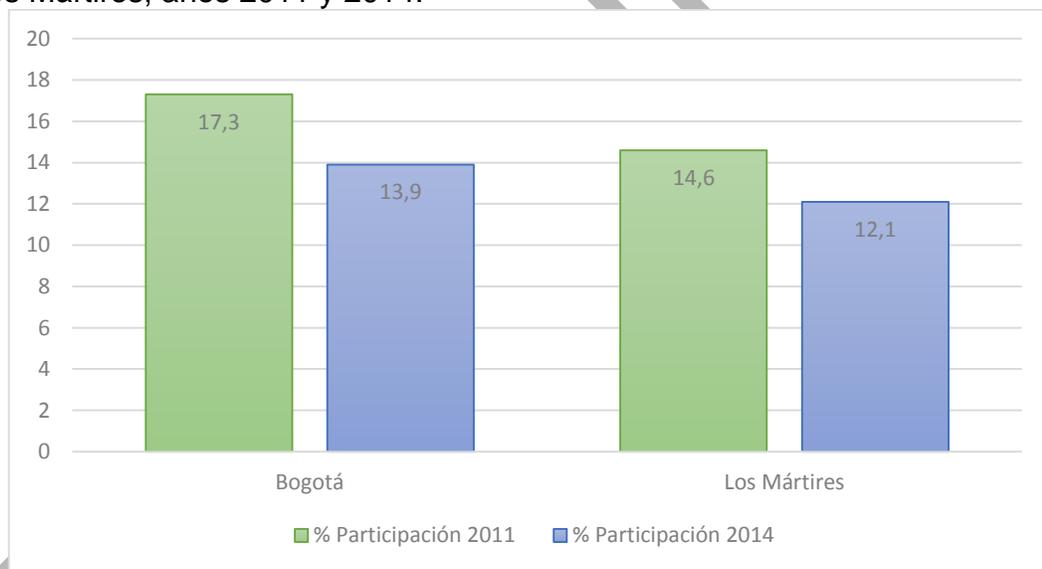
Por otra parte la esperanza de vida al nacer en Bogotá para el periodo 2010 -2015 está proyectado en 78 años, para los hombres en 75.9 años y para las mujeres en 80.1 años; estos datos comparados con el quinquenio anterior es decir 2005-2010 aumentaron en tan solo un año para cada grupo poblacional. Entre tanto la proyección de la esperanza de vida al nacer para la localidad Los Mártires en el quinquenio 2010-2015 es de 73.4 años, para los hombres es de 70.8 años y para las mujeres es de 76.2 años; cifras por debajo de los proyectado para el distrito capital.



#### 4.2.4 Participación social de la población por rango de edad y género. Año 2014

La encuesta multipropósito de 2014 mostró que la participación en organizaciones sociales de personas de 10 años y más en Bogotá, en comparación con el año 2011, disminuyó, pasando de 17,2% a 13,9%. De acuerdo con los resultados de 2014, el 86% de las personas de 10 años y más no participan en ningún tipo de organización social. Este resultado se vio reflejado en todas las localidades de la ciudad sin excepción. En el caso de Los Mártires la participación en organizaciones sociales en personas de 10 años y más disminuyó 2.5 puntos porcentuales con respecto a los resultados del año anterior (ver Figura 2), lo que evidencia un desinterés de la población por los programas que se ofrecen desde distintos sectores, en parte por cambios en las prioridades individuales y sociales y en parte por la falta de promoción de los mismos programas.

**Figura 2** Porcentaje de participación social población de 10 años y más en Bogotá y Los Mártires, años 2011 y 2014.



Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Encuesta Multipropósito 2014

#### 4.2.5 Movilidad

El aumento en el desarraigo de la tierra en los últimos años, producto del conflicto armado en el país ha dado cabida a la migración de la población campesina, indígena y afrocolombiana hacia las cabeceras. A 2013, la Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas la Paz y la Reconciliación caracterizó un total de 126.643 personas víctimas del conflicto armado en Bogotá, las cuales se encuentran concentradas en un mayor porcentaje en las localidades de Ciudad Bolívar (15%),



Bosa (15%) y Kennedy (15%), seguidas de las localidades de Suba (9%), San Cristóbal (8%) y Usme (7%) y con menor proporción se identifican las localidades de Engativá y Rafael Uribe (5%) cada una. Para el caso particular de la localidad Los Mártires se encuentra una pertenencia del (2.83%) de población víctima del conflicto con respecto al total.

**Tabla 6** Datos de víctimas del conflicto identificadas en la localidad Los Mártires para el año 2013

| Territorio   | APS | Informe víctimas del conflicto armado | Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas la Paz y la Reconciliación |
|--------------|-----|---------------------------------------|--|
| Los Mártires | 228 | 372                                   | 3588   |
| Bronx        | 14  |                                       |  |

Fuente: Datos del equipo de Gestión de Políticas Intersectoriales.

La presencia de población víctima del conflicto en las grandes ciudades refleja una falta en el desarrollo de políticas que garanticen sus derechos de inclusión social y de restitución de los bienes que les fueron expropiados, cuestión que se traduce en la vulnerabilidad social de la cual son objeto; asimismo su integración a las sociedades urbanas se da de manera marginal como producto del choque cultural que afecta negativamente a estos grupos étnicos.

Cabe tener en cuenta que, al estar excluidos de la interacción social, ellos se ven enfrentados a asumir un proceso de deconstrucción de pensamiento y cultura, ya que para los pueblos indígenas, su relación con la tierra está relacionada simbólicamente por significados, prácticas, tradiciones e historia. Tal es el caso de la población víctima del conflicto armado en Los Mártires que enfrenta diferentes dinámicas que vulneran el plano sociocultural entre las que se cuenta la pérdida de la identidad cultural y barreras del lenguaje; también ocurren cambios en el ámbito laboral con el ingreso de esta población al empleo informal como mecanismo de subsistencia, aspecto que modifica sus imaginarios de trabajo y representa cambios en su esquema de alimentación.

Aunado al ámbito económico debe considerarse que los lugares de residencia de la población víctima del conflicto armado, en la localidad, a menudo corresponden a “paga diarios” e inquilinatos, los cuales, por su facilidad de pago ofrecen albergue



a quienes lo necesiten, sin embargo, sus estructuras y espacios físicos se encuentran en condiciones de insalubridad y hacinamiento lo que representa un factor de riesgo a la salud y a la calidad de vida de la población que reside en estos lugares. Este hecho se evidencia en la UPZ 102 en donde se encuentra la presencia de asentamientos indígenas y población víctima del conflicto residiendo en quinlinatos de la zona.

Según el registro de población víctima del conflicto de la base oficial del proceso de canalización, la etapa de ciclo vital mayormente afectada por el conflicto armado, como puede observarse en la

Tabla 7, es la infancia quienes sufren de alteraciones en su salud mental como producto del cambio abrupto de su estilo de vida, repercutiendo en su desarrollo emocional y, en algunos casos físico; en cuanto al género que más se ve afectado puede notarse que son las mujeres quienes son víctimas de violaciones y agresiones físicas, además de ser desplazadas de sus tierras, lo que infiere violencia de género y una doble exclusión cuando se piensa en la vida en la ciudad.

**Tabla 7.** Distribución de la población víctima del conflicto armado por etapa de ciclo vital identificado por canalizaciones, localidad Los Mártires 2013

| Etapa de ciclo vital | Infancia | Adolescencia | Juventud | Adulthood | Vejez | Total general |
|----------------------|----------|--------------|----------|-----------|-------|---------------|
| Hombre               | 211      | 13           | 24       | 118       | 54    | 420           |
| Mujer                | 222      | 38           | 81       | 235       | 76    | 652           |
| Total general        | 433      | 51           | 105      | 353       | 130   | 1072          |

Fuente: Base oficial proceso de canalización, Hospital Centro Oriente, 2014

De este mismo proceso de canalización se logró identificar que de las 1072 personas identificadas como víctimas del conflicto en la localidad, 38 son habitantes de calle lo que representa el mayor porcentaje de una situación de doble vulnerabilidad social.



**Tabla 8.** Distribución de población víctima del conflicto armado con interseccionalidad identificado por canalizaciones, localidad Los Mártires 2014

| Tipo de población      |                                 | Número de casos | %   |
|------------------------|---------------------------------|-----------------|-----|
| Población diferencial  | Indígena                        | 15              | 1.4 |
|                        | Afro descendiente               | 13              | 1.2 |
|                        | Palanquero                      | 3               | 0.3 |
|                        | Raizal                          | 1               | 0.1 |
| Población de Inclusión | Recicladores                    | 32              | 3.0 |
|                        | Habitante de calle              | 38              | 3.5 |
|                        | LGBTI                           | 4               | 0.4 |
|                        | En ejercicio de la prostitución | 2               | 0.2 |

Fuente: Base oficial proceso de canalización, Hospital Centro Oriente, 2014

De esto se relacionan dificultades para la identificación y caracterización total de esta población dado la dificultad en el acceso y manejo de las víctimas del conflicto armado, la ausencia del auto reconocimiento de la condición o situación de víctima en especial, la desconfianza hacia las instituciones de ayuda y el temor a brindar datos personales de identificación y a la re-victimización. Asimismo la caracterización y el seguimiento a las familias víctimas del conflicto representa una labor complicada en la medida en que la población toma una característica flotante, que, aunado a factores habitacionales asociados a la residencia en inquilinatos o paga diarios, dificulta el proceso de acompañamiento que permita dar respuesta a las necesidades de la población.

Por último otra dificultad asociada al proceso de identificación de víctimas del conflicto es el registro de personas que no pertenecen a esta categoría sobre estimando la cantidad de población real víctima del conflicto armado.

### 4.3 CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

#### 4.3.1 Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y GINI.

Desde el enfoque de los determinantes sociales es importante relacionar las características socioeconómicas y de productividad de una población y su incidencia en la calidad de vida de los individuos.

Según el boletín de prensa emitido por el DANE (26), el coeficiente Gini calculado para la ciudad en 2011 fue de 0.542 y para la localidad Los Mártires se registra en



0.480, lo que corresponde a una diferencia de 0.062, traduciendo que el nivel de ingresos de la localidad con respecto a la ciudad presenta una diferencia en cuanto al acceso a los servicios básicos para satisfacer las necesidades básicas.

Según la Encuesta Multipropósito (27), el NBI calculado para Bogotá en 2014 muestra una disminución general de los niveles de pobreza y de miseria como puede verse en la Tabla 9.

**Tabla 9** Índices de pobreza y miseria por NBI, Bogotá y Los Mártires 2014

|                     | Total de personas |         | % Pobres por NBI |      | % Miseria por NBI |      |
|---------------------|-------------------|---------|------------------|------|-------------------|------|
|                     | 2011              | 2014    | 2011             | 2014 | 2011              | 2014 |
| <b>Bogotá</b>       | 7451231           | 7794463 | 5,2              | 4,2  | 0,3               | 0,2  |
| <b>Los Mártires</b> | 97926             | 99792   | 4,7              | 4,3  | 0,2               | 0,5  |

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Encuesta Multipropósito 2014

En la información de la Tabla 9 se observa que la localidad Los Mártires para el 2014 presenta una disminución en los niveles de pobreza por NBI, pero muestra un aumento en el índice de miseria por NBI, lo que infiere situación de pobreza oculta y condiciones de vida extremas para población vulnerable ante la miseria.

Es importante resaltar que algunos barrios de la localidad Los Mártires cuentan con bajas condiciones socioeconómicas, ello debido fundamentalmente a diversas situaciones de vulnerabilidad social asociadas a los bajos ingresos, al carácter flotante de ciertos grupos poblacionales, el desplazamiento forzado, el consumo de sustancias psicoactivas, la habitabilidad en calle y la prostitución. Dichas situaciones se presentan principalmente en los barrios La Favorita, Estanzuela, Santa Fe y Voto Nacional, lo que a través del tiempo puede generar un aumento en las brechas de inequidad social en la localidad.

#### 4.3.2 Ingresos y Gastos.

Según la encuesta Multipropósito para Bogotá – EMB 2011, el promedio de pago mensual de servicios públicos de los hogares de Bogotá fue de \$127.427 pesos. Así los ingresos de los bogotanos incrementaron en el año 2011, aunque a pesar de ello, el número de hogares perteneciente a los estratos más bajos se incrementó lo que sugiere un aumento en la concentración de la riqueza o desde otra perspectiva, una distribución de la misma de forma menos equitativa.

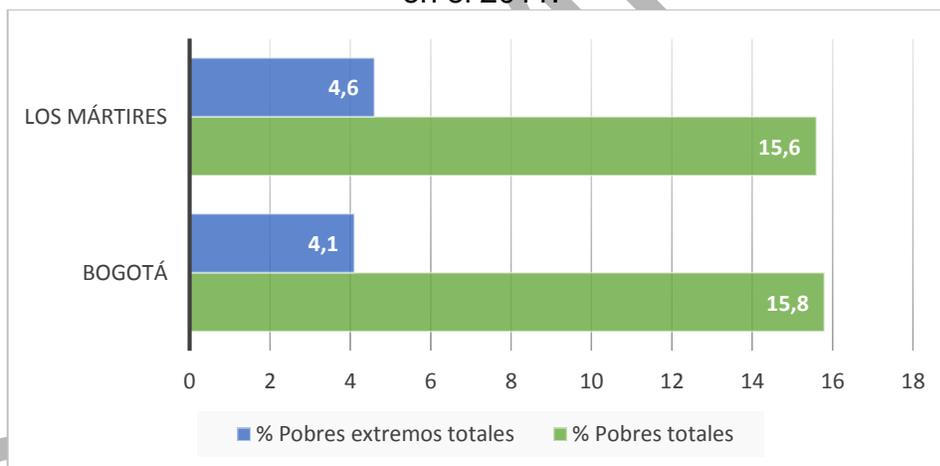


Ahora bien, el promedio de los gastos que tienen los hogares de la localidad Los Mártires destinados al pago de servicios públicos para el mismo año corresponde a \$190.000 pesos, el servicio por el que más pagaron fue acueducto con un pago promedio mensual de \$69.000 pesos.

#### 4.3.3 Pobreza monetaria y nivel de endeudamiento.

Otra variable a tener en cuenta al abordar la pobreza es el Índice de Pobreza Multidimensional -IPM, toda vez que incluye una dimensión que está directamente relacionada con niñez y juventud, cuyas variables son: (a) inasistencia escolar, (b) rezago escolar, (c) no acceso a los servicios relacionados con el cuidado de la primera infancia y (d) trabajo infantil. Para Bogotá, en los hogares que son pobres por IPM evidencian 166.145 niños entre 0 a 5 años. En ese sentido, las localidades con más niños y niñas pobres son Ciudad Bolívar (n=29.945), Bosa (n=21.168), Kennedy (n=19.538); mientras la localidad Los Mártires se ubica en el decimosexto puesto con 1.754 niños en esta condición.

**Figura 3** Porcentaje de pobres totales y pobres extremos en Bogotá y Los Mártires en el 2011.



Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Encuesta Multipropósito 2014

De lo observado en la Figura 3 se analiza que Los Mártires tiene un porcentaje de personas pobres considerable en contraste con Bogotá, sin embargo tiene un incremento en el porcentaje de pobres extremos lo cual corresponde con el índice de miseria visto en la Tabla 9, es decir que en la localidad las dinámicas socioeconómicas presentan pobreza oculta y dejan entrever unas condiciones económicas que afectan la calidad de vida de una parte de la población que podrían generar situaciones críticas en el ámbito de la salud relacionadas con el nivel de ingresos, tales como la seguridad alimentaria y nutricional, el acceso a servicios de salud y acceso a vivienda saludable.



#### 4.3.4 Desempleo.

En la localidad se registra un índice importante de trabajadores informales dedicados al comercio fijo y ambulante debido a las dinámicas socioeconómicas que funcionan al interior de Los Mártires pues aquí se encuentran puntos centrales de multi-comercio que concentran la venta de alimentos, artículos de aseo, motores y bicicletas; igualmente se encuentran establecimientos dedicados al trabajo sexual, a medicina popular y artículos de papelería; también se encuentran industrias textiles y fábricas de papeles. Si bien la población correspondiente al ciclo vital adultez es la que presenta la tasa más alta de ocupación, al mismo tiempo es la que más empleo informal concentra. La población joven, entre tanto, posee los niveles más bajos de ocupación, pero esta tiende a ser más formal, por esto en estos lugares se ven involucrados menores de edad debido a las dinámicas familiares y económicas que les rodean.

La tasa de desempleo de la localidad, para 2011, se calculó en 9.7, es decir, el 9.7% de la población local económicamente activa se encontraba sin empleo. Dicha cifra es superior a la tasa promediada para el Distrito, que correspondió a 8.6, presentándose una diferencia equivalente a 1.1 puntos porcentuales. En estos términos, Los Mártires es la localidad con la quinta mayor tasa de desempleo en el Distrito (28). Al abordar la distribución por sexo, se identifica que la tasa es superior para las mujeres, siendo esta de 12.8, con respecto a la de los hombres, la cual se calculó en 7.2.

Según la gran encuesta integrada de hogares, los indicadores del mercado laboral datos para el 2011, indican que la localidad contó con una Tasa Global de Participación-TGP de 60.3, lo que indica que el 60.3% de la población en edad de trabajar (con 12 o más años de edad) se encontraba económicamente activa, es decir, estaba trabajando o estaba buscando trabajo. Por sexo, la TGP para los hombres equivalió al 68.0% y para las mujeres al 52.7%; lo que indica que en la localidad se presentan brechas relacionadas con el empleo y empleabilidad en razón del sexo (28). De igual manera, la tasa de ocupación se calculó en 54.5, lo que indica que el 54.5% de la población en edad de trabajar se encontraba efectivamente ocupada. Al discriminar por sexo, se evidencia que la proporción de hombres que se encontraban ocupados equivale al 63.1%, mientras en las mujeres este indicador llegó al 46.0% (28).

#### 4.3.5 Ocupación.

El sitio en el cual se presenta la mayoría de los casos de trabajo infantil es la Plaza de Paloquemao, ubicada en la UPZ 102. La mayor parte de la población identificada



y caracterizada es de sexo masculino correspondiendo a 57.6%, mientras el restante 42.4% corresponde al sexo femenino. El rango de edad predominante comprende desde los cinco hasta los 11 años.

Otra actividad laboral identificada en la localidad está asociada al comercio sexual de acuerdo con la Cámara de Comercio de Bogotá, la mayoría de las trabajadoras sexuales del centro, que comprenden las localidades Los Mártires, Santa Fe, Puente Aranda, Antonio Nariño y San Cristóbal, adujeron que la causa principal de su actividad corresponde a la carencia de ingresos en un 36.3%, la falta de capacitación en un 27.4%, la violencia doméstica en un 22.3%, la ausencia de otro empleo en un 10.2% y otras causa en un 3.8% (16).

Al discriminar los grupos de edad se evidencia que el 20.0% de las mujeres en ejercicio de prostitución tiene entre 15 y 20 años, el 37.0% entre 21 y 30 años, y el 24.0% entre 31 y 40 años (16).

#### 4.3.6 Condición de hogares y vivienda.

Si bien como se refleja en la Tabla 10 a 2014 la localidad Los Mártires ha disminuido su hacinamiento crítico en 0.1 puntos porcentuales con respecto al año 2011; sin embargo se evidencia que en relación con Bogotá, la localidad presenta mayor índice de hacinamiento crítico que repercute en la calidad de vida y en las condiciones de la misma, es decir el aumento del hacinamiento crítico en la localidad puede estar relacionado con el aumento en el índice de la miseria (Tabla 9), que corresponde a la insatisfacción de la oferta de vivienda digna y saludable como necesidad básica.

**Tabla 10** Indicadores de condiciones y calidad de vida. Comparativo Bogotá, Los Mártires años 2011 y 2014

|                     | Total personas |         | % Vivienda inadecuada |      | % Hacinamiento crítico |      | % Servicios inadecuados |      |
|---------------------|----------------|---------|-----------------------|------|------------------------|------|-------------------------|------|
|                     | 2011           | 2014    | 2011                  | 2014 | 2011                   | 2014 | 2011                    | 2014 |
| <b>Bogotá</b>       | 7451231        | 7794463 | 0.5                   | 0.5  | 2.4                    | 1.8  | 0.2                     | 0.1  |
| <b>Los Mártires</b> | 97926          | 99792   | -                     | 0.0  | 3.1                    | 3.0  | -                       | -    |

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Encuesta Multipropósito 2014

#### 4.3.7 Servicios Públicos

El acceso y disponibilidad a servicios públicos es una característica fundamental para procesos habitacionales adecuados para la población. En el 2014, para Bogotá, la cobertura de servicios públicos domiciliarios de acueducto, alcantarillado,

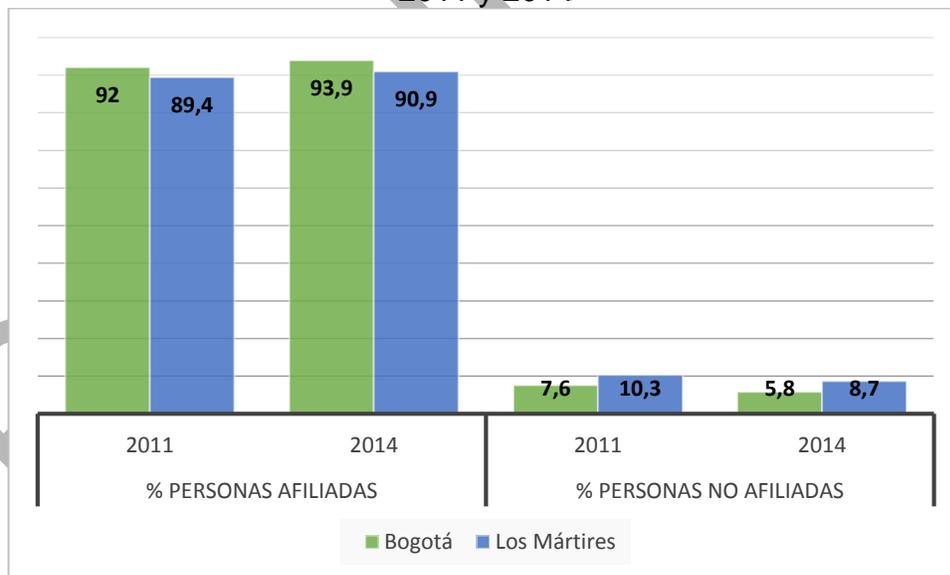


recolección de basuras, gas natural y energía eléctrica fue cercana al 100% en los hogares de las 19 localidades. La localidad Los Mártires no es ajena a este resultado y a 2014 registra una cobertura del 100.0% de los servicios públicos (acueducto, alcantarillado, recolección de basuras y energía) sin embargo evidencia una disminución de 2.8 puntos porcentuales de acceso al servicio de gas natural con respecto al año 2011. (27).

#### 4.3.8 Aseguramiento en Salud

El tipo de aseguramiento se refiere en general a la forma en la que una persona está afiliada al SGSSS ya sea a través de aportes consecuentes a los ingresos económicos o soportados por el sistema subsidiado (formalizado o no). Para el año 2014, Bogotá cuenta con un 93.9% de población afiliada al régimen de Seguridad Social lo cual constituye un aumento en comparación con el año 2011, ese mismo aumento se relaciona con los datos para la localidad Los Mártires en la que se encontró que el 90.9% del total de las personas residentes (n=90697) se encuentran afiliadas al régimen de Seguridad Social.

**Figura 4** Porcentaje de personas afiliadas al SGSSS Bogotá y Los Mártires, años 2011 y 2014



Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Encuesta Multipropósito 2014

Lo visto en la Figura 4 puede estar asociado a aumento en el índice de la calidad de vida en la medida en que aumentan los ingresos y mejora el acceso a salud



generando una mejora en la calidad de vida como puede observarse en la **Tabla 11**.

**Tabla 11** Índice de calidad de vida de Bogotá y Los Mártires, 2011 y 2014

|                     | Total ICV |      |
|---------------------|-----------|------|
|                     | 2011      | 2014 |
| <b>Bogotá</b>       | 91.5      | 92.0 |
| <b>Los Mártires</b> | 91,7      | 91,9 |

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Encuesta Multipropósito 2014

#### 4.3.9 Recreación y Cultura

Los Mártires es una localidad con pocos espacios recreo-deportivos y lúdicos debido al que el predominio del uso de su suelo corresponde a actividades industriales y comerciales sobre todo en la UPZ 102. De ahí que los equipamientos culturales locales se destinen esencialmente al fomento y difusión de la cultura por medio de espacios que fortalezcan las relaciones sociales. Es así como se cuenta con equipamientos de tipo cívico- juvenil y salones comunales en todos los microterritorios de la UPZ 37 y algunos de la 102, estos están destinados a apoyar la organización social y la expresión colectiva de los barrios locales, los cuales son reconocidos como espacios de expresión y espectáculos artísticos.

Para el caso de la recreación y el deporte se evidencia que la localidad cuenta con el Polideportivo Eduardo Santos, destinado para las actividades deportivas y artísticas de la comunidad, además cuenta con parques entre los cuales se encuentran el Parque Eduardo Santos, Parque de Los Mártires, Parque Santa Isabel, Parque El Vergel, Parque Ricaurte, Parque la Pepita.

#### 4.4 PRIORIZACIÓN DE UPZ CRÍTICA

Teniendo en cuenta que la localidad Los Mártires solo cuenta con dos UPZ, se considera toda la localidad priorizada sin embargo a continuación se expondrá una aproximación sobre las problemáticas más sentidas en cada una de las UPZ.

En la UPZ 102 Sabana se evidencia la problemática relacionada con el alto número de inquilinatos (y en modalidad de paga diarios); viviendas que no cuentan con buenas condiciones de salubridad y además se perciben como inseguras, lo cual afecta la calidad de vida de las personas que allí habitan; en especial la población de la etapa de ciclo infancia, donde los indicadores de bajo peso para la edad y baja talla para la edad son los más críticos ya que estos están muy por encima de las metas propuestas. Por otra parte este grupo poblacional es el más afectado por la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual (29) ya que alcanza el 43% de lo registrado en esta UPZ. El embarazo en adolescentes es otro fenómeno muy



marcado en este territorio donde confluyen las pocas posibilidades para acceder a estudios superiores o de formación laboral y pocas oportunidades de trabajo dignas para esta población.

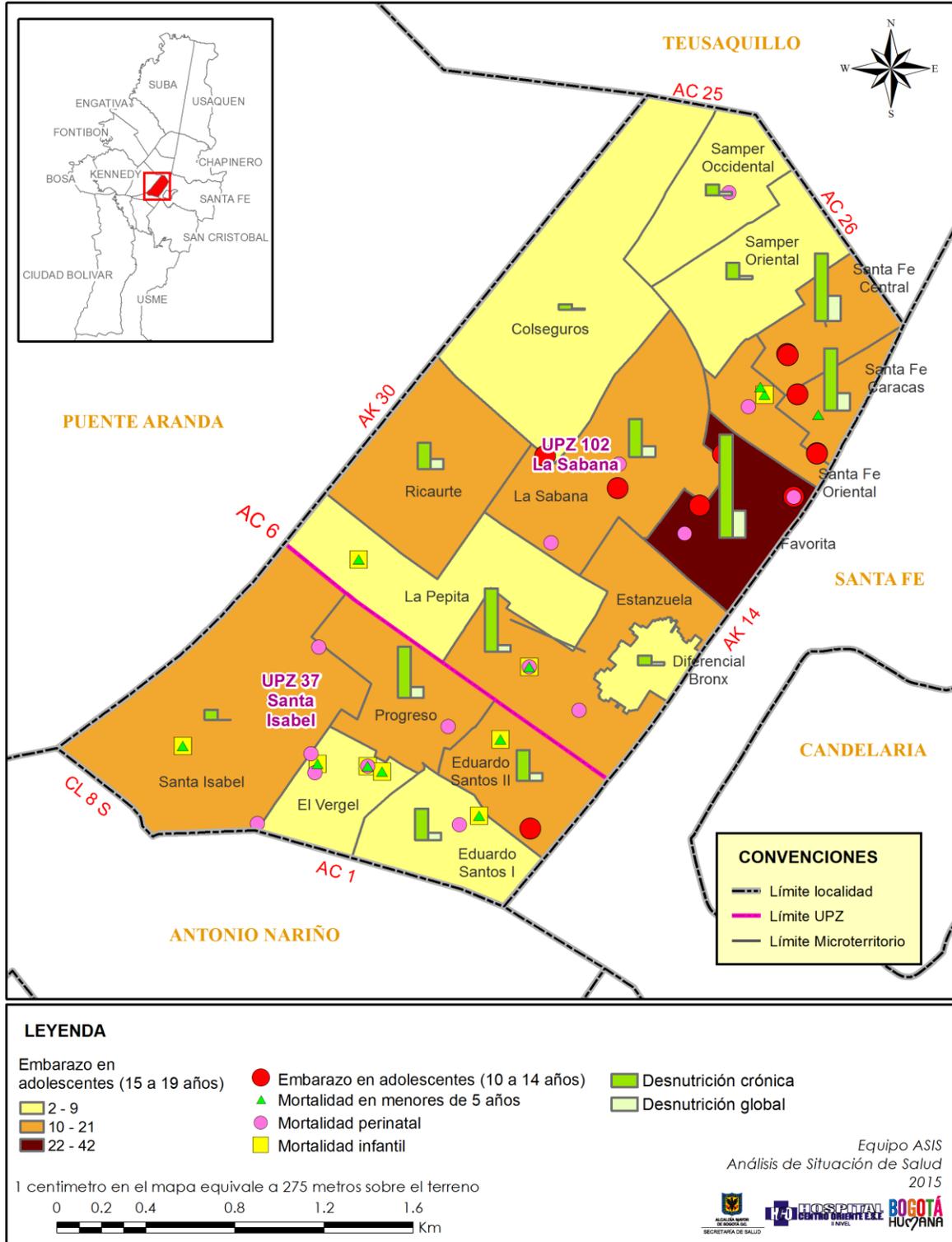
Otras problemáticas focalizadas como el expendio y consumo de SPA en algunos sectores de la UPZ generan un deterioro no solo desde lo social sino en lo que respecta a espacios físicos. La invasión del espacio público es evidente en esta UPZ debido al uso de suelo en la gran mayoría de los microterritorios ya que es de tipo comercial; la inadecuada disposición de residuos sólidos no solo por la dinámica comercial que se da allí sino también por la manipulación de estos por parte de la población habitante de calle. Es importante mencionar además que la gran mayoría de la población es flotante por lo que la identificación y seguimiento para acciones propias de salud pública se hacen muy difíciles.

En la UPZ 37 Santa Isabel se evidencia varias situaciones como la desnutrición crónica y global en niños menores de 5 años; así como el reporte continuo y permanente de la mortalidad perinatal y la mortalidad infantil; esta UPZ se caracteriza por contar con un buen número de población adulta mayor de tal forma que las enfermedades crónicas son muy comunes.

En toda la localidad es evidente la dinámica poblacional diferencial y es así como se identifican así mismos grupos étnicos (indígenas y afros), personas con discapacidad, LGBTI, víctimas del conflicto armado, personas en ejercicio de la prostitución, habitante de calle, recicladores y carreteros, este tema esa abordado de manera más amplia en el documentos de ASIS diferencial.



Mapa 4 Priorización de zona crítica



Fuente: Equipo ASIS Local, año 2015.



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

### 5.1 PERFIL SALUD ENFERMEDAD

El perfil epidemiológico es considerado como la expresión de la carga de enfermedad que sufre un colectivo, de tal manera que es necesario la identificación de las características que la definen. Es así como el primera paso para esta identificación es la caracterización de la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad que a la postre influirá sobre la calidad de vida de la población de la localidad los Mártires. La morbilidad es entendida como la medición del conjunto de problemas de salud que afectan el bienestar de la población por lo cual dicha medición se constituye indirectamente en el estado de salud de la población.

Por otra parte el análisis de la mortalidad sigue siendo una de las características más aceptables para comprender el estado de salud de una población. La muerte prematura es considerada una pérdida de “vida buena”. Desde este punto de vista la mortalidad es un buen indicador de la calidad de vida. (30)

### 5.2 MORTALIDAD GENERAL

Según la información consolidada por el DANE ocurrieron 603 defunciones en la localidad Los Mártires para el año 2012; De acuerdo a la clasificación 105 de la OMS para Colombia. El análisis se realiza por las 10 primeras causas, siendo la primera las defunciones por enfermedades isquémicas del corazón con un 18.2% y este representa una tasa de mortalidad de 112 casos por 100.000 habitantes y se calcula que se dejaron de vivir (AVPP) 8085 años por enfermedades isquémicas del corazón.

En segundo lugar con un 10.4% se ubican las defunciones por enfermedades cerebrovasculares que corresponde a una tasa de 64.1 casos por 100.000 y los AVPP son de 4630.5 años por enfermedad vascular; en tercer lugar están las mortalidades por enfermedades crónicas de las vías respiratorias el cual representa el 6.3% y establece una tasa de 38.7 casos por 100.000 habitantes y los AVPP son de 2793 años por las enfermedades crónicas de las vías respiratorias.

Es importante mencionar que las 10 causas de mortalidad local son las mismas que se evidencian en el total Bogotá a excepción de las defunciones por enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar la cual está dentro de las 10 cusas locales pero no en el listado del total Bogotá. Las diez primeras causas de mortalidad, así como su frecuencia absoluta, relativa y tasas se describen a continuación (ver Tabla 12)



**Tabla 12.** Diez primeras causas de mortalidad general 105, localidad Los Mártires, 2012

| Orden | CAUSAS 105  | Total | %    | Tasa x 100.000 habitantes |
|-------|---|-------|------|---------------------------|
| 1     | 1-051 Enfermedades isquémicas del corazón                                 | 110   | 18,2 | 112,0                     |
| 2     | 1-055 Enfermedades cerebrovasculares                                      | 63    | 10,4 | 64,1                      |
| 3     | 1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias                     | 38    | 6,3  | 38,7                      |
| 4     | 1-041 Diabetes mellitus   | 24    | 4,0  | 24,4                      |
| 5     | 1-059 Neumonía  | 19    | 3,2  | 19,3                      |
| 6     | 1-013 Tumor maligno del estómago  | 18    | 3,0  | 18,3                      |
| 7     | 1-052 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar | 17    | 2,8  | 17,3                      |
| 8     | 1-050 Enfermedades hipertensivas  | 16    | 2,7  | 16,3                      |
| 9     | 1-090 Accidentes de transporte de motor                                   | 16    | 2,7  | 16,3                      |
| 10    | 1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas                                  | 16    | 2,7  | 16,3                      |
|       | Resto de causas   | 266   | 44,1 | 270,9                     |
|       | Total   | 603   | 100  | 614,0                     |

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

Las 10 primeras causas de mortalidad general por sexo indican que las defunciones por enfermedades isquémicas del corazón en los hombres son las de mayor frecuencia con un 19.3% lo que equivale a una tasa de 127.8 casos por cada 100.000 habitantes de la localidad y los AVPP se calculan en 4460.4 años por enfermedad isquémica del corazón.

Es importante mencionar que dentro de las diez primeras causas de mortalidad están las relacionadas con enfermedad por VIH (SIDA) ocupando el décimo lugar con un 2.1%, una tasa de 14.2 casos por cada 100.000 habitantes y se calcula el indicador de AVPP en 495.6 años potencialmente perdidos por enfermedad por VIH (SIDA). Las diez primeras causas de mortalidad en hombres, así como su frecuencia absoluta, relativa, tasas de mortalidad y AVPP se describen a continuación (ver Tabla 13)



**Tabla 13.** Diez primeras causas de mortalidad general en hombres, localidad Los Mártires, 2012

| <b>HOMBRES</b> |   |            |              |                           |                |
|----------------|---|------------|--------------|---------------------------|----------------|
| Orden          | CAUSAS 105  | Total      | %            | Tasa x 100.000 habitantes | AVPP           |
| 1              | 1-051 Enfermedades isquémicas del corazón             | 63         | 19.3         | 127.8                     | 4460.4         |
| 2              | 1-055 Enfermedades cerebrovasculares                  | 24         | 7.4          | 48.7                      | 1699.2         |
| 3              | 1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias | 24         | 7.4          | 48.7                      | 1699.2         |
| 4              | 1-090 Accidentes de transporte de motor               | 15         | 4.6          | 30.4                      | 1062           |
| 5              | 1-041 Diabetes mellitus                               | 13         | 4.0          | 26.4                      | 920.4          |
| 6              | 1-013 Tumor maligno del estómago                      | 12         | 3.7          | 24.4                      | 849.6          |
| 7              | 1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas              | 12         | 3.7          | 24.4                      | 849.6          |
| 8              | 1-059 Neumonía  | 9          | 2.8          | 18.3                      | 637.2          |
| 9              | 1-050 Enfermedades hipertensivas                      | 8          | 2.5          | 16.2                      | 566.4          |
| 10             | 1-009 Enfermedad por VIH (SIDA)                       | 7          | 2.1          | 14.2                      | 495.6          |
|                | Resto de causas                                       | 139        | 42.6         | 282.1                     | 9841.1         |
|                | <b>Total</b>  | <b>326</b> | <b>100.0</b> | <b>661.6</b>              | <b>21135.1</b> |

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

Las 10 primeras causas de mortalidad general por mujeres indican que las defunciones por enfermedades isquémicas del corazón son las de mayor frecuencia con un 17% lo que equivale a una tasa de 96,1 casos por cada 100.000 habitantes de la localidad y los AVPP son de 3586.1 años por enfermedad isquémica del corazón. Las diez primeras causas de mortalidad en mujeres, así como sus frecuencias absolutas, relativa, tasas de mortalidad y AVPP se describen a continuación (ver Tabla 14)



**Tabla 14.** Diez primeras causas de mortalidad general en mujeres, localidad Los Mártires, 2012

| <b>Mujeres</b> |   |            |              |                           |                |
|----------------|---|------------|--------------|---------------------------|----------------|
| Orden          | CAUSAS 105  | Total      | %            | Tasa x 100.000 habitantes | AVPP           |
| 1              | 1-051 Enfermedades isquémicas del corazón                                 | 47         | 17.0         | 96.1                      | 3586.1         |
| 2              | 1-055 Enfermedades cerebrovasculares                                      | 39         | 14.1         | 79.7                      | 2975.1         |
| 3              | 1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias                     | 14         | 5.1          | 28.6                      | 1068.2         |
| 4              | 1-024 Tumor maligno de la mama de la mujer                                | 11         | 4.0          | 22.5                      | 839.3          |
| 5              | 1-041 Diabetes mellitus   | 11         | 4.0          | 22.5                      | 839.3          |
| 6              | 1-052 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar | 11         | 4.0          | 22.5                      | 839.3          |
| 7              | 1-059 Neumonía  | 10         | 3.6          | 20.4                      | 763            |
| 8              | 1-020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón              | 8          | 2.9          | 16.3                      | 610.4          |
| 9              | 1-050 Enfermedades hipertensivas  | 8          | 2.9          | 16.3                      | 610.4          |
| 10             | 1-013 Tumor maligno del estómago  | 6          | 2.2          | 12.3                      | 457.0          |
|                | Resto de causas   | 112        | 40.4         | 228.9                     | 8545.6         |
|                | <b>Total</b>  | <b>277</b> | <b>100.0</b> | <b>566.1</b>              | <b>21135.1</b> |

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

La tasa de mortalidad específica por grupo de edad indica que para el grupo de 0 a 4 años la tasa es de 342.7 casos por 100.000 menores de 0 a 4 años, para el grupo de 5 a 14 años la tasa de mortalidad es de 53,8 casos por 100.000 menores de 5 a 14 años, para el grupo de edad de 15 a 44 años la tasa de mortalidad es de 124,7 casos por 100.000 personas entre los 15 a 44 años, para el grupo de edad de 45 a 59 años la tasa de mortalidad es de 3271.8 casos por 100.000 personas entre los 45 a 59 años y finalmente para el grupo de personas mayores de 60 años la tasa es de 614.0 casos por 100.000 personas mayores de 60 años.

Si la población de la localidad Los Mártires para el año 2012, tuviera la misma distribución de la población mundial estándar, se esperarían 556 muertes. Además la razón de tasas estandarizada entre las defunciones de Bogotá y Los Mártires indican que la mortalidad en Bogotá es un 76.1% más alta que la de la localidad (ver tabla 15)



**Tabla 15.** Tasa de mortalidad específica por grupo de edad, localidad Los Mártires 2012.

| EDAD            | Bogotá         |              |                   |                   | Mártires     |            |                   |                   | Población de referencia (OMS) |
|-----------------|----------------|--------------|-------------------|-------------------|--------------|------------|-------------------|-------------------|-------------------------------|
|                 | Población      | Casos        | Tasas específicas | Muertes esperadas | Población    | Casos      | Tasas específicas | Muertes esperadas |                               |
| 0 a 4 años      | 598534         | 1429         | 238,75            | 21                | 6711         | 23         | 342,72            | 30                | 8860                          |
| 5 a 14 años     | 1213951        | 233          | 19,19             | 3                 | 12993        | 7          | 53,88             | 9                 | 17290                         |
| 15 a 44 años    | 3667598        | 3727         | 101,62            | 47                | 45687        | 57         | 124,76            | 57                | 45970                         |
| 45 a 59 años    | 1311728        | 3979         | 303,34            | 48                | 19645        | 85         | 432,68            | 69                | 15960                         |
| 60 años y más   | 779534         | 19872        | 2549,22           | 304               | 13173        | 431        | 3271,84           | 390               | 11920                         |
| <b>Total</b>    | <b>7571345</b> | <b>29240</b> | <b>386,19</b>     | <b>386</b>        | <b>98209</b> | <b>603</b> | <b>614</b>        | <b>614</b>        | <b>100000</b>                 |
| Tasas crudas    | <b>386,19</b>  |              |                   |                   | <b>614</b>   |            |                   |                   |                               |
| Tasas ajustadas | <b>423,5</b>   |              |                   |                   | <b>556,1</b> |            |                   |                   |                               |

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

El análisis de la mortalidad por tipo de aseguramiento en salud indica que el 57.2% correspondieron a casos del régimen contributivo, el 21,7% al régimen subsidiado, el 3.6% al régimen de excepción, el 0.2% al régimen especial, el 10.1% no está asegurado y el 7.1% no se contó con dicha información. De las 603 defunciones ocurridas en la localidad el 2.3% ocurrieron en población étnica, es decir 6 casos de población indígena y 8 casos de población afro descendiente.

### 5.2.1 Mortalidad Específica por subgrupos

Para el análisis de la mortalidad específica se tuvieron en cuenta los casos presentados durante el 2012 en la localidad Los Mártires y los presentados en Bogotá, tomando estos últimos como los valores de referencia y calculados por cada 10000 habitantes. Teniendo en cuenta lo anterior, las tasa de mortalidad específicas de mayor representación fueron la de diabetes mellitus con una tasa de 24.4 casos por 1000.000 habitantes (n: 24), seguido del cáncer de mama con una tasa de 22.5 casos por 1000.000 habitantes (n:11) y en tercer lugar las mortalidad por accidente de tránsito con una tasa de 22.5 casos por 1000.000 habitantes (n:18).

Sin embargo al analizar las tasas de mortalidad de Bogotá la de mayor representación son las mortalidades por accidentes de tránsito, seguido de la diabetes mellitus y el cáncer de mama.

Los cocientes de tasas reflejan un comportamiento similar al de Bogotá, siendo las mortalidades por accidentes de tránsito la que se ubica en primer lugar con un



cociente de 2.2, seguido de la diabetes mellitus y el cáncer de mama con un 1.8 en el cociente de tasas para cada uno (ver anexo 1)

## 5.2.2 Mortalidad Materno-Infantil y en la Niñez

### 5.2.2.1 Mortalidad Materna

El análisis de la serie 2010 – 2014 indica que la localidad Los Mártires no registro mortalidades materna en los años 2013 y 2014 frente a 25 y 30 casos registrados en Bogotá en esos años; sin embargo los años 2010, 2011 y 2012 se presentó un casos en cada uno de los años para una razón de tasa de 79.4 casos, 82,6 casos y 76.8 casos por 100.000 nacidos vivos respectivamente; de acuerdo a lo anterior los años de 2010 a 2012 no se cumplió con la meta distrital; sin embargo estrategias implementadas han permitido la reducción del caso a tal punto durante los dos últimos años no se han registrado eventos de mortalidad materna.

**Figura 5.** Razón de mortalidad materna, localidad Los Mártires 2010-2014



FUENTE 2010-2012: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.- Preliminar 2013. 2013-2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, el año 2013 actualizado 31-10-2014-Preliminar. El 2014 actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar

### 5.2.2.2 Mortalidad Perinatal

Dentro del comportamiento de la mortalidad perinatal en la serie 2010 a 2014 se ha evidenciado una disminución considerable año tras año; es así como inicio con una tasa de mortalidad de 54.8 casos por 100.000 NV en 2010 a una tasa de tan solo



12.4 casos en 2014 por cada 1.000 NV; de tal manera que a partir del 2012 la localidad Los Mártires ha logrado cumplir con la meta distrital propuesta.

Para el año 2014 se registraron un total de 16 casos de los cuales 9 (56.3%) casos se reportaron en la UPZ 106 Sabana y 7 (43.7%) casos se reportaron en la UPZ 37 Santa Isabel. La distribución por tipo de afiliación a seguridad social en salud indica que el 50% son casos del régimen contributivo, el 31.3% de los casos del régimen subsidiado y el 18.5%. La distribución por sexo, 37.5% hombres, 50% mujeres y 12.5% de los casos fueron de sexo indeterminado. El 87.5% de los casos fueron mortalidades antes del parto y el 12.5% mortalidades posteriores, el 74% de los casos fueron partos normales y el 12.5% de los casos partos por cesárea.

La media en el tiempo gestacional de los casos se ubicó en 29.4 semanas, la media en el peso del recién nacido fue de 1454 gr y la edad media de las madres se ubica en 22.7 años, con un mínimo de 15 años y un máximo de 28 años. El 68.8% de las madres contaban con algún grado educativo inferior a la media académica y el 68.8% de las madres convivía con su pareja.

Dentro de las principales causas de mortalidad perinatal se evidencia, Feto y recién nacido afectados por otras anomalías morfológicas y funcionales de la placenta y las no especificadas, Hidropesía fetal no debida a enfermedad hemolítica, Muerte fetal de causa no especificada, Feto y recién nacido afectados por corioamnionitis, Infección neonatal de las vías urinarias, Asfisia del nacimiento y la Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido.

**Figura 6.** Tasa de mortalidad perinatal, localidad Los Mártires 2010-2014



FUENTE 2010-2012: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.- Preliminar 2013. 2013-2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, el año 2013 actualizado 31-10-2014-Preliminar. El 2014 actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar



### 5.2.2.3 Mortalidad Infantil

Es evidente que el comportamiento de la mortalidad infantil para el periodo 2010 – 2014 está por debajo del comportamiento Bogotá y se ha dado cumplimiento a la meta propuesta en el año 2014 siendo la tasas de mortalidad de 7.8 casos por 1.000NV; la tasa de mortalidad local ha venido en un franco descenso iniciando con una tasa de 17,5 casos por 1.000NV en el 2010 y finalizando el quinquenio con una tasa del 7.8 casos por 1.000NV.

En lo corrido del año 2014 se registraron 10 casos de los cuales el 70% residían en la UPZ 37 Santa Isabel y el 30% de los casos en la UPZ 102 Sabana; el 40% de los casos pertenecían al régimen contributivo, el 30% al régimen subsidiado y 30% de los casos no tenían afiliación. La distribución por sexo, 70% hombres y 50% fueron mujeres. El 60% de los casos se trataron de partos por cesárea, el 30% partos normales y un caso en el cual no se contó con el dato.

La edad media gestacional de estos casos se ubicó en 33.8 semanas de gestación y el peso medio al nacer se calculó en 1.915 gr; la media en las edades de la madre está alrededor de 25.5 años con un mínimo de 17 años y un máximo de 34 años; el 50% de las madres convivían con su pareja y el 50% de las madres contaban con algún grado inferior a la media académica.

Dentro de las principales causas de mortalidad infantil se destaca, la asfixia de nacimiento, enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido, hipoplasia y displasia pulmonar, atresia de la arteria pulmonar y septicemia no especificada.

**Figura 7.** Tasa de mortalidad Infantil, localidad Los Mártires 2010-2014



FUENTE 2010-2012: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.- Preliminar 2013.  
FUENTE 2013-2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, el año 2013 actualizado 31-10-2014- Preliminar. El 2014 actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar



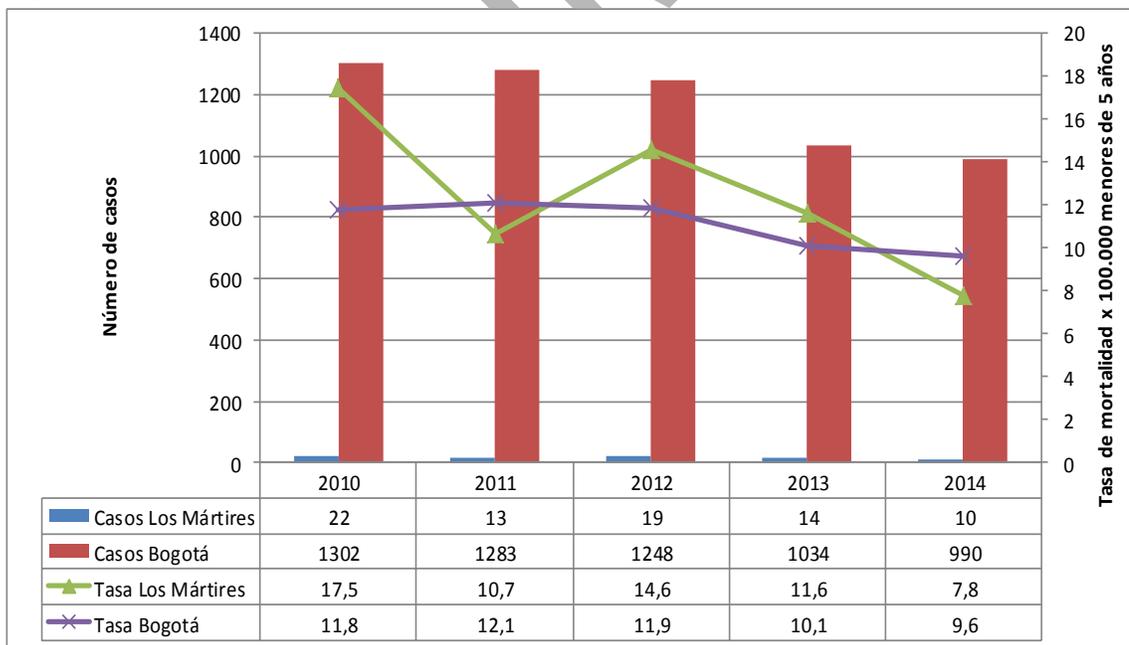
### 5.2.2.4 Mortalidad en menor de 5 años

En cuanto a la tasa de mortalidad en menor de 5 años el indicador demuestra un descenso en los últimos tres años; finalizando el quinquenio con una tasa de 7.8 casos por 100.000 menores de 5 años; esto permite de alguna manera visualizar el impacto que tienen las estrategias implementadas dirigidas hacia la población de primera infancia (AIEPI, IAMI, PAI, entre otras).

Se registraron un total de 10 casos en la localidad para el año 2014, de los cuales el 76.9% correspondieron a menores de un año y el 23.1% a menores entre 1 y 4 años. El 53.8% de los casos correspondieron por residencia a la UPZ 37 Santa Isabel y el 46.2% a la UPZ 102 Sabana. El 38.5% de los casos pertenecían al régimen contributivo, el 30.8% al régimen subsidiado y 30.8% de los casos no tenían afiliación. La distribución por sexo, 61.5% hombres y el 38.5% fueron mujeres.

Dentro de las principales causas de mortalidad infantil se destaca, la asfixia de nacimiento, enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido, hipoplasia y displasia pulmonar, atresia de la arteria pulmonar, septicemia no especificada posterior a quemadura por liquido caliente y síndrome de muerte súbita infantil.

**Figura 8.** Tasa de mortalidad en menor de 5 años, localidad Los Mártires 2010-2014



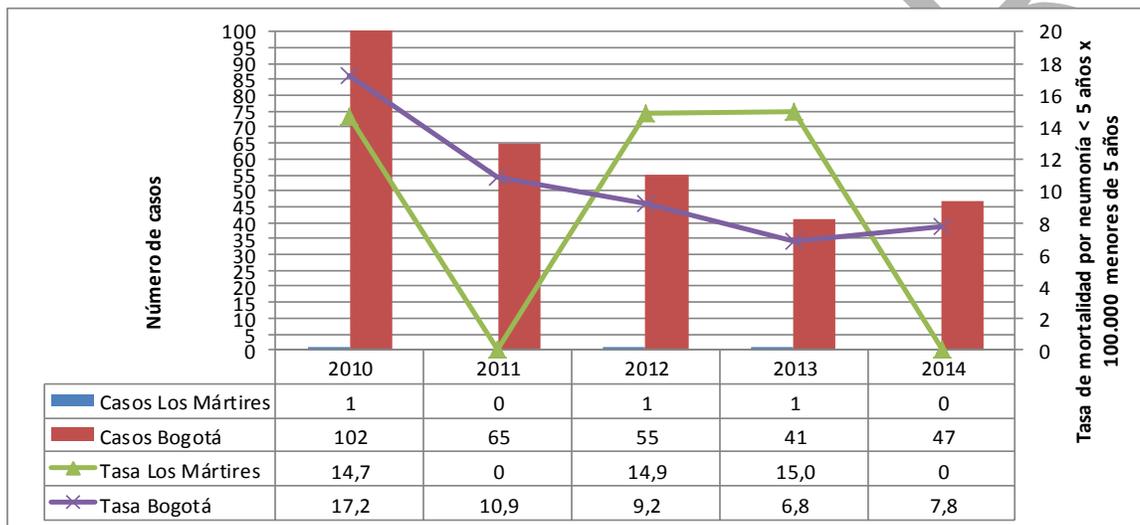
FUENTE 2010-2012: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.- Preliminar 2013. 2013-2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, el año 2013 actualizado 31-10-2014-Preliminar. El 2014 actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar



### 5.2.2.5 Mortalidad por neumonía en menor de 5 años

El comportamiento de la mortalidad por neumonía en menores de 5 años en el periodo 2010 a 2014 en la localidad Los Mártires ha sido muy variable entre año y año; en los años 2011 y 2014 no se presentaron casos; mientras que en los años 2010, 2012 y 2013, se presentó un caso en cada uno de esos años para unas tasas de 14,7, 14,9 y 15,0 casos por 100.000 menores de 5 años respectivamente.

**Figura 9.** Tasa de mortalidad por neumonía en menor de 5 años, localidad Los Mártires 2010-2014



FUENTE 2010-2012: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.- Preliminar 2013. 2013-2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, el año 2013 actualizado 31-10-2014-Preliminar. El 2014 actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar

### 5.2.2.6 Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menor de 5 años

Frente a la mortalidad por EDA la localidad Los Mártires no ha registrado casos en los últimos 5 años lo que sugiere que la implementación de estrategias tales como el AIEPI y el fortalecimiento en la demanda inducida a la consulta de crecimiento y desarrollo de la mano con las estrategias de coberturas útiles PAI y la introducción de vacunas (rotavirus); han tenido gran impacto no solo desde lo local sino en lo distrital al disminuir progresivamente el número de casos.

### 5.2.2.7 Mortalidad por Desnutrición en menor de 5 años

La localidad Los Mártires no registra casos de mortalidad por desnutrición en los últimos 5 años y el comportamiento del indicador en el distrito tiende al descenso



inclusive por debajo de la meta establecida en el Plan Decenal de Salud pública 2012-2021. Lo que explica el gran impacto que tiene la política, programas, proyectos y estrategias relacionadas con el estado nutricional y la seguridad alimentaria en la población de primera infancia.

### 5.2.3 Análisis de desigualdad en salud

No hay diferencia estadísticamente significativa entre las tasas de mortalidad perinatal, infantil y de la niñez de la localidad Los Mártires y los registrados en Bogotá; aunque si se evidencia una disminución de estos tres indicadores en el último año (2014) (ver Anexo 2)

#### **Mortalidad perinatal:**

La tasa de mortalidad perinatal en Bogotá es un 1.1% más alta que en la localidad Los Mártires. La tasa de mortalidad en Bogotá es 75 veces más alta que la tasa de mortalidad de la localidad Los Mártires, ajustando por el tamaño poblacional de cada grupo. Bogotá presenta 1.8 caso más de mortalidad por cada 1000 NV que la localidad Los Mártires. Bogotá tiene 100 muertes perinatales más por cada 1000 NV que la localidad Los Mártires, ajustando por el tamaño poblacional de cada grupo.

Si Bogotá tuviera la misma tasa de mortalidad perinatal que la localidad Los Mártires la mortalidad se incrementaría en 1.2 casos por cada 1.000 NV. Si Bogotá presentara la misma tasa que la localidad la mortalidad se incrementaría en un 9.3% (ver anexo 3)

#### **Mortalidad Infantil:**

La tasa de mortalidad Infantil en Bogotá es un 1.2% más alta que en la localidad Los Mártires. La tasa de mortalidad en Bogotá es 84.8 veces más alta que la tasa de mortalidad de la localidad Los Mártires, ajustando por el tamaño poblacional de cada grupo. Bogotá presenta 1.8 caso más por cada 1000 NV que la localidad Los Mártires. Bogotá tiene 138 muertes infantiles más por cada 1000 NV que la localidad Los Mártires, ajustando por el tamaño poblacional de cada grupo.

Si Bogotá tuviera la misma tasa de mortalidad infantil que la localidad Los Mártires la mortalidad se incrementaría en 1.7 muertes infantiles por cada 1.000 NV. Si Bogotá presentara la misma tasa que la localidad la mortalidad se incrementaría en un 18.5% (ver anexo 3)



## Mortalidad en menor de 5 años:

La tasa de mortalidad en menor de 5 años en Bogotá es 0.8% más alta que en la localidad Los Mártires. La tasa de mortalidad en Bogotá es 59.1 veces más alta que la tasa de mortalidad de la localidad Los Mártires, ajustando por el tamaño poblacional de cada grupo. Bogotá presenta 2.2 casos menos por cada 100.000 menores de 5 años que la localidad Los Mártires. Bogotá tiene 169 muertes en la niñez menos por cada 100.000 menores de 5 años que la localidad Los Mártires, ajustando por el tamaño poblacional de cada grupo.

Si Bogotá tuviera la misma tasa de mortalidad en la niñez que la localidad Los Mártires la mortalidad se reduciría en 2.1 muertes en la niñez por cada 100.000 menores de 5 años. Si Bogotá presentara la misma tasa que la localidad la mortalidad se reduciría en un 11.2% (ver anexo 3)

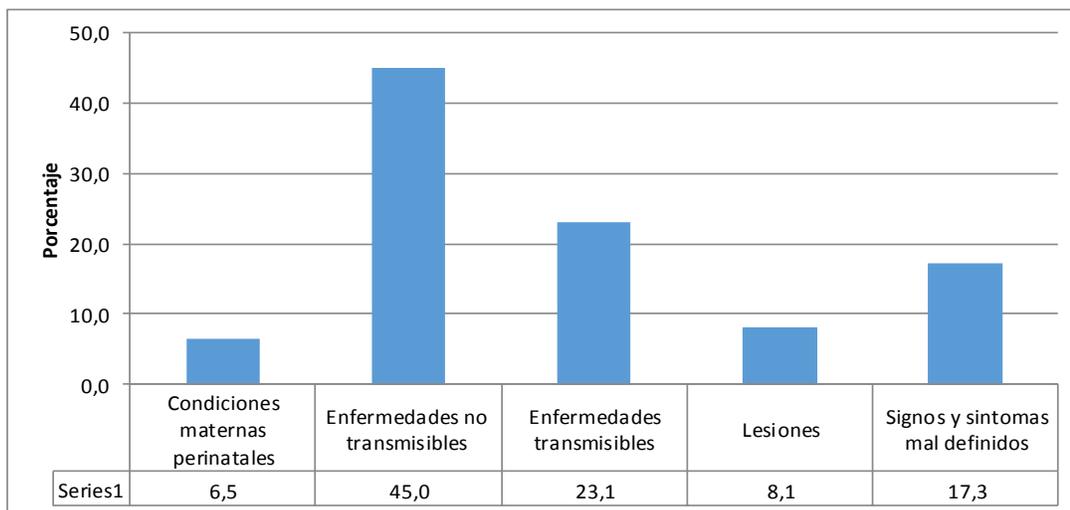
## 5.3 MORBILIDAD

### 5.3.1 Morbilidad atendida

De acuerdo a los Registros Individuales de Prestación de Servicios del año 2014, en la localidad Los Mártires se atendieron un total de 1070 individuos y se prestaron 1344 atenciones. El 45% (605) de las atenciones ocurrieron por enfermedades no transmisibles en 500 personas, para una razón de 1.2 atenciones por persona; el 23.1% (310) de las atenciones se dieron por enfermedades transmisibles en 239 personas, para una razón de 1.3 consultas por personas; el 17.3% (232) de atenciones fueron por signos y síntomas mal definidos en un total de 178 personas, para una razón de 1.3 atenciones por personas; en cuarto lugar con un 8.1% (109) de las atenciones se ubican las relacionadas con lesiones en 93 personas, para una razón de 1.2 atenciones por persona y finalmente las atenciones por condiciones materna perinatal con un 6.5%(88) en 60 personas, para una razón de 1.5 consultas por personas (ver figura 10)



**Figura 10.** Morbilidad atendida según agrupación de causas, Localidad Los Mártires, 2014.

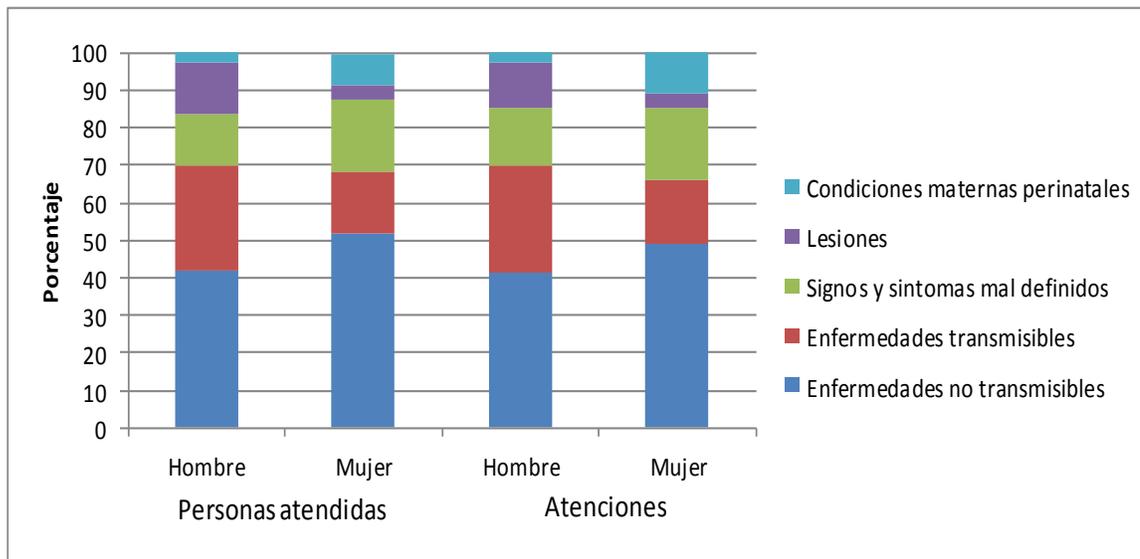


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del Ministerio de Salud y Protección Social.

El 52.2% (702) de las atenciones se realizaron en hombres frente a un 47.8% (642) de mujeres. La distribución del sexo masculino indica que las causas de enfermedades no transmisibles representa el 41,9%, en las enfermedades transmisibles el 27,9%, en los signos y síntomas mal definidos representa el 14,2%, las lesiones el 13,3% y las condiciones maternas perinatales el 2,7%. Por su parte, la distribución en el sexo femenino indica que las causas de enfermedades no transmisibles representa el 51,8%, en las enfermedades transmisibles el 16,5%, en los signos y síntomas mal definidos representa el 19,2%, las lesiones el 3,8% y las condiciones maternas perinatales el 8,6% (ver figura 11)



**Figura 11.** Morbilidad atendida según agrupación de causas y sexo, Localidad Los Mártires, 2014.



Fuente: RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del Ministerio de Salud y Protección Social, julio 2015

### Etapa de ciclo Vital

**Infancia:** el 46.9 % de la población infantil de 0 a 13 años fueron atendidos por enfermedades transmisibles, seguido de las enfermedades no transmisibles al 26%; el 12.6% por signos y síntomas mal definidos, el 9.7% por condiciones maternas perinatales y finalmente las lesiones con un 4.7%. Por sexo el 44.4% de los menores correspondían a mujeres y 55.6% a hombres.

**Adolescencia:** el 37.9 % de la población adolescente de 14 a 17 años fueron atendidos por enfermedades no transmisibles, seguido de las enfermedades transmisibles al 24.2%; el 22.7% por signos y síntomas mal definidos, las lesiones al 9.1%, y finalmente por condiciones maternas perinatales al 6.1%. Por sexo el 62.1% de los adolescentes correspondían a mujeres y 38.9% a hombres.

**Juventud:** el 42.35 % de la población joven de 18 a 26 años fueron atendidos por enfermedades no transmisibles, seguido signos y síntomas mal definidos al 21.1%, 14.2% a las lesiones, las enfermedades transmisibles al 12.9% y finalmente por condiciones maternas perinatales al 9.41%. Por sexo el 62.17% de los jóvenes correspondían a mujeres y 38.83% a hombres.

**Adultez:** el 56.95 % de la población adulta de 27 a 59 años fueron atendidos por enfermedades no transmisibles, seguido de signos y síntomas mal definidos al 17.66%, las enfermedades transmisibles al 13.02%, 9.49% a las lesiones y



finalmente por condiciones maternas peritales al 2.87%. Por sexo el 49.45% de los jóvenes correspondían a mujeres y 50.55% a hombres.

**Vejez:** el 70.19 % de la población adulta mayor (mayores de 60 años) fueron atendidos por enfermedades no transmisibles, seguido de signos y síntomas mal definidos y enfermedades transmisibles al 11.54% cada uno y finalmente 6.73% a las lesiones. Por sexo el 27.88% de los jóvenes correspondían a mujeres y 72.12% a hombres.

### 5.3.2 Análisis de desigualdad en salud

El análisis de inequidades indica que las tasas de personas atendidas por enfermedades no transmisibles y transmisibles así como las causas relacionadas con lesiones y las causas de signos y síntomas mal definidos, son significativamente más bajo que lo calculado para Bogotá. Contrariamente las relacionadas con las condiciones maternas y perinatales, están significativamente más alto con respecto a lo calculado para Bogotá.

**Tabla 16.** Análisis de inequidades por grandes causas, Localidad Los Mártires, 2014.

| Morbilidad por grandes causas    | Bogotá DC | Localidad Los Mártires | Diferencias relativas | LI IC 95% | LS IC 95% |
|----------------------------------|-----------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------|
| Condiciones maternas perinatales | 495,8     | 1226,4                 | 2,4735                | 2,338     | 2,615     |
| Enfermedades no transmisibles    | 2333,8    | 1022,0                 | 0,4379                | 0,411     | 0,465     |
| Enfermedades transmisibles       | 722,1     | 488,5                  | 0,6765                | 0,619     | 0,739     |
| Lesiones                         | 563,4     | 190,1                  | 0,3374                | 0,292     | 0,389     |
| Signos y síntomas mal definidos  | 4898,6    | 363,8                  | 0,0743                | 0,067     | 0,082     |

Fuente: RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del Ministerio de Salud y Protección Social, julio 2015

### 5.3.3 Eventos de alto costo y precursores

Dentro de los eventos de alto costo se abordara únicamente el relacionado con la incidencia de VIH notificado, ya que no se cuenta con población de los demás eventos de alto costo; la localidad Los Mártires presento un total de 34 casos nuevos para una incidencia de VIH notificada en 2014 de 34.62 casos por cada 100.000 habitantes, de estos casos el 75% correspondieron a hombres y 15% a mujeres.

Todos los casos correspondieron a la etapa de ciclo adultez. El 50% fueron casos del régimen contributivo, 38.2% al régimen subsidiado y el 11.8% a los no afiliados.



Es importante mencionar que 3 casos correspondieron a gestantes y un caso a grupo étnico indígena (ver tabla 17)

El análisis de inequidad indica que la tasa de incidencia de la localidad los Mártires no presenta diferencia estadísticamente significativa frente a la tasa de incidencia presentada en Bogotá.

**Tabla 17.** Análisis de inequidades por eventos de alto costo, Localidad Los Mártires, 2014.

| Evento de alto costo                | Bogotá DC | Localidad Los Mártires | Diferencias relativas | LI IC 95% | LS IC 95% |
|-------------------------------------|-----------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------|
| <b>Incidencia de VIH notificada</b> | 27,9      | 34,6                   | 1,2409                | 0,8893    | 1,7314    |

Fuente: Construcción propia con RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del Ministerio de Salud y Protección Social, julio 2015

Por otra parte el análisis de los eventos precursores indican que la localidad Los Mártires tubo 11 personas atendidas por Diabetes para una prevalencia de 1.3% de los cuales 8 fueron hombres y 3 mujeres. Mientras que para Hipertensión Arterial se identificaron 32 personas atendidas para una prevalencia de 2.99% de los cuales 20 fueron hombres y 12 mujeres.

El análisis de inequidad indica que la prevalencia en estos dos indicadores de la localidad los Mártires no presenta diferencia estadísticamente significativa frente a las prevalencias presentadas en Bogotá (ver tabla 18)

**Tabla 18.** Análisis de inequidades por eventos de alto costo, Localidad Los Mártires, 2014.

| Eventos precursores                  | Bogotá | Localidad Los Mártires | Diferencias relativas | LI IC 95% | LS IC 95% |
|--------------------------------------|--------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------|
| Prevalencia de diabetes mellitus     | 0,9    | 1,0                    | 1,0957                | 0,1588    | 7,5586    |
| Prevalencia de hipertensión arterial | 2,4    | 2,9                    | 1,2185                | 0,3855    | 3,8519    |

Fuente: Construcción propia con RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del Ministerio de Salud y Protección Social, julio 2015



### 5.3.4 Eventos de notificación obligatoria

**SIVIGILA:** En el año 2014 se notificaron un total de 103.708 eventos, de los cuales el 92.3% (95.772 eventos) correspondieron a población residente en Bogotá y de estos el 1.24% (1.197 eventos) es de población residente en la localidad Los Mártires.

Los principales eventos notificados fueron las varicelas individuales con un 26.9%, las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia con el 20,7%, el VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA al 5.2%, intoxicación por medicamentos con el 4.5% y bajo peso al nacer con un 3.8% (el listado con los eventos completo está disponible en el ANEXO )

El 51% de lo notificado corresponde a mujeres y el 49% a hombres; por UPZ de residencia de los casos el 39.2% se ubicaron en la UPZ 37 Santa Isabel y el 60.8% de los casos se ubicaron en la UPZ 102 Sabana; la distribución por etapa de ciclo vital indica que el 39.7% corresponde a infancia, el 28.5% en la etapa adultez, el 21.4% a la etapa de ciclo juventud, el 6% a adolescencia y finalmente la etapa de ciclo vejez con un 4.5%.

**SIVIM:** En cuanto a la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual se reportaron un total de 300 personas residentes en la localidad lo que corresponde al 21.5% de los casos notificado en el distrito; el 68.4% de los casos corresponden a mujeres y el 31.6% a hombres; por etapa de ciclo vital el 44% fueron de infancia, el 19.7% fueron de la etapa adultez, el 15% a la etapa adolescencia, el 12,7 % a la etapa juventud y 8.7% a la etapa vejez. De las 300 personas reportadas se evidenciaron 515 eventos de violencia el 15.9% correspondieron a violencia por negligencia, 14.8% por violencia física, el 8.2% por violencia sexual, el 2.9% por abandono y el 0.8% por violencia económica (ver anexo 5)

**SISVECOS:** En el año 2014, SISVECOS (sistema de vigilancia de la conducta suicida) para la localidad Los Mártires, se reportaron 7 casos de intento de suicidio, de acuerdo con el indicador el suicidio consumado no se registró para este ciclo vital en mención. Sin embargo es preocupante que de los 6 casos reportados 3 estén en la UPZ 37 en el microterritorio Eduardo Santos, además los tres casos son mujeres.

**SISVAN:** La distribución de los casos notificados de desnutrición global en la localidad según casos posibles de georreferenciación de la base, para el análisis del comportamiento del año, se reflejan espacialmente por UPZ, el cual, dentro del rango establecido por la SDS, se encuentra en rojo lo que indica que ambas UPZ superan 4,1% de desnutrición global en menor de 5 años captados por el sistema.



En la UPZ 102 – La Sabana, existen 1601 menores de 5 años captados, de los cuales el 6,18% (n=99) tienen a la fecha desnutrición global; mientras en la UPZ 37 – Santa Isabel se han captado a la fecha 565 menores de 5 años de los cuales 4,24% (n=24) tienen la desnutrición mencionada. Por lo anterior se puede inferir como la UPZ 37 está superando el margen del rango máximo establecido por el distrito en un punto porcentual. Por microterritorio se observa que en la UPZ Santa Isabel, el 58,3% (n=14) de los casos corresponde al microterritorio Eduardo Santos.

La prevalencia del evento en el año 2014 fue de 21,9%; al realizar el comparativo con el año inmediatamente anterior, la prevalencia de niños y niñas menores con desnutrición crónica disminuyó en 1,4 puntos porcentuales en un total de 2198 niños y niñas captados por SISVAN en 2013. Además, para el año 2014, la prevalencia de la desnutrición crónica está por encima del 15,0% rango máxima establecido por el indicador, como lo muestra el siguiente mapa, donde la UPZ 102 registra el 23,11% y la UPZ 37 el 20,0%.

**SISVESO:** Para la vigilancia epidemiológica de la salud oral, el sistema evidencia 493 casos de residencia en la localidad Los Mártires, de los cuales 24.5% están ubicados en la UPZ Santa Isabel y el 75.5% en la UPZ Sabana; la distribución por sexo indica que el 62.4% corresponde a mujeres y el 37.6% a hombres y la distribución por etapa de ciclo vital indica que el 33.1% son de infancia, el 30.8% a etapa adultez, el 19.7% a etapa adolescencia, el 13.4% a la etapa juventud y el 3% a la etapa vejez. Por alertas epidemiológicas se identificaron 871 alertas de las cuales 44,4% corresponden a gingivitis, el 41.6% a caries cavitacional, el 9.5% a periodontitis, el 3.1% a lesión de mancha café, el 0.8% a lesión de mancha blanca y el 0.6% a fluorosis.

### 5.3.5 Análisis de la población con discapacidad

La Secretaría Distrital de Salud como ente rector debe garantizar el conocimiento de la situación de salud y calidad de vida de la población con discapacidad en Bogotá, D.C, como insumo para la planificación de actividades integrales que permitan transformar realidades adversas mediante políticas públicas construidas y fortalecidas con base en este conocimiento. Por esta razón inició en el año 2005 el proceso de Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad, llegando a caracterizar en las 20 localidades del D.C

Sin embargo los registros a partir del 2010 y a la fecha han sido realizados por parte del Hospital Centro Oriente II Nivel ESE para la población residente en la localidad Los Mártires; de tal manera que se han registrado y caracterizado un total de 1902 personas en condiciones de discapacidad residente en la localidad los Mártires entre los años 2010 a 2014; de estos el 55.3% corresponden al sexo femenino y el



44.7% al sexo masculino; el 44% de esta población cuenta con algún ayuda técnica de acuerdo a su tipo de discapacidad.

En cuanto a la distribución por etapa de ciclo vital es evidente que la concentración se da en mayor medida en la etapa de ciclo vejez y en mayor medida en el sexo femenino, ya que en esta etapa es donde se intensifica la aparición de enfermedades crónicas que desencadena condiciones incapacitante y por el mismo deterioro físico del mismo proceso natural de envejecimiento.

**Tabla 19.** Caracterización de la población con discapacidad, localidad Los Mártires 2014.

|                               |                              | UPZ 37 Santa Isabel |       | UPZ Sabana |       | Total |
|-------------------------------|------------------------------|---------------------|-------|------------|-------|-------|
|                               |                              | Hombre              | Mujer | Hombre     | Mujer |       |
|                               | Sexo                         | 62                  | 115   | 161        | 171   | 509   |
| <b>Etapa de ciclo</b>         | Infancia                     | 4                   | 5     | 16         | 8     | 33    |
|                               | Adolescencia                 | 2                   | 0     | 2          | 1     | 5     |
|                               | Juventud                     | 4                   | 8     | 12         | 4     | 28    |
|                               | Adulthood                    | 15                  | 28    | 48         | 60    | 151   |
|                               | Vejez                        | 37                  | 74    | 83         | 98    | 292   |
| <b>Estrato socioeconómico</b> | 1                            | 0                   | 0     | 2          | 2     | 4     |
|                               | 2                            | 4                   | 8     | 54         | 45    | 111   |
|                               | 3                            | 58                  | 107   | 103        | 124   | 392   |
|                               | 4                            | 0                   | 0     | 2          | 0     | 2     |
| <b>Régimen de afiliación</b>  | Contributivo                 | 28                  | 63    | 43         | 44    | 178   |
|                               | Subsidiado                   | 21                  | 41    | 91         | 114   | 267   |
|                               | Especial                     | 4                   | 4     | 4          | 1     | 13    |
|                               | No afiliado                  | 8                   | 7     | 23         | 10    | 48    |
|                               | No sabe                      | 1                   | 0     | 0          | 2     | 3     |
| <b>Tipo de discapacidad</b>   | Movilidad                    | 20                  | 28    | 42         | 32    | 122   |
|                               | Sensorial auditiva           | 4                   | 9     | 8          | 10    | 31    |
|                               | Sensorial visual             | 7                   | 13    | 10         | 10    | 40    |
|                               | Sensorial Gusto olfato tacto | 0                   | 0     | 1          | 1     | 2     |
|                               | Sistémica                    | 0                   | 1     | 2          | 3     | 6     |
|                               | Mental Cognitiva             | 11                  | 11    | 44         | 31    | 97    |
|                               | Mental psicosocial           | 2                   | 7     | 13         | 10    | 32    |
|                               | Voz y habla                  | 3                   | 0     | 4          | 4     | 11    |
|                               | Piel, uñas y cabello         | 15                  | 46    | 37         | 69    | 167   |
|                               | Enanismo                     | 0                   | 0     | 0          | 1     | 1     |
|                               | No la sabe nombrar           | 0                   | 0     | 0          | 0     | 0     |
|                               | Múltiple                     | 0                   | 0     | 0          | 0     | 0     |



|                  |   |    |    |    |    |     |
|------------------|---|----|----|----|----|-----|
| <b>Actividad</b> | Trabajando  | 3  | 5  | 5  | 4  | 17  |
|                  | Buscando trabajo                                    | 0  | 0  | 2  | 0  | 2   |
|                  | Incapacitado permanente para trabajar - sin pensión | 6  | 6  | 10 | 0  | 22  |
|                  | Incapacitado permanente para trabajar - con pensión | 0  | 0  | 1  | 0  | 1   |
|                  | Estudiando  | 4  | 4  | 13 | 5  | 26  |
|                  | Realizando oficios del hogar                        | 2  | 20 | 3  | 44 | 69  |
|                  | Recibiendo renta                                    | 0  | 0  | 0  | 0  | 0   |
|                  | Pensionado - jubilado                               | 9  | 18 | 15 | 8  | 50  |
|                  | Realizando actividades de autoconsumo               | 13 | 17 | 60 | 39 | 129 |
|                  | Otra actividad                                      | 25 | 45 | 52 | 70 | 192 |
|                  | Ninguna actividad                                   | 0  | 0  | 0  | 1  | 1   |
|                  | Menor de 10 años (no responde)                      | 0  | 0  | 0  | 0  | 0   |

Fuente: Base Oficial SDS, Registro y Caracterización PCD, 2014 Localidad de Los Mártires.

#### 5.4 PRIORIDADES PARA LA MORTALIDAD

De acuerdo al análisis realizado anteriormente para la mortalidad general es evidente que las enfermedades del sistema circulatorio son las que mayor prevalecen esto debido a gran parte a los pocos hábitos de vida saludable de la población, así como de un componente biopsicosocial al cual se ve enfrentada la población no solo por las características socioeconómicas sino además por el deterioro social que se vive especialmente en este territorio.

Al identificar las causas de las mortalidades por subgrupos se evidencian varios aspectos, primero los relacionados con cáncer y es allí donde aún persisten demoras en cuanto a la detección temprana de la enfermedad y la falta de sensibilización en el tema de autocuidado en la población para asistir con cierta regularidad a los servicios médicos.

Por otra parte las causas que conllevan a la presentación de casos de mortalidad materna infantil se derivan en su gran mayoría de patologías no transmisibles y en la gran mayoría de origen congénito de allí la importancia de la asistencia a los servicios médicos desde la etapa gestacional y el estricto cumplimiento de los controles de crecimiento y desarrollo durante la primera infancia, con el fin de detectar tempranamente dichas patologías que permitan brindarle una probabilidad más alta de supervivencia al menor.



## 5.5 PRIORIDADES PARA LA MORBILIDAD

Es importante entender que la aparición de enfermedades no transmisibles tiene diferentes características, ya que van desde los estilos de vida del individuo y su biología como tal hasta características macroeconómicas sociales y políticas en los que está inmerso el país. Por lo tanto listar las causas de estas enfermedades tendría que ser una tarea titánica, sin embargo la accesibilidad con calidad a los servicios de salud y el brindar la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, bajo estrategias, programas y proyectos tendrían un impacto positivo sobre la población.

## 5.6 ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

Para poder entender y explicar la ocurrencia de eventos priorizados en salud pública se deben observar las características sociales a nivel nacional y local que permean en estos eventos; por tanto, es necesario realizar un análisis de las desigualdades e inequidades de salud a partir del enfoque de los determinantes estructurales e intermediarios según metodología BIT PASE, a los eventos de mortalidad materno-infantil y en la niñez.

## 5.7 DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LAS INEQUIDADES EN SALUD

Teniendo en cuenta que la salud es un derecho inalienable para todas las personas, es clave garantizar su acceso y la calidad de la misma; en el caso de los niños y niñas, sujetos cuyos derechos priman por encima de cualquier otro interés, cabe analizar los factores que determinan la situación de salud, a la vez que se crean propuestas para su mejora.

En esa medida los determinantes estructurales que modifican las condiciones de vida y de salud de la población incidiendo en la mortalidad infantil por distintas causas, pueden estar asociados al nivel de ingresos de sus cuidadores y el acceso al ámbito laboral por parte de los mismos; aunado a ello se encuentra que, en algunos casos, las madres gestantes y lactantes tienen largas jornadas laborales aspecto que dificulta el cuidado total de los niños y niñas.

Otro aspecto a considerar son las condiciones de habitabilidad en la vivienda, que, para el caso específico de la UPZ 102 donde se evidencian situaciones críticas de hacinamiento, se encuentra una correlación con problemas de desnutrición modificando las condiciones y los hábitos alimentarios.



Por otra parte debe tenerse en cuenta el esquema de vacunación de niños y niñas, si bien es cierto la localidad representa un alto porcentaje de población infantil vacunada, debe reconocerse que algunos menores no son vacunados de manera oportuna.

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

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

A esto se suma la presencia de la población víctima del conflicto armado que se encuentra en situación de desplazamiento, la población flotante y los ciudadanos habitantes de calle que viven en la localidad, quienes no cuentan con un ejercicio de ciudadanía efectivo incidiendo en la ausencia de la garantía de sus derechos ciudadanos, en esa medida se observa que esta población entra en una situación de vulnerabilidad social, inequidad y exclusión de participación en los ámbitos sociales, políticos, económicos y de salud, determinando cada aspecto de su vida. En ese sentido se encuentra una falta de empoderamiento de las políticas públicas relacionadas con la infancia y con poblaciones vulnerables como son las víctimas del conflicto, las etnias y los habitantes de calle quienes suelen evidenciar mayor déficit de la prestación y el acceso a los servicios de salud.

Adicionalmente debe medirse la corresponsabilidad de la población en cuanto al acceso de los servicios de salud y la asistencia a sus citas médicas, tanto de las madres como de los niños y niñas, frente a ello se encuentran imaginarios generales en los que predominan actitudes asistencialistas y desinterés frente a la importancia de asistir a los controles y valoraciones médicas, lo que impide un control y seguimiento al estado de salud de las madres en proceso de gestación o de lactancia, así como de los niños y niñas durante su etapa de desarrollo.

De igual manera se considera importante resaltar la desconfianza de la población a los servicios de salud y a las entidades prestadoras de este servicio quienes, al



generar barreras de acceso administrativas, determinan la percepción de la población sobre la prioridad en salud y sobre la importancia de asistir a los servicios, los cuales son mediados, de nuevo, por el factor económico de la población.

De la mortalidad infantil puede decirse que uno de los tipos de mortalidad más graves en el sentido en que sus indicadores determinan el nivel de desarrollo de un país, por tal razón se recurre a la legislación que protege y asegure el acceso a salud y a necesidades básicas como un elemento prioritario para poblaciones vulnerables como lo son los niños y las niñas; de ahí que desde el ámbito político se estipulen una serie de políticas públicas que respalden y garanticen su derecho a la salud.

En esa medida debe resaltarse que algunas políticas públicas son efectivas en la medida en que éstas sean aplicadas acorde a lo estipulado; tal es el caso de la política pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional la cual propende establecer una “Bogotá sin hambre” en el período 2007 – 2015 con el fin de superar la inseguridad nutricional, respetando, protegiendo y promocionando el derecho que tienen todas las personas a la alimentación y a la salud, construyendo bases y hábitos de vida saludables en la población de Bogotá abordando un enfoque diferencial, inclusivo y equitativo, aunque su mayor énfasis se encuentra en la población infantil, mujeres gestantes y adultos mayores debido al estado de vulnerabilidad y de riesgo en que se encuentran.

Es así que se han adoptado medidas que facilitan el ejercicio pleno de la política pública, cuestión que se ha visto en la reducción de casos de menores con bajo peso al nacer y en la mitigación de eventos de desnutrición crónica, por tanto sus programas están encaminados en acciones de promoción, inclusión y equidad en cuanto a la adquisición de elementos de la canasta básica de alimentos, asegurándose de brindar alimentos saludables, nutritivos y asequibles a toda la población de la ciudad, teniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas de los ciudadanos. Sin embargo es pertinente considerar que el ejercicio de las políticas públicas se realiza de manera homogénea a lo largo de todo el país, es así que se observa una debilidad en la medida en que éstas no contemplan el contexto particular de una población de determinado territorio.

## 5.8 DETERMINANTES INTERMEDIARIOS DE LA SALUD.

Algunas madres y gestantes que habitan en la UPZ 102, específicamente en los microterritorios La Favorita, Santa Fe caracas, Santa Fe central, Voto Nacional y Estanzuela, en algunos casos no tienen empleo o tienen jornadas laborales extensas, por lo que deben dejar a sus hijos en jardines comunitarios en el día,



lugares donde no siempre se brinda la alimentación adecuada. En esa línea de ideas los niños y niñas pertenecientes a la primera infancia no siempre tienen una alimentación balanceada aludiendo a una debilidad en los hábitos alimenticios, bien sea por factores familiares determinado por el tipo de alimentos consumidos en el hogar, el cuidado de los menores que en algunos casos están a cargo de un hijo mayor o de una persona ajena que no cuenta con el conocimiento sobre la adecuada nutrición ni de las condiciones para preparar los alimentos de los menores.

Aunado a lo anterior, a nivel social se encuentra una falta de fortalecimiento de la demanda de compra y consumo de alimentos de las plazas de mercado, así como en la oferta de alimentos saludables como frutas y verduras; también hay una falta de divulgación de programas efectuados sobre la educación en lactancia materna y la duración de la misma, para garantizar una alimentación saludable en niños menores de un año.

Como resultado de tales factores, se está evidenciando la población un aumento en el consumo de leche en tarro y alimentos complementarios, como sustitutos de la leche materna, lo cual es un elemento poco saludable para los niños y las niñas, además que se ofrece a un alto costo; del mismo modo, las frutas y verduras están siendo reemplazadas por bebidas preparadas, embutidos y enlatados que contienen gran cantidad de conservantes y que no son saludables para el organismo.

En otra instancia se considera relevante analizar el contexto ambiental en el que viven y crecen los niños, niñas y las madres gestantes y lactantes de la localidad, quienes, en algunos casos viven en situación de hacinamiento y débiles condiciones de saneamiento que afectan la limpieza de los sitios de almacenamiento y preparación de alimentos, la calidad del aire generando focos de enfermedades respiratorias que afectan principalmente a los niños.

Es así que en la localidad se observa aumento de condiciones insalubres fuera de la vivienda en la que habitan los niños y niñas, debido a inadecuada disposición de basuras y a la presencia de excretas de animales y de humanos, aspecto que incide en la calidad ambiental que rodea el contexto cercano de niños, niñas y población vulnerable.

También se ha evidenciado una alta presencia de inquilinatos en los que las personas viven hacinadas lo cual fomenta la concentración de focos de microorganismos patógenos; igualmente se denota la contaminación del aire, del agua y del suelo, lo cual se muestra en: las partículas contaminantes producidas en el aire por el exceso de polución afectando las vías respiratorias de los infantes, los residuos sólidos en las vertientes de agua o en el alcantarillado y los residuos de basuras industriales y comunales.



Una situación similar se presenta en la UPZ 37, donde, si bien es cierto, no se evidencian situaciones de pobreza tales como en la UPZ 102, si es claro que hay una pobreza oculta que han impedido que se ejecuten las labores que se llevan a cabo desde el sector salud, para la promoción y prevención de enfermedades de salud pública.

En ese sentido se entiende la pobreza como un factor transversal que repercute en los determinantes estructurales e intermediarios de la salud, sin embargo es un evento que se refleja con mayor frecuencia en el ámbito proximal ya que determina el estilo de vida que llevan las madres y gestantes en cuanto al cuidado y crianza de los niños y niñas. Así, se observa cómo la pobreza teje relaciones y prácticas socio-culturales mediadas por el saber popular.

Por tanto, el acceso a salud no se constituye como una prioridad, recurriendo a prácticas de salud tradicionales que no siempre dan respuesta efectiva a las necesidades de la población. Igualmente hay que considerar el choque cultural que se da en algunos escenarios donde conviven poblaciones étnicas cuyos saberes en medicina se contraponen al concepto occidental, por tanto sus partos, el cuidado de los niños los imaginarios de maternidad y de infancia suelen reflejar una contravía de los hábitos alimenticios y la percepción sobre salud-enfermedad son factores que se contraponen a los valores determinados como adecuados bajo de los parámetros culturales y de la salud pública; es así que estos aspectos reflejan situaciones de riesgo determinados por el acceso a los alimentos, el cambio del entorno y los choques culturales.

## **5.9 ANÁLISIS DE DESIGUALDADES EN GRANDES CAUSAS DE MORBILIDAD.**

El análisis a las desigualdades en salud para las principales causas de morbilidad estará orientado a la oferta institucional que se efectúa con el fin de disminuir riesgos en salud, por medio de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. De ahí que se analice el contexto y las acciones de atención a enfermedades no transmisibles en la localidad como se expone en la matriz de reconocimiento de las condiciones básicas de salud mediante las dimensiones priorizadas según la metodología BIT PASE.

De la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles, se analizan aspectos que aseguren entornos saludables que incidan en hábitos y condiciones de vida saludables y adecuadas tanto en la vivienda como en el entorno y también se evalúa la respuesta institucional frente a las acciones de atención, promoción, prevención y educación de prácticas y estilos saludables en la familia y en la sociedad. En esa línea de ideas desde el Hospital Centro Oriente se llevan a cabo acciones de promoción y cuidado de entornos saludables mediante las acciones



propias adelantas por los profesionales ambientales y los tecnólogos ambientales del equipo de Territorios Ambientalmente Saludables (TAS).

Una de sus acciones busca la participación activa de la comunidad en cuanto a temas ambientales como lo son la conservación y adaptación del espacios saludables, sensibilizando y educando a la población acerca del manejo integral de residuos sólidos; adicionalmente se promueve la tenencia responsable de animales de compañía mediante la vinculación a los diferentes servicios ofrecidos desde nivel central como la esterilización de hembras caninas y felinas y la vacuna antirrábica de periodicidad anual , con el fin de disminuir los casos de enfermedad zoonótica, provenientes de los animales de compañía.

Por otra parte se ejecutan asistencias técnicas realizadas por el profesional ambiental en las diferentes instituciones priorizadas, enfatizando las posibles acciones que pueden realizar a nivel de comunidad cada uno de los participantes o miembros de estas instituciones como lo son los adultos mayores; junto a estas acciones realizadas se trabaja entre profesional ambiental y técnico ambiental, con grupos definidos o multiusuarios sobre las temáticas propuestas en los lineamientos de TAS enfocados al manejo adecuado de los residuos sólidos, todo consagrado en la unidad operativa Basura Cero, todo ello con el fin de mejorar las condiciones de vida mediadas por el entorno ambiental de la población cuya mejora repercute en el estado físico de las personas.

Complementando lo anterior, también se llevan acciones que permitan mejorar las condiciones higiénico-sanitarias de las viviendas, en cuanto a la educación sobre:

- los espacios vitales de la viviendas y a las condiciones físicas y locativas de la misma; sensibilización y promoción del consumo de agua potable y manejo adecuado de la misma;
- manejo de aguas residuales, donde se aborda la importancia del uso racional de las aguas servidas de la vivienda y su adecuada disposición;
- manejo de residuos sólidos allí se vincula la comunidad a las prácticas adecuadas y eficientes del manejo integral de los residuos sólidos haciendo énfasis en el ciclo de vida de los productos y el aprovechamiento de los mismos;
- manejo de plagas, con el fin de mitigar el impacto ambiental generado por el consumo de productos químicos para la eliminación de vectores en las viviendas y promoviendo la adopción de métodos alternativos para el control de los mismos;
- alimentos e higiene, en la cual se priorizan el manejo adecuado de los alimentos en la vivienda y las condiciones ideales de la cocina y del lugar de



almacenamiento y de los alimentos, integrando allí el manejo de los productos químicos de uso cotidiano en la cocina;

- productos químicos, se hace especial énfasis en el manejo integral de los medicamentos en la vivienda incluyendo su manipulación, almacenamiento y disposición final;
- animales de compañía en la cual se les brinda la asesoría de las prácticas higiénico-sanitarias adecuadas para la tenencia responsable de las mismas como aseo de las mascotas, manipulación de las excretas y vacunación y desparasitación.

Ya en el ámbito de la educación en salud como un tema prioritario que permite la sensibilización de la comunidad frente a la movilización social que permita generar cambios en los estilos de vida a nivel colectivo e individual, previniendo así la aparición de enfermedades no trasmisibles que afecten el estado de salud de la población de todas las etapas de ciclo vital. Es en ese sentido que se ejecutan servicios de salud colectiva implementados por el programa Territorios Saludables, los cuales pretenden, además de generar cambios en el estado de salud impactando las condiciones de vida y el entorno social y ambiental de la población de la localidad, buscan eliminar las brechas e inequidades presentes al interior de la misma.



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

A partir del ejercicio de análisis realizado en los capítulos anteriores de contrastación de los indicadores de la localidad con los de la ciudad, el presente capítulo espera identificar las tensiones en salud que resultan del abordaje de las dimensiones prioritarias del Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021) y la metodología PASE al desarrollo y la equidad en salud. Estas tensiones dan cuenta de eventos o situaciones en salud que se vinculan entre sí dando lugar a un evento o una situación problemática en salud.

### 6.1 IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA LOCALIDAD

Las tensiones en salud surgen cuando la relación entre cualquier par de dimensiones del desarrollo no fluye de manera armónica, es decir, cuando el intercambio de bienes, servicios, información, poder, tecnología, etc., resulta desigual y genera presiones indeseables o dañinas en alguno de los aspectos de la salud del colectivo poblacional (1).

Las tensiones en salud están construidas teniendo en cuenta varios factores como la etapa de ciclo vital, el territorio en el cual se ubica dicha población, la particularidad de la población afectada por la tensión, los factores que determinan el origen de dicha tensión, así como los eventos en salud relacionados a la tensión y finalmente las implicaciones bajo la estrategia PASE en las dimensiones poblacionales, ambientales, sociales, económicos y en salud. Es fundamental entender que todo lo que compone la tensión es analizada bajo el enfoque de determinantes sociales en salud y este a su vez en determinantes sociales estructurales e intermedias.

En este proceso de profundización de la problemáticas en salud se identificaron además el contexto local de la situación así como los factores que la refuercen y los factores que lo liberan es decir en otras palabras la respuesta institucional que dan cuenta a mitigar dichas tensiones; Si la tensión no se resuelve oportunamente y de manera satisfactoria, el desequilibrio puede acarrear daños importantes en uno o ambos términos de la relación y, por consiguiente, en la salud y la calidad de vida de la población, incluso puede llegar a producir daños irreversibles, caso en el cual ya no es posible restablecer el equilibrio (1)



### 6.1.1 Etapa de Ciclo vital Infancia

Para el análisis de las problemáticas en la etapa de ciclo vital infancia es necesario establecer, que el rango de edad para esta ciclo contemplara a los niños y niñas entre lo cero y 13 años (11 meses 29 días).

#### **Tensión Número 3.1.3.2: “Dinámicas familiares y del entorno que propician situaciones de mayor vulnerabilidad a eventos de violencia sexual en la población infantil”.**

En la dimensión Convivencia Social y Salud Mental, en el componente asociado a las competencias sectoriales de la promoción de la salud mental y la convivencia, bajo el área de observación de los entornos protectores para la salud mental y la convivencia social, se identifica dinámicas familiares y del entorno que propician situaciones de mayor vulnerabilidad a eventos de violencia sexual en la población infantil.

La violencia sexual contra los niños es una realidad que se da en la localidad y en diferentes grupos sociales; dicha violencia es vista como abuso sexual, acoso, violación o explotación sexual en la prostitución o la pornografía; dicha situación no solo se da dentro del hogar sino además en otros espacios locales que han sufrido de un deterioro ambiental y social como el sector del Bronx y zonas aledañas, así como la zona de alto impacto, donde confluyen dinámicas ilícitas (micro tráfico, robos, prostitución, entro otras) y donde se ven involucrados los menores. Estas situaciones ilegales en el que el mismo núcleo familiar de los menores participa activamente y llevando al mismo niño a enfrentar situaciones de violencia sexual.

Por otra parte las dinámicas laborales de los padres (en la mayoría de los casos son madres solteras o padres separados, es decir familias desarticuladas y disfuncionales), en los cuales deben dejar a los menores al cuidado de terceros propiciando situaciones de mayor vulneración donde el agresor ve la oportunidad de violentar sexualmente al niño.

También es evidente la falta de control parental, lo que genera que las niñas se vean involucradas en relaciones sentimentales en la mayoría de los casos con adultos y aunque se trate de actos sexuales consentidos; la ley establece responsabilidad penal sobre la persona mayor de edad que mantenga relaciones sexuales con un menor de 14 años y lo define como una conducta punible.

Esta tensión genera un aumento de número de casos de violencia sexual en la población infantil (0 a 13 años), en los últimos cinco años, con especial atención sobre la UPZ 102 sabana y específicamente sobres los microterritorio Favorita, diferencial Bronx, Santafé, Santafé central y Santafé Cáracas. Aunque la mayoría



de los casos han sido en población general también se evidencian casos en población en condición de desplazamiento y personas en condición de discapacidad.

En la UPZ 102 Sabana se han aumentado los casos de violencia sexual en la población infantil en un 25% en los últimos dos años; donde el 85% son niñas y el 12,5% de los casos corresponde a población en condición de desplazamiento. Existe evidencia que indica que la violencia sexual puede tener consecuencias físicas, psicológicas y sociales graves a corto y largo plazo, no sólo para las víctimas, sino también para entorno familiar y social más cercano. Esto incluye los riesgos de padecer enfermedades como ITS, embarazos no deseados, trastornos psicológicos, estigma, discriminación y dificultades en el ámbito familiar.

### **Tensión Número 6.1.3.1.: “Carga de enfermedades infecciosas por Enfermedad Respiratoria Aguda”.**

En la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles, en el componente asociado a las competencias sectoriales de las enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas, bajo el área de observación de la carga de enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo, se identifica la carga de enfermedades infecciosas por Enfermedad Respiratoria Aguda.

La desfavorable condición higiénica sanitaria presente en albergues de protección y en inquilinatos que funcionan como paga diarios; favorece la aparición de casos por ERA por tratarse de población cautiva, en el cual se encuentra población infantil quienes son los más vulnerables a este tipo de enfermedades. La infraestructura física de inmuebles donde funcionan dichos albergues e inquilinatos se caracterizan por condiciones habitacionales insalubres y de hacinamiento, lo que representa un factor de riesgo en la salud de los residentes, especialmente en la población infantil, la cual registra la mayor cantidad de casos de ERA en los últimos 5 años.

Los brotes por ERA en población cautiva y en inquilinatos se vienen presentando de manera persistente desde hace 4 años; En los últimos cuatro años se han intervenido un total de 7 brotes por ERA y el aumento en los dos últimos años ha sido del 66%.

La transmisión de la ERA es por vía aérea y de contacto es decir que la dimensión ambiental se ve involucrada; por otra parte la población cautiva presenta un mayor riesgo de contagio y por ende se presentan un mayor número de casos. Y en los casos registrados en inquilinatos también se ve involucrado en la dimensión ambiental mencionada anteriormente, pero además se ve involucrada la dimensión económica en cuanto a los padres que deben dejar de trabajar por al tanto del cuidado del menor enfermo, lo que conlleva a una disminución del ingreso económico de la familia.



## 6.1.2 Etapa de Ciclo vital Adolescencia

Para el análisis de las problemáticas en la etapa de ciclo vital adolescencia es necesario establecer, que el rango de edad para este ciclo contemplara a los hombres y mujeres entre los 14 años y los 17 años (11 meses 29 días).

### **Tensión Número 3.1.2.1: “Falta de afrontamiento de las tensiones externas por parte de los adolescentes que tiene como consecuencia los intentos suicidas en esta población”.**

En la dimensión Convivencia Social y Salud Mental, en el componente asociado a las competencias sectoriales de la promoción de la salud mental y la convivencia, bajo el área de observación del comportamientos individuales y colectivo para el cuidado de la salud mental y la convivencia social; se identifica la falta de afrontamiento de las tensiones externas por parte de los adolescentes que tiene como consecuencia los intentos suicidas en esta población.

La adolescencia es una etapa de ciclo vital en la que se generan cambios a nivel psicológico, emocional y físico. Se considera un estado donde se asumen cambios a nivel individual con respecto a los estímulos y experiencias sociales y familiares. Sin embargo algunas situaciones no son afrontadas de manera adecuada lo que, aunado a la falta de apoyo por parte de los padres y profesores, conlleva a tendencias suicidas. Del mismo modo también inciden las rupturas de las relaciones afectivas, el contexto escolar, el matoneo, el inadecuado uso del Internet y las redes sociales así como las dinámicas familiares en contextos disfuncionales inciden en la ocurrencia de las conductas suicidas en esta etapa de ciclo. Los casos de intento suicida se han triplicado en los últimos dos años en la UPZ 37.

En cuanto a las implicaciones de tipo social que esta tensión genera un impacto de tipo familiar en la medida en que el intento suicida tiene un efecto colateral en las dinámicas familiares, pues alude a un llamado y a un acompañamiento de tipo emocional por parte de la red de apoyo familiar con el fin de evitar la reincidencia de nuevos casos de intento suicida debido a la depresión que genera la inadecuada elaboración de duelos.

Por otra parte es relevante destacar que una de las implicaciones desde el sector salud es el inicio temprano del consumo de medicamentos a pacientes que lo requieran con el fin de mitigar las tendencias suicidas; asimismo se puede derivar el consumo de SPA como un mecanismo de defensa frente a los pensamientos suicidas así como también puede ser asumido como un mecanismo de interacción social.



### **Tensión Número 3.1.3.1: “Ausencia de control parental como negligencia sobre los adolescentes”**

En la dimensión Convivencia Social y Salud Mental, en el componente asociado a las competencias sectoriales de la promoción de la salud mental y la convivencia, bajo el área de observación del comportamientos individuales y colectivo para el cuidado de la salud mental y la convivencia social; se identifica la ausencia de control parental como negligencia sobre los adolescentes.

Dicha negligencia por parte de los padres incide en la falta de control de la cantidad de tiempo libre que tienen los adolescentes repercutiendo en los embarazos en adolescentes, el consumo de sustancias psicoactivas, en la deserción escolar y la delincuencia. Es importante destacar que siendo la adolescencia una etapa en la que se construye la identidad social e individual y además en la que se fortalece el desarrollo físico y emocional, ante el abandono de los padres, se observa en el adolescente inseguridades y debilidades al momento de afrontar situaciones propias del entorno que los rodea.

Los casos de negligencia se ven en toda la localidad, sin embargo se ven con mayor frecuencia en la UPZ 102; en los últimos 2 años se han reportado 26 casos de negligencia en adolescentes en la UPZ 102. La negligencia de los padres incide en la falta de control de la cantidad de tiempo libre que tienen los adolescentes repercutiendo en los embarazos en adolescentes, el consumo de sustancias psicoactivas, en la deserción escolar y la delincuencia, impactando así la dimensión social y poblacional.

#### **6.1.3 Etapa de Ciclo vital Juventud**

Para el análisis de las problemáticas en la etapa de ciclo vital adolescencia es necesario establecer, que el rango de edad para este ciclo contemplara a los hombres y mujeres entre los 18 años a los 26 años (11 meses 29 días).

### **Tensión Número 3.2.1.1: “Violencia sexual sobre las mujeres jóvenes de la localidad”**

En la dimensión Convivencia Social y Salud Mental, en el componente asociado a las competencias sectoriales de la prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia, bajo el área de observación de la 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; se identifica la violencia sexual sobre las mujeres jóvenes de la localidad.



El fenómeno de la violencia sexual puede afectar a cualquier persona sin importar su sexo, género o inclinación sexual, sin embargo es común evidenciar casos en mujeres debido a la vulnerabilidad a la que se enfrentan dentro de las dinámicas socio políticas de un país patriarcal que aún conserva costumbres machistas, que dibujan imaginarios sociales de las mujeres como población débil mientras posicionan el poder del hombre en todas las esferas. En ese sentido la desigualdad de género se postula como un determinante principal que genera esta tensión.

En la localidad Los Mártires el incremento de los casos de violencia sexual en la juventud se constituye un evento derivado de esta tensión que se incrementa en los últimos dos años, uno de estos casos ocurrió a una mujer que ejerce la prostitución, dos cosos de ellos fueron mujeres que reportaron el evento en la pareja, uno de ellos reportó consumo de SPA. Adicionalmente una persona reportada como víctima de abuso sexual tiene una discapacidad.

En cuanto a las implicaciones de las violencias sexuales y basadas en los casos reportados, se estipula que se puede desencadenar conducta suicida debido al maltrato psicológico que se produce como consecuencia del abuso sexual. Asimismo se genera un abuso de consumo de SPA como un mecanismo de defensa frente a las consecuencias emocionales que se derivan del evento; así como embarazos e ITS.

### **Tensión Número 3.1.2.2.: “Aumento de intentos suicidas en los jóvenes de la localidad”**

En la dimensión Convivencia Social y Salud Mental, en el componente asociado a las competencias sectoriales de la promoción de la salud mental y la convivencia, bajo el área de observación del comportamientos individuales y colectivo para el cuidado de la salud mental y la convivencia social; se identifica el aumento de intentos suicidas en los jóvenes de la localidad.

El contexto familiar en el que crecen los jóvenes de la localidad Los Mártires, caracterizado en gran medida por la escases de recursos económicos y/o la negligencia por parte de los padres en el cuidado de los hijos, determina la vulnerabilidad de estos ante entornos que amenazan su condición psicológica y mental, entornos que se asocian especialmente a la presencia de micro-tráfico, el alto consumo de SPA y la violencia sexual.

De esta forma, en gran medida los jóvenes de la localidad, llegan a esta etapa de ciclo vital con una carga de problemáticas asociadas al abandono, la deserción escolar, el abuso y la discriminación. Factores que sumados a la falta de



oportunidades laborales, inciden significativamente en la ideación suicida de los jóvenes.

Los casos de intento suicida en jóvenes de la UPZ 102, pasaron de 6 casos en 2013 a 10 casos en 2014.

En cuanto a la dimensión social se observan impactos de tipo familiar en la medida en que el intento suicida tiene un efecto colateral en las dinámicas familiares, pues alude a un llamado y a un acompañamiento de tipo emocional por parte de la red de apoyo familiar con el fin de evitar la reincidencia de nuevos casos de intento suicida debido a la depresión que genera la inadecuada elaboración de duelos.

#### 6.1.4 Etapa de Ciclo vital Adultez

Para el análisis de las problemáticas en la etapa de ciclo vital adolescencia es necesario establecer, que el rango de edad para este ciclo contemplara a los hombres y mujeres entre los 27 años a los 59 años (11 meses 29 días).

##### Tensión Número 6.1.1.1: “Aumento en los casos de Tuberculosis”

En la Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles, en el componente asociado a las competencias sectoriales de las enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas, bajo el área de observación de la carga de enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo; se identificó el aumento en los casos de tuberculosis.

El aumento de eventos transmisibles en la localidad Los Mártires, se ha dado en gran medida por el aumento de los casos de tuberculosis en los últimos 5 años, especialmente en la población adulta residente en la UPZ 102; paralelamente a esta situación también se evidencia un aumento de los casos de comorbilidad TB/VIH y la aparición de casos TB Farmacorresistente en los últimos 3 años; esta tensión impacta de una manera importante a la población habitante de calle especialmente en la UPZ 102 (Sabana) en el sector conocido como Bronx. En consecuencia, en los últimos 5 años se calculan cerca de 50 personas adultas afectadas en la UPZ 102; en los últimos dos años se ha evidenciado también un aumento del 33.3% de casos de comorbilidad VIH/TB y un aumento del 300% de casos de TB Farmacorresistente. También se ha observado un aumento de casos de TB en habitantes de calle, en los últimos dos años el número de casos se ha triplicado (2013: 2 casos y 2014: 6 casos).

Al ser una enfermedad transmitida por vía aérea y de contacto directo, la tuberculosis afecta principalmente la dimensión ambiental en la medida en que su



ocurrencia aumenta el riesgo y el espectro de contagio. En ese sentido se ve afectada la dimensión social con respecto a los usuarios que abandonan el tratamiento, haciendo farmacoresistencia al mismo y aumentando el contagio a más población. Con respecto a lo anterior la dimensión económica se ve afectada en cuanto al costo que se genera al sistema de salud por el tratamiento de un usuario con tuberculosis.

### **Tensión número 5.2.5.1: “Aumento de ITS en la población adulta”**

En la dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, en el componente asociado a las competencias sectoriales de la prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva (SSR) desde un enfoque de derechos, bajo el área de observación del acceso universal a prevención y atención integral para infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH/SIDA; se identifica un aumento de ITS en la población adulta.

En la localidad Los Mártires se evidencia una falta de autocuidado y procura por la salud sexual propia y de los demás como uno de los deberes de salud sexual y reproductiva, hecho que se ve reflejado en el aumento de casos de VIH y de sífilis gestacional, asociados a la falta de corresponsabilidad entre las parejas, y entre las personas en ejercicio de prostitución y sus clientes, en cuanto al uso de preservativos como forma de prevención, así como en la inasistencia a los controles prenatales. Por otra parte, también se observan barreras de acceso al sistema de salud, asociadas a la discriminación de las personas que ejercen la prostitución o pertenecen a la población LGBTI.

En consecuencia en la localidad Los Mártires se ha presenta un aumento de los casos de VIH en la población adulta, de acuerdo con el SIVIGILA en los últimos 5 años se presentaron 48 casos en la UPZ 102 (Sabana), solamente el año anterior se reportaron 34 casos de los cuales el 76,4% fueron hombres y 23,6% mujeres, se identificó un caso de víctima del conflicto armado en condición de desplazamiento, 20 casos que corresponden a homosexuales, uno de ellos es transgénero y 2 casos de hombres bisexuales; de los 22 casos 8 corresponden por etapa de ciclo vital a juventud y 14 casos a etapa de ciclo adultez; gran parte de los casos ocurridos en la UPZ 102 (Sabana), corresponden especialmente a los microterritorios Estanzuela, Santafé central, Territorio Diferencial Bronx y Santafé Caracas.

Considerando que el VIH es catalogado como una enfermedad de alto costo, el aumento de casos representa una amenaza para la economía en el sistema de salud y discriminación en el marco laboral de dichos pacientes, en este sentido esta tensión tiene implicaciones en la dimensión económica. Del mismo modo hay una relación directamente proporcional de lo anterior con la dimensión poblacional con respecto al aumento de mortalidades, no solo por el VIH sino por la alta probabilidad



de una mortalidad perinatal a causa de la sífilis gestacional y los años perdidos por discapacidad a causa de las malformaciones que podría presentar el recién nacido con sífilis.

### **Tensión número 2.1.3.1: “Inadecuadas prácticas de salud oral”**

En la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles, en el componente asociado a las competencias sectoriales de los modos, condiciones y estilos de vida saludables, bajo el área de observación de los modos y estilos de vida saludables; se identificó las inadecuadas prácticas de salud oral.

Dentro de población adulta de la localidad Los Mártires hay una fragilidad en cuanto a la cultura de autocuidado en materia de salud oral, esto se debe a la debilidad en la educación impartida desde la infancia sobre el adecuado cuidado a la salud oral y su importancia, este hecho aunado a las pautas generacionales adquiridas y aprehendidas inciden en la inadecuadas prácticas de salud oral que dan cabida al aumento de caries cavitacional y gingivitis.

Adicionalmente es importante mencionar que cierta parte de la población que no cuenta con los recursos económicos suficientes, tiene acceso limitado a los implementos requeridos para mantener la higiene oral (cepillo dental, crema, dental, enjuague, seda), lo que implica que, en algunos casos, su uso sea nulo o que pueda estar compartido con los miembros de la familia, hecho que podría generar la trasmisión de microorganismos.

Por otra parte, los problemas de salud oral en la población, se pueden ver acentuados debido a prácticas cotidianas asociadas al consumo de SPA, cigarrillo, alcohol o la presencia de otras patologías de la cavidad bucal tales como la fisura de paladar o candidiasis. En consecuencia en los últimos cinco años se han visto afectados por caries cavitacional o gingivitis un total de 304 personas adultas (se evidencia que el 97% de los afectados presentaron ambas condiciones).

El problema de caries y gingivitis implican a futuro una pérdida de piezas dentarias que trae como consecuencias dos aspectos; el primero, relacionado con los cambios y disminución del régimen alimenticio, lo que podría generar una mala nutrición en el paciente; y el segundo, hace alusión al gasto de bolsillo que se genera como resultado de la inversión en prótesis dentales que no cubre el POS, impactando así la economía de las personas que requieren este servicio.



### 6.1.5 Etapa de Ciclo vital Vejez

Para el análisis de las problemáticas en la etapa de ciclo vital adolescencia es necesario establecer, que el rango de edad para este ciclo contemplara a los hombres y mujeres mayores de 60 años.

#### **Tensión número 2.2.3.1: “Vulnerabilidad del adulto mayor con discapacidad”**

En la dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles, en el componente asociado a las competencias sectoriales de las condiciones crónicas prevalentes, bajo el área de observación de la carga de la enfermedad; se identificó la vulnerabilidad del adulto mayor con discapacidad.

Los hábitos y estilos de vida saludable adquiridos a lo largo de la vida inciden en la calidad de vida en la vejez, este hecho se refleja en el aumento de número de casos de población adulta mayor con discapacidad, evidenciando la vulnerabilidad de la cual son sujetos. En la localidad Los Mártires esta situación ha venido aumentando en los últimos cinco años, afectando a la población de la UPZ 37 en su mayoría, aunque también tiene alto impacto en la UPZ 102, permitiendo inferir que la discapacidad en la vejez es un hecho transversal a todos los niveles socioeconómicos. En consecuencia en los últimos 5 años se han reportado 997 personas con discapacidad en la localidad Los Mártires, 475 de ellos ocurrieron en la UPZ 37 los 528 restantes corresponden a la UPZ 102.

La discapacidad del adulto mayor tiene unas implicaciones en la dimensión poblacional con respecto a vulneración de los años de vida potencialmente perdidos por discapacidad y los años ajustados por calidad. También se observan impactos en la dimensión económica debido a la ausencia de la inclusión en el circuito laboral de las personas adultas mayores con discapacidad, generando así una dependencia económica en sus cuidadores o en su entone social cercano, de ahí que también se produzca el abandono por parte de sus familiares incidiendo en la dependencia de las redes de apoyo institucionales e impactando el ámbito social.

#### **Tensión número 2.1.3.2: “Deterioro de la calidad de vida del adulto mayor con enfermedad crónica”**

En la dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles, en el componente asociado a las competencias sectoriales de las condiciones crónicas prevalentes, bajo el área de observación de la carga de la enfermedad; se identificó el deterioro de la calidad de vida del adulto mayor con enfermedad crónica

Las enfermedades en la vejez se hacen más evidentes como consecuencia directa de la edad. Dicho deterioro de la calidad de vida está dado por el aumento de casos



de hipertensión arterial (primaria) en la población adulta mayor en todo el territorio de la localidad Los Mártires; debido a que la aparición de esta más relacionada con un componente de estilo de vida y un componente biológico propio de cada individuo, la HTA se presenta en la población de manera general sin importar alguna condición de población diferencial. Para Hipertensión Arterial se identificaron 32 personas atendidas para una prevalencia de 2.99% de los cuales 20 fueron hombres y 12 mujeres.

El análisis de inequidad indica que la prevalencia de la localidad los Mártires no presenta diferencia estadísticamente significativa frente a las prevalencias presentadas en Bogotá; sin embargo si se evidencia que hay un aumento en los dos últimos años desde lo local, dicho aumento es del 25% y en cuanto a la mortalidad por enfermedades hipertensivas tanto en hombres como en mujeres se ubica en el noveno puesto dentro de las primeras diez causas de mortalidad en la localidad.

Es importante entender que las enfermedades crónicas en la vejez son el resultado del estilo de vida que cada persona haya tenido en el transcurso de sus etapas de ciclo de vital y es así como el sedentarismo, la mal nutrición (sobre peso y obesidad), hábitos como fumar y el consumo de bebidas alcohólicas tiene un peso importante sobre la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas. Por otra parte las implicaciones psicosociales no solo de convivir con una enfermedad crónica si no la discapacidad que podría de allí generarse, es algo que podría afectar emocionalmente a esta población.

Por otra parte las implicaciones psicosociales no solo de convivir con una enfermedad crónica si no la discapacidad que podría de allí generarse, es algo que podría afectar emocionalmente a esta población

## 6.2 VALORACIÓN Y VALIDACIÓN DE TENSIONES PRIORIZADAS EN SALUD

Con base a la identificación de las tensiones por etapa de ciclo vital y las dimensiones prioritarias involucradas, a continuación se procede a realizar el análisis a partir de los resultados de su valoración. Este proceso se llevó a cabo mediante una evaluación, por parte equipo ASIS en conjunto con el equipo de Gestión Intersectorial de Políticas y Programas de la ESE, de cada uno de los eventos que registraron mayor tendencia en la localidad en los últimos cinco años con respecto a la gravedad (intensidad), duración (cronicidad), impacto, ingobernabilidad institucional y social, así como aquellos que presentaron mayor número de valor de reforzadores y de liberadores.

Tras realizar la valoración total de las tensiones ubicadas en cada una de las dimensiones; se logra establecer que para la dimensión Vida Saludable y



Condiciones no Transmisibles se identificaron 3 tensiones las cuales presentan un balance promedio total de 4.64 puntos. En la dimensión Convivencia Social y Salud Mental se identificaron en total de 5 tensiones las cuales presentan un balance promedio total de 3.55 puntos. En la dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles se identificó tan solo una tensión con un balance total de 2.375. En la dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles se identificó un total de 2 tensiones las cuales presentan un balance promedio total de 4.5 puntos. El promedio de balance general de las tensiones en todas las dimensiones es de 3.9 puntos.

De lo anterior resultó que de las 11 tensiones identificadas, 7 de ellas fueron estipuladas con prioridad media y las 4 restantes se clasificaron con una prioridad alta y que requieren mayor nivel de análisis con el fin de evidenciar su proceso ante los tomadores de decisión respectivos. En ese sentido a continuación se realizará un análisis a estas cuatro tensiones específicas:

1. Enfermedades crónicas en la vejez
2. Negligencia en adolescencia
3. Violencia sexual en población infantil
4. Coomorbilidad de TB-VIH



## 6.2.1 Análisis de determinantes de los generadores de las tensiones en salud frente a las dimensiones PASE.

Tabla 20 Consolidado de generadores y determinantes

| Dimensión prioritaria para la vida             | Tensión identificada              | Generador   | Determinantes Estructurales   | Determinantes Intermediarios  |
|--|-----------------------------------|---|---|---|
| Vida Sana y Condiciones no Transmisibles       | Enfermedades crónicas en la vejez | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La situación socioeconómica de los adultos mayores</li> <li>• situación de abandono</li> <li>• inequidad social</li> <li>• condición de fragilidad social de los adultos mayores</li> <li>• barreras de acceso por régimen de afiliación</li> <li>• falta de corresponsabilidad</li> <li>• estilos de vida inadecuados entre los que se cuentan el sedentarismo, el consumo de alcohol y tabaco</li> <li>• falta de una nutrición adecuada para la edad</li> </ul> | <p>La ausencia de empleo en la vejez corresponde a las dinámicas laborales que se manejan al interior del sistema. En ese sentido muchos adultos mayores se encuentran sin empleo, lo que aunado al abandono por parte de la red familiar, genera una fragilidad social que deja a los adultos mayores de la localidad en un contexto dependiente de las redes de apoyo institucionales.</p> <p>Como consecuencia de lo anterior, tanto el acceso a los servicios de seguridad social por parte de los adultos mayores se encuentra limitado en los casos de abandono debido a la falta de un mecanismo de pago, traduciéndose en una barrera de acceso económica y por tipo de afiliación que impide la detección y prevención así como el control de las enfermedades crónicas en la vejez.</p> | Los hábitos y estilos adecuados para una vida saludable adquiridos a lo largo del ciclo vital se reflejan en la vejez; es así que las enfermedades crónicas en la vejez permiten inferir la presencia del sedentarismo, hábitos inadecuados de alimentación, consumo de alcohol o de cigarrillo. Frente a este hecho es importante mencionar la ausencia de espacios y de programas de actividad física destinados a todas las etapas de ciclo vital que prevengan la aparición de enfermedades crónicas. |
| Entornos protectores para la salud mental y la | Negligencia en adolescencia       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de control parental</li> <li>• debilidad en las pautas de crianza</li> </ul>   | El contexto económico de la UPZ 102, específicamente para la zona nororiental donde se reportan los casos por negligencia en los adolescentes,  | En esta tensión se encuentra una debilidad de las pautas de crianza en cuanto a la educación, el comportamiento y el seguimiento de   |



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
Hospital Centro Oriente

|                                   |   |   |  |   |
|-----------------------------------|---|---|--|---|
| <p><b>convivencia social.</b></p> |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• falta de fortalecimiento de la educación en normas y valores de comportamiento a lo largo de la infancia</li> <li>• falta de atención por parte de los padres</li> <li>• desinterés por el cuidado de los hijos adolescentes así como su entorno</li> <li>• largas jornadas laborales de los padres</li> </ul> | <p>corresponde a bajos ingresos económicos. El sistema laboral del país no tiene una oferta amplia ni es bien remunerada, lo que genera que cierta población recurra a empleos informales, temporales o de bajos ingresos. En la UPZ 102 se observa con frecuencia este hecho, cuestión que determina las largas jornadas laborales y así la falta de control de los padres sobre el contexto social donde se desenvuelven sus hijos adolescentes.</p> | <p>normas y valores requeridos para las relaciones sociales adecuadas se constituye un determinante que incide en los casos de negligencia. De ahí la ausencia de interés sobre el entornos social de los adolescentes que, actualmente se encuentra vulnerable frente a los estímulos sexuales, de libertinaje y consumismo.</p>   |
|                                   | <p>Violencia sexual en población infantil</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámicas sociales del Bronx y la zona de alto impacto</li> <li>• núcleo familiar</li> <li>• Hacinamiento</li> <li>• dinámicas laborales de los padres</li> <li>• cuidado de los niños por parte de terceros</li> <li>• falta de control parental</li> </ul>   | <p>Las dinámicas laborales de los padres, impiden el control parental de los mismos, aspecto que aunado a la falta de un cuidador y las relaciones familiares es decir familias desarticuladas o disfuncionales, propician situaciones de mayor vulneración como consecuencia del desconocimiento de los cuidadores y el entorno en el que mantienen a los niños y niñas.</p>  | <p>El aumento de casos de violencia sexual en población infantil se genera principalmente en la UPZ 102, donde se encuentra la zona del Bronx y la zona de alto impacto; dentro de estos lugares se llevan a cabo dinámicas sociales que inciden la falta de control parental en términos de cuidado y prevención frente a las violencias.</p> <p>La infancia es una etapa de ciclo vital que es vulnerable a factores externos, por tanto demanda mayor cuidado por parte de los padres quienes deben conocer el entorno social en el que se desarrolla el adolescente, contexto que se encuentra saturado de imaginarios sociales que naturalizan el sexo y la violencia y además crean espacios en los que el adolescente tienen acceso de manera fácil.</p> |



|  |                                  |   |  |   |
|--|----------------------------------|---|--|---|
| <p><b>Carga de enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo</b></p> | <p>Coomorbilidad de TB y VIH</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitabilidad en calle</li> <li>• Condiciones higiénico sanitarias</li> <li>• consumo SPA</li> <li>• hacinamiento</li> <li>• ausencia de un diagnóstico temprano</li> <li>• desconocimiento de los síntomas de la enfermedad</li> <li>• abandono del tratamiento</li> <li>• falta de adherencia a los programas de atención</li> </ul> | <p>Se evidencia la ausencia de una política pública que garantice, controle y restituya los derechos de los ciudadanos habitantes de calle, los cuales son excluidos de las dinámicas sociales propias de la estructura social, la cual los ubica en un rango inferior de la misma. En ese sentido, el habitante de calle de la localidad Los Mártires se encuentra bajo una marginalidad social, causada por las formas de exclusión que se generan desde la cúspide de la estructura jerárquica de la sociedad.</p> <p>En esta tensión el consumo de SPA se entiende como un determinante estructural y que es transversal a todos los núcleos problemáticos los cuales configuran la naturalización de la ilegalidad y la criminalidad. Asimismo se muestra que el desempleo, el subempleo y las formas informales del mismo, inciden en la habitabilidad de calle debido al bajo nivel de ingresos requeridos para entrar dentro de las relaciones comerciales propias para la consecución de bienes materiales necesarios para vivir.</p> | <p>Al no ser reconocidos como sujetos dentro de la estructura social, los habitantes de calle no son garantes de derechos, lo cual incide en la ocurrencia de problemáticas. Por ello la habitabilidad en calle se define como una situación de riesgo tanto a problemáticas sociales como de salud, así se observa su fragilidad social y vulnerabilidad en cuanto la ausencia de derechos que los protejan de las inequidades sociales. Desde el ámbito social deben medirse factores que son determinantes en la habitabilidad en calle: las débiles relaciones sociales, en las redes de apoyo familiares y el abandono, así como también la debilidad en las relaciones afectivas, todos ellos relacionados con el abuso del consumo de SPA, con las conductas violentas y delictivas. Frente a la tuberculosis en habitante de calle debe considerarse los factores de riesgo que implica la habitabilidad en inadecuadas condiciones higiénico sanitarias así como su exposición con el medio ambiente. Asimismo, se encuentra las características propias del tratamiento que inciden en el abandono o en la falta de adherencia del mismo.</p> |
|--|----------------------------------|---|--|---|

PRELIMINAR





A partir de la estrategia PASE al desarrollo, por medio de la cual se produce un conocimiento con el fin de orientar los temas locales de desarrollo que promuevan la formulación de políticas públicas, planes, programas y proyectos enfocados en garantizar la equidad en términos de salud que permiten mejorar la calidad de vida y el estado de salud de la población. De ahí que el presente apartado centre su análisis en los modos, condiciones y estilos de vida que impactan de manera negativa una dimensión prioritaria para la vida por medio de una situación específica.

Dentro de la dimensión “Vida Sana y Condiciones no Transmisibles” pueden observarse factores económicos a nivel estructural que determinan la tensión tales como las jornadas laborales de las redes de apoyo familiares de los adultos mayores así como la ausencia de un ingreso económico que permita el sustento del adulto mayor, inciden en la condición de abandono que presentan. En ese sentido, su acompañamiento a las citas médicas por parte de sus cuidadores así como el acceso a los servicios de salud se encuentra limitado debido a las barreras de acceso económicas y por tipo de afiliación que impide la detección y prevención así como el control de las enfermedades crónicas en la vejez.

En cuanto a los determinantes intermedios que afectan a la tensión priorizada para esta dimensión se encuentra que a lo largo de la vida no se generaron hábitos y estilos adecuados para una vejez saludable, de ahí surgen las enfermedades crónicas como consecuencia de la falta de actividad física, inadecuados hábitos alimenticios y desconocimiento de los mismos, falta de corresponsabilidad con el cuidado a la salud y excesos y abusos del consumo de alcohol y cigarrillo. Lo anterior se relaciona con la dimensión social y económica del PASE debido a que las situaciones asociadas a esta dimensión son de tipo cultural y se determinan también por la baja asignación de recursos a determinadas poblaciones.

Para la dimensión de “Convivencia Social y Salud Mental” se identificaron dos tensiones con alto puntaje lo que permite inferir que las condiciones y el contexto socioeconómico de la localidad generan tensiones en materia de salud mental, específicamente en la infancia y en la adolescencia. En ese sentido se encuentran factores estructurales que inciden en los modos de vida de los adolescentes y de los jóvenes de la localidad a saber: el sistema laboral del país no cuenta con una oferta amplia ni es bien remunerada, lo que genera que cierta población recurra a empleos informales, temporales, de bajos ingresos y de largas jornadas, de ahí que en la UPZ 102, lugar donde se presenta mayor número de reportes de negligencia y violencia sexual, tenga un contexto similar en la medida en que se encuentra los bajos ingresos económicos, la prostitución, el comercio de SPA, el subempleo, violencia e inseguridad generen tensiones del orden de salud mental.

A nivel intermedio se encuentran las dinámicas sociales de la UPZ 102 que muestran la falta de control parental debido a jornadas laborales o desinterés en el



desarrollo del niño y del adolescente que crece dentro de un contexto que se encuentra saturado de imaginarios sociales que naturalizan el sexo y la violencia y además crean espacios en los que el adolescente tienen acceso de manera fácil.

En esta tensión se encuentra una debilidad de las pautas de crianza en cuanto a la educación, el comportamiento y el seguimiento de normas y valores requeridos para las relaciones sociales adecuadas se constituye un determinante que incide en los casos de negligencia. De ahí la ausencia de interés sobre el entorno social de los adolescentes que, actualmente se encuentra vulnerable frente a los estímulos sexuales, de libertinaje y consumismo. Llama la atención en la dimensión “Carga de enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo” en la que se priorizó el aumento de los casos de tuberculosis y comorbilidad con VIH, estos casos aumentaron en la población adulta de la UPZ 102 de los cuales la mitad de ellos corresponden a ciudadanos habitantes de calle.

Por tanto se evidencia la ausencia de una política pública que garantice, controle y restituya los derechos de los ciudadanos habitantes de calle, los cuales son excluidos de las dinámicas sociales propias de la estructura social, la cual los ubica en un rango inferior de la misma. En ese sentido, el habitante de calle de la localidad Los Mártires se encuentra bajo una marginalidad social, causada por las formas de exclusión que se generan desde la cúspide de la estructura jerárquica de la sociedad.

Para esta tensión el consumo de SPA se entiende como un determinante estructural y que es transversal a todos los núcleos problemáticos los cuales configuran la naturalización de la ilegalidad y la criminalidad. Asimismo se muestra que el desempleo, el subempleo y las formas informales del mismo, inciden en la habitabilidad de calle debido al bajo nivel de ingresos requeridos para entrar dentro de las relaciones comerciales propias para la consecución de bienes materiales necesarios para vivir. En cuanto el nivel intermediario cabe analizar que al no ser reconocidos como sujetos dentro de la estructura social, los habitantes de calle no son garantes de derechos, lo cual incide en la ocurrencia de problemáticas sociales y de salud. Por ello la habitabilidad en calle se define como una situación de riesgo tanto a problemáticas sociales como de salud, así se observa su fragilidad social y vulnerabilidad en cuanto la ausencia de derechos que los protejan de las inequidades sociales.

Desde el ámbito social deben medirse factores que son determinantes en la habitabilidad en calle: las débiles relaciones sociales, en las redes de apoyo familiares y el abandono, así como también la debilidad en las relaciones afectivas, todos ellos relacionados con el abuso del consumo de SPA, con las conductas violentas y delictivas. Frente a la tuberculosis en habitante de calle debe



considerarse los factores de riesgo que implica la habitabilidad en inadecuadas condiciones higiénicas sanitarias así como su exposición con el medio ambiente. Asimismo, se encuentra las características propias del tratamiento que inciden en el abandono o en la falta de adherencia del mismo.

## 7. ANEXOS

### ANEXO 1. Tasas de mortalidad específica, localidad Los Mártires 2012

| Mortalidad por subgrupo       | Los Mártires |      | Bogotá |      | Cociente de Tasa |
|-------------------------------|--------------|------|--------|------|------------------|
|                               | Número       | Tasa | Número | Tasa |                  |
| <b>Diabetes mellitus</b>      | 24           | 24,4 | 1006   | 13,3 | 1,8              |
| <b>Cáncer de mama</b>         | 11           | 22,5 | 478    | 12,2 | 1,8              |
| <b>Accidentes de tránsito</b> | 18           | 18,3 | 640    | 8,5  | 2,2              |
| <b>Cáncer de estomago</b>     | 18           | 18,3 | 862    | 11,4 | 1,6              |
| <b>Homicidios</b>             | 16           | 16,3 | 1127   | 14,9 | 1,1              |
| <b>Cáncer de próstata</b>     | 5            | 10,1 | 422    | 11,5 | 0,9              |
| <b>Suicidios</b>              | 5            | 5,1  | 242    | 3,2  | 1,6              |
| <b>Infeciosas</b>             | 4            | 4,1  | 266    | 3,5  | 1,2              |
| <b>Cáncer de útero</b>        | 2            | 4,1  | 208    | 5,3  | 0,8              |
| <b>Tuberculosis</b>           | 0            | 0,0  | 76     | 1,0  | 0,0              |

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



## ANEXO 2. Análisis de desigualdades en salud, mortalidades evitables

| Causa de muerte  | Bogotá | Localidad<br>Los<br>Mártires | Diferencias<br>relativas | LI            | LS            | Serie de tiempo |      |      |      |      |
|--|--------|------------------------------|--------------------------|---------------|---------------|-----------------|------|------|------|------|
|  |        |                              |                          | IC<br>95<br>% | IC<br>95<br>% | 2010            | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Razón de mortalidad materna                                  | 29,0   | 0,0                          | 0,0                      | 0,0           | 0,0           | 79,4            | 82,6 | 76,8 | 0,0  | 0,0  |
| Tasa de mortalidad perinatal                                 | 13,7   | 12,4                         | 0,9                      | 0,5           | 1,6           | 54,8            | 44,6 | 15,3 | 12,3 | 12,4 |
| Tasa de mortalidad infantil                                  | 9,6    | 7,8                          | 0,8                      | 0,4           | 1,6           | 17,5            | 10,7 | 14,6 | 11,6 | 7,8  |
| Tasa de mortalidad en menor de 5 años                        | 19,2   | 21,4                         | 1,1                      | 0,7           | 1,7           | 14,7            | 0,0  | 14,9 | 15,0 | 0,0  |
| Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años          | 5,1    | 0,0                          | 0,0                      | 0,0           | 0,0           | 29,4            | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  |
| Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años          | 0,5    | 0,0                          | 0,0                      | 0,0           | 0,0           | 0,0             | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  |
| Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años | 0,0    | 0,0                          | 0,0                      | 0,0           | 0,0           | 0,0             | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  |

| Causa de muerte  | Bogotá | Localidad<br>ad Los<br>Mártires | Semafo<br>ro | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|--------|---------------------------------|--------------|------|------|------|------|------|
|  |        |                                 |              |      |      |      |      |      |
| Razón de mortalidad materna                                  | 29     | 0                               |              | ↗    | ↘    | ↘    | -    | -    |
| Tasa de mortalidad perinatal                                 | 13,7   | 12,4                            |              | ↘    | ↘    | ↘    | ↗    | ↘    |
| Tasa de mortalidad infantil ajustada (DANE)                  | 9,6    | 7,8                             |              | ↘    | ↗    | ↘    | ↘    | ↘    |
| Tasa de mortalidad en menor de 5 años ajustada (DANE)        | 19,6   | 21,4                            |              | ↘    | ↗    | ↘    | ↘    | ↘    |
| Tasa de mortalidad por neumonía en menores de cinco años     | 7,8    | 0                               |              | ↘    | -    | -    | -    | -    |
| Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años          | 0,5    | 0                               |              | -    | -    | -    | -    | -    |
| Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años | 0      | 0                               |              | -    | -    | -    | -    | -    |

ENTE 2010-2012: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.- Preliminar 2013.  
2013-2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, el año 2013 actualizado 31-10-2014-Preliminar. El 2014 actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar



### ANEXO 3. Análisis de desigualdades en salud, mortalidades evitables

| Índice                                    | Tasa mortalidad perinatal x 1000 | Tasa mortalidad infantil x 1000 | Tasa mortalidad en la niñez x 100000 |
|---|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| Cociente de tasas extremas                | 1,105                            | 1,231                           | 0,897                                |
| cociente ponderado de tasas extremas      | 85,177                           | 94,885                          | 69,169                               |
| Diferencia de tasas extremas              | 1,3                              | 1,8                             | -2,2                                 |
| Diferencia ponderada de tasas de extremas | 100,222                          | 138,77                          | -169,607                             |
| Riesgo atribuible poblacional             | 1,283                            | 1,777                           | -2,172                               |
| Riesgo atribuible poblacional relativo %  | 9,379                            | 18,554                          | -11,295                              |

ENTE 2010-2012: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.- Preliminar 2013. 2013-2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, el año 2013 actualizado 31-10-2014-Preliminar. El 2014 actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar

### ANEXO 4. Notificación eventos SIVIGILA por residencia localidad Los Mártires, 2014

| Eventos de vigilancia en salud pública                       | UPZ 37 | UPZ 102 | Total general | Porcentaje | Tasa Incidencia por 100.000 habitantes |
|--|--------|---------|---------------|------------|--|
| Varicela individual  | 141    | 181     | 322           | 26,9       | 326,4                                  |
| Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia | 84     | 164     | 248           | 20,7       | 251,4                                  |
| VIH/SIDA/Mortalidad por sida                                 | 20     | 42      | 62            | 5,2        | 62,9                                   |
| Intoxicación por medicamentos                                | 21     | 33      | 54            | 4,5        | 54,7                                   |
| Bajo peso al nacer   | 19     | 27      | 46            | 3,8        | 36,0 x 1000 NV                         |
| Casos probables de Tos ferina                                | 16     | 30      | 46            | 3,8        | 46,6                                   |
| Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)            | 32     | 13      | 45            | 3,8        | 45,6                                   |
| Morbilidad materna extrema                                   | 12     | 27      | 39            | 3,3        | 152,7                                  |
| Enfermedad diarreica aguda por rotavirus                     | 11     | 27      | 38            | 3,2        | 582,0                                  |
| Intoxicación por sustancias psicoactivas                     | 9      | 26      | 35            | 2,9        | 35,5                                   |
| ESI - IRAG (Vigilancia centinela)                            | 10     | 23      | 33            | 2,8        | 33,5                                   |
| Tuberculosis   | 5      | 27      | 32            | 2,7        | 32,4                                   |
| Parotiditis  | 9      | 13      | 22            | 1,8        | 22,3                                   |



|   |            |            |             |              |                |
|---|------------|------------|-------------|--------------|----------------|
| Intoxicación por otras sustancias químicas        | 7          | 13         | 20          | 1,7          | 20,3           |
| Sífilis gestacional                               | 6          | 12         | 18          | 1,5          | 70,5           |
| Casos sospechosos de Rubeola                      | 12         | 5          | 17          | 1,4          | 17,2           |
| Mortalidad perinatal y neonatal tardía            | 8          | 8          | 16          | 1,3          | 12,5 x 1000 NV |
| Anomalías congénitas                              | 11         | 10         | 21          | 1,8          | 16,4 x 1000 NV |
| Infección respiratoria aguda grave IRAG inusitada | 3          | 11         | 14          | 1,2          | 14,2           |
| Intoxicación por plaguicidas                      | 10         | 2          | 12          | 1,0          | 12,2           |
| Casos sospechosos de sarampión                    | 8          | 4          | 12          | 1,0          | 12,2           |
| Sífilis congénita                                 | 3          | 4          | 7           | 0,6          | 5,5 x 1000 NV  |
| Hepatitis B, C y infección Hepatitis B y Delta    | 3          | 4          | 7           | 0,6          | 7,1            |
| Intoxicación por solventes                        | 4          | 3          | 7           | 0,6          | 7,1            |
| Intoxicación por gases                            | 0          | 5          | 5           | 0,4          | 5,1            |
| Hepatitis A                                       | 1          | 3          | 4           | 0,3          | 4,1            |
| Tuberculosis extra pulmonar                       | 1          | 3          | 4           | 0,3          | 4,1            |
| Cáncer infantil                                   | 0          | 2          | 2           | 0,2          | 7,5            |
| Chikungunya                                       | 0          | 2          | 2           | 0,2          | 2,0            |
| Síndrome de rubeola congénita                     | 2          | 0          | 2           | 0,2          | 1,6 x 1000 NV  |
| Evento adverso seguido a la vacunación            | 1          | 0          | 1           | 0,1          | 1,0            |
| Fiebre tifoidea y paratifoidea                    | 0          | 1          | 1           | 0,1          | 1,0            |
| Leishmaniasis cutánea                             | 1          | 0          | 1           | 0,1          | 1,0            |
| Leptospirosis                                     | 0          | 1          | 1           | 0,1          | 1,0            |
| Tuberculosis fármacorresistente                   | 0          | 1          | 1           | 0,1          | 1,0            |
| <b>total general</b>                              | <b>470</b> | <b>727</b> | <b>1197</b> | <b>100,0</b> |                |

Fuente: Bases preliminares SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud, 2014.



## ANEXO 5. Notificación eventos de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual por residencia localidad Los Mártires, 2014

| Tipo de Violencia | Infancia   | Adolescencia | Juventud  | Adulthood | Vejez     | Total      |
|-------------------|------------|--------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Física            | 22         | 10           | 11        | 28        | 5         | 76         |
| Emocional         | 132        | 45           | 38        | 59        | 26        |            |
| Sexual            | 14         | 13           | 9         | 6         | 0         | 42         |
| Económico         | 1          | 0            | 0         | 2         | 1         | 4          |
| Negligencia       | 47         | 17           | 6         | 2         | 10        | 82         |
| Abandono          | 2          | 5            | 0         | 1         | 3         | 11         |
| <b>Total</b>      | <b>218</b> | <b>90</b>    | <b>64</b> | <b>98</b> | <b>45</b> | <b>515</b> |

Fuente: Bases de datos preliminares SIVIM, Secretaria Distrital de Salud, 2014



## ANEXO 6. Reconocimiento de condiciones básicas de salud

Debido a la extensión de este producto, este anexo se enviará en un archivo Excel en los documentos adjuntos a este documento

## ANEXO 7. Eventos de interés en salud pública para la localidad Los Mártires período 2010-2014

### a. SIVIGILA – No transmisibles

| Eventos en Salud Localidad Los Mártires |                 |                 |              | 2010  |     |     | 2011  |     |     | 2012  |     |     | 2013  |     |     | 2014  |     |     |   |
|---|-----------------|-----------------|--------------|-------|-----|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-----|---|
|   |                 |                 |              | Casos | UPZ |     | Casos | UPZ |     | Casos | UPZ |     | Casos | UPZ |     | Casos | UPZ |     |   |
|   |                 |                 |              |       | 37  | 102 |       | 37  | 102 |       | 37  | 102 |       | 37  | 102 |       | 37  | 102 |   |
| SIVIGILA                                | No Transmisible | Cáncer infantil | Infancia     | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 4     | 2   | 2   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   |   |
|   |                 |                 | Adolescencia | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0 |
|   |                 |                 | Juventud     | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0 |
|   |                 |                 | Adulthood    | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0 |
|   |                 |                 | Vejez        | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0 |
|   | Discapacidad    | Infancia        |              |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       |     |     |   |
|   |                 | Adolescencia    |              |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       |     |     |   |
|   |                 | Juventud        |              |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       |     |     |   |
|   |                 | Adulthood       |              |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       |     |     |   |
|   |                 | Vejez           |              |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       |     |     |   |

Fuente: Bases preliminares SIVIGILA local, 2010 a 2014.

### b. Indicadores SIVIGILA – Transmisibles



ALCALDÍA MAYOR

| Eventos en Salud Localidad Los Mártires |               |                     |              | 2010 |     |    | 2011 |     |    | 2012 |     |    | 2013 |     |    | 2014  |     |    |   |
|---|---------------|---------------------|--------------|------|-----|----|------|-----|----|------|-----|----|------|-----|----|-------|-----|----|---|
|   |               |                     |              | Caso | UPZ |    | Caso | UPZ |    | Caso | UPZ |    | Caso | UPZ |    | Casos | UPZ |    |   |
| SIVIGILA                                | Transmisibles | VIH                 | Infancia     | 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 |
|   |               |                     | Juventud     | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 2    | 1   | 1  | 2    | 0   | 2  | 5     | 1   | 4  |   |
|   |               |                     | Adulthood    | 3    | 3   | 0  | 1    | 1   | 0  | 0    | 0   | 0  | 11   | 3   | 8  | 12    | 2   | 10 |   |
|   |               |                     | Vejez        | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0     | 2   | 1  | 1 |
|   |               | Sífilis Congénita   | Infancia     | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 1    | 0   | 1  | 0    | 1   | 0  | 1     | 1   | 0  | 0 |
|   |               |                     | Adolescencia | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0     | 0   | 0  | 0 |
|   |               |                     | Juventud     | 1    | 0   | 1  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0     | 0   | 0  | 0 |
|   |               |                     | Adulthood    | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0     | 0   | 0  | 0 |
|   |               | Sífilis Gestacional | Infancia     | 0    | 0   | 0  | 1    | 0   | 1  | 0    | 0   | 1  | 0    | 1   | 0  | 1     | 0   | 0  | 0 |
|   |               |                     | Adolescencia | 0    | 0   | 0  | 1    | 0   | 1  | 1    | 0   | 1  | 0    | 0   | 0  | 1     | 0   | 1  |   |
|   |               |                     | Juventud     | 2    | 1   | 1  | 0    | 0   | 0  | 2    | 0   | 2  | 4    | 0   | 4  | 4     | 1   | 3  |   |
|   |               |                     | Adulthood    | 1    | 0   | 1  | 2    | 0   | 2  | 2    | 0   | 2  | 1    | 0   | 1  | 2     | 1   | 1  |   |
|   |               | Tosferina           | Infancia     | 3    | 1   | 2  | 11   | 3   | 8  | 20   | 11  | 9  | 16   | 9   | 7  | 22    | 8   | 14 |   |
|   |               |                     | Adolescencia | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0     | 0   | 0  |   |
|   |               |                     | Juventud     | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0     | 0   | 0  |   |
|   |               |                     | Adulthood    | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0     | 0   | 0  |   |
|   |               | Tuberculosis        | Infancia     | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 1     | 1   | 0  |   |
|   |               |                     | Adolescencia | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0     | 0   | 0  |   |
|   |               |                     | Juventud     | 0    | 0   | 0  | 2    | 0   | 2  | 1    | 0   | 1  | 2    | 0   | 2  | 1     | 0   | 1  |   |
|   |               |                     | Adulthood    | 4    | 0   | 4  | 2    | 0   | 2  | 5    | 0   | 5  | 13   | 0   | 13 | 8     | 1   | 7  |   |
|   |               | Agresiones          | Infancia     | 11   | 0   | 11 | 20   | 8   | 12 | 27   | 12  | 15 | 26   | 9   | 17 | 27    | 4   | 23 |   |
|   |               |                     | Adolescencia | 0    | 0   | 0  | 4    | 1   | 3  | 9    | 4   | 5  | 6    | 2   | 4  | 8     | 2   | 6  |   |
|   |               |                     | Juventud     | 1    | 0   | 1  | 4    | 2   | 2  | 12   | 4   | 8  | 16   | 2   | 14 | 24    | 6   | 18 |   |
|   |               |                     | Adulthood    | 6    | 0   | 6  | 38   | 5   | 33 | 32   | 5   | 27 | 53   | 5   | 48 | 43    | 11  | 32 |   |
|   |               | Defecto congénito   | Infancia     | 0    | 0   | 0  | 1    | 0   | 1  | 9    | 3   | 6  | 17   | 3   | 14 | 5     | 1   | 4  |   |
|   |               |                     | Adolescencia | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0     | 0   | 0  |   |
|   |               |                     | Juventud     | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0     | 0   | 0  |   |
|   |               |                     | Adulthood    | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0     | 0   | 0  |   |
|   |               | Vejez               | Infancia     | 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  |   |
|   |               |                     | Juventud     | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0     | 0   | 0  |   |
|   |               |                     | Adulthood    | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0    | 0   | 0  | 0     | 0   | 0  |   |

Fuente: Bases preliminares SIVIGILA local, 2010 a 2014.



c. Estadísticas vitales

| Eventos en Salud Localidad Los Mártires         |   |   | 2010  |     |     | 2011  |     |     | 2012  |     |     | 2013  |     |     | 2014  |     |     |
|---|---|---|-------|-----|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-----|
|   |   |   | Casos | UPZ | 102 |
| Estadísticas Vitales<br>fuente: serie Evitables | Bajo peso   | Para la Localidad Los Mártires durante el año 2014, según datos preliminares de la base SISVAN enero a diciembre, se presentaron 1224 nacimientos, de los cuales 152 registraron menos de 2500 gramos al momento del nacimiento, lo que corresponde a una prevalencia de 12,4%.   |       |     |     |       |     |     |       |     |     | 14    |     |     | 11,9  |     |     |
|   | Embarazos en adolescentes   | Infancia  |       |     |     | 0,1   |     |     | 0,3   |     |     | 0,4   |     |     | 0,30  |     |     |
|   |   | Adolescencia  |       |     |     | 5,7   |     |     | 6,7   |     |     | 5,5   |     |     | 3,21  |     |     |
|   | Mortalidad Perinatales  | Razón de tasa ajustadas para mortalidad perinatal es de 1,21, es decir que la mortalidad perinatal en Los Mártires es del 21% más alta que las presentadas en el distrito.  | 34    |     |     | 27    |     |     | 9,9   |     |     | 7,5   |     |     | 7,9   |     |     |
|   | Mortalidad Infantil   | Es evidente que el comportamiento de la mortalidad infantil para el periodo 2010 - 2014 está por debajo del comportamiento de Bogotá y se ha dado cumplimiento a la meta propuesta siendo todas las tasas de mortalidad en la serie por debajo de 8 casos por 100.000 NV; la tasa de mortalidad local se ha mantenido constante y oscila entre 1,9 casos a 3,6 casos por 100.000, la tendencia es al descenso de este indicador y la diferencia con la tasa distrital no es estadísticamente significativa.   | 18    |     |     | 11    |     |     | 15    |     |     | 12    |     |     | 7,8   |     |     |
|   | Mortalidad Menor de 5 años  | En cuanto a la mortalidad en menor de 5 años el indicador evidencia que durante los años de 2010 a 2014 la tasa de mortalidad se mantuvo muy por encima del comportamiento distrital y muy por encima de la meta distrital propuesta; inició con una tasa de 38,7 caso por 100.000 menores de 5 años en 2010 a una tasa de 21,4 casos por 100.000 menores de 5 años en 2014; sin embargo es evidente la tendencia al descenso del indicador lo que permite de alguna manera cierto impacto sobre las estrategias implementadas dirigidas hacia la población de primera infancia (tendencia a la baja en los últimos dos años, no se cumple la meta, el indicador esta por encima del distrital pero no es estadísticamente significativa) | 38,7  |     |     | 28    |     |     | 36    |     |     | 24    |     |     | 21,4  |     |     |
|   | Mortalidad Neumonía + IRA   | El comportamiento de la mortalidad por IRA en menores de 5 años en el periodo 2010 a 2014 en la localidad Los Mártires ha sido muy variable entre año y año con dos picos en los años de 2012 y 2013 donde se presentaron tasas de 14,9 casos y 15 casos por 100.000 menores de 5 años respectivamente; es evidente que el comportamiento de este indicador en lo local no sigue el comportamiento de los distrital; en los años 2010, 2012 y 2013 se registró un caso en cada año en lo local.   | 44    |     |     | 0     |     |     | 15    |     |     | 15    |     |     | 0     |     |     |
| Mortalidad Materna                              | La meta solo se cumple en los dos últimos años, de 2010 a 2012 estuvieron por encima de la meta distrital y del indicador distrital; no se cuenta con la caracterización de esos casos no se cuenta con bases | 79  |       |     | 83  |       |     | 77  |       |     | 0   |       |     | 0   |       |     |     |

Fuente: Bases preliminares Estadísticas Vitales, aplicativo web RUAF-ND, 2010 a 2014.



d. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral (SISVESO)

| Eventos en Salud Localidad Los Mártires |                         |              | 2010  |     |     | 2011  |     |     | 2012  |     |     | 2013  |     |     | 2014  |     |     |
|---|-------------------------|--------------|-------|-----|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-----|
|   |                         |              | Casos | UPZ |     | Casos | UPZ |     | Casos | UPZ |     | Casos | UPZ |     | Casos | UPZ |     |
|   |                         |              |       | 37  | 102 |       | 37  | 102 |       | 37  | 102 |       | 37  | 102 |       | 37  | 102 |
| SISVESO                                 | Caries Cavitacional     | Infancia     | 16    | 3   | 13  | 51    | 1   | 50  | 31    | 0   | 31  | 55    | 0   | 55  | 99    | 28  | 71  |
|   |                         | Adolescencia | 2     | 0   | 2   | 30    | 1   | 29  | 9     | 2   | 7   | 23    | 3   | 20  | 38    | 9   | 29  |
|   |                         | Juventud     | 11    | 1   | 10  | 52    | 3   | 49  | 25    | 0   | 25  | 48    | 3   | 45  | 76    | 17  | 59  |
|   |                         | Adulthood    | 16    | 0   | 16  | 68    | 4   | 64  | 49    | 1   | 48  | 80    | 5   | 75  | 135   | 34  | 101 |
|   |                         | Vejez        | 2     | 0   | 2   | 12    | 1   | 11  | 1     | 0   | 1   | 10    | 1   | 9   | 10    | 2   | 8   |
|   | Gingivitis              | Infancia     | 8     | 2   | 6   | 16    | 0   | 16  | 22    | 1   | 21  | 45    | 4   | 41  | 67    | 19  | 48  |
|   |                         | Adolescencia | 3     | 0   | 3   | 27    | 0   | 27  | 8     | 2   | 6   | 27    | 3   | 24  | 45    | 7   | 38  |
|   |                         | Juventud     | 12    | 1   | 11  | 45    | 3   | 42  | 28    | 0   | 28  | 49    | 3   | 46  | 71    | 16  | 55  |
|   |                         | Adulthood    | 19    | 0   | 19  | 72    | 4   | 68  | 57    | 5   | 52  | 86    | 6   | 80  | 103   | 25  | 78  |
|   |                         | Vejez        | 2     | 0   | 2   | 12    | 1   | 11  | 5     | 1   | 4   | 10    | 1   | 9   | 11    | 3   | 8   |
|   | Periodontitis           | Infancia     | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 2     | 1   | 1   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   |
|   |                         | Adolescencia | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 10    | 4   | 6   |
|   |                         | Juventud     | 0     | 0   | 0   | 2     | 0   | 2   | 3     | 0   | 3   | 2     | 0   | 2   | 22    | 3   | 19  |
|   |                         | Adulthood    | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 9     | 0   | 9   | 7     | 0   | 7   | 41    | 10  | 31  |
|   |                         | Vejez        | 1     | 0   | 1   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 4     | 1   | 3   |
|   | Lesión de mancha blanca | Infancia     | 2     | 0   | 2   | 5     | 0   | 5   | 3     | 1   | 2   | 0     | 0   | 0   | 7     | 3   | 4   |
|   |                         | Adolescencia | 0     | 0   | 0   | 1     | 1   | 0   | 0     | 0   | 0   | 2     | 0   | 2   | 0     | 0   | 0   |
|   |                         | Juventud     | 2     | 0   | 2   | 3     | 0   | 3   | 2     | 0   | 2   | 2     | 0   | 2   | 0     | 0   | 0   |
|   |                         | Adulthood    | 2     | 0   | 2   | 0     | 0   | 0   | 1     | 0   | 1   | 1     | 0   | 1   | 3     | 0   | 3   |
|   |                         | Vejez        | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   |
|   | Lesión de mancha café   | Infancia     | 9     | 1   | 8   | 14    | 0   | 14  | 6     | 0   | 6   | 6     | 0   | 6   | 8     | 3   | 5   |
|   |                         | Adolescencia | 5     | 0   | 5   | 18    | 0   | 18  | 3     | 1   | 2   | 3     | 1   | 2   | 3     | 0   | 3   |
|   |                         | Juventud     | 7     | 1   | 6   | 37    | 2   | 35  | 3     | 0   | 3   | 6     | 0   | 6   | 14    | 1   | 13  |
|   |                         | Adulthood    | 12    | 0   | 12  | 30    | 2   | 28  | 9     | 0   | 9   | 7     | 1   | 6   | 10    | 1   | 9   |
|   |                         | Vejez        | 0     | 0   | 0   | 2     | 0   | 2   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   |
|   | Fluorosis               | Infancia     | 1     | 0   | 1   | 3     | 0   | 3   | 1     | 0   | 1   | 3     | 0   | 3   | 2     | 0   | 2   |
|   |                         | Adolescencia | 1     | 0   | 1   | 2     | 1   | 1   | 1     | 0   | 1   | 1     | 0   | 1   | 0     | 0   | 0   |
|   |                         | Juventud     | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 3     | 1   | 2   |
| Adulthood                               |                         | 0            | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   |     |
| Vejez                                   |                         | 0            | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   |     |

Fuente: Bases preliminares SISVESO distrital, 2010 a 2013.



e. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Sexual, Violencia Intrafamiliar y Maltrato Infantil

| Eventos en Salud Localidad Los Mártires |              |              | 2010  |     |     | 2011  |     |     | 2012  |     |     | 2013  |     |     | 2014  |     |     |    |
|---|--------------|--------------|-------|-----|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-----|----|
|   |              |              | Casos | UPZ |     | Casos | UPZ |     | Casos | UPZ |     | Casos | UPZ |     | Casos | UPZ |     |    |
|   |              |              |       | 37  | 102 |       | 37  | 102 |       | 37  | 102 |       | 37  | 102 |       | 37  | 102 |    |
| SIVIM                                   | Sexual       | Infancia     |       |     |     |       |     |     |       |     |     | 15    | 9   | 6   | 22    | 6   | 16  |    |
|   |              | Adolescencia |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       | 12  | 4   | 8     | 10  | 6   | 4  |
|   |              | Juventud     |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       | 4   | 1   | 3     | 11  | 1   | 10 |
|   |              | Adultez      |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       | 4   | 0   | 4     | 28  | 7   | 21 |
|   |              | Vejez        |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       | 1   | 1   | 0     | 5   | 1   | 4  |
|   | Económica    | Infancia     |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       | 5   | 2   | 3     | 1   | 0   | 1  |
|   |              | Adolescencia |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       | 2   | 1   | 1     | 0   | 0   | 0  |
|   |              | Juventud     |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       | 2   | 1   | 1     | 0   | 0   | 0  |
|   |              | Adultez      |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       | 3   | 0   | 3     | 2   | 0   | 2  |
|   |              | Vejez        |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       | 2   | 0   | 2     | 1   | 1   | 0  |
|   | Negligencia  | Infancia     |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       | 56  | 21  | 35    | 65  | 13  | 34 |
|   |              | Adolescencia |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       | 9   | 2   | 7     | 17  | 5   | 12 |
|   |              | Juventud     |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       | 8   | 4   | 4     | 6   | 0   | 6  |
|   |              | Adultez      |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       | 5   | 2   | 3     | 2   | 0   | 2  |
|   |              | Vejez        |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       | 6   | 2   | 4     | 10  | 2   | 8  |
|   | Abandono     | Infancia     |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       | 3   | 1   | 2     | 2   | 0   | 2  |
|   |              | Adolescencia |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       | 2   | 2   | 0     | 5   | 1   | 4  |
|   |              | Juventud     |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   | 0  |
|   |              | Adultez      |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       | 1   | 0   | 1     | 1   | 0   | 1  |
|   |              | Vejez        |       |     |     |       |     |     |       |     |     |       | 3   | 1   | 2     | 3   | 1   | 2  |
| Física                                  | Infancia     |              |       |     |     |       |     |     |       |     |     | 32    | 12  | 20  | 22    | 6   | 16  |    |
|   | Adolescencia |              |       |     |     |       |     |     |       |     |     | 10    | 5   | 5   | 10    | 6   | 4   |    |
|   | Juventud     |              |       |     |     |       |     |     |       |     |     | 10    | 2   | 8   | 11    | 1   | 10  |    |
|   | Adultez      |              |       |     |     |       |     |     |       |     |     | 27    | 7   | 20  | 28    | 7   | 21  |    |
|   | Vejez        |              |       |     |     |       |     |     |       |     |     | 3     | 0   | 3   | 5     | 1   | 4   |    |

Fuente: Bases preliminares SIVIM distrital, 2013 y 2014.



f. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS)

| Eventos en Salud Localidad Los Mártires |          |              | 2010  |     |     | 2011  |     |     | 2012  |     |     | 2013  |     |     | 2014  |     |     |
|---|----------|--------------|-------|-----|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-----|
|   |          |              | Casos | UPZ |     | Casos | UPZ |     | Casos | UPZ |     | Casos | UPZ |     | Casos | UPZ |     |
|   |          |              |       | 37  | 102 |       | 37  | 102 |       | 37  | 102 |       | 37  | 102 |       | 37  | 102 |
| SISVECOS                                | Intento  | Infancia     | 1     |     |     | 2     |     |     | 1     |     |     | 11    | 2   | 9   | 5     | 4   | 1   |
|   |          | Adolescencia | 6     |     |     | 9     |     |     | 10    |     |     | 10    | 2   | 8   | 12    | 8   | 4   |
|   |          | Juventud     | 16    |     |     | 14    |     |     | 11    |     |     | 17    | 11  | 6   | 19    | 9   | 10  |
|   |          | Adulthood    | 8     |     |     | 12    |     |     | 17    |     |     | 25    | 6   | 19  | 13    | 4   | 9   |
|   |          | Vejez        | 0     |     |     | 0     |     |     | 1     |     |     | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   |
|   | Suicidio | Infancia     | 0     |     |     | 0     |     |     | 0     |     |     | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   |
|   |          | Adolescencia | 0     |     |     | 0     |     |     | 0     |     |     | 1     | 1   | 0   | 0     | 0   | 0   |
|   |          | Juventud     | 0     |     |     | 0     |     |     | 0     |     |     | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   |
|   |          | Adulthood    | 0     |     |     | 0     |     |     | 1     |     |     | 0     | 0   | 0   | 2     | 1   | 1   |
|   |          | Vejez        | 0     |     |     | 0     |     |     | 0     |     |     | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   |

Fuente: Bases preliminares SISVECOS distrital, 2010 a 2014.

PRELIMINAR



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SALUD

Hospital Centro Oriente

g. Subsistema de la Vigilancia Epidemiológica de la Seguridad Alimentaria SISVAN

| Eventos en Salud Localidad Los Mártires |                              |              | 2010  |     |     | 2011  |      |     | 2012  |     |      | 2013  |     |     | 2014  |     |     |
|---|------------------------------|--------------|-------|-----|-----|-------|------|-----|-------|-----|------|-------|-----|-----|-------|-----|-----|
|   |                              |              | Casos | UPZ |     | Casos | UPZ  |     | Casos | UPZ |      | Casos | UPZ |     | Casos | UPZ |     |
| SISVAN                                  | Crónica menores de 5 años    | Infancia     | 250   | 94  | 156 | 490   | 116  | 374 | 695   | 139 | 556  | 669   | 184 | 485 | 733   | 223 | 510 |
|   |                              | Adolescencia |       |     |     |       |      |     |       |     |      |       |     |     |       |     |     |
|   |                              | Juventud     |       |     |     |       |      |     |       |     |      |       |     |     |       |     |     |
|   |                              | Vejez        |       |     |     |       |      |     |       |     |      |       |     |     |       |     |     |
|   | Global menores de 5 años     | Infancia     | 80    | 33  | 47  | 114   | 23   | 91  | 156   | 22  | 134  | 156   | 56  | 100 | 215   | 74  | 141 |
|   |                              | Adolescencia |       |     |     |       |      |     |       |     |      |       |     |     |       |     |     |
|   |                              | Juventud     |       |     |     |       |      |     |       |     |      |       |     |     |       |     |     |
|   |                              | Vejez        |       |     |     |       |      |     |       |     |      |       |     |     |       |     |     |
|   | Bajo peso en gestante        | Infancia     | 50    | 0   | 50  | 33    | 0    | 33  | 50    | 0   | 67   | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   |
|   |                              | Adolescencia | 25    | 23  | 33  | 25    | 20   | 26  | 25    | 25  | 25,4 | 16    | 8,1 | 19  | 25,3  | 26  | 25  |
|   |                              | Juventud     | 19    | 23  | 16  | 15    | 12,7 | 17  | 20    | 9,6 | 23   | 17    | 18  | 16  | 17,3  | 22  | 15  |
|   |                              | Adulthood    | 8,5   | 6,5 | 9,9 | 7,1   | 5    | 8,6 | 8     | 7,5 | 8,2  | 7,5   | 9,5 | 6   | 5,6   | 7,5 | 4,3 |
|   | Obesidad en gestante         | Infancia     | 0     | 0   | 0   | 0     | 0    | 0   | 0     | 0   | 0    | 0     | 0   | 0   | 0     | 0   | 0   |
|   |                              | Adolescencia | 0     | 0   | 0   | 2,7   | 0    | 3,5 | 2,5   | 0   | 2,5  | 0     | 0   | 0   | 1,8   | 7,4 | 0,7 |
|   |                              | Juventud     | 3,4   | 5,4 | 2,4 | 4,7   | 5,5  | 4,3 | 4,4   | 6,4 | 3,8  | 5,7   | 11  | 7,2 | 4,9   | 4,1 | 5,4 |
|   | Desnutrición de adulto mayor | Adulthood    | 9,8   | 10  | 9,4 | 11    | 12,7 | 9,4 | 9,9   | 18  | 7,4  | 11    | 11  | 11  | 11,3  | 12  | 11  |
|   |                              | Vejez        |       |     |     | 0     | 0    | 0   | 1,9   | 0   | 2,2  | 1,1   | 0,9 | 1,2 | 1,4   | 1,9 | 1,2 |
|   | Obesidad de adulto mayor     | Vejez        |       |     |     | 3,5   | 5,2  | 3,3 | 2,3   | 0   | 2,6  | 33    | 36  | 32  | 2     | 1,7 | 2   |
|   |                              | Adulthood    |       |     |     | 10    | 14,2 | 0   | 37    | 55  | 35   | 2,1   | 1,1 | 2,2 | 35,4  | 41  | 34  |
|   |                              | Vejez        |       |     |     | 20    | 21   | 20  | 24    | 26  | 23   | 25    | 29  | 24  | 24,6  | 25  | 24  |

Fuente: Bases preliminares SISVAN distrital, 2010 a 2014.



## ANEXO 8. Implicaciones de las dinámicas pase para la planeación territorial en salud

| <b>Dimensión Poblacional</b>                                   |  |
|--|--|
| <b>Dimensión Salud ambiental</b>                               | <p>La localidad presenta un problema muy evidente de contaminación ambiental; esta problemática está relacionada con varios factores; el constantes vertimientos de aceites, grasas y residuos Industriales, principalmente en los barrios Ricaurte, La Favorita y Samper Mendoza. De igual manera se evidencian sitios donde se acumulan residuos sólidos, producto de la actividad industrial y comercial, que hacen parte de la actividad laboral de recicladores y habitantes de calle, ubicados principalmente en el tramo de la carrilera del ferrocarril que va desde la carrera 19 hasta la carrera 23; según el censo de la UAESP a julio 2015 e 4.3% de la población recicladora reside en esta localidad y de esta el 34.4% de recicladores también son habitantes de calle.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por otra parte la contaminación ambiental por excretas de seres humanos, este asociado a las dinámicas poblacionales de habitante de calle, que de acuerdo al Censo DANE 2007 corresponde a 1669 personas, es decir al 23.7% de la población habitante de calle de toda Bogotá, siendo esta la localidad con mayor porcentaje de habitante de calle por residente; esto es importante debido a que la dinámica poblacional de la localidad indica</li> <li>• Las Condiciones de humedad al interior de las viviendas por inadecuada ventilación en las zonas húmedas o por condiciones de infraestructura, de las viviendas; lo que se asocia a enfermedades respiratorias, para el año 2014 se notificaron 34 casos de Vigilancia centinela ESI IRAG donde el 97% correspondía a menores de 5 años y 13 casos por IRAG inusitado de pacientes en etapa de ciclo adultez, lo anterior es importante ya que la localidad tiene una dinámica poblacional tendiente al envejecimiento es decir que la población se ha incrementado a partir de los 30 años.</li> </ul> |
| <b>Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles</b> | <p>En la localidad el 14.4% de la población proyectada para el 2014 corresponde a mayores de 60 años, esto genera una mayor demanda por servicio de salud por enfermedades no transmisibles, especialmente las crónicas y se hace más relevante cuando para el 2012 el 21.3% de las defunciones en hombres fueron causadas por enfermedades no transmisibles y en las mujeres fue del 56.2%. Y el 45% de las atenciones en los servicios de salud fueron debidas a enfermedades no transmisibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Situación de vulnerabilidad en los adultos mayores en condición de discapacidad para acceder a los servicios sociales y de salud, la población en donde la discapacidad presenta mayor prevalencia es la adulta mayor, cuya causa principal está asociada a la enfermedad general, es decir, al proceso natural de envejecimiento. Paralelamente, este grupo poblacional reporta con más frecuencia barreras físicas que dificultan el acceso a los servicios básicos necesarios, entre ellos al de la salud, lo cual incide la falta de información sobre los programas a los que este ciclo vital tiene derecho. En consecuencia, dadas las condiciones propias de la edad, la población adulta mayor en condición de discapacidad se encuentra expuesta a condiciones adversas de índole arquitectónico y, en general, asociadas a su movilidad, que limitan su acceso a los servicios sociales y de salud, lo que la hace más vulnerable frente a la no garantía de sus derechos.</li> </ul>  |
| <b>Dimensión Convivencia Social y Salud Mental</b>             | <p>Los homicidios se encuentran dentro de las primeros diez causas de mortalidad de 2012 en la localidad con una tasa de 16.3 casos por cada 10.000 habitantes; esto debido a zonas como el Bronx, cinco huecos y la zona de tolerancia en el barrio Santafé donde convergen diversas actividades ilícitas como robo,</p>  |



microtráfico, venta de licor adulterado o artesanal, consumo de SPA, estas dinámicas propician las lesiones personales y los homicidios en el territorio. El consumo de SPA incluyendo las bebidas alcohólicas es un fenómeno que se observa en todas las etapas de ciclo vital, pero más marcado en la etapa de ciclo juventud y adultez (recordar que en estas etapas es do de se concentra la mayor población residente en la localidad), esto deriva de otras problemáticas estructurales como el microtráfico, los actos delictivos como robos y homicidios, lesiones personales y a la postre el deterioro del tejido social en este territorio. Por otra parte la localidad también es receptora de un buen número de personas desplazadas por el conflicto armado (incluyendo las generadas por BACRIM), la población más afectada es la de infancia y la población étnica; quienes residen en inquilinatos y paga diarios por que no tiene el poder adquisitivo para pagar un alojamiento con mejores condiciones higiénico sanitarios; lo cual los expone a enfermedades transmisibles.

La violencia contra los niños y niñas de la localidad, muestra un alto índice de ocurrencia de casos de negligencia y violencia física, seguido por la violencia sexual; estas conductas se localizan principalmente en los barrios Santa Fe, La Favorita, Ricaurte y en la zona denominada Bronx; Por lo anterior, es importante trabajar de manera conjunta con los padres y con la comunidad en general, para reforzar la comunicación asertiva y las pautas de crianza; del mismo modo se debe implementar estrategias con otros sectores con el fin de fortalecer las rutas de atención del maltrato infantil, fortalecer las redes de apoyo sociales y familiares y realizar campañas educativas de sensibilización frente a la problemática, dado que es un evento prevenible que puede impactar en la reducción de la morbilidad y mortalidad en este ciclo vital.

- La localidad se caracteriza por albergar actividades de alto impacto en la UPZ 102, específicamente aquellas relacionadas con el ejercicio de la prostitución. En este sentido, los motivos que conducen a las personas dedicadas a este oficio son, principalmente, la pobreza, la discriminación de género la ausencia de redes familiares y en algunos casos, abusos sexuales previos; estos factores dejan entrever situaciones de fragilidad social y vulnerabilidad, tanto en los entornos familiar como social. Es decir, este núcleo problemático se centra, más allá de la actividad propiamente dicha, en las condiciones adversas que lo acompañan y lo fomentan, así como también las consecuencias sociales y de salud pública que rodean el ejercicio de prostitución. Según el documento Caracterización Personas en Situación de Prostitución y Personas Vinculadas al Fenómeno de la Prostitución ( ) en Bogotá se identifican 2478 personas en ejercicio de la prostitución, de las cuales el 96% son mujeres y el 4% son hombres. Las localidades del Distrito donde mayor se presenta personas en ejercicio de la prostitución es en Los Mártires con un 11%

**Dimensión  
seguridad  
alimentaria y  
nutricional**

Se evidencian dos problemáticas: la primera relacionada con la desnutrición en menores de 10 años, donde los indicadores de desnutrición global es del 6% y de desnutrición crónica es del 20.4% para el año 2014; esto debido a varios factores como los bajos ingresos económicos de la familia que no permite la adquisición de alimentos esenciales, a pesar de que la localidad cuenta con la mayor central de alimentos como los es la Plaza de mercado de Paloquemao. Por otra parte el sobre peso y la obesidad en los adultos mayores de 50 años es crítico para el año 2014 el 37,1% de esta población presentaba sobrepeso, el 24.4% obesidad y el 2,4% obesidad mórbida. En cuanto a las patologías evidenciadas en esta población el 88,5% sufren de HTA, 3,7% de diabetes, 0,6 sufren dislipidemia, 0,3% sufren EPOC y enfermedad articular, 0,1% sufren de isquemia cardiaca, enfermedad cerebrovascular, cáncer y otras enfermedades; todo esto a causa de malos hábitos de alimentación lo que genera aumento en



|  |  |
|--|--|
|  | la demanda de los servicios de salud debido a enfermedades crónicas complicadas o asociadas a la mal nutrición del paciente.   |
| <b>Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos</b> | A pesar de que la fecundidad de la localidad tiende a bajar, es evidente que los casos de embarazo en adolescentes ha venido incrementándose en los últimos años, tanto en el grupo de 10 a 14 años como en el grupo de 15 a 19 años. Los casos se concentran en su gran mayoría en los barrios La favorita y Santafé, en esta situación se observan varias características y es que son adolescentes de bajos recursos económicos, expuestas a violencia intrafamiliar, consumo de SPA y pobres redes de apoyo familiar; así como pobre orientación sobre un proyecto de vida que la oriente a mejorar su calidad de vida.  |
| <b>Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles</b>   | Las tasa de morbi-mortalidad por VIH son una de las más altas en comparación con las demás localidades y es la más alta en comparación con todo el distrito capital, esto debido a que en la localidad de Los Mártires se presenta varias problemáticas como las relaciones sexuales sin protección en la población consumidora de SPA (donde se intercambia encuentros sexuales por drogas), habitantes de calle y por otra parte las dinámicas que se dan por la población en ejercicios de la prostitución y la población LGBTI donde hay un subgrupo de esta que también entran en las actividades de prostitución   |
| <b>Dimensión salud y ámbito laboral</b>                        | <p>Trabajo infantil asociado a la dinámica familiar y al contexto social local; El contexto local está atravesado por el comercio de sustancias psicoactivas (SPA), modificando el estilo de vida de los adolescentes creando en ellos el imaginario del SPA como un comportamiento normal, en esa medida las dinámicas que se dan en la estructura de ese contexto social los introduce al circuito del trabajo infantil como base de sustento y como mecanismo para adquirir un estatus dentro de la estructura jerárquica de poder determinada por el micrográfico. Según lo anterior el trabajo infantil tiene distinción de género, lo que se refiere a que las adolescentes en su mayoría hacen parte del comercio sexual y los adolescentes hacen parte de la “estructura de delincuencia” como campaneros, sayayines y rateros. El trabajo en adolescentes está escudado por la ley de infancia y adolescencia, no con el fin de justificarlo sino para proteger al adolescente de castigos drásticos y por el contrario busca rehabilitarlos para hacer una verdadera inclusión social.</p> <p>La población de la localidad enfrenta problemas económicos debido a la falta de ofertas laborales, y la población más afectada está entre los 18 a 24 años de edad, quienes carecen de experiencia necesaria para entrar en el circuito laboral. Igualmente se observa que la población joven, aunque es económicamente activa, aún presenta dificultades de acceso a la educación superior en parte por el bajo rendimiento escolar y en parte por la ausencia de medios económicos que garanticen la entrada a la misma. Frente a las negativas de ofertas laborales es frecuente ver personas dedicadas a actividades laborales informales donde no existe un contrato de vinculación laboral de los trabajadores, lo que genera largas jornadas laborales con baja remuneración de su actividad y la falta de afiliación al régimen de seguridad social, sin embargo son situaciones que se asumen puesto que esta población, en su mayoría, es la encargada del sustento de su familia.</p> |

Fuente: Aplicativo 4 elaborado por equipo ASIS Los Mártires



### Dimensión Ambiental

|  |  |
|--|--|
| <b>Dimensión Salud ambiental</b>                             | El área construida de la localidad Los Mártires representa el 98.6% del territorio, de esta forma los elementos naturales de la localidad se limita a cuerpos de agua tales como la quebrada Las Lajas y los canales San Agustín, Colector Río San Agustín y Colector Calle 22; y a las zonas verdes presentes al interior de los parques. Al ser una de las localidades históricas del distrito capital, y soportar por tanto gran parte del centro histórico y comercial del mismo, la localidad se ve atravesada por 11 de los principales ejes viales de la ciudad (avenidas Caracas (AK 14), Mariscal Sucre (AK 18), General Santander (AK 27), Ciudad de Quito (AK 30), Fucha (AC 8S), de La Hortúa (AC 1), de Los Comuneros (AC 6), Jiménez de Quesada (AC 13), Ciudad de Lima (AC 19), Teusaquillo (AC 25) y Jorge Eliecer Gaitán (AC 26)). De esta forma, la polución del aire en la localidad Los Mártires, producto del tráfico automotor, la cercanía con la zona industrial de Puente Aranda y la escasa presencia de elementos naturales, constituye un agente importante en las afecciones respiratorias de la población. |
| <b>Dimensión Convivencia Social y Salud Mental</b>           | Los parques y plazas de la localidad Los Mártires, se constituyen en gran medida en lugares de depósito de residuos sólidos con presencia de vectores como roedores y palomas, adicional a esto, se ven ocupados constantemente por habitantes de calle, recicladores y consumidores de SPA, esto implica que a pesar de la existencia de una oferta de espacios públicos para el encuentro, la recreación y el deporte, la población no encuentra espacios efectivos para desarrollar dichas actividades, por el contrario, en parques y plazas, los niños y jóvenes encuentran un entorno de alta vulnerabilidad.  |
| <b>Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles</b> | A través de recorridos territoriales del Equipo ASIS, y de unidades de análisis con los equipos territoriales del Programa Territorios Saludables, en la localidad Los Mártires se identificaron para el año 2014 un total de 181 edificaciones destinadas a inquilinatos o pagadarios, estos se concentran especialmente al oriente de la localidad en los barrios Santa Fe, La Favorita, San Victorino y Voto Nacional. Estos espacios se caracterizan por condiciones habitacionales insalubres y de hacinamiento, lo que representa un factor de riesgo en la salud de los residentes. Un ejemplo claro lo constituye la prevalencia de tuberculosis en las comunidades indígenas, las cuales en la localidad, residen habitualmente en este tipo de viviendas. Adicional a esto, la presencia de ETAS también es común en estos espacios, debido al inadecuado almacenamiento y tratamiento del agua al interior de los mismos, a pesar de la potabilidad del agua en las fuentes primarias.  |
| <b>Dimensión salud pública en emergencias y desastres</b>    | La localidad Los Mártires se caracteriza por altos índices de contaminación ocasionados por vertimientos de aceites, grasas y residuos Industriales, principalmente en los barrios Ricaurte, La Favorita, La Sabana, Samper Mendoza, identificándose incluso empresas productoras de químicos en entornos residenciales en el barrio Paloquemao. Esta situación no solo representa un riesgo para la población en términos de la exposición no controlada a agentes químicos, potencialmente generadores de afecciones agudas y crónicas, adicionalmente, y tal como se evidencian en el mapa de amenazas tecnológicas del Plan Ambiental Local de la localidad Los Mártires 2013 - 2016, representan un riesgo en la generación de incendios estructurales y explosiones.   |



### Dimensión Social

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Dimensión Salud ambiental</b></p>                               | <p>Las configuraciones sociales y las pautas generacionales actúan dentro de las construcciones de imaginarios de vivienda que determinan el estilo de vida de la población que vive en los inquilinatos bien sea por iniciativa propia o en respuesta a necesidades socioeconómicas. En la misma medida, para esta dimensión actúan factores educativos y prácticas sociales aprehendidas desde la infancia sobre el manejo adecuado del medio ambiente. De ahí que partir de los recorridos rápidos se observe que en los microterritorios Santa Fe Caracas, Santa Fe Central, La Favorita, Estanzuela, Voto Nacional, Ricaurte y Santa Isabel hay acumulación de basuras e inadecuado manejo de las mismas, reflejando ausencia de acciones de reciclaje e incidiendo en la proliferación de vectores, de igual modo se observa la presencia de excretas tanto de animales de compañía como humanas lo que afecta la ocurrencia de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias principalmente en niños y niñas. Asimismo se observó la disposición inadecuada de residuos sólidos y líquidos en los microterritorios Estanzuela, Voto Nacional, Ricaurte donde se lleva a cabo actividades industriales que inciden en el vertimiento de químicos y otros materiales que contaminan el ambiente e invaden el espacio público ocasionando problemáticas respiratorias y dermatológicas debido a las reacciones que tienen estos residuos en contacto con el aire; este hecho afecta principalmente a niños y a población adulta mayor. De otro modo, se observa que hacinamiento, aspecto que ha sido registrado en documentos como el artículo ASIS y la sala situacional, como un factor que incide en la afectación de la calidad del aire y en la misma medida en la ocurrencia de enfermedades respiratorias que afectan a los niños y niñas.</p> |
| <p><b>Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles</b></p> | <p>La ocurrencia de enfermedades no transmisibles en la localidad corresponde a la falta de enseñanza de pautas de autocuidado desde la infancia, incidiendo en hábitos alimenticios y prácticas inadecuadas de consumo de alimentos. Igualmente, la falta de fomento y potenciamiento del ejercicio como un hábito de vida saludable y el aumento de consumo de sustancias legales o ilegales en los jóvenes y adultos de la localidad son factores que inciden paulatinamente en las enfermedades no transmisibles, pues generan un deterioro de la salud. Estas situaciones complejizan el estado de salud y la calidad de vida especialmente en la adultez y en la vejez, ya que como se evidencia en el capítulo 2 del Diagnóstico Local 2014 la prevalencia de enfermedades transmisibles va aumentando conforme las etapas de ciclo vital siendo más evidentes en la vejez, etapa en la cual no hay programas suficientes que fomenten prácticas de autocuidado para garantizar el envejecimiento activo así como adecuados hábitos y prácticas de vida saludables en relación con las enfermedades propias de la vejez. Este hecho también se asocia con la situación de abandono de la cual son objeto los adultos mayores, debido a los imaginarios sociales que se tejen en sobre la vejez como una etapa de la vida en la que el individuo no es productivo generando una exclusión social y familiar y conduciendo al abandono.</p>   |
| <p><b>Dimensión Convivencia Social y Salud Mental</b></p>             | <p>Según la investigación de la Universidad de Málaga sobre los efectos del hacinamiento en el comportamiento y en la salud, el hacinamiento urbano disminuye las relaciones interpersonales convirtiéndolas en anónimas, superficiales y transitorias generando problemas de identidad social y personal entre los miembros de la comunidad y contribuye a aumentar la tendencia de aislamiento entre individuos, como una estrategia para salvar el equilibrio personal frente a la carga de estímulos psicosociales que produce la vida en ciudad. En el mismo estudio se encuentra el hacinamiento como estresor, de ahí que se dé una relación con el bajo rendimiento a nivel escolar y laboral en</p>   |



|   |   |
|---|---|
|   | <p>términos de tiempo y tipos de tareas que se desempeñen. Asimismo se muestra que el hacinamiento incide en el comportamiento social aumentando la agresividad, el malestar social, disminuyendo los niveles de tolerancia e incidiendo negativamente en las relaciones afectivas, todo ello traducido en alteraciones de salud mental, en la medida en que el sujeto se vuelve susceptible ante el estrés. En la localidad esta situación afecta a la población víctima del conflicto, población étnica y demás población que reside en los inquilinatos de Santa Fe Central, Santa Fe Caracas, Estanzuela, La Sabana, Favorita y Voto Nacional en respuesta inmediata ante la necesidad de vivienda y la vulnerabilidad social que los antecede. Así se observa que las condiciones de hacinamiento en los hogares, debido a la composición familiar, inciden en una falta de conciencia sobre la vivienda como un espacio vital que merece un orden específico que cumpla con los requisitos para ser una estructura segura y sanitaria.</p>  |
| <p><b>Dimensión seguridad alimentaria y nutricional</b></p>           | <p>En 2014 la localidad Los Mártires presentó un 12,1% de recién nacidos con bajo peso, una prevalencia de 20,4% en desnutrición crónica en menores de 5 años, un 6% de prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años y un 5,8% de prevalencia de obesidad. Al contrastar estos indicadores con la respuesta institucional se encuentra que aunque la localidad cuenta con una amplia oferta de servicios de apoyo alimentario y nutricional para la comunidad hay debilidad en la demanda, lo que se debe a varios factores: un factor es que gran parte de la población de la UPZ 102 es flotante, otro aspecto corresponde al déficit que existe en la identificación de población vulnerable en sectores como Santa Isabel, donde se presume existen niveles de pobreza oculta, y por último se debe a imaginarios de alimentación adecuada, lo que corresponde a las pautas de crianza en cuanto a las formas de alimentación de manera balanceada. En cuanto a la desnutrición, el artículo investigativo del equipo ASIS de la localidad Los Mártires ha permitido relacionar el aumento de los inquilinatos en el territorio con la presencia de condiciones insalubres e inseguras que afectan la calidad de vida y de salud, específicamente de la población infante, que afectan de manera negativa el indicador de desnutrición, en parte ocasionado por las débiles prácticas higiénico sanitarias y la ausencia de espacios propios adecuados para la elaboración de alimentos. Se encuentra en el análisis de seguimiento a indicadores de interés de salud pública que al contrario de lo que estipula la meta, la realidad refleja que la línea de base de la seguridad alimentaria dejó de ser la desnutrición y pasó a ser la malnutrición por sobrepeso y obesidad. Este hecho se ve representado en el aumento del consumo de alimentos poco saludables los cuales se ofrecen como una respuesta práctica y a bajo costo; del mismo modo, las frutas y verduras están siendo reemplazadas por bebidas preparadas, embutidos y enlatados que contienen gran cantidad de conservantes y que no son saludables para el organismo. Ante lo anterior se destaca una problemática cultural en cuanto a los diferentes tipos de hábitos alimenticios que se dan desde el hogar pues no hay conciencia acerca de la comida sana como parte de los estilos de vida saludables, en contraste se encuentra que la población tiende a consumir “comida chatarra” cuestión que evidencia un desbalance en el consumo de harinas, azúcar, frutas, grasas y verduras.</p> |
| <p><b>Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos</b></p> | <p>Durante el año de 2014 para la Localidad Los Mártires, se registraron 19 embarazos en menores de 15 años aumentando en 8 el número de casos reportados en relación con el año 2013. De igual modo sucede con el embarazo en adolescentes de 15 a 19 años, ya que para el año 2014 se reportaron 215, de los cuales, en su mayoría corresponden a la UPZ 102. La mayoría de los casos pertenecen en mayor medida a los microterritorios Favorita, Santa Fe</p>  |



|  |   |
|--|---|
|  | <p>Central y Santa Fe Caracas, de ellos, gran parte, ocurrieron en viviendas cercanas, aspecto que llama la atención del análisis, ya que se encontró que alrededor del embarazo se teje un imaginario entre las adolescentes como una alternativa para vivir con su pareja, adquirir independencia o económico como un mecanismo para solicitar ayudas a madres solteras cabezas de hogar. Asimismo se encuentra falta de adherencia a los programas educativos de salud sexual y reproductiva especialmente en la población adolescente y joven, en ese sentido se encuentra desconocimiento acerca del autocuidado y corresponsabilidad en términos de sexualidad, resistencia al uso de preservativos como métodos anticonceptivos y de prevención de ITS, imaginarios socioculturales sobre las prácticas sexuales a temprana edad, falta de comunicación en el hogar sobre temas de sexualidad y reconocimiento del cuerpo. Sin embargo este suceso no ocurre solamente en adolescentes y jóvenes, pues en de los casos de VIH para la localidad, la mayor proporción corresponde a la adultez con 28 casos reportados en la UPZ La Sabana y 7 en la UPZ Santa Isabel; a partir de ellos se encuentra que si bien los casos pueden estar relacionados con la prostitución como actividad económica o con el consumo de SPA, lo que tienden a indicar son pautas generacionales que denotan la ausencia de educación sexual en el hogar y en el colegio, así como la falta de adherencia a los programas educativos en salud sexual.</p> |
| <b>Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles</b> | <p>En 2014 las enfermedades transmisibles fueron la segunda causa de atención en un 23.1% con respecto a los 1070 casos de atención reportados en la base de datos RIPS, de estos datos, la infancia se constituye la etapa de ciclo vital más vulnerable ante la ocurrencia de enfermedades transmisibles. De ahí la importancia de analizar el contexto social en el que se desarrollan los niños y niñas de la localidad. Así se observa en primera instancia el entorno de desarrollo, siendo de relevancia, las condiciones habitacionales dentro y fuera de la vivienda; para la primera se hace mención a la situación de hacinamiento en la que viven algunos niños quienes son vulnerables ante la contaminación del aire, de ahí la prevalencia de enfermedades respiratorias, y a la falta de espacios vitales para la preparación y almacenamiento de alimentos, lo que incide en la ocurrencia de ETA y EDA. En cuanto a la situación fuera de la vivienda debe mencionarse la contaminación ambiental producida por el mal manejo de basuras, por la presencia de excretas, el vertimiento de residuos líquidos en las calles y la contaminación por agentes químicos producidos por las industrias de la localidad.</p>  |
| <b>Dimensión salud pública en emergencias y desastres</b>    | <p>Siendo una de las localidades más antiguas de la ciudad, Los Mártires concentra estructuras antiguas que hoy son usadas para el comercio o para la vivienda. En muchos de estos lugares se concentran los inquilinatos y pagadarios, considerando el tamaño de sus estructuras y la cantidad de habitaciones que se forman. Sin embargo, al ser estructuras antiguas, muchas no cuentan con un plan de emergencia y contingencia, haciendo de estas zonas lugares inseguros para la vivienda. Igualmente la composición física de estas estructuras antiguas corresponde al uso de materiales que no son seguros ante una catástrofe natural o accidental.</p>   |
| <b>Dimensión salud y ámbito laboral</b>                      | <p>A partir de los recorridos territoriales se ha podido evidenciar que en la localidad se concentra gran parte de comercio informal, relacionado con la elaboración de textiles en Estanzuela y Voto Nacional, la zona de litografías de Riacruz, el comercio de artículos diversos en La Sabana, comercio de partes automotrices en Estanzuela y Paloquemao; en cada una de estas zonas se evidencian locales comerciales formales y UTIS. A partir de unidades de análisis en la identificación de la situación de salud de los adolescentes en la sala situacional 2014, se identificó que el inadecuado manejo del tiempo libre conlleva a que los menores</p>   |



de edad ingresen al circuito laboral a temprana edad debido a dinámicas familiares, pautas de generacionales e imaginarios acerca de los roles en la familia y su relación con el trabajo, lo que incide en el ingreso al ámbito laboral para algunos menores. Del mismo modo la necesidad de tener ingresos económicos para el consumo de SPA o para la ayuda a la economía del hogar ha logrado que los menores de edad se encuentren en espacios como bicicleterías o almacenes de ropa; no menos importante, es de destacar que en el Territorio Diferencial Bronx la situación laboral de los menores de edad está basada en el comercio de SPA, como vendedores o campaneros (personas que alertan ante la presencia de la fuerza pública).

### Dimensión Económica

|  |  |
|--|--|
| <b>Dimensión Salud ambiental</b>                               | En relación con Bogotá, la localidad Los Mártires experimenta una situación de hacinamiento crítico que afecta principalmente a población víctima del conflicto, población étnica y de escasos recursos, dejándolos en vulnerabilidad ante la ausencia de oferta suficiente de vivienda acorde a los ingresos económicos de estas poblaciones. Así pese a que en la localidad existe cobertura completa servicios públicos existe debilidad en su acceso debido a condiciones hacinamiento en inquilinatos de la zona nororiental de la UPZ 102, en este sentido la concentración de personas en los mismos genera que el acceso al agua, a la luz y al gas sea limitado. Fuera de los inquilinatos hay una debilidad en servicio de alcantarillado por los residuos sólidos que se arrojan por parte de las industrias aledañas que interfieren con el funcionamiento adecuado del mismo. |
| <b>Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles</b> | Para el año 2014 la localidad mostró una disminución en los niveles de pobreza, sin embargo hubo un aumento de los índices de miseria, lo que infiere situación de pobreza oculta y condiciones de vulnerabilidad ante la miseria. En ese sentido el acceso a los servicios de salud se ve afectado en la medida en que la relación entre ingresos y gastos se traduce en la insuficiencia de la capacidad de pago de algunos servicios, generando así barreras de acceso de tipo administrativo a los servicios de salud.   |
| <b>Dimensión Convivencia Social y Salud Mental</b>             | Teniendo la zona de alto impacto y el Territorio Diferencial Bronx, la localidad se caracteriza por tener zonas de mayor índice de violencia así como de presencia de población consumidora de SPA, según lo indica la Encuesta de Percepción y Victimización 2014. Lo anterior forma un escenario propicio para el comercio SPA legal e ilegal, debido a las dinámicas socioeconómicas y de poder que allí actúan; de ahí que su consumo se configure y naturalice la ilegalidad y la criminalidad. Para esto es importante resaltar que el desempleo, el subempleo y las formas informales del mismo, además de la habitabilidad de calle inciden en el consumo y comercio de SPA, entendiendo éste último como una alteración de salud mental de importancia.   |
| <b>Dimensión seguridad alimentaria y nutricional</b>           | La seguridad alimentaria y nutricional depende en gran medida de la capacidad que tiene la localidad para autoabastecerse de alimentos que satisfagan las necesidades propias de la población. Según la Encuesta Demográfica de Salud (2011) el 35.3% de los hogares de la localidad se ubica en el quintil más bajo de riqueza, este dato se respalda con el índice de NBI (2014) que indica un aumento en los niveles de miseria para la localidad, lo que dificulta la consecución de alimentos propicios para una dieta balanceada; esto, según el sistema de vigilancia alimentario y nutricional 2014, implica que el consumo diario de las familias con niños menores de 10 años en la localidad sea: 31,6% de hortalizas y verduras, 94,7% carnes y 89% lácteos, en cuanto a las familias con gestantes  |



|  |   |
|--|---|
|  | se encuentra un consumo diario del 7% de hortalizas y verduras, 36% de carnes y 32% lácteos.  |
| <b>Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos</b> | Partiendo de que la mayoría de casos de ITS ocurren en la zona de alto impacto o en áreas aledañas, se asocia este hecho a un factor económico, entendiendo la prostitución como una actividad laboral en la que se intercambia sexo por dinero. En este sentido, las ITS surgen como una consecuencia de la ausencia de corresponsabilidad de ambas partes en términos de autocuidado en el ámbito de salud sexual, pues el acceso a preservativos es limitado en relación con las ganancias que genera la actividad laboral.<br>En ese orden de ideas, el embarazo en adolescentes corresponde al mismo factor económico en la medida en que los adolescentes y los jóvenes en la mayoría de los casos no acceden a los preservativos debido a la falta de dinero y a imaginarios previamente impuestos alrededor del tema. Por otra parte es importante mencionar que los sitios de ocurrencia de estos casos sucede en zonas de bajos ingresos económicos, lo que infiere la búsqueda de un embarazo como un mecanismo para acceder a las ayudas institucionales que se ofrecen a las madres adolescentes y cabezas de hogar. |
| <b>Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles</b>   | En cuanto a las enfermedades transmisibles adquiridas por las condiciones habitacionales, debe mencionarse la situación de hacinamiento como consecuencia de la debilidad en los ingresos económicos de las familias vulnerables, que recurren a estos lugares como estrategia de respuesta ante la necesidad de vivienda. Si bien la población que vive en inquilinatos o paga diarios cuenta con un nivel económico bajo, aquellos en situación de hacinamiento lo evidencian aún más por las posibles enfermedades que pueden generarse a partir de él, así como la vulnerabilidad social y económica que este produce, considerando que las estructuras de estas viviendas no son adecuadas para la habitabilidad de niños y adultos mayores, pues constituyen un riesgo para la salud física y mental.   |
| <b>Dimensión salud pública en emergencias y desastres</b>      | En otra instancia es de resaltar que la producción y el comercio de textiles, así como la presencia de litografías en las fábricas de microterritorios como Ricaurte, Estanzuela, La Sabana y Voto Nacional, son considerados un riesgo en materia de salud individual y comunitaria debido al vertimiento de residuos líquidos y sólidos ocasionados por la actividad laboral que se da al interior de estas industrias, considerando que éstas se encuentran ubicadas cerca del sector residencial donde habitan niños, niñas, población con discapacidad y adultos mayores.  |
| <b>Dimensión salud y ámbito laboral</b>                        | A partir de los datos de NBI de la localidad para el año 2014, los cuales muestran índices de relevantes de miseria, permitiendo inferir situaciones de pobreza oculta a lo largo de la localidad. Esta situación se ve reflejada en la presencia de zonas comerciales de todo tipo, como respuesta ante la debilidad de la oferta laboral.   |

## ANEXO 9. Identificación y valoración de tensiones en salud, localidad Los Mártires

Debido a la extensión de este archivo se adjuntará en archivos anexos.

|  |                       |                    |
|--|-----------------------|--------------------|
| Elaboró:   | Revisó:               | Aprobó:            |
| Jimena Rodríguez Pedroza<br>Laura María Medina Pájaro<br>Dayver Betancourt Maldonado | Luz Stella Rey Benito | Luz Gelys Palacios |



## 8. BIBLIOGRAFÍA

- 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. Frenz, Patricia. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud [internet]. [Consultado 2014 Abr 06]. Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/20128/21293>
3. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud [internet]. [Consultado 2014 abr 04]. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
4. Bogotá. Dirección de Salud Pública. Plan de Intervenciones Colectivas – PIC. Documento marco. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2012.
5. Camejo, Danay. Desarrollo Sociocultural e Interculturalidad: una propuesta de diálogo intergeneracional [internet]. [Consultado 2014 Abr 06]. Disponible en: <http://flacsoandes.org/dspace/bitstream/10469/2498/1/Desarrollo%20sociocultural%20e%20interculturalidad...%20Danay%20Camejo.pdf>
6. Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente, Estocolmo 1972. ¿Qué es el medio ambiente? [internet]. [Consultado 2014 Abr 03]. Disponible en: <http://www.iesdionisioaguado.org/joomla/Distancia/ccnn/conceptomedioambiente.pdf>
7. Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas -Colombia [Internet]. Bogotá; c2014. [Consultado 2014 Jun 30]. Disponible en: [http://www.hchr.org.co/acnudh/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2470:ique-es-el-enfoque-diferencial&catid=76:recursos](http://www.hchr.org.co/acnudh/index.php?option=com_content&view=article&id=2470:ique-es-el-enfoque-diferencial&catid=76:recursos)
- 8 Ministerio de salud y protección social. Dimensiones prioritarias en salud pública. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. [Internet]. [Consultado 2015 Agos 08]. Disponible en: [http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/09/PDSP\\_Dimensiones\\_Prioritarias\\_en\\_Salud\\_P%C3%ABlica\\_VERSI%C3%93N\\_1\\_JULIO-16-de\\_2012.pdf](http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/09/PDSP_Dimensiones_Prioritarias_en_Salud_P%C3%ABlica_VERSI%C3%93N_1_JULIO-16-de_2012.pdf)
- 9 Ministerio de salud y protección social. Dimensiones prioritarias en salud pública. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. [Internet]. [Consultado 2015 Agos 08]. Disponible en: [http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/09/PDSP\\_Dimensiones\\_Prioritarias\\_en\\_Salud\\_P%C3%ABlica\\_VERSI%C3%93N\\_1\\_JULIO-16-de\\_2012.pdf](http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/09/PDSP_Dimensiones_Prioritarias_en_Salud_P%C3%ABlica_VERSI%C3%93N_1_JULIO-16-de_2012.pdf)
- 10 Arango Cálad, Carlos. (2001). Hacia una psicología de la convivencia. [Internet]. [Consultado 2015 agos 07]. Disponible en: [www.valledelcauca.gov.co/salud/descargar.php?id=1995](http://www.valledelcauca.gov.co/salud/descargar.php?id=1995)
- 11 Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Seguridad Alimentaria y Nutricional. Conceptos Básicos. [Internet]. [Consultado 2015 agos 08]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-at772s.pdf>



12 Ministerio de salud y protección social. Dimensiones prioritarias en salud pública. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. [Internet]. [Consultado 2015 Agos 08]. Disponible en: [http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/09/PDSP\\_Dimensiones\\_Prioritarias\\_en\\_Salud\\_P%C3%BAblica\\_VERSI%C3%93N\\_1\\_JULIO-16-de\\_2012.pdf](http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/09/PDSP_Dimensiones_Prioritarias_en_Salud_P%C3%BAblica_VERSI%C3%93N_1_JULIO-16-de_2012.pdf)

13 Ministerio de salud y protección social. Dimensiones prioritarias en salud pública. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. [Internet]. [Consultado 2015 Agos 08]. Disponible en: [http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/09/PDSP\\_Dimensiones\\_Prioritarias\\_en\\_Salud\\_P%C3%BAblica\\_VERSI%C3%93N\\_1\\_JULIO-16-de\\_2012.pdf](http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/09/PDSP_Dimensiones_Prioritarias_en_Salud_P%C3%BAblica_VERSI%C3%93N_1_JULIO-16-de_2012.pdf)

14 Ministerio de salud y protección social. Dimensiones prioritarias en salud pública. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. [Internet]. [Consultado 2015 Agos 08]. Disponible en: [http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/09/PDSP\\_Dimensiones\\_Prioritarias\\_en\\_Salud\\_P%C3%BAblica\\_VERSI%C3%93N\\_1\\_JULIO-16-de\\_2012.pdf](http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/09/PDSP_Dimensiones_Prioritarias_en_Salud_P%C3%BAblica_VERSI%C3%93N_1_JULIO-16-de_2012.pdf)

15. Bogotá. Secretaría de Integración Social. Lectura de realidades del Territorio Social 1 [Internet]. [Consultado 2014 abr 05]. Disponible en: <http://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/gsi/marti%20.%20LECTURA%20DE%20REALIDADES%20TERRITORIO%201.pdf>

16. Colombia. Contraloría de Bogotá. Estudio sectorial ‘La prostitución como problemática social en el Distrito Capital’ [Internet]. [Consultado 2014 abr 08]. Disponible en: <http://pgr.contraloriabogota.gov.co/intranet/contenido/informes/Sectoriales/Direccion%20Sector%20Salud%20e%20Integracion%20Social/-%20La%20Prostitucion%20como%20Problemativa%20Social%20en%20el%20Distrito%20Capital.pdf>

17. Colombia. Alcaldía Mayor de Bogotá. Decreto 187 de 2002, mayo 17, por medio del cual se reglamenta la Unidad de Planeamiento Zonal (UPZ) N° 102, Sabana, ubicada en la localidad de Mártires, y se expiden las fichas reglamentarias de los sectores delimitados en el presente decreto, así como la ficha de lineamientos para los Planes Parciales de Renovación Urbana. Bogotá: La Alcaldía; 2002.

18. Colombia. Alcaldía Mayor de Bogotá. Decreto 400 de 2001, mayo 9, por el cual se define la localización de las zonas de tolerancia y se reglamentan las condiciones para su funcionamiento. Bogotá: La Alcaldía, 2001.

19. Colombia. Alcaldía Mayor de Bogotá. Decreto 188 de 2002, mayo 17, por el cual se modifica el Decreto 400 de 2001, en lo relativo a las condiciones de localización y funcionamiento de los establecimientos destinados al trabajo sexual y otras actividades ligadas. Bogotá: La Alcaldía, 2002.

20 Morris, Ingrid. “Un lugar llamado el Cartucho” (Crónica). Alcaldía Mayor de Bogotá, Cultura, Recreación y Deporte. Instituto Distrital de Patrimonio Cultural. [Internet]. [Consultado 2014 jul 09]. Disponible en: <http://www.patrimoniocultural.gov.co/servicios/nuestras-publicaciones/2-publicaciones/306-en-un-lugar-llamado-el-cartucho.html>

21 Alcaldía Mayor de Bogotá. Periódico Humanidad 20 Edición; c2012. Intervención del Bronx [Internet]. [Consultado 2014 jul 09]. Disponible en: <http://www.bogotahumana.gov.co/index.php/noticias/periodico-humanidad/3974-con-todo-por-la-rehabilitacion-del-qbronx>



22. Instituto de Desarrollo Urbano [Internet]. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; c2006. [Consultado 2014 abr 07]. Disponible en: <http://webidu.idu.gov.co:9090/jspui/bitstream/123456789/32805/6/60011663-02.pdf>
- 23 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/Bogota%20de%20Estad%20sticas/2013/DICE139-BoletinIndiceMovilidad-2013.pdf>
- 24 Bogotá, A. M. Conociendo la Localidad de los Mártires: Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos. Alcaldía Mayor de Bogotá . Bogotá Positiva., Bogota. 2009
- 25 [Maclnnes, J.](#), [Pérez Díaz, J.](#), [La tercera revolución de la modernidad. La revolución reproductiva](#), Revista Española de Investigaciones sociológicas (REIS), 122, 2008, Abril/Junio, pp. 28-118, pág. 94
26. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Bogotá D.C.: Pobreza monetaria 2012 [Internet]. [Consultado 2014 abr 06]. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones\\_vida/pobreza/Bogota\\_Pobreza\\_2012.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/Bogota_Pobreza_2012.pdf)
- 27 Secretaría Distrital de Planeación. Encuesta Multipropósito 2014. [http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Encuesta\\_Multiproposito\\_2014/Documentos/Boletin\\_Resultados\\_Encuesta\\_Multiproposito\\_2014.pdf](http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Encuesta_Multiproposito_2014/Documentos/Boletin_Resultados_Encuesta_Multiproposito_2014.pdf)
28. Bogotá Cómo Vamos [Internet]. Bogotá: Cámara de Comercio de Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana & Otros; c2012. [Consultado 2014 abr 07]. Disponible en: [http://www.bogotacomovamos.org/media/flash\\_data/ARCHIVOS%20FLASH%20LOCALIDADES/archivos\\_web/](http://www.bogotacomovamos.org/media/flash_data/ARCHIVOS%20FLASH%20LOCALIDADES/archivos_web/)
- 29 Base local preliminar SIVIM 2014
- 30 EL PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y EL ANALISIS DE SITUACION DEL PAIS, Dr. Alvaro Whittembury V. Peru 2010, <http://www.esperantra.org/biblioteca/peaepweb.pdf>
- Aprobado por: Luz Gelis Palacio Jimenez  
Coordinadora Salud Pública
- Revisado por: Luz Stella Rey Benito  
Referente Vigilancia en Salud Pública
- Elaborado por: Jimena Rodríguez Pedroza (Epidemióloga)  
Alexa Moreno Murillo (Epidemióloga)  
Laura María Medina Pájaro (Antropóloga)  
Dayver Betancourt Maldonado (Geógrafo)  
Juan Manuel Aristizabal (Geógrafo)  
Equipo técnico ASIS local