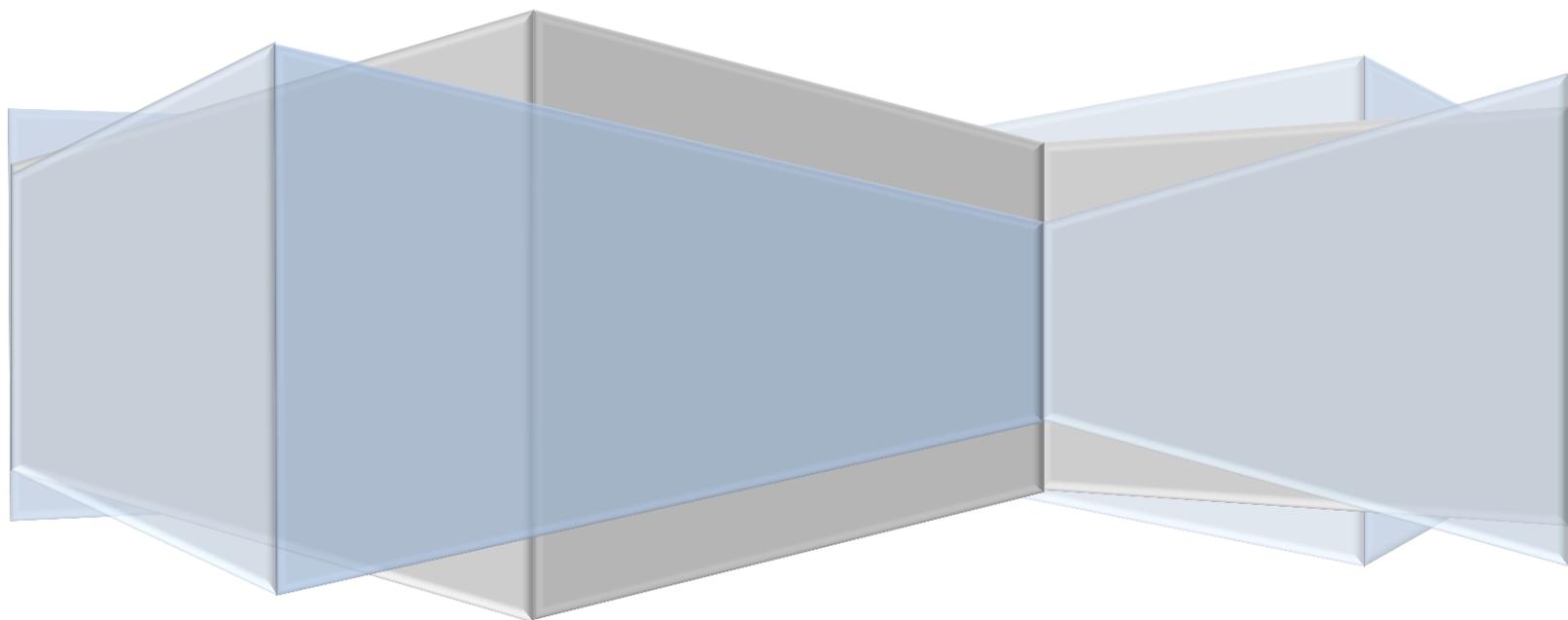


HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

DIAGNOSTICO LOCAL
2014

Con Metodología P.A.S.E a la Equidad
ASIS LOCAL



E.S.E. HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

Gerente

HECTOR JAVIER QUIÑONEZ ALBARRACIN

Subgerente de Servicios de Salud

VERÓNICA BEDRÁN MONTOYA

Subgerente Administrativa y Financiera

HECTOR HORTUA

Coordinadora Salud Pública

SANDRA LILIANA GUERRERO PALACIO

Coordinador Componente Territorios Saludables-Ámbitos

JUAN CARLOS COCOMÁ PARRA

Coordinadora Componente Vigilancia Epidemiología

LIDA MONTENEGRO

ELABORACIÓN

EQUIPO ASIS

Epidemiólogos:

DARY GISELLE RUIZ ROJAS
DEICY ANDREA ROZO VILLAMIL
JACKELINE GONZÁLEZ GARCÍA
JENNY GONZÁLEZ VARGAS
LAURA GISELLE BONILLA LEÓN

Profesionales Sociales:

ANA MARÍA MANTILLA SARMIENTO - PSICÓLOGA
BORIS DAVID NAVARRETE – SOCIÓLOGO
JUAN CARLOS SANTANDER – COMUNICADOR SOCIAL

Geógrafos

ESTEBAN CAICEDO FERNANDEZ
JORGE ALFREDO MORENO SALCEDO

Técnicos en sistemas

DIEGO TORRES
ALEJANDRO ESCUDERO LIZARAZO

Colaboración

EQUIPO DE GESTION DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS

INTRODUCCIÓN

*...“la certeza proporcionada por el método de los estudios científicos no es suficiente para garantizar la verdad [...] Lo que el instrumental del método no consigue alcanzar debe y puede realmente ser alcanzado por una disciplina del preguntar e investigar que garantice la verdad. Gadamer
HGFuente especificada no válida..*

Aun cuando se han generado avances para alcanzar los objetivos del milenio, todo parece indicar que, aunque, ha habido progresos estas metas no se alcanzarán en los términos previstos (1). Por lo tanto se podría decir que las políticas y acciones en salud no han sido suficientes para resolver necesidades en salud que se traducen en limitantes, ampliando la brecha que restringe el desarrollo sostenible, basado fundamentalmente en una población integralmente saludable.

Reviste importancia entonces la necesidad de cambiar la manera como son concebidas las políticas públicas, hacia ideas y visiones que las entienda como dispositivos para el control social cuyo fin es comprender la vida cotidiana de las personas, en un sistema de actores que se expresan con sus reglas y sus dinámicas habituales, definiendo la forma de proceder frente los problemas que afectan la salud de los grupos humanos (2). Siendo acorde al entendimiento de la salud y la enfermedad como procesos dinámicos de generación de bienestar y padecimiento, tanto en individuos como en colectivos humanos, que resultan de la combinación de los procesos psicosociales, culturales, políticos, económicos, ecológicos y biológicos que hacen parte de la vida de ser humano. (3)

Superar la compatibilidad entre carencias en salud y políticas públicas será posible mediante un elemento articulador que de manera hermenéutica comprenda situación en salud de las poblaciones y haga parte esencial de la planeación y ejecución de las mismas. Solo con políticas públicas basadas en diagnósticos de salud poblacional cada vez más completos se posibilitará la exposición de las redes de interacción y dinámicas socio-ecológicas que muestren las tensiones involucradas en la emergencia de los problemas de salud de la población habitante en la localidad Rafael Uribe Uribe.

De tal manera, la implementación procesos de análisis que cuentan con visiones y construcciones comunitarias, legitiman los micropoderes y habilitan la incidencia de las opiniones reflexivas e informadas de las mayorías, en cambios estructurales. Estp hace lógica la relevancia del presente documento para el mejoramiento del buen vivir de la población y por lo tanto la importancia para sus autores, comprometidas y comprometidos con una idea de generosidad y de solidaridad, asociada a las acciones por el bienestar de las otras y los otros.

Teniendo en cuenta la nombrada visión integral de salud y la responsabilidad de nuestro quehacer, en el presente documento se analiza e intenta comprender la situación de salud de la población de la localidad, entendiendo a los seres humanos como actores y actrices de su ambiente social, que inciden y son influenciados por el entorno que habitan, que reclaman su justa consideración como principio y fin de todas las acciones estatales (enfoque poblacional). Pero también que exigen la visibilización de acciones o situaciones de discriminación a los que son expuestos diferentes grupos sociales (enfoque diferencial).

Este documento incluye el marco conceptual, la metodología y los 3 capítulos que componen del diagnóstico de salud 2014 para la Localidad Rafael Uribe Uribe. La elaboración se ha llevado en diferentes etapas como lo fue la etapa de alistamiento donde se realizaron las acciones necesarias para la disposición de recursos humanos, físicos, técnicos y tecnológicos pertinentes; que incluyó la realización de reuniones de articulación al interior de la ESE con el fin de sensibilizar frente al proceso. Socializar las etapas de elaboración del mismo y coordinar la recolección de información, se estructuró en el capítulo 1 el cual se presentó la relación población, territorio, ambiente y sociedad de la localidad Rafael Uribe Uribe, desde los contextos territorial y ambiental, demográfico, socioeconómico y las diferentes dinámicas producto de su interrelación.

En el segundo capítulo se efectuó el análisis los determinantes sociales de la salud en el ámbito de las dimensiones prioritarias. En él se describieron las problemáticas encontradas a través del análisis de la mortalidad y morbilidad en la localidad Rafael Uribe Uribe y finalmente se desarrolló un examen de los determinantes que inciden substancialmente en las posibles carencias en salud de los grupos humanos residentes en la localidad Rafael Uribe Uribe.

En el tercer capítulo se articula la información recopilada en los capítulos 1 y 2 permitiendo analizar en conjunto las dimensiones prioritarias del Plan Decenal de salud Pública, exponiendo los diferentes determinantes sociales que inciden en la presentación de los eventos en salud. Así mismo se realizó la identificación de los elementos generadores y reforzadores que configuran una tensión social, con sus correspondientes implicaciones y los posibles liberadores de la desde las dimensiones poblacional, ambiental, social, económica y de salud.

Por cada una de las dimensiones prioritarias del plan decenal de salud pública, se construyó la tensión mediante una descripción de la situación actual o evento central, seguido de la caracterización de sus generadores, implicaciones, reforzadores y liberadores. Es importante aclarar que la información aquí presentada se constituye en una fuente de consulta de datos para ser usada en el proceso de toma de decisiones por parte de las personas, instituciones y entes de la localidad, además es una herramienta para el conocimiento de la localidad por parte de la comunidad que debe ser sujeto activo en los sistemas de salud.

Tabla De Contenido

INTRODUCCIÓN	3
Marco Conceptual.....	9
Marco Metodológico.....	15
Capítulo 1. Relación población, territorio, ambiente y sociedad.....	19
1.1. Reseña Histórica y Contexto Territorial	19
1.1.1 Localización	20
1.1.2 Características físicas del territorio	21
1.1.3 Zonas de riesgo en la localidad Rafael Uribe Uribe	23
1.1.4 Accesibilidad Geográfica.....	26
1.2. Contexto Demográfico	33
1.2.1 Tamaño y Volumen.....	33
1.2.2 Estructura poblacional	34
1.2.3 Dinámica poblacional.....	37
1.2.4 Movilidad.....	38
1.3. Contexto socioeconómico.....	38
1.4. Priorización UPZ Críticas.....	42
1.4.1 UPZ 55 Diana Turbay	43
1.4.2 UPZ 54 Marruecos.....	44
1.4.3 UPZ 53 Marco Fidel Suarez.....	44
Capítulo 2. Análisis de los determinantes sociales de la salud en el ámbito de las dimensiones prioritarias.	47
2.1 Perfil Salud Enfermedad.....	47
2.1.1 Mortalidad	47
2.1.2 Morbilidad	73
2.1.3 Discapacidad	86
2.1.4 Determinantes Sociales en Salud.....	88
2.2 Indicadores Por Dimensiones Prioritarias.....	93
2.2.1 Dimensión Salud Ambiental.....	93
2.2.2 Dimensión Vida Saludable libre de Enfermedades Transmisibles	97
2.2.3 Dimensión Convivencia Social y Salud Mental	99
2.2.4 Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional	102

2.2.6 Dimensión Vida Saludable y condiciones no transmisibles	105
2.2.7 Dimensión Salud Pública en emergencias y desastres	106
2.2.8 Dimensión Salud y Ámbito Laboral	108
2.2.9 Dimensión transversal de gestión diferencial de poblaciones vulnerables	112
Capítulo 3. Identificación de tensiones en salud presentes en la localidad	119
Etapa de Ciclo Infancia	120
Etapa de Ciclo Adolescencia	133
Etapa de Ciclo Juventud	135
Etapa de Ciclo Adultez	141
Etapa de Ciclo Vejez	146
Valoración por alertas	150
Bibliografía	157

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Espacio público efectivo por habitante	31
Ilustración 2. Espacio público verde por habitante	32
Ilustración 3. Pirámide Poblacional. Localidad Rafael Uribe Uribe. Año 2005 y 2014.....	35
Ilustración 4. Tendencias de mortalidad General y Específica por grupos de edad. Localidad Rafael Uribe. Datos oficiales años 2001 a 2012.....	48
Ilustración 5. Tendencia 2008-2012. Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre	51
Ilustración 6. Tendencia 2008-2012. Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama.....	52
Ilustración 7. Tendencia 2008-2012. Tasa de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino.....	53
Ilustración 8. Tendencia 2008-2012. Tasa de mortalidad por tumor maligno de la próstata	54
Ilustración 9. Tendencia 2008-2012. Tasa de mortalidad por tumor maligno del estómago	55
Ilustración 10. Tendencia 2008-2012. Tasa de mortalidad por diabetes mellitus ..	57
Ilustración 11. Tendencia 2008-2012. Tasa de mortalidad por lesiones auto-infringidas intencionalmente	58
Ilustración 12. Tendencia 2008-2012. Tasa de mortalidad por agresiones (homicidios).....	60
Ilustración 13. Tendencia 2008-2012. Tasa de mortalidad por tuberculosis	61
Ilustración 14. Tendencia 2008-2012. Mortalidad por enfermedades infecciosas (A00-A99)	62

Ilustración 15. Tendencia de la mortalidad perinatal en la localidad Rafael Uribe Uribe 2005- 2014	64
Ilustración 16. Tendencia de la mortalidad Infantil en la localidad Rafael Uribe 2010-2014.....	65
Ilustración 17. Tendencia de Mortalidad en Menores de 5 años. 2005-2014.....	67
Ilustración 18. Tendencia de Mortalidad Materna. 2005-2014	68
Ilustración 19. Tendencia de Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA). 2005-2014.....	69
Ilustración 20. Tendencia de Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). 2005-2014.....	70
Ilustración 21. Tendencia de Mortalidad por Desnutrición. 2005-2014	71
Ilustración 22. Tendencia de Mortalidad por malformaciones congénitas en menores de cinco años. 2005-2014.....	72
Ilustración 23. Letalidad por intoxicaciones, Localidad Rafael Uribe Uribe-Bogotá D.C, 2012-2014.....	82
Ilustración 24. Letalidad por sífilis congénita, Localidad Rafael Uribe Uribe-Bogotá D.C, 2012-2014.....	83
Ilustración 25. Letalidad por varicela, Localidad Rafael Uribe Uribe-Bogotá D.C, 2012-2014.....	83
Ilustración 26. Distribución porcentual de las personas con Discapacidad según estrato socioeconómico. Localidad Rafael Uribe 2014.	87
Ilustración 27. Distribución porcentual de personas con discapacidad según actividad realizada. Localidad Rafael Uribe, 2014.	88

TABLA DE TABLAS

Tabla 1 .Distribución de las UPZ por extensión territorial y área Territorial, 2014 .	21
Tabla 2. Espacio público efectivo urbano por habitante y espacio público verde por habitante. 2014	30
Tabla 3. Número de árboles en la localidad, Rafael Uribe Uribe, 2014	33
Tabla 4. Indicadores de mortalidad evitable por UPZ. Localidad Rafael Uribe. 2014	42
Tabla 5. Resumen de los eventos de notificación obligatoria de la Localidad Rafael Uribe Uribe, Bogotá D.C, 2012-2014	81
Tabla 6. Eventos de notificación obligatoria reportados en los hombres de la Localidad Rafael Uribe Uribe, Bogotá D.C, 2014.....	84
Tabla 7. Eventos de notificación obligatoria reportados en las mujeres de la Localidad Rafael Uribe Uribe, Bogotá D.C, 2014.....	84
Tabla 8. Eventos de notificación obligatoria reportados régimen de afiliación Localidad Rafael Uribe Uribe, Bogotá D.C, 2014.....	85
Tabla 9. Caracterización de la población en condición de discapacidad según Etapa de Ciclo y Sexo. Localidad Rafael Uribe. 2014.....	86
Tabla 10. Distribución de la población con discapacidad según Estudio. Localidad Rafael Uribe. 2014	87

Tabla 11. Distribución porcentual de los tipos de Violencia en la Localidad Rafael Uribe Uribe. 2014.....	100
---	-----

TABLA DE MAPAS

Mapa 1. Localización de la localidad, Rafael Uribe Uribe	22
Mapa 2. Características físicas de la localidad, Rafael Uribe Uribe.....	24
Mapa 3. Vulnerabilidad y riesgos en la localidad, Rafael Uribe Uribe.....	25
Mapa 4. Mapa de vías de la localidad, Rafael Uribe Uribe	27
Mapa 5. Priorización de UPZ. Localidad Rafael Uribe Uribe. 2014.....	46

Marco Conceptual

Las personas son seres integrales que se desarrollan y se desenvuelven en un ambiente, en cada uno influye un sinnúmero de características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales, que posee unas tipologías específicas tales como conciencia, inteligencia, voluntad, intencionalidad, afectividad y creatividad, que conforman la personalidad, y que se deben tener en cuenta dentro de un contexto temporal (momento histórico) y espacial (lugar donde habita).

Por esta razón, es importante tener en cuenta que el individuo es una totalidad imposible de dividir en varias dimensiones, debido a que no es fácil establecer su influencia sobre el entorno, o cuánto depende una de estos frente al proceso salud-enfermedad. (4)

Por lo anterior, el ser humano debe ser analizado en sus diferentes dimensiones, las cuales influyen de forma directa e indirecta en el estado de salud tanto de él como sujeto o como colectividad, entendiendo el concepto de salud como "... Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". (5)

Bajo este concepto es necesario tener en cuenta dos aspectos, por un lado existe la salud como un concepto subjetivo, comprendido como el bienestar que siente la persona en diferentes grados y el aspecto objetivo de la salud entendido como la capacidad de funcionar en diferentes grados o niveles; del mismo modo la enfermedad tiene también dos aspectos, el aspecto subjetivo comprendido como el malestar que siente la persona en diferentes grados, y el aspecto objetivo el cual es el que afecta a la capacidad de funcionar de la persona (6)

Para el análisis de la información recopilada en éste documento, el cual recopila datos relevantes sobre los eventos de salud, las barreras, causas, consecuencias y características de la población, de la localidad y sus territorios; es importante tener en cuenta otros dos métodos que fortalecen la construcción del diagnóstico local en salud de la localidad.

Los métodos son el enfoque diferencial y el enfoque poblacional, los cuales se convierten en herramientas para el reconocimiento de las diferentes poblaciones que habitan en esta zona de la ciudad y permite identificar características en razón de su "edad, género, orientación sexual, grupo étnico y situación de discapacidad, o si deben recibir un tratamiento especial en materia de ayuda humanitaria, atención, asistencia y reparación integral" (7) entre otras.

El Enfoque Diferencial

Este enfoque se debe entender como un "método de análisis y una guía para la acción". En el primer caso, emplea 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. En el segundo caso, toma en cuenta dicho análisis para brindar adecuada atención y protección de los derechos de la población” (8).

Estos grupos deben ser estudiados y analizados a la luz de la constitución política de Colombia, teniendo en cuenta que el estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan” (9).

El abordaje de la perspectiva diferencial se puede realizar a partir de las siguientes categorías:

- Pertenencia a diferentes grupos poblacionales (sexo, género, ciclo vital, orientación sexual, identidad de género, grupos étnicos, religiosos o culturales diferenciados).
- Condiciones o circunstancias específicas de diferencia, desventaja o vulnerabilidad (física, psicológica, social, económica, cultural).
- Estar afectado(s) o ser víctima(s) de situaciones catastróficas o de alto impacto emocional y social como desastres, cualquier tipo de violencia, orfandad, etc. (10).

Dentro del Enfoque Diferencial se encuentran implícitos los siguientes enfoques:

Enfoque De Género: método de análisis que hace visible la calidad de la relación entre hombres, mujeres y otras identidades (travestis, transexuales, transformistas e intersexuales) y como estas facilitan determinadas acciones que tienen que ver con sus capacidades, necesidades y derechos (8).

Enfoque Étnico: Tiene que ver con la diversidad étnica y cultural, la cual se manifiesta en la singularidad y a la vez en la pluralidad de las identidades que caracterizan los grupos y sociedades que contribuyen a la riqueza de la humanidad. En este se deben tener en cuenta las poblaciones indígenas, negras o afrocolombianas, palenqueros, raizales de San Andrés y Providencia, y los pueblos Rom o Gitanos presentes en la localidad

Enfoque Discapacidad: este modelo parte de lo establecido en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, donde se manifiesta que: “La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (10).

Enfoque De Derechos: Parte del reconocimiento de los principios generales de los derechos humanos universales, interdependientes, indivisibles y progresivos, considerando el derecho internacional como un marco conceptual aceptado por la comunidad internacional, capaz de orientar el proceso de formulación, implementación y evaluación de políticas. En este sentido, el punto de partida es

que las personas son reconocidas como el centro de atención sobre el cual se articula y promueve respuesta institucional de la entidad (10)

Estos modelos o enfoques se fundamentan en el reconocimiento de la diversidad que se presenta en la población colombiana y el reconocimiento a los derechos que la protegen. Por esta razón es muy importante, desde el análisis, estudio o diagnóstico visibilizar estas poblaciones y profundizar en sus problemáticas, con el propósito de generar políticas públicas que propendan con una protección integral de la población, en la restitución de sus derechos, eliminar las barreras de acceso y mejorar la calidad de vida y de salud de las personas.

Enfoque Poblacional

La población debe ser vista como el principio y fin de todas las acciones del Estado y debe ser considerada de manera especial para los planes de desarrollo buscando la calidad de vida y de salud de las habitantes de la comunidad.

Para entender la orientación que se debe dar a este enfoque, se debe partir de la definición de población, entendida como “un conjunto orgánico de sujetos que interactúan entre sí y con el territorio para su reproducción biológica y social. Cuando hablamos de una población, nos referimos a un conjunto de sujetos vivos, cuya actividad necesariamente crea y recrea permanentemente el territorio en función de sus necesidades biológicas, socio-culturales y políticas y, de manera determinante, en función de la organización para la apropiación, producción y consumo de bienes materiales y no materiales” (11)

El enfoque poblacional diferencial es un marco de referencia, por medio del cual se, busca entender la diversidad característica de la sociedad para atender de la mejor manera posible las necesidades de los habitantes en la ciudad y cerrar brechas que impiden la garantía de derechos para sectores determinados de la ciudadanía (12).

En este sentido el enfoque poblacional permite identificar, comprender y responder a las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos. Se relaciona con los cambios en el tamaño, crecimiento, estructura, ubicación o movilidad de la población municipal, que influyen sobre las condiciones socioeconómicas y ambientales en el territorio, y que afectan la dinámica demográfica en un territorio, municipio, distrito, departamento o país (11).

Dicho enfoque se debe fundamentar en la Metodología PASE, el cual realiza un Balance de Interacciones y Tensiones y las Dimensiones del desarrollo como son los aspectos: poblacional, ambiental, social y económico, siendo un proceso de análisis del desarrollo poblacional que da respuesta integral, adecuada y eficaz a la complejidad de los problemas de índole demográfica, social y económica que

enfrentan los municipios y las regiones en el país, y que afectan la calidad de vida de la personas.

Dinámica Demográfica: entendida como el movimiento, cambio y transformación de una población, tiene ciclos de expansión-contracción e, incluso, puede detenerse en el tiempo o agotarse, caso en el que la población deja de existir (13)

Dinámica Poblacional: es el conjunto de relaciones entre la dinámica demográfica y otros factores de las dinámicas ambientales, sociales y económicas que afectan o modifican la dinámica demográfica, bien sea en su tamaño y crecimiento, en su distribución por edad y sexo, en sus patrones de reproducción (natalidad, fecundidad) y mortalidad o en su movilidad sobre el territorio (migraciones y otras formas de movilidad) (13).

Dinámica Ambiental: El ambiente se entiende como el conjunto de elementos vivos (incluido el ser humano) e inanimados que comparten un área geográfica e interactúan entre sí en forma regular y consistente, garantizando la autorregulación del sistema, su supervivencia y reproducción. El proceso por el cual los ecosistemas cambian con el tiempo se conoce como dinámica ambiental. Cuando el hombre los interviene, impidiendo su maduración y/o regresándolos a etapas de desarrollo simple, se fragilizan y entran en desequilibrio permanente (13).

Dinámica Social: Dado que las poblaciones humanas no pueden sostenerse y reproducirse sino en sociedad, cabe diferenciar el término población humana del término sociedad humana: ésta es entendida como el conjunto individuos que comparten un mismo territorio, un mismo patrimonio simbólico y una misma estructura de regulación social y de producción material, a partir de los cuales se orienta y organiza la acción humana, en función de una idea de bienestar y una meta desarrollo material y no material compartida por la sociedad (13).

Dinámica Económica: entendida como el movimiento, cambio y transformación del ambiente para la producción de los bienes materiales necesarios a la satisfacción de las necesidades sociales, se genera en la interacción entre los hombres, su organización social y el ambiente. Esta dinámica hace parte del sistema social, pero aquí se le ha dado un lugar específico debido al carácter dominante que tiene las sociedades industriales (13).

Estas 5 dinámicas serán la base para el análisis de las problemáticas que se presentan en los territorios y en las localidades, objeto de este diagnóstico, y razón por la cual, este primer ejercicio descriptivo, deben reflejar la realidad de lo que sucede en cada una de ellos.

Determinantes Sociales De La Salud

En 2005 se creó la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), la cual es parte de la Organización Mundial de la Salud, está encargada de brindar asesoría a todos los países con el objeto de mitigar el impacto de éstos en la población, además busca el mejoramiento de la calidad de vida y de salud de los habitantes de un territorio, localidad, ciudad o país.

Los determinantes sociales de la salud (DSS) se entienden como las condiciones sociales y económicas que influyen, en las diferencias individuales y colectivas, del estado de la salud de la población, siendo las circunstancias, en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, e inclusive el sistema de salud que les atiende; son por tanto, el resultado de la distribución de la riqueza y de los recursos en todas las escalas (mundial, nacional, local), y que a su vez depende de las políticas públicas y sus acciones, así como la ideología política de las colectividades que se encuentren en el gobierno (14).

Estos determinantes se relacionan con los riesgos asociados a las condiciones de vida y trabajo, más que en los factores individuales, por ello puede entenderse que: “La distribución desigual de los fenómenos que dañan a la salud no es un fenómeno natural de modo alguno, ante todo es el resultado de una combinación tóxica de políticas públicas, de pobreza, acuerdos económicos desiguales y mal gobierno (15)

En la actualidad es notoria la influencia ocurrida a partir de las crecientes políticas neoliberales sobre la salud, tanto en el mundo como en América Latina, de lo cual Colombia no ha salido inmune, el concepto de salud como un derecho se ha debilitado, pasando a ser considerado como un sistema de prestación de servicios que actúa influenciado por las dinámicas del mercado. Este mercado creciente de la salud y la onda neoliberal en el país lograron precarizar el trabajo, los salarios, el gasto público en salud, aumentar el desempleo, desarticular la seguridad social y privatizar los servicios y la industria farmacéutica, donde no han existido los controles suficientes, tales situaciones han incidido en el deterioro de la salud colectiva (16)

Razón por la cual la Comisión de DSS en su informe final, publicado en el 2008, propone tres recomendaciones generales para intervenir en la mitigación de los DSS a saber:

- Mejorar las condiciones de vida cotidianas.
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
- Medición y análisis del problema.
-

Plan Decenal De Salud 2012 – 2021

El Plan Decenal de Salud, PDSP, 2012 – 2021, es el fundamento para todas las políticas públicas de la República y de las que las Secretarías de Salud de los municipios y distritos del país, ya que implementan los diversos programas y

proyectos que serán puestos en marcha con las diferentes comunidades, convirtiéndose en orientador y herramienta en la conceptualización y la construcción del presente diagnóstico local de salud.

Es una apuesta política por la equidad en salud (Whitehead, 1992), la cual se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas. (17)

El Plan Decenal de Salud se tiene en cuenta como indicativo de la situación de salud de la población en Colombia y contiene los principios rectores de política y las acciones fundamentales de intervención del entorno, de los comportamientos, de los servicios de salud y de la participación social. (17)

Además busca la reducción de la inequidad a través del cumplimiento de los siguientes objetivos:

- garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos,
- mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente manteniendo cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables.

Incorpora diferentes enfoques complementarios: el enfoque de derechos; el enfoque de perspectiva de género y ciclo de vida (persona mayor, adultez, juventud y niñez); el enfoque diferencial (considerando las necesidades específicas de las poblaciones con discapacidad, de las víctimas de la violencia y de los grupos étnicos) y el enfoque de determinantes sociales de salud (DSS), dado que las inequidades en salud están determinadas por procesos, que hacen referencia a las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y han sido reconocidas como el problema de fondo dominante en la situación de salud en las Américas, a lo cual no escapa Colombia. (17)

Recopila las diferentes dimensiones prioritarias, que representan aspectos fundamentales deseables de lograr para la salud y el bienestar de todo individuo sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otro aspecto diferencial. Las dimensiones tienen cuatro entradas: los ciclos de vida, eventos en salud, diferenciales desde sujetos y colectivos, y perspectiva de los determinantes sociales en salud. Cada una de ellas define su importancia y trascendencia para la salud y alguna en particular determina la forma en que se denomina y su carácter de prioridad no negociable en salud pública. Las dimensiones cuentan con una definición y unos componentes técnicos que fueron enriquecidos con los aportes ciudadanos. Esta ruta trazada para el mediano y largo plazo se desarrolla al interior de las dimensiones prioritarias, que son: salud ambiental; derechos sexuales y sexualidad; seguridad alimentaria y nutricional; comportamiento y convivencia social; vida saludable libre de enfermedades

transmisibles; vida saludable libre de condiciones evitables no transmisibles y discapacitante y respuestas efectivas ante emergencias y desastres. (17)

Marco Metodológico

El Hospital Rafael Uribe Uribe, elabora el Diagnóstico Local para la Localidad Rafael Uribe Uribe con el objetivo de analizar y comprender la situación de salud de la población a su cargo.

En este diagnóstico se han tenido en cuenta aquellas situaciones, condiciones o circunstancias que se presentan en los territorios las cuales ejercen influencia sobre la salud de las personas y actuando e interactuando determinan el estado de salud de sus habitantes.

Para el diagnóstico local 2014, la Secretaría Distrital de Salud adaptó, en algunos pasos, la Estrategia “Pase a la Equidad en Salud” del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual asume la salud como el resultado de la interacción entre la población y las demás dimensiones del desarrollo (ambiental, social y económica). Por tanto comprender el estado de salud de una población exige desentrañar el entramado de relaciones entre las distintas dimensiones del desarrollo, y entre estas y la salud, estableciendo de qué manera generan o determinan (modifican, mejoran o deterioran) el estado de salud de la población en un territorio y un momento histórico particulares. (10)

El proceso de diagnóstico 2014 se desarrolló teniendo en cuenta las siguientes etapas las cuales permitieron la construcción del presente documento:

1. Etapa de Alistamiento:

Consistió en la realización de acciones que generaron las condiciones necesarias para disponer en proceso de diagnóstico de los recursos humanos, físicos, técnicos y tecnológicos necesarios.

En esta etapa se realizó actualización de mapa de actores, identificación de potenciales espacios de coordinación interinstitucional, alistamiento de fuentes de datos para el contexto territorial, demográfico y socioeconómico.

Adicionalmente, se realizaron reuniones de articulación al interior de la ESE con el fin de sensibilizar a los funcionarios frente al proceso de diagnóstico, socializando las etapas de elaboración del mismo y coordinando acciones para la recolección de información.

2. Recolección de información:

Se llevó a cabo la búsqueda y organización de datos. La información obtenida, fue clasificada para el capítulo 1 de acuerdo a cada una de las dimensiones básicas del desarrollo (poblacional, ambiental, social y económica), este ejercicio exigió la articulación con gestión de políticas y programas, puente de comunicación con otros sectores que podían proveer datos y se constituyó en el insumo para el diligenciamiento de las matrices dispuestas por el lineamiento para el capítulo 1. Con ellas se construyó el documento que describe la situación actual de la localidad en lo relacionado con la dinámica demográfica (tamaño, estructura, distribución de la población), características ambientales (ambiente natural, ambiente construido y riesgos) y esfera socioeconómica (acceso a bienes y servicios, actividades económicas, trabajo, entre otros).

Dentro de los retos a los que se enfrentó el equipo en esta etapa, se encontraron los siguientes: 1) se evidenciaron los indicadores adecuados para sustentar las situación presente en la localidad en el contexto territorial, demográfico y socioeconómico, 2) se identificaron las diferentes instituciones encargadas de medir los indicadores de interés o de proveer la información necesaria, 3) se seleccionaron cuidadosamente las fuentes de información (estudios, encuestas y documentos oficiales)

La recolección de información para la construcción del capítulo 2, se sustentó en la bases de datos oficiales entregadas por la Secretaría Distrital de Salud y los RIPS 2014 del Hospital Rafael Uribe Uribe.

Los resultados obtenidos en los capítulos 1 y 2 sirvieron como insumo principal para el análisis de los determinantes sociales y la identificación de tensiones que se realizó en el capítulo 3.

3. Construcción del perfil de Salud – Enfermedad.

Los efectos en salud (mortalidad, morbilidad y discapacidad) presentes en la población de la localidad fueron descritos en el capítulo 2 y para su análisis se tuvo en cuenta la Guía Conceptual y Metodológica en la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales del Ministerio de Salud y Protección Social del año 2013.

Se usaron como fuentes de información las estimaciones y proyecciones por localidad de la población del censo 2005 y los indicadores demográficos de la población, para el análisis del contexto demográfico. Para el análisis de la mortalidad de la localidad se utilizó la información reportada en el periodo 2012 de las bases de mortalidad general por “agrupación 105 causas”, procesadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. Este análisis se desagregó por quinquenio y sexo en el periodo comprendido del 2005 al año disponible 2012.

Se estimaron las medidas de frecuencia y otras medidas como la razón de prevalencia, la razón de incidencia y la razón de tasas. Para ellas se estimaron los intervalos de confianza al 95%.

Para el análisis de la morbilidad se utilizó la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS, el Sistema de Vigilancia de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud, se estimaron las medidas de frecuencia (prevalencia, incidencia, letalidad) y otras medidas como la razón de prevalencia, la razón de incidencia y la razón de letalidad. Para ellas también se estimaron los intervalos de confianza al 95%,

Se emplearon diferentes métodos de análisis como ajuste de tasas, análisis de tendencias, análisis de carga de la mortalidad mediante valoración de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), métodos de estimación de medidas simples y relativas de desigualdad. Se utilizaron diferencias absolutas y relativas de desigualdad, riesgos atribuibles poblacionales e índices de concentración. Las diferentes los ejercicios estadísticas fueron realizadas mediante el uso de hojas de cálculo de Excel en complemento con el empleo de los programas estadísticos Epidat versión 3.0 y 4.0

4. Priorización

Este momento se desarrolló con el fin de puntualizar las UPZ de la localidad Rafael Uribe Uribe con mayor concentración de problemáticas y se realizó mediante el Método de Hanlon el cual clasifica los problemas con base en la magnitud, severidad, eficacia de la solución y factibilidad de la intervención (11).

Se eligieron indicadores a incluir por pertinencia y/o por disponibilidad: Mortalidad perinatal, mortalidad en menores de 5 años, Mortalidad por EDA y por Neumonía, otros indicadores incorporados fueron: Bajo peso al nacer, Embarazo en adolescente y Suicidio, así mismo se tuvo en cuenta la información recogida en la problematización ambiental (matriz de Leopold) liderada por el componente geográfico del equipo ASIS.

Se utilizó la metodología Hanlon como herramienta para realizar priorización en salud, la cual tiene en cuenta 4 componentes: Magnitud, Severidad, Efectividad y Factibilidad, cada componente recibe un puntaje y la puntuación de prioridad del problema se obtiene a través de la relación matemática dada por: $(Magnitud + Severidad) (Eficacia * Factibilidad)$. La Magnitud se valoró de 0-10, siendo 0 poca magnitud y 10 mucha magnitud; la severidad se valoró de 0 al 10, siendo 0 poca severidad y 10 mucha severidad; la efectividad se valoró de 0.5 al 1,5, siendo 0.5 muy difícil la actuación y 1.5 muy fácil la actuación. Por otro lado la Factibilidad incluye varias dimensiones a las que se responde Sí o No. Si se responde Sí se le otorga un 1 y si se responde No se otorga un 0. Cabe resaltar que en cuanto a la

factibilidad se le otorgo 1 a los componentes de Pertinencia, Economía, Recursos, Legalidad y Aceptabilidad

Se tuvo en cuenta la información del recorrido territorial para la problematización ambiental liderado por el componente geográfico ASIS, para esto se tomó información de la matriz de Leopold resaltando información ambiental por cada una de las UPZ de la localidad. Como resultados se tuvo en cuenta las tres primeras UPZ que tuvieran los puntajes más altos para cada indicador y se sacó la frecuencia para cada una.

5. Etapa de Identificación y Evaluación de Tensiones

En esta fase se abordó la descripción del entramado de relaciones que suceden en la localidad y que determinan los resultados en salud de la población.

Fue durante esta etapa, donde la información de los capítulos 1 y 2 se analizó de manera conjunta para tratar de explicar el proceso salud - enfermedad e identificar los determinantes estructurales e intermediarios que inciden en él.

Para tal fin, por cada una de las dimensiones prioritarias del Plan Decenal de salud Pública (salud ambiental, vida saludable y condiciones no transmisibles, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres y salud y ámbito laboral), se construyó la tensión mediante una descripción de la situación actual o evento central, seguido de la caracterización de sus generadores, implicaciones, reforzadores y liberadores.

Finalmente se llevó a cabo un proceso de puntuación de las tensiones que permitió identificar los eventos más críticos para cada una de las etapas de ciclo y las dimensiones, de acuerdo a lo definido en la Estrategia PASE a La Equidad en Salud.

Capítulo 1. Relación población, territorio, ambiente y sociedad

El capítulo 1 realiza un reconocimiento inicial de la localidad en cada una de las dimensiones tales como lo plantea el modelo PASE, como son las características poblacionales, Ambientales, Sociales y Económicas que permitirán comprender la dinámica Local.

1.1. Reseña Histórica y Contexto Territorial

La localidad Rafael Uribe Uribe toma el nombre en memoria de un abogado antioqueño, líder liberal quien fue asesinado en 1914 en Bogotá D.C; Antiguamente hacía parte del viejo municipio de Usme, encontrándose conformada por haciendas y fincas tales como: Llano de Mesa, Santa Lucía, El Porvenir, La Yerbabuena, San Jorge, El Quiroga, Granjas de San Pablo, Granjas de Santa Sofía, Los Molinos de Chiguaza y La Fiscala (12) las cuales estaban ubicadas en la parte plana, y donde posteriormente se asentaron las primeras viviendas de la zona; por otra parte la localidad también posee terrenos quebrados y montañosos en donde se extendieron otros asentamientos humanos, dando origen a procesos de urbanización subnormales, este tipo de desarrollo urbanístico comenzó como respuesta al fenómeno de desplazamiento por la violencia política que inició a finales de la década de 1940 y comienzos de 1950, dándose una reconfiguración del territorio a causa de migraciones masiva a la ciudad. Además, en esta zona de pendiente alta también se dieron explotaciones de canteras y chircales.

En la historia de la urbanización de la localidad se reconocen cuatro etapas, la primera de la década de 1920 a 1950 en donde se configuran barrios obreros como Santa Lucía, Libertador y Bravo Páez; la segunda de 1950 a 1980 cuando el Estado planifica urbanizaciones como el Quiroga. Posteriormente, se conformaron barrios populares Villa Gladys (reconocida por sus polvoreras artesanales), Los Chircales, El Consuelo, Palermo y Los Molinos, entre otros. La tercera etapa ocurre en 1979 cuando Alfredo Guerrero Estrada, uno de los mayores urbanizadores ilegales del sur de Bogotá, promueve la creación del barrio Diana Turbay, ubicado en la parte media y alta. Estas primeras invasiones dieron lugar a más urbanizaciones subnormales, construidas por los inmigrantes de provincia en las zonas altas ubicadas al oriente de la localidad, que afrontaron grandes dificultades para obtener la prestación de servicios públicos básicos. Finalmente, la cuarta y última sucede entre 1988 y 1999 cuando surgen treinta nuevos asentamientos subnormales que aumentan los índices de población y al acrecentarse la invasión de tierras, el loteo, venta ilegal de predios y la urbanización "pirata" que define hasta la actualidad el paisaje predominante en el área de montaña; a la vez ha contribuido en la conformación del mosaico de

desigualdades e inequidades que caracterizan la calidad de vida en el territorio (13)

En 2005 la Unidad de Planeamiento Zonal, No. 55, Diana Turbay, fue definida como una UPZ prioritaria de intervención del Subprograma de Mejoramiento Integral de la Alcaldía Mayor de Bogotá, por estar conformada con asentamientos humanos de origen ilegal, con uso residencial predominante de estratos 1 y 2, además por presentar serias deficiencias de infraestructura, accesibilidad, equipamientos y espacio público (14) Inicialmente toda la zona hizo parte de la actual Localidad de Antonio Nariño, pero por el Acuerdo 007 de 1974 del Concejo del Distrito, fue apartada de esta, dándole el número 18 dentro de la nomenclatura distrital (13)

1.1.1 Localización

La localidad Rafael Uribe Uribe se localiza al suroriente del área urbana de Bogotá y limita al norte, con la localidad 15-Antonio Nariño; al sur, con la localidad 5-Usme; al oriente con la localidad 4-San Cristóbal, y al occidente con la localidad 6-Tunjuelito (Ver Mapa 1); presenta una topografía que la hace característica en donde se pueden identificar tres características principales: la primera parte plana (donde se localizan los barrios más antiguos), la segunda con pendientes medias ubicada en el piedemonte, y la tercera con pendientes mayores (última área en urbanizarse). Antiguamente existían zonas de Chircales que funcionaron en el centro y en el sur de la localidad los cuales se cerraron a partir de la promulgación del Decreto 619 de 2000 (POT) (15)

De acuerdo con el documento técnico soporte del Decreto 619 del 2000 por el cual se adoptó el Plan de Ordenamiento Territorial, las UPZ se clasificaron, según sus características predominantes y se clasifican en ocho grupos y para la localidad corresponde a:

1. Unidades tipo 1 (Residencial de urbanización incompleta): son sectores periféricos no consolidados, en estratos 1 y 2, de uso residencial predominante con deficiencias en su infraestructura, accesibilidad, equipamientos y espacio público.
2. Unidades tipo 2 (Residencial consolidado): son sectores consolidados de estratos medios de uso predominantemente residencial, donde se presenta actualmente un cambio de usos y un aumento no planificado en la ocupación territorial (12) (Ver tabla 1)

Tabla 1 .Distribución de las UPZ por extensión territorial y área Territorial, 2014

UPZ	Extensión Urbana Total		Clasificación	Estrato
	Extensión Total (Hectáreas)	Porcentaje %		
San José	207,9	15,5	Residencial Consolidado	3
Quiroga	379,6	28,2	Residencial Consolidado	3
Marco Fidel Suarez	184,5	13,7	Residencial de Urbanización Incompleta	1 y 2
Marruecos	362,9	26,9	Residencial de Urbanización Incompleta	1 y 2
Diana Turbay	211,4	15,7	Residencial de Urbanización Incompleta	1 y 2
TOTAL	1346,3	100		

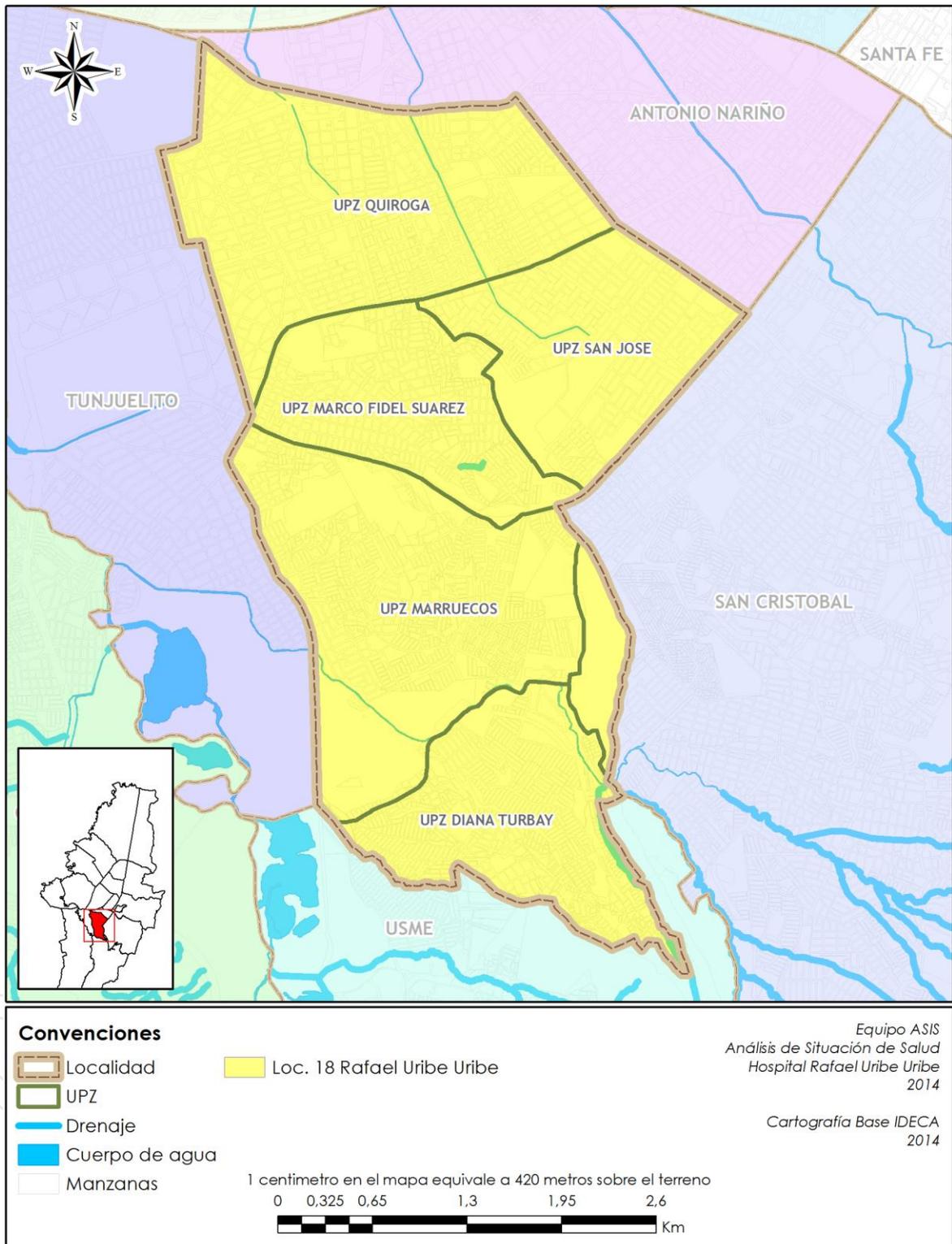
Fuente: SDP, Decreto 619 del 2000, Decreto 190 del 2004 y Decreto 544 de 2009, Bogotá D. C.

Además por su posición geográfica, la localidad Rafael Uribe Uribe es considerada una localidad de conexión y de paso entre el sur y el norte de la ciudad.

1.1.2 Características físicas del territorio

La localidad Rafael Uribe Uribe esta aproximadamente situada a 2.590 msnm en la parte más baja y 2.670 msnm en la parte más alta sobre un altiplano. El régimen climático de Bogotá y, en este caso a una escala más local, se caracteriza por una distribución bimodal de la precipitación con dos periodos de valores máximos relativos y dos de mínimos relativos (16). Al estar situada en el altiplano tiende a ser impactada por el cambio climático global, maximizando el régimen bimodal de precipitación lo que se evidencia con los fuertes aguaceros, que causan inundaciones y eventuales granizadas, vientos inusuales; los anteriores fenómenos climatológicos se incrementan e intensifican debido a la ubicación de la localidad en el altiplano Cundiboyacense. Eventualmente si se toman los análisis estadísticos bivariados sobre los regímenes de precipitación del y alrededor de los cerros orientales donde la precipitación se encuentra alrededor de 1.500 mm. Rafael Uribe Uribe presenta una temperatura promedio de 14,6 °C y una humedad relativa de 75% que es típica de la zona media de la ciudad.

Mapa 1. Localización de la localidad, Rafael Uribe Uribe



En su aspecto geomorfológico la localidad comprende un sector plano que hace parte de la Sabana de Bogotá, D.C., donde se desarrollaron los barrios más antiguos que se construyeron con infraestructuras completas. Además incluye un amplio sector quebrado al Oriente, poblado en las últimas décadas, donde se han desarrollado urbanizaciones que en su mayoría se iniciaron como barrios subnormales. Algunos de estos ya han sido legalizados. En éste último sector se encuentra la mayoría de las áreas clasificadas como de riesgo inminente, debido a que el suelo presenta un alto grado de erosión y desgaste por la extracción y explotación de materiales para la construcción (arena, piedra, arcilla). Se adiciona a esta situación la deforestación total y la destrucción de la capa vegetal; un mal drenaje de las aguas servidas y lluvias hace que se infiltren en el terreno y lo erosionen formando zanjas y cárcavas que favorecen los deslizamientos de tierra.

La localidad forma parte de la cuenca del río Tunjuelo de donde la quebrada Chiguaza es su principal afluente, lo cual la convierte en la más importante de la localidad; y además, se encuentran los canales La Albina y Río Seco que pertenecen a la cuenca del Río Fucha. Por tanto la localidad Rafael Uribe Uribe hace parte de esas dos cuencas hidrográficas que posee la ciudad. (Ver mapa 2).

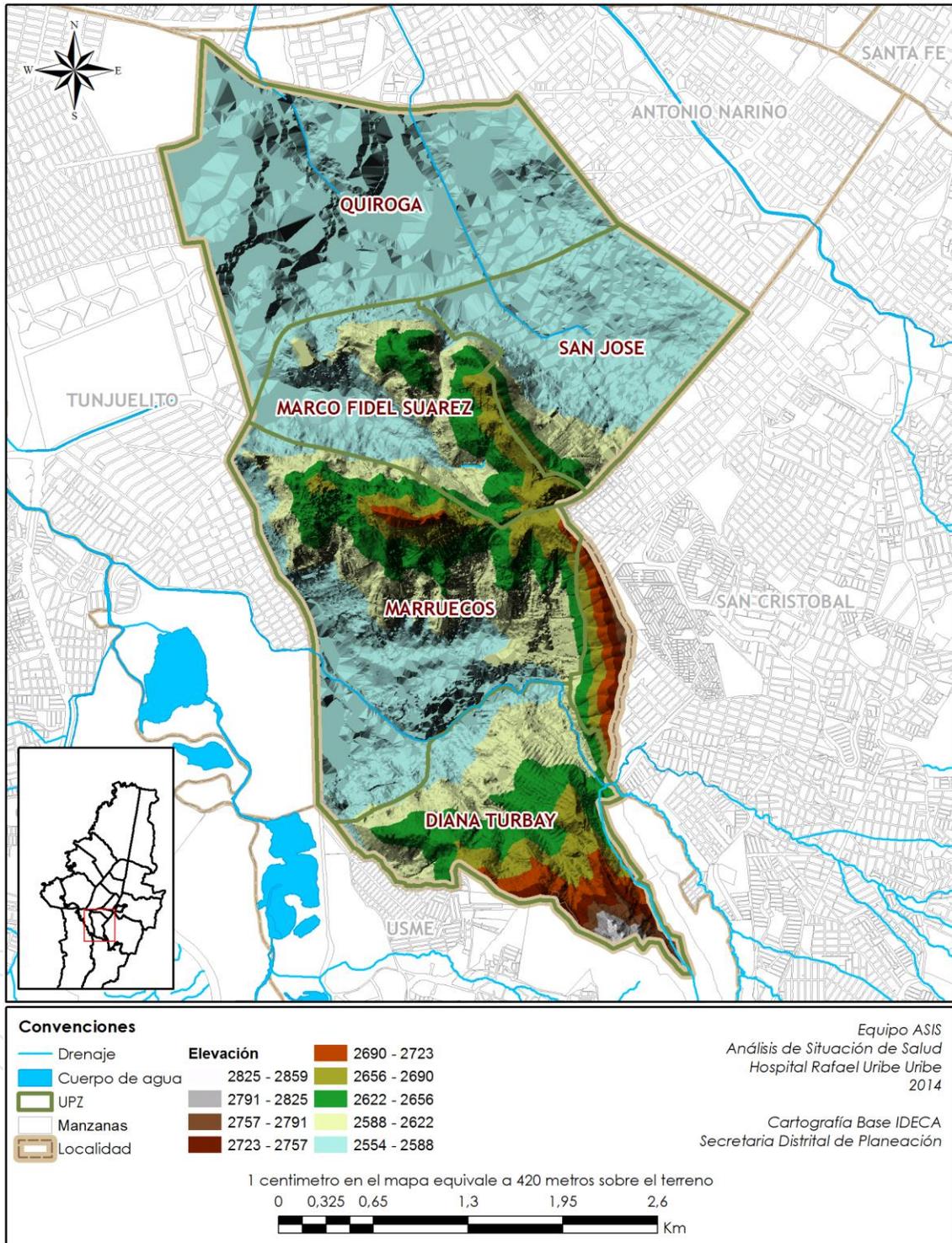
1.1.3 Zonas de riesgo en la localidad Rafael Uribe Uribe

Para entender mejor la definición de zonas de alto riesgo del tipo no mitigable se definen dos términos técnicos, como son vulnerabilidad y riesgo: el primero hace referencia al grado de pérdida de un elemento o de algún tipo de elementos en riesgo, como consecuencia directa de un impacto de un desastre natural. En ese orden de ideas, el riesgo para este caso es valorado de acuerdo a las pérdidas causadas por una remoción en masa, cuyas consecuencias directas de este fenómeno, afecten la infraestructura e incluso provoque las muertes que se llegasen a presentar, que haya daño en propiedades y que se interrumpan las actividades económicas.

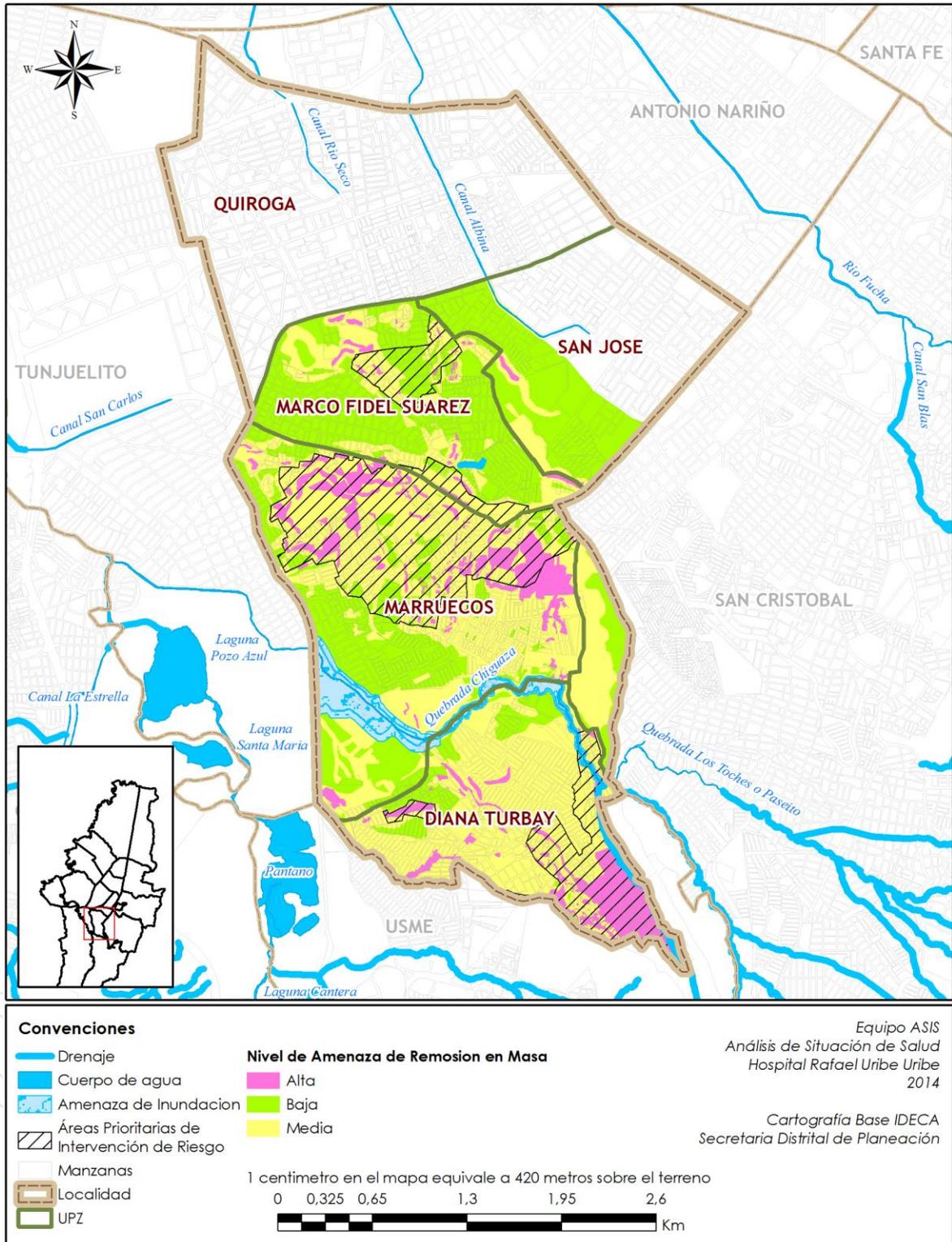
Las zonas de alto riesgo no mitigable son aquellas donde las obras de control son más costosas y complejas que la reubicación de las viviendas involucradas. Como estas zonas no pueden ser urbanizadas debido al riesgo elevado que representan, sus habitantes deben reubicarse en otros sectores que no presenten riesgo, permitiendo la transformación de estas zonas de riesgo en áreas verdes de recreación pasiva para la comunidad que habita en los barrios vecinos. Con el fin de evitar la aparición de nuevos asentamientos en estas zonas, la comunidad que habita cerca de ellas debe hacerse cargo de su mantenimiento y administración. Las UPZ Diana Turbay y Marruecos tienen la mayor superficie de zonas en alto riesgo no mitigable. En la UPZ Diana Turbay las zonas de este tipo se concentran en la zona sur del barrio Serranía sector Cultivos, en la parte sur del barrio La Marquesa y en la zona nororiental del barrio La Reconquista. Las zonas en alto riesgo no mitigable de la UPZ Marruecos se localizan en el barrio La Esperanza

Alta, en la zona sur del barrio Playón, La Playita III y en la zona que se encuentra entre los barrios Mirador de Marrocos y Los Chircales. (Ver mapa 3)

Mapa 2. Características físicas de la localidad, Rafael Uribe Uribe



Mapa 3. Vulnerabilidad y riesgos en la localidad, Rafael Uribe Uribe



1.1.4 Accesibilidad Geográfica

Avenida Caracas (KR 14), que hace parte del sistema Transmilenio y atraviesa la localidad de norte a sur y brinda transporte al interior por medio de alimentadores, Avenida Darío Echandía (KR 10ª), Avenida Primero de Mayo (CL 22 Sur), AV General Santander (KR 27), AV 27 Sur, AC 30 Sur, CL 44 Sur, AK 34. KR 13, AV Las Guacamayas (AC48D Sur),

La localidad Rafael Uribe Uribe goza de una malla vial en la que se incluyen vías arteriales y secundarias que atraviesan a la localidad, vinculando de esta manera la malla vial que se encuentran entre los barrios. La infraestructura vial representa el 5,3% de la malla vial de la ciudad, que equivalen a 772 kilómetros carril de vía, por lo que ocupa el noveno puesto entre las 20 localidades de Bogotá (17).

UPZ 55 Diana Turbay

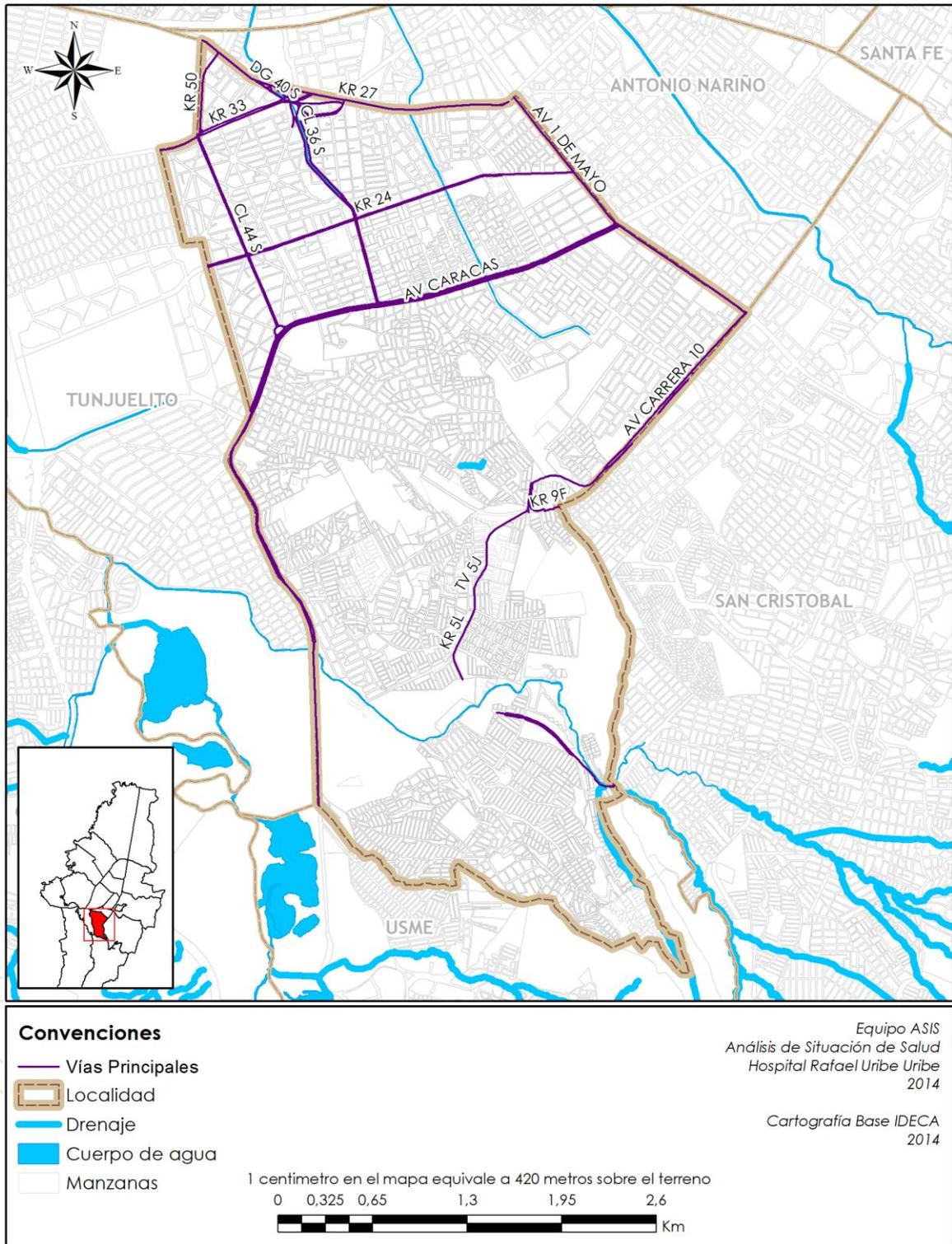
La UPZ Diana Turbay se ubica en una zona montañosa al extremo sur de la localidad, con una extensión de 211,4 hectáreas que equivalen al 15,7% del total de área de las UPZ de esta localidad, 13 de ellas ubicadas en suelo protegido. El territorio 71 está compuesto por la UPZ 55, la cual limita al norte, con la UPZ Marruecos; al oriente, al sur y suroccidente con la UPZ Parque Entrenubes y al occidente con la UPZ Danubio de la localidad de Usme. En el 1er Semestre del 2013 se validó la división de 17 microterritorios en el territorio 71 - Constituido por la Unidad de Planeación Zonal - UPZ 55 Diana Turbay, en donde se habían caracterizado 8.923 familias al final del 2012 y 1163 familias.

UPZ 54 Marruecos

La UPZ se encuentra ubicado en el costado centro sur de la localidad 18 cruzándola de oriente a occidente, entre la Avenida Caracas, la Avenida Darío Echandía y los cerros de oriente; y desde los cerros de Chircales hasta la quebrada la Chiguaza y la penitenciaría de la Picota. Este Territorio Limita al norte, con la UPZ Marco Fidel Suárez (Avenida Ciudad de Villavicencio); por el oriente, con la UPZ Parque Entrenubes; por el sur, con la UPZ Diana Turbay; por occidente con la UPZ Tunjuelito en la localidad del mismo nombre.

El territorio Marruecos tiene un total de 85 barrios y se definieron 15 Microterritorios. Según el aplicativo de APS, para el primer semestre de 2013 el territorio 2 contó con 726 familias intervenidas.

Mapa 4. Mapa de vías de la localidad, Rafael Uribe Uribe



UPZ 53 Marco Fidel Suarez

Se ubica en la parte central de la localidad y va de oriente a occidente, desde la Avenida Caracas y la Carrera 10 hasta y desde los cerros de Chircales y la zona quebradas del barrio las colinas. Al igual que las anteriores, pertenece a la zona crítica de pobreza acumulada. Es una de las áreas más densamente pobladas de la localidad; la mayoría de sus barrios presentan dificultades en acceso y movilidad dado que buena parte de sus calles son escaleras (18). La mayoría de su población vive en estrato bajo (74%), seguido de estrato medio bajo (25%). Tiene un total de 34 barrios, que fueron delimitados en 13 microterritorios y al final del 2012 había 8.127 familias caracterizadas.

UPZ 39 Quiroga

La UPZ 39 Quiroga, se ubica al extremo noroccidental de la localidad y es de tipo residencial consolidado, Tiene una extensión de 384 Ha, equivalentes al 27,4% del total del área de las UPZ. La mayoría de su población se encuentra en estrato medio bajo (99.4%) y el 0.6% sin estrato por ilegalidad barrial. Tiene un total de 15 barrios (19). Como la totalidad de su territorio se encuentra urbanizado, no cuenta con zonas sin desarrollar. Esta UPZ limita, al norte, con la Avenida Primero de Mayo; al oriente, con la Avenida Caracas; al sur, con el límite administrativo entre las localidades Tunjuelito y Rafael Uribe Uribe, que corresponde al costado norte de la Escuela General Santander y al costado sur de los barrios El Claret y Santa Lucía, y limita, al occidente, con la Avenida General Santander (KR 27). En la UPZ Quiroga, que se ubica en la zona plana de la localidad, la vivienda de estrato 3 y el comercio son los que predominan.

UPZ 36 San José

La UPZ San José se ubica en el centro oriente de Rafael Uribe Uribe, tiene una extensión de 208,3 ha, que equivalen al 15,9% del total del suelo de esta localidad (12). Tiene 5,0 ha sin desarrollar y cuenta con 21,9 ha de zonas protegidas en suelo urbano. Esta UPZ es de tipo 2 residencial consolidado y limita, por el norte, con la Avenida Primero de Mayo (CL 22 sur); por el oriente, con Avenida Darío Echandía (KR 10.a), que es el límite entre las localidades San Cristóbal y Rafael Uribe; por el sur, con el costado sur del parque Bosque de San Carlos y con la Urbanización Gustavo Restrepo, y por el occidente, con la Avenida Caracas. Se ubica en la zona plana de la localidad y es un sector que combina los usos comercial y residencial. La mayoría de su población se encuentra en estrato medio bajo (93.8%), 1.4% en estrato bajo y 4.8% sin estrato por ilegalidad barrial. Tiene 5 barrios y otros incluidos más recientemente para un total de 12 barrios (19)

1.1.5 Sitios Destacados de la Localidad

Aquí hay muy pocos sitios y espectáculos, pero la dinámica comunitaria no se detiene en procura de mejores condiciones para todos. Como espacios culturales, se encuentran parques tan espectaculares como el Entrenubes y el Bosque de San Carlos, si se quiere hacer un recorrido ecológico; algunos auditorios y puntos comerciales. La programación cultural está a cargo de los proyectos de inversión local y del Distrito. Espacios de encuentro, con carácter metropolitano, indudablemente es el Parque Olaya Herrera, en donde una moderna cancha de fútbol, ahora con graderías al mejor estilo de un estadio distrital, concita a los aficionados y escuelas de fútbol; que con el Polideportivo completa una zona deportiva importante para la Localidad. Para los servicios médicos y de laboratorios, se destaca la zona del Olaya por su número y variedad de la oferta. También, cuenta con un Hospital que ha sido erigido en Monumento Nacional y que ha hecho historia no sólo en la Localidad sino en el País. (20)

1.1.5 Escenarios Culturales Públicos y Privados

La localidad cuenta con una dotación importante de salones comunales, teatro y bibliotecas, casi todos ubicados en las UPZ de la zona plana. Las bibliotecas son de tres tipos: comunitarias, institucionales y parroquiales. Las bibliotecas comunitarias son ocho, dinamizadas por organizaciones sociales y/o Consejos Comunales en los barrios Pijaos (Amauta), Granjas de San Pablo (Manuela Beltrán), Puerto Rico (Francisco Jordán), Mirador del Sur, Diana Turbay Sector Ayacucho (Crear Jugando), Palermo Sur, El Portal (La Espiga del Saber) y La Paz (Acregen). Las tres institucionales son dinamizadas por el Departamento Administrativo de Bienestar Social y funcionan en los Centros de Desarrollo Comunitario Las Colinas, Samoré y Molinos II. Adicionalmente se cuenta con una biblioteca parroquial, denominada San Judas Tadeo, ubicada en el barrio Marco Fidel Suárez. Para la realización y difusión de eventos artístico-culturales y actividades formativas e informativas como conferencias y asambleas, entre otros, la localidad cuenta con dos clases de auditorios 21: los de las instituciones educativas (distritales públicas o privadas) y los pertenecientes a instituciones privadas no escolares. Se identifican 22 auditorios de instituciones educativas tanto distritales como privadas, distribuidos así: UPZ San José (8), UPZ Quiroga (10), UPZ Marco Fidel Suárez (2) y UPZ Diana Turbay (2). La ubicación de los tres auditorios de instituciones privadas son: el Club Social del Bosque de San Carlos, la Universidad Antonio Nariño (en la UPZ San José) y el auditorio Jesucristo Obrero que pertenece al Instituto San Pablo Apóstol (en la UPZ Quiroga). A todos los anteriores, se deben sumar también los auditorios de los Centros de Desarrollo Comunitario DABS Las Colinas (de la UPZ San José) y el de la décima octava estación de la Policía Metropolitana en el barrio Centenario (de la UPZ Quiroga). (21)

ESPACIO PÚBLICO LOCALIDAD RAFAEL URIBE URIBE

El espacio público total de la ciudad lo conforma la totalidad del espacio verde, sumado al espacio en el que los ciudadanos se movilizan como vías vehiculares y peatonales, andenes, separadores, ciclo vías y, además, en el que pueden permanecer como plazas, plazoletas y parques. Según cifras del DADEP 2013, Bogotá cuenta con 16,9 m² por habitante, sin reportar aumento entre el 2012 y 2013 (22).

Tabla 2. Espacio público efectivo urbano por habitante y espacio público verde por habitante. 2014

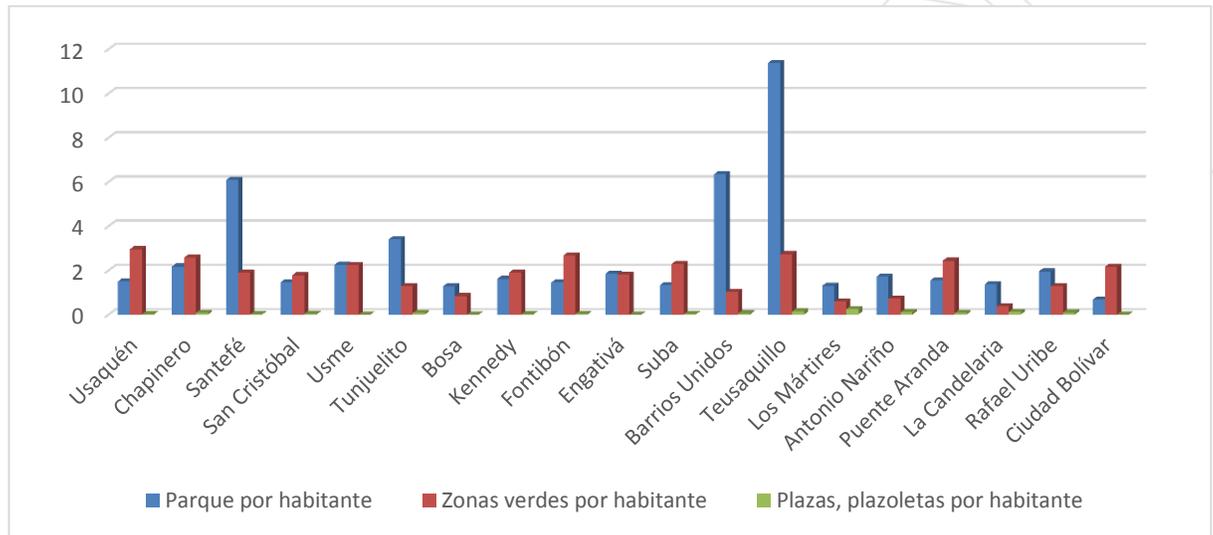
LOCALIDAD	Espacio público efectivo por habitante				Espacio público verde por habitante			
	Parque por habitante	Zonas verdes por habitante	Plazas, plazoletas por habitante	Total espacio público efectivo urbano por habitante	Parque por habitante	zonas verdes por habitante	Estructura Ecológica Principal por habitante	Total espacio público verde por habitante
Usaquén	1,49	2,95	0,01	4,36	1,4	2,95	4,56	8,91
Chapinero	2,17	2,57	0,08	5,37	2,72	2,57	5,72	11,01
Santafé	6,08	1,9	0,01	7,99	6,08	1,9	2,75	10,73
San Cristóbal	1,45	1,78	0,04	3,27	1,45	1,78	2,58	5,81
Usme	2,25	2,23	0	4,48	2,25	2,23	8,58	13,06
Tunjuelito	3,4	1,28	0,07	4,75	3,4	1,28	1,02	5,7
Bosa	1,27	0,83	0	2,1	1,27	0,83	4,51	6,61
Kennedy	1,61	1,9	0,01	3,52	1,61	1,9	1,44	4,95
Fontibón	1,45	2,67	0,03	4,15	1,45	2,67	4,69	8,81
Engativá	1,85	1,81	0	3,68	1,87	1,81	1,56	5,24
Suba	1,32	2,29	0,02	3,63	1,32	2,29	1,47	5,08
Barrios Unidos	6,34	1,02	0,05	7,41	6,34	1,02	0,03	7,39
Teusaquillo	11,38	2,73	0,14	14,25	11,38	2,73	0,71	14,82
Los Mártires	1,3	0,58	0,25	2,13	1,3	0,58	0,02	1,9
Antonio Nariño	1,71	0,72	0,1	2,53	1,71	0,72	0,46	2,89
Puente Aranda	1,55	2,43	0,06	4,04	1,55	2,43	0,3	4,28
La Candelaria	1,37	0,38	0,12	1,87	1,37	0,38	1,51	3,26
Rafael Uribe	1,95	1,28	0,09	3,32	1,95	1,28	0,19	3,42
Ciudad Bolívar	0,68	2,16	0	2,84	0,68	2,16	1,66	4,5
Sumatoria	51,1	33,51	1,08	85,69	40,9	26,09	30,73	97,72
Promedio Bogotá	1,97	1,93	0,03	3,93	1,97	1,93	2,4	6,3

Fuente: Departamento Administrativo del Espacio Público, 2013

El Espacio Público Verde Urbano presenta un indicador de 6.3 m² por habitante – según el departamento administrativo del espacio público- y mide la cantidad de espacio público verde destinado a la recreación, permanencia al aire libre y de encuentro ciudadano. En este orden de ideas, este espacio está constituido por las áreas para la conservación y preservación de los sistemas orográficos e hídricos, los parques y las zonas verdes de la ciudad. Por lo consiguiente las

localidades con mayor cantidad de espacio público verde urbano son: Teusaquillo, Usme, Chapinero y Santa Fe y las que presentan mayor escases son: Los Mártires, Antonio Nariño, La Candelaria, **Rafael Uribe** y Puente Aranda.

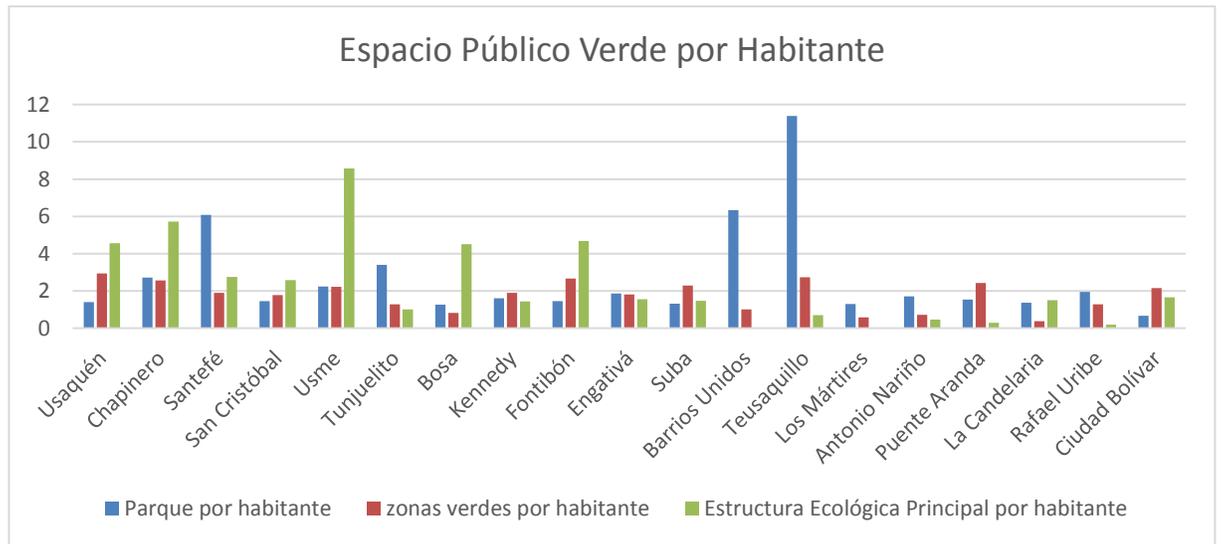
Ilustración 1. Espacio público efectivo por habitante



Fuente: Departamento Administrativo del Espacio Público, 2013

Actualmente el Espacio Público Efectivo Urbano en Bogotá por habitante con carácter permanente es de 3.93 m²/ Habitante. Ahora bien, si se toma como meta de ciudad el índice mínimo de espacio público efectivo por habitante 15m² definido por la OMS y retomado por la política Nacional, se concluye que hasta el momento la ciudad ha alcanzado apenas un 26% de la meta de espacio público en función de su población actual. Solamente las localidades de Teusaquillo, Santafé y Barrios Unidos garantizan más de 6m²/ Habitante, indicador mínimo establecido por el Distrito Capital(Plan Maestro de Espacio Público); las otras 6 localidades que cubren más del 75% del territorio urbano aún presentan déficit, incluyendo a la localidad Rafael Uribe Uribe (22)

Ilustración 2. Espacio público verde por habitante



Fuente: Departamento Administrativo del Espacio Público, 2013

El espacio público es el elemento articulador, estructurador y ordenador de la localidad, es decir, el espacio donde los habitantes se relacionan en su vida pública y ejercen su papel como ciudadanos. Sin embargo la carencia de espacio público y su inequidad en la distribución espacial en la localidad se han convertido en factores de desigualdad y de segregación social. El espacio público es quizás uno de los mayores generadores de plusvalía lo cual requiere el acompañamiento de una política pública y de responsabilidad social para de esta manera disminuir la brecha de inequidades y desigualdades. Teniendo en cuenta lo anterior la Organización Mundial de la Salud (OMS) para dar atención al goce efectivo de los habitantes de un lugar, recomienda mínimo un árbol por cada tres habitantes y de esta manera garantizarles una mejor calidad del aire. Debido a esto y, según el último censo arbóreo realizado por el observatorio ambiental de Bogotá se evidencia que la localidad Rafael Uribe existen varios tipos de árboles y arbustos que tienen una significancia en el bienestar de la ciudadanía (Ver tabla 3). Así mismo por medio de las políticas públicas tendientes a la mejora de la calidad de vida de la población es importante dar relevancia a los espacios de vida cotidiana y bienestar, asociados a un ambiente saludable.

Tabla 3. Número de árboles en la localidad, Rafael Uribe Uribe, 2014

NOMBRE COMÚN	CANTIDAD	PORCENTAJE	ALTURA
Hayuelo	12881	24%	1,41m
Corono	2327	4%	1,81m
Salvio Negro	1972	3%	2,14m
Sauco	1870	3%	2,87m
Cucharo	1807	3%	1,77m
Arrayan Blanco	1788	3%	1,72m
Eucalipto Común	1680	3%	18,66m
Holly Liso	1602	3%	2m
Tuno Roso	1495	2%	1,85m
Urapán, Fresno	1332	2%	7,04m

Fuente: Observatorio Ambiental de Bogotá, Localidad Rafael Uribe, 2014

1.2. Contexto Demográfico

La dinámica demográfica es entendida como el movimiento, cambio, y transformación de una población que tiene ciclos de expansión, contracción, estacionamiento o agotamiento. Ante la consciente organización social y de sostenibilidad de la especie humana, los procesos demográficos están influenciados por factores biológicos y sociales.

1.2.1 Tamaño y Volumen

Según los informes de las Proyecciones de Población DANE-SDP. 2005-2015, la Población Total en el 2014 para la localidad Rafael Uribe Uribe fue de 376060 habitantes contando con un grado de urbanización del 100%.

El 27,9% de los habitantes de la localidad reside en la UPZ Marruecos, el 22% en la UPZ Diana Turbay, el 20,9% en la UPZ Quiroga, el 16.6% en la UPZ Marco Fidel Suárez y por último el 12.6% en la UPZ San José, cabe aclarar que según distribución por territorio, el territorio 74 San José Quiroga es el que representa mayor población pues une la UPZ 36 y la UPZ 39.

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) la localidad Rafael Uribe contara para el 2015 con 109089 Viviendas y 115982 Hogares (23). Según la Encuesta Multipropósito Demografía y Salud 2011, el 50,5% de los hogares están conformados por 4 o más miembros, lo que indica hacinamiento, éste porcentaje se encuentra más alto que el Distrital (42,2%). Se ha demostrado que el hacinamiento en particular cuando va unido a la pobreza y a la insuficiencia de servicios aumentan las tasas de transmisión de enfermedades como la tuberculosis, la neumonía, la bronquitis y las infecciones gastrointestinales. (24)

Población en Condición Especial

De acuerdo al Diagnóstico Diferencial 2014, según bases APS en la localidad se tiene caracterizados 305 personas que han sido identificadas y caracterizadas como pertenecientes a algún grupo étnico, 34 indígenas, 191 Afrodescendientes, 1 Palenquero, no hay población Raizal y 79 Rom/Gitano, sin embargo se cuentan con espacios que dan cuenta de otra información al respecto.

En la localidad se cuenta con una Mesa Indígena de carácter autónomo, compuesta por representantes de los siguientes pueblos: Ambika Pijao (Tolima), Pastos (Nariño), Inga (Putumayo), Uitoto (Amazonas-Caquetá), Andoque (Amazonas), Cubeo (Vaupés), Yanacona (Cauca) y Nasa (Caica). Se han encontrado grupos indígenas que no tienen representantes en dicho espacio como Camentsa (Putumayo), Kankuamos (Sierra Nevada de Santa Marta) y Kichwas (procedencia del Ecuador), son familias que también habitan la localidad.

La concentración de población indígena se evidencia en el Territorio 1-Diana Turbay (Rincón del Valle, Nueva Esperanza, Lanceros y Palermo), Territorio 2-Marruecos (Bochica), Territorio 3-Marco Fidel Suarez (Rio de Janeiro, El Pesebre, Granjas de San Pablo, Lomas y Resurrección), Territorio 4-San José/Quiroga (Quiroga, Olaya y Gustavo Restrepo)

En cuanto a la población afrodescendiente está concentrada en su mayoría en el territorio 1-Diana Turbay (La Paz Naranjos y la Paz Cebadal), en el Territorio 3-Marco Fidel Suarez (Rio de Janeiro, El Pesebre, Granjas de San Pablo, Lomas, San Jorge) y en menor proporción en el Territorio 4-San José/Quiroga (Quiroga, El Claret y Santa Lucia). Existen organizaciones de base comunitaria de gran historia e incidencia en la localidad, tales como Black Sombra, Afro-Indígena Mi Colombia, y Asomucod, originarias del territorio 1, ya que sin duda es el lugar que cuenta con un gran número de líderes y lideresas que aportan a los procesos de construcción de realidades y de nuevas historias de vida, rescatando siempre la herencia africana.

1.2.2 Estructura poblacional

La pirámide poblacional refleja una base intermedia y su disminución hacia el ápice se da lentamente, en comparación al año 2005 se observa disminución en la base y mayor ensanchamiento en la población mayor de 45 años, mostrando un cambio demográfico que tiende al envejecimiento. Esto se puede corroborar con indicadores demográficos como el índice de vejez, el índice de envejecimiento el índice de juventud y el índice de dependencia de mayores entre otros.

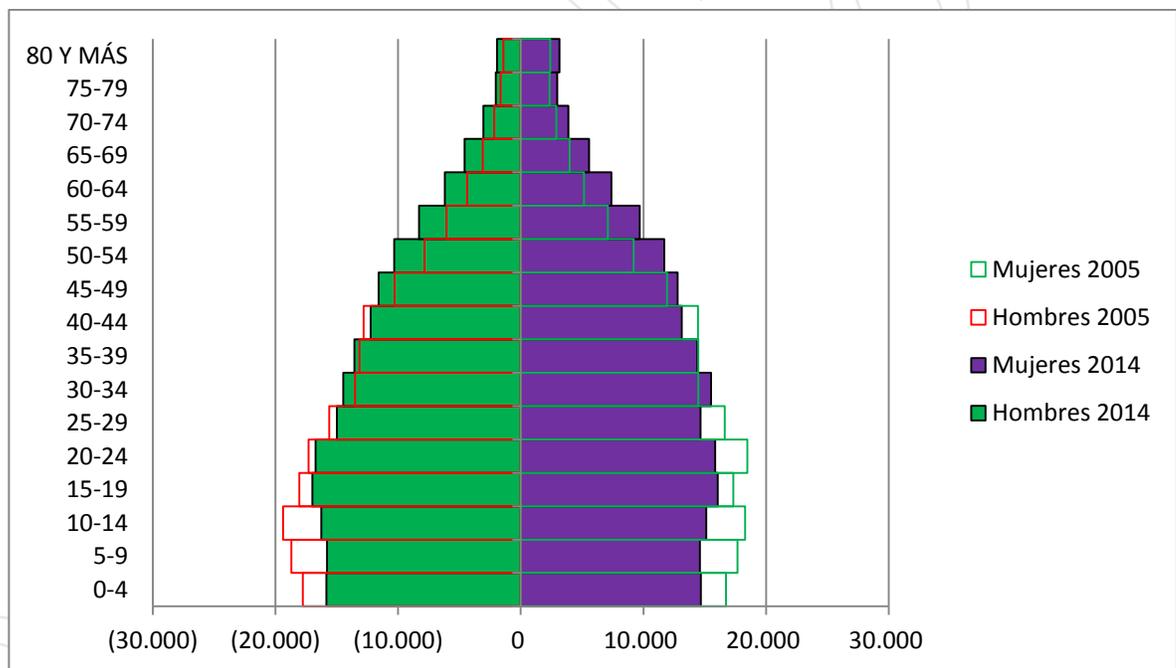
El índice de infancia redujo del 2005 al 2014 pasando de 27 menores de 15 años por cada 100 personas a 24.5 en el año 2014. Así mismo el índice de juventud paso de 27 jóvenes entre 15 y 29 años por cada 100 personas en el 2005 a 25 en el 2014. Paralelamente el Índice de envejecimiento aumentó del 2005 al 2014

pasando de 18 a 29 lo que quiere decir que en el año 2014 por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años hubo 29 personas mayores de 65 años, así mismo el índice de vejez muestra que para el año 2005 de cada 100 personas, 5 tenían más de 65 años dato que aumento para el 2014 donde por cada 100 personas, 7 tenían 65 años y más. Así mismo el índice de dependencia de mayores muestra que en el 2005 de cada 100 personas entre 15 y 64 años 8 tenían más de 65 años dato que aumento a 10 en el año 2014.

Se dice que este tipo de pirámides poblacionales son de tipo campana o población estacionaria con una notable igualdad entre las generaciones jóvenes y adultas, y una reducción importante en las personas mayores. El crecimiento natural es bajo.

Pueden responder a países con tasas de natalidad y mortalidad altas, que aún no han comenzado la transición demográfica (sobre todo si se trata de poblaciones históricas)

Ilustración 3. Pirámide Poblacional. Localidad Rafael Uribe Uirbe. Año 2005 y 2014.



Fuente: Proyecciones de Población DANE-SDP. 2005-2015

En la distribución por sexo, se evidencia que las mujeres representan el 50,8% (n=191162) de la población y los hombres el 49,2% (n=184898), según la Razón Hombre: Mujer, a nivel general por cada 100 mujeres hay 97 hombres en la localidad Rafael Uribe, según UPZ en la 55 hay predominio del sexo femenino con

una razón de 95, en la UPZ 54 hay predominio de sexo masculino, razón de 102; en la UPZ 53 hay predominio de sexo femenino, con una razón de 94 hombre por cada 100 mujeres; en la UPZ 39 hay predominio de sexo femenino (razón 96) y en la UPZ 36 hay predominio de sexo femenino con una razón de 89 hombres por cada 100 mujeres.

Según la distribución por edad, para el 2014 a nivel general se observa un mayor ensanchamiento en el quinquenio de los 15 a 19 tanto en hombres como en mujeres, a partir de los 20 años se observa una reducción gradual en ambos sexos; en el sexo femenino se observa reducción importante en el quinquenio de los 25 a 29 y posteriormente se presenta un aumento en el quinquenio de los 30 a 34, dinámicas que obedecen posiblemente a enfermedades tempranas y/o a la migración poblacional. Según el índice de friz (116 en el 2014) la población de la localidad es considerada como población madura.

Según la distribución por etapa de ciclo vital, la localidad cuenta con mayor población Adulta (47%), seguida de Infancia (22,8%), en tercer lugar está la población joven (12,2%), seguida está a etapa de ciclo Vejez (10,8%), y finaliza la etapa de ciclo adolescencia (6,9%). La relación entre niños y niñas en edad fértil en el año 2005 fue de 29,8 niños y niñas entre 0 y 4 años por cada 100 mujeres entre 15 y 49 años, este dato redujo comparado con el año 2005 que fue de 32 niños y niñas entre 0 y 4 años, dinámica que obedece posiblemente a la reducción gradual en la natalidad.

La proporción por etapa de ciclo Infancia y Adolescencia son mayores en la UPZ 55 Diana Turbay frente a las demás UPZ con 29% y 9,4% de representatividad respectivamente, la etapa de ciclo Juventud tiene mayor representatividad en la UPZ 54 Marruecos con 9%. Por su parte la UPZ 39 Quiroga es la que tiene mayor representatividad de la etapa de ciclo Adulthood y Vejez (49,2% y 14,5% respectivamente).

Dependencia

Según Proyecciones de Población DANE-SDP. 2005-2015 el índice Demográfico de Dependencia en el año 2005 fue de 52, lo cual quiere decir que de cada 100 personas entre 15 y 64 años hubo 52 menores de 15 y mayores de 65 años dato que en el 2014 redujo a 47 menores de 15 y mayores de 65 años por cada 100 personas 15 y 64 años.

Y según índice de dependencia Infantil en el año 2005, de cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 44 personas menores de 15 años dato que redujo al 2014 a 36 menores de 15 años por cada 100 personas entre 15 y 64 años

1.2.3 Dinámica poblacional

Natalidad y Mortalidad

La Tasa de crecimiento natural para la localidad Rafael Uribe en el 2014 fue de 0,9% lo que quiere decir que por cada 100 habitantes hubo un incremento de la población de 0.9, este dato nos muestra una desaceleración en el crecimiento de la población si se compara con el dato del quinquenio 2005-2010 que estuvo en 1.31% según Proyecciones de población por localidad 2006 – 2015. (23)

El crecimiento de la población desacelerado se corrobora de la misma manera con el cambio en la tasa bruta de natalidad que para el 2005 fue de 18,4 la cual redujo para el 2014 a 14.6, lo que quiere decir que por cada 1000 habitantes se presentaron 14.6 nacimientos.

Sin embargo la tasa bruta de mortalidad aumentó, pasando de 4.6 en el 2005 a 5.4 en el 2014 lo que quiere decir que por cada 1000 habitantes 5.4 murieron en el 2014.

Fecundidad

Tasa general de fecundidad (TGF): según proyecciones DANE 2006-2015 la tasa de fecundidad general para Rafael Uribe en el 2005 fue de 51,1 por 1000 mujeres en edad fértil, la cual aumento para el 2014 llegando a 61,4, lo que quiere decir que en el 2014 se produjeron aproximadamente 62 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil.

Tasa global de fecundidad para el 2005 fue de 2,1 la cual redujo para el 2014 a 1,8 lo que significa que una mujer podía tener 1,8 hijos durante su vida fértil.

La edad media de fecundidad para el 2005 fue de 26.1 la cual redujo no muy significativamente para el 2014 a 26,0, esto quiere decir que en promedio las mujeres de Rafael Uribe tiene sus hijos a la edad de 26 años.

Y respecto a la tasa de reproducción o de reemplazo, ésta va disminuyendo pues para el 2005 la tasa era de 1 y en el 2014 paso a 0.9, lo que quiere decir que para el año 2014 se presentó un promedio de 0.9 hijas por mujer durante su período fértil, dato que concuerda con el decrecimiento de la población en Rafael Uribe.

Migración

Los cambios en la pirámide poblacional también se pueden explicar por las dinámicas de migración, la tasa de migración en el quinquenio 2010-2015 según DANE - SDP Proyecciones de población por localidad 2006 – 2015 es de -13.66 por 1000 habitantes (n=-25721) mostrando una reducción con respecto al quinquenio 2005-2010 que fue de -13.87 por 1000 habitantes (n=-26169) lo cual demuestra el importante peso que tiene este componente demográfico, en el decrecimiento de la población residente en la localidad de Rafael Uribe Uribe. (23)

Esperanza de vida al nacer

Para la localidad Rafael Uribe Uribe en el quinquenio 2010-2015 se estima que la esperanza de vida al nacer general es de 75.7 años, en promedio las mujeres tendrán 78.36 años de vida y los hombres 73.13 desde el momento en que nacen. Es importante mencionar que las ganancias en años de esperanza de vida son mayores para la población masculina que para la femenina cuando se comparan los datos del quinquenio 2005-2010 que para hombres fue de 71.57 años y de mujeres 77.09 años, la Esperanza de vida total para ese periodo fue de 74.25 años. (23).

1.2.4 Movilidad

Población Víctima del conflicto Armado

La población Víctima del Conflicto Armado, es una de las que mayor proporción representa del total de poblaciones diferenciales y de inclusión en la localidad, esta situación posiblemente sea consecuencia del auto reconocimiento que hacen estas personas como un mecanismo para exigir y garantizar el goce efectivo del derecho de acuerdo a lo definido en la Ley de Víctimas y sentencias de la HCC al respecto. Según base de datos APS en el periodo 2012-2014 se caracterizaron 49 personas que equivalen al 0.09% del total de caracterizados por APS de ese periodo.

1.3. Contexto socioeconómico

En Colombia, el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) está compuesto por 5 indicadores simples, entre los que se encuentran viviendas inadecuadas, viviendas con hacinamiento crítico, viviendas con servicios públicos inadecuados, viviendas con alta dependencia económica y viviendas con niños en edad escolar que no asisten al colegio. (25) Partiendo de lo anterior se hace necesario generar una descripción de la situación en los aspectos socioeconómicos en la cual se encuentra la localidad Rafael Uribe Uribe que permita comprender la dinámica de la misma y la situación y calidad de vida de los habitantes de la Localidad.

Con el objetivo de realizar el análisis, es importante tener como base la cifra de 7.862.277 habitantes que tiene Bogotá, para el año 2015 de acuerdo con las proyecciones del Departamento Nacional de Estadística (DANE).

Durante el año 2007, de acuerdo con un estudio citado por la Cámara de Comercio de Bogotá, el porcentaje de habitantes que tiene la ciudad con necesidades básicas insatisfechas es del 9,2% y un 1,4% de personas en miseria. (26) Por otro lado, en 2011, de acuerdo con la Encuesta Multipropósito de la Secretaría Distrital de Planeación, el 17,4% de las personas se encuentran en

pobreza por ingresos, lo cual hace referencia a la proporción de hogares cuyo ingreso no supera el valor de la canasta básica familiar, lo cual corresponde a 1.287.982 personas pobres en la ciudad. Además, el 4,0% se encuentra en indigencia por ingresos, lo cual corresponde a 300.453 personas. (25)

Comparativamente con los índices de pobreza que tiene la ciudad, se encuentra que la localidad Rafael Uribe Uribe es la sexta localidad con el mayor número de personas con Necesidades Básicas Insatisfechas de Bogotá equivalente a 35.142 personas, y el 33,7% de la población de la localidad está clasificada en nivel 1 y 2 del SISBÉN, además se registra que en la localidad existen 355 hogares en miseria, lo cual equivale al 3% de los hogares de la localidad. (26)

Teniendo en cuenta lo anterior, se observa que localidad presentó dificultades frente a las necesidades básicas insatisfechas para la población, ya que el nivel de ingresos incide en el nivel socioeconómico de las personas y a su vez se refleja en la calidad de vida. Esta situación se evidencia de manera más relevante en las UPZ's Diana Turbay y Marruecos. De acuerdo con información DANE 2005, el territorio Diana-Marruecos, que tiene un total de 140.883 habitantes, es el territorio de la localidad que presenta mayores condiciones de vulnerabilidad para la población, siendo importante resaltar que las familias que habitan en él pertenecen al estrato socioeconómico Uno y Dos, y al año 2010, se encuentra que existen barrios en proceso de legalización como lo son Puentes de San Bernardo Rincón del Zea, Esperanza Alta y Serranía. (27)

Así mismo, de acuerdo con los resultados obtenidos en la encuesta multipropósito 2011, la localidad presenta una tasa de ocupación de 56,3 puntos y una tasa de desempleo de 8,8 puntos, ocupando el lugar décimo octavo; los habitantes de la localidad refieren tener contrato verbal entre un 13% y un 16% de las personas encuestadas, además se observa que la distribución de la población ocupada por sexo es de 56% para los hombres y 44% para las mujeres siendo el mayor porcentaje de personas ocupadas entre los 31 y 50 años, el 50% de la población ocupada no cuenta con ningún tipo de contrato laboral, el 57% de la población no cuenta con afiliación a riesgos laborales. (28)

Igualmente la encuesta refiere que la población en edad económicamente activa es de 186.558 personas equivalente al 4,9% de la población total de Bogotá, siendo la tasa de participación global es de 61,8 puntos y el 4,9% de ocupados, la tasa de desocupados es de 5,0% y una tasa de desempleo de 8,8 puntos. (29)

Es importante resaltar que según la Encuesta de Calidad de Vida realizada durante el año 2010 para Bogotá, el mayor índice de desempleo se presenta en las localidades del sur, las cuales coinciden con que también son las más pobladas, entre estas localidades se encuentra la Localidad Rafael Uribe Uribe con un 10,5 % de desempleo, superada únicamente por la Localidad Ciudad Bolívar con un 11,9%, lo cual afecta principalmente a la población joven y a las mujeres. (30)

El análisis de los estudios mencionados anteriormente coincide con los resultados encontrados a través del indicador GINI, el cual es el más empleado para medir la distribución de ingresos y el nivel de desigualdad, el cual para el año 2013, Bogotá D.C., obtuvo el coeficiente de 0,504 frente al 0,497 en 2012, el cual muestra un aumento en 0,007. (31).

Esto refleja las dificultades en las condiciones de vida que ha venido presentando la ciudad en los últimos años; así mismo, se puede observar el comportamiento del Coeficiente de GINI para la localidad, el cual durante el año 2003 se obtuvo un resultado de 0.434, en el año 2007 se observa un resultado de 0,470 y en el 2011 el indicador muestra un resultado de 0,430, al equiparar con los resultados de la ciudad con los de la localidad, se observa que en esta el indicador es más bajo que el de la ciudad. (32)

Como resultado del análisis de la información obtenida en la lectura de los diferentes documentos, se observa la existencia de inequidades y desigualdades en la ciudad, ya que se observa una notable diferencia entre las localidades ubicadas en el norte de la ciudad y en el sur de la ciudad; los indicadores analizados como el Nivel de Calidad de Vida y los índices de empleo/desempleo, en 2006 el Índice de Desarrollo Humano (IDH) bogotano era el mejor del país con una puntuación del 0,83, pero en términos de las localidades las disparidades son evidentes, siendo ocho de las localidades del sur de la ciudad, las que presentan el más bajo nivel de calidad de vida de la ciudad dentro de las cuales se encuentra la localidad Rafael Uribe Uribe. (30)

Frente a la cobertura en educación, de acuerdo con la Cámara de Comercio de Bogotá del año 2007, se encuentra que en la Localidad Rafael Uribe existen 108.629 personas en edad escolar, es decir con edades entre los 5 y los 17 años, presentándose una tasa de analfabetismo de 1,8%, además se establece que se presentan 7 años en promedio de educación en población mayor de 5 años, y 10 años promedio de educación en población entre 20 y 34 años. (26)

Complementando la información anteriormente mencionada, en el año 2007, según refiere el documento Análisis de indicadores socioeconómicos y su impacto en la salud pública de Bogotá 2013, la Localidad Rafael Uribe Uribe está en relación con los niveles de educación, ocho años por debajo de del promedio de la ciudad, para ese año, el 59 % de la población entre los 16 y los 25 años estudiaba y solo el 5 % de los mayores de 26 años lo hacía. (30)

Así mismo, el documento de la Cámara de Comercio de 2009, expone la cobertura de servicios públicos básicos que para la ciudad en este año cuenta con una cobertura del 100% en los servicios de acueducto, alcantarillado y de recolección de basuras y coberturas del 99% para energía eléctrica y del 88% en gas natural para un total de 2.185.874 hogares en Bogotá; equitativamente en la localidad se cuenta con una cobertura de acueducto en un 99,8%, alcantarillado en un 99,6%, energía eléctrica en un 100%, Gas Natural la cobertura se encuentra en el 87,9%, y la recolección de basuras: 99,8%. (33)

Es importante tener en cuenta que uno de los factores que incide con mayor frecuencia en la calidad de vida de la población es el nivel de cobertura que se tenga frente a los servicios públicos básicos. Del mismo modo es relevante tener en cuenta que el acceso al sistema de salud también es un determinante que incide en el bienestar de la comunidad.

Frente al aseguramiento de la población se evidencio que para el año 2011, en la ciudad de Bogotá, el 92% de las personas se encontraban afiliadas a algún régimen del Sistema General de Seguridad Social en Salud. De las cuales el 72,3% pertenecen al régimen contributivo, el 23,9%, Subsidiado y sin afiliación se encuentran el 7,6% de las personas, según estrato socioeconómico, los estratos 1 y 2 presentan mayor proporción de no afiliados 19,9%. (25)

Para la localidad Rafael Uribe Uribe se encuentra que el 67,4% de la población está afiliada al sistema de salud y es la última localidad en cobertura de seguridad social en salud de Bogotá. La mayoría de la población afiliada pertenece al régimen contributivo con un 78%. (26)

En relación con el nivel socioeconómico se manifiesta que en la localidad Rafael Uribe Uribe, predomina la clase media – baja, siendo el 49% de los predios pertenecientes al estrato dos y el 41,2% son de estrato tres. (26) Por otro lado y en contraste con lo anterior, en el documento de 21 Monografías de las Localidades, en Rafael Uribe Uribe el 45,7% de los habitantes pertenecen al estrato socioeconómico bajo esta población se focaliza en la UPZ Marruecos; en la UPZ Diana Turbay y en tercer lugar la UPZ Marco Fidel Suárez.

Respecto al estrato medio – bajo, 146.564 personas se encuentran en este estrato socioeconómico, el 56,8% se ubica en la UPZ Quiroga, el 31,0% en San José, entre tanto, el 11,5% en Marco Fidel Suárez. En relación con la población perteneciente al estrato socioeconómico bajo – bajo se encuentra ubicada y concentrada en la UPZ Diana Turbay (74,3%) y en la UPZ Marruecos (25,7%). Para finalizar se debe mencionar la población que se encuentra sin estratificar (6.370 personas) la cual se distribuye de la siguiente manera: en primer lugar se encuentra la UPZ Marruecos (53,9%), seguida de la UPZ San José (36,2%), posteriormente esta la UPZ Quiroga (8,1%), y la UPZ Diana Turbay (1,7%), finalmente se encuentra la UPZ de Marco Fidel Suárez (0,1%). (34)

Correspondiente con lo anterior se encuentra que en la localidad predomina la clase media – baja: el 49% de los predios pertenecen al estrato dos y el 41,2% pertenecen al estrato tres. (30) Frente a las condiciones de vivienda, La mitad de las familias del territorio Diana-Marruecos residen en Apartamentos, la tercera parte en casas y el 15% en habitaciones. En promedio conviven 7 personas por vivienda, lo cual se manifiesta en la existencia de condiciones de hacinamiento, en general, en la población de la localidad, el análisis realizado anteriormente se puede complementar con la información del muestreo realizado por los equipos de Salud a su Hogar en 2006, el 40% de las familias viven en arriendo, el 30% el

pagando la vivienda propia, otro 30% en viviendas propias, y el 10% en viviendas familiares. (27)

Es necesario tener en cuenta que diferentes estudios realizados muestran que las UPZ Marco Fidel Suárez, Marruecos y Diana Turbay son sectores residenciales sin consolidar, de estratos uno y dos, se caracterizan por presentar serias deficiencias de infraestructura, accesibilidad, equipamientos y espacio público, por lo cual se ha definido como una UPZ's prioritarias de intervención del subprograma de mejoramiento integral, por estar conformada con asentamientos humanos de origen ilegal. (34)

En la localidad de acuerdo con la Secretaría Distrital de Planeación 2009 existen diferentes equipamientos distribuidos de la siguiente forma, de Bienestar Social existen 525, en Salud 21, en educación 183, en cultura 38, para cultos religiosos 72, en recreación y deporte 6, para abastecimiento de alimentos 2, administrativas 8, relacionadas con seguridad, defensa y justicia 10, Cementerios y Servicios Funerarios 3, para un total de 868 equipamientos, los cuales se encuentran como insuficientes para una población total de 377.704 habitantes en la localidad. (35)

1.4. Priorización UPZ Críticas

En la priorización de las UPZ se tuvo en cuenta de los indicadores demográficos, el tamaño de la población, la población vulnerable evaluada por distribución de la población por etapas de ciclo vital, natalidad, indicadores de dependencia y condiciones medioambientales entre otros.

No solo se tuvo en cuenta la información ya descrita, además se tuvo en cuenta los resultados de algunos indicadores trazadores del 2014, entre ellos los que se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4. Indicadores de mortalidad evitable por UPZ. Localidad Rafael Uribe. 2014

Indicador	UPZ	TASA	Indicador	UPZ	TASA
Mortalidad perinatal Tasa por 1000 NV	UPZ 55	24,3	Mortalidad en < 5años Tasa por 10000 <5a	UPZ 55	18,2
	UPZ 54	8,1		UPZ 54	9,2
	UPZ 53	20,1		UPZ 53	31
	UPZ 36	19,1		UPZ 36	23,1
	UPZ 39	18,4		UPZ 39	16,6
Mortalidad por EDA Tasa por 100000 <5a	UPZ 55	0	Mortalidad por neumonía Tasa por 100000 <5ª	UPZ 55	0
	UPZ 54	0		UPZ 54	0
	UPZ 53	19,4		UPZ 53	19,4
	UPZ 36	0		UPZ 36	32,9
	UPZ 39	0		UPZ 39	0

Fuente: Matriz_Indicadores_Loc18_Diciembre 19 2014

Las UPZ priorizadas en la Localidad Rafael Uribe fueron: UPZ 53 Marco Fidel Suarez, UPZ 55 Diana Turbay y UPZ 54 Marruecos, que a nivel general son las que se ubican en la parte media y alta de la localidad, presentan barreras de tipo geográfico, mayores tasas de mortalidad evitable, mayores tasa de violencia, problemáticas Psicosociales y mayor vulnerabilidad económica

A continuación se da una breve descripción de las condiciones de cada UPZ priorizada.

1.4.1 UPZ 55 Diana Turbay

Según proyecciones del DANE, para el 2014 el territorio 71 Diana Turbay contó 82.722 con habitantes, representando el 22% de la población de la localidad de Rafael Uribe.

La pirámide poblacional del territorio tiene una base intermedia y su disminución hacia el ápice se da lentamente. Se dice que este tipo de gráfica es de Campana, corresponde a población estacionaria. Tiene una reducción progresiva en los quinquenios, desde los 5 años hasta los 30 años, que probablemente se debe a la situación de violencia y enfermedades tempranas.

No obstante el índice de masculinidad refleja que hay predominio del sexo femenino en la UPZ 55; ya que por cada 100 mujeres se encuentran 95 hombres.

Según la distribución porcentual por sexo observada en la población caracterizada el 48.9% corresponde a sexo masculino y 51.1% al sexo femenino.

La distribución porcentual por etapa de ciclo de vital de las personas del territorio Diana Turbay, cuenta con población predominantemente adulta con el 47.2%, seguido de infancia 22.8%, en tercer lugar juventud 12.2%, en cuarto lugar persona Mayor con 10.8%, los adolescentes ocupan el quinto lugar con 6.9%. De acuerdo a esto en la UPZ por cada 100 personas en edad de trabajar hay 49 personas en edad de dependencia.

Según la base APS 2013 con relación a las condiciones de vivienda en la que habitan las 1.724 familias caracterizadas del territorio Diana Turbay, se encontró que el 93,5% viven en casas, el 4,87% en apartamento, el 0,7% en piezas, el 0.52% en carpas, el 0.17% en refugio natural y un 0,23% en otro tipo de vivienda, estas condiciones evidencian la presencia de refugios improvisados e inquilinatos en el territorio demostrando una condición alta de vulnerabilidad para estas familias (36).

En cuanto a la tenencia de vivienda el arrendamiento ocupa el primer lugar con un 81,5%, seguida de la vivienda propia pagando en 7,37%. La alta proporción de arrendamiento puede hablar de inestabilidad de las familias en el sentido de migración (población flotante), no obstante el comportamiento normal es que cuando requieren cambiar de vivienda, se ubican en los mismos sectores. (36).

1.4.2 UPZ 54 Marruecos

Según proyecciones del DANE, para el 2013 el territorio 72 Marruecos conto con 105.079 habitantes, representando el 27.9% de la población de la localidad de Rafael Uribe.

La pirámide poblacional del territorio presenta una base intermedia y su disminución hacia el ápice se da lentamente. Se dice que este tipo de gráfica es recesiva. Se observa un ensanchamiento progresivo en los quinquenios, desde los 5 años hasta los 19 años tanto en hombres como en mujeres, a partir de los 20 años se observa una reducción gradual en ambos sexos, que probablemente se debe a la situación de violencia y enfermedades tempranas.

En cuanto a la distribución por sexo, en la población el 50,7% corresponde a sexo masculino; el índice de masculinidad muestra por cada 100 mujeres hubo 102 hombres.

La distribución por etapa de ciclo de vital muestra que Marruecos cuenta con población predominantemente adulta con 48.9%, seguido de infancia en un 24.9%, la juventud y adolescencia representaron 9% cada uno, y Vejez represento el 8,2%, lo cual indica que por cada 100 personas en edad de trabajar hay 40 personas en edad de dependencia.

Con relación a la infraestructura en la que habitan las familias de Marruecos se encuentra que las familias habitan principalmente en casas en un 80,4%, seguido de vivienda horizontal en un 14,4%, en menor proporción en habitaciones arrendadas (2,2%) es importante resaltar que existen personas que viven en carpas y/o refugios, condiciones que hacen que los habitantes sean más vulnerables y estén expuestos a diferentes riesgos emocionales, psicológicos y epidemiológicos. (37)

La tenencia de vivienda es altamente marcada por el arrendamiento con un 66,1%, seguida de la vivienda propia pagada en un 17,8%, de éste el 7,3% está pagando la vivienda. La alta proporción de arrendamiento posiblemente habla de inestabilidad de las familias en cuanto a migración es decir población flotante. (37)

1.4.3 UPZ 53 Marco Fidel Suarez

La población de la UPZ 53 Marco Fidel Suarez para el 2014 fue de 62.282 habitantes, según proyecciones de población 2005-2015 en cuanto a la distribución por sexo para el año 2013 se encontró que el sexo femenino posee la mayor representatividad con 51,3%, el índice de masculinidad refleja que por cada 100 mujeres hay 95 hombres.

La distribución por etapa de ciclo de vital de las personas del territorio muestra que Marco Fidel Suarez cuenta con población predominantemente adulta con 46.6%, seguido de infancia en un 24.7%, la Persona Mayor ocupa el tercer lugar 11%,

seguido de adolescencia con 8.9% de representatividad y 8.8% juventud. En cuanto al nivel de dependencia por cada 100 personas en edad de trabajar hay 43 personas en edad de dependencia.

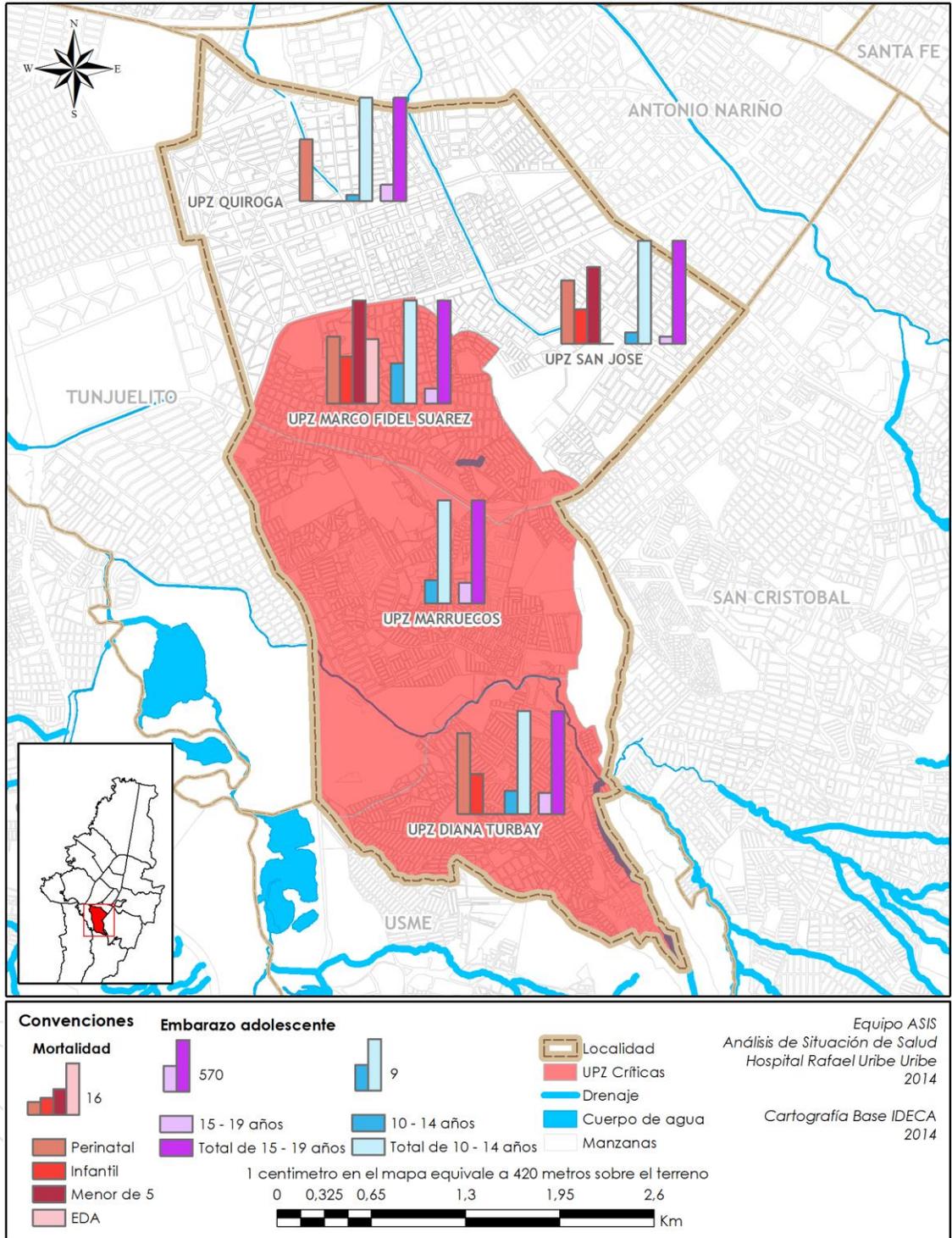
De acuerdo con la base de datos APS, el 13,6% de los individuos refirió estar desempleado, de un total de 3138 familias caracterizadas, con relación a la infraestructura en la que habitan se encuentra que las familias habitan principalmente en casas en un 94,5%, seguido de vivienda horizontal en un 3,38%, en menor proporción en habitaciones arrendadas (1,8%) es importante resaltar que existen personas que viven en carpas u otro tipo de vivienda, condiciones que hacen que los habitantes sean más vulnerables y estén expuestos a diferentes riesgos emocionales, psicológicos y epidemiológicos. (38)

La tenencia de vivienda es altamente marcada por el arrendamiento con un 76,6%, la vivienda propia pagada llega a un 8,6%, el 3% tiene vivienda propia pagando. La alta proporción de arrendamiento posiblemente habla de inestabilidad de las familias en cuanto a migración es decir población flotante. (38)

Según el mapa de UPZ priorizadas se observa que las barras de mortalidad están representadas por los indicadores de mortalidad perinatal, infantil, menores de 5 y EDA, solo se muestran los valores que son críticos por localidad. Para los embarazos adolescentes se representan en número de casos, y en el total de casos para la localidad con lo que se puede evidenciar y contrastar los casos por UPZ con el total de la localidad en proporción gráfica, tanto los embarazos de 10 a 14 años, como los de 15 a 19 años.

Como se observa, los casos más importantes de embarazos adolescentes y de mortalidades recaen en la UPZ 53 Marco Fidel Suarez y en la UPZ 55 Diana Turbay. En la UPZ 54 Marruecos muestran un alto número de embarazos adolescentes entre 10 y los 19 años.

Mapa 5. Priorización de UPZ. Localidad Rafael Uribe Uribe. 2014



Capítulo 2. Análisis de los determinantes sociales de la salud en el ámbito de las dimensiones prioritarias.

2.1 Perfil Salud Enfermedad

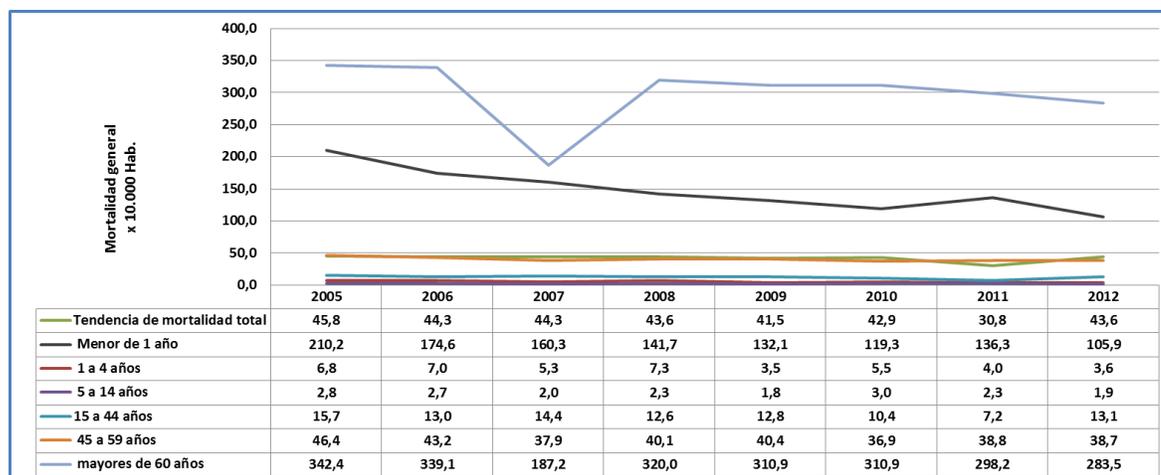
A continuación se detalla el Perfil Salud Enfermedad de la Localidad 18, presentado en 4 componentes, el primero de ellos, la Mortalidad, el segundo la Morbilidad, luego se presenta un componente de Discapacidad y se finaliza con el componente de determinantes Sociales en Salud. Se resalta que al final del capítulo se presenta el análisis de Indicadores por dimensiones prioritarias del Plan Decenal de Salud Pública.

2.1.1 Mortalidad

- *Mortalidad General por grandes Causas*

La mortalidad general es la cantidad de personas que mueren en un lugar y en un periodo de tiempo determinados en relación con el total de la población. Según la base DIEZ PRIMERAS 105 CAUSAS LOCALIDADES 2012, en la localidad Rafael Uribe Uribe se presentó una tasa de 43,6 por 10.000 habitantes. Es importante resaltar que la tasa de mortalidad en el 2012 quedó igual a la registrada en el 2008, a partir de este año el comportamiento había sido hacia la disminución, sin embargo para el 2012 hubo un aumento de 12,8 mortalidades por 10.000 hab, este cambio puede estar dado por el aumento en el número de casos (484 muertes más) y la disminución del tamaño de la población; las tres primeras causas de mortalidad registradas para la localidad 18 fueron: la *Enfermedad Isquémica* del Corazón con una tasa de 6,8 muertes por cada 10.000 personas, en segundo lugar las enfermedades cerebrovasculares con 3,1 por 10.000 habitantes y en tercer lugar las Enfermedades crónicas de las vías respiratorias con 3,1 muertes por 10.000 habitantes, comportamiento similar al Distrital, sin embargo las tasas de Rafael Uribe quedaron por encima de las reportadas a nivel Distrital.

Ilustración 4. Tendencias de mortalidad General y Específica por grupos de edad. Localidad Rafael Uribe. Datos oficiales años 2001 a 2012.



Fuente 1998-2007: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Fuente 2008-2010: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE - RUAF.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Fuente 2011: Certificado de defunción -Bases de datos DANE y RUAF - Sistema de Estadísticas Vitales.-Preliminares (Ajustado 21-10-2013). Fuente 2012: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014)

- *Mortalidad Específica por grupos de Edad*

Al realizar un análisis de las causas de mortalidad por grupos de edad se evidencio en los menores de un año un descenso en las cifras, desde el 2005 con una tasa de 210,2 muertes por cada 10.000 menores de 1 año hasta el año 2012 con 105,9 muertes por cada 10.000 menores, (Ilustración 4). Las principales causas de muerte en este grupo de edad fueron los Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal con una tasa de 19.0 por 10.000 menores, que a comparación del año pasado redujo en 9,2 muertes por cada 10.000 menores de 1 año. La mortalidad por trastornos respiratorios está determinada por las condiciones socioeconómicas, las condiciones sanitarias y de contaminación de la zona entre otras. En segundo y tercer lugar se encontraron las Malformaciones congénitas del sistema circulatorio (tasa de 14,2 por 10.000 menores) y Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer con una tasa de 12,7 por 10.000 menores de 1 año. Al comparar con los datos Distritales, se encuentra que las dos primeras causas reportadas son las mismas que las de Rafael Uribe sin embargo, la localidad 18 se ubicó por debajo del dato de Bogotá.

En cuanto a la mortalidad en niños de 1 a 4 años se evidencia que comparadas las cifras del año 2001 con las cifras del año 2011 se ha reducido pasando de 6.5 a 3.6 muertes por cada 10.000 menores de 1 a 4 años. La principal causa de

mortalidad en este grupo de edad en el año 2012 fue la Septicemia, excepto neonatal con una tasa de 0.4 por cada 10.000 menores de 1 a 4 años. Las mortalidades por Deficiencias nutricionales, La Insuficiencia cardiaca, La Neumonía y las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas tuvieron la misma tasa que la primera causa. Al comparar con el año anterior, la Neumonía, las Malformaciones congénitas del sistema circulatorio y las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas estuvieron dentro de las 5 primeras causas y la tasa de mortalidad fue la misma reportada para el 2012.

En el grupo de 5 a 14 años, se evidencia que comparadas las cifras del año 2001 con las cifras del año 2012 se ha reducido pasando de 3.1 a 1.9 muertes por cada 10.000 menores entre 5 a 14 años. La principal causa de mortalidad en este grupo de edad en el año 2012 fue la Leucemia con una tasa de 0.6 por cada 10.000 menores de 5 a 14 años. En segundo y tercer lugar se encontraron las Malformaciones congénitas del sistema circulatorio y Accidentes de transporte de motor cada una con una tasa de 0.3 muertes por 10.000 menores entre 5 a 14 años. Al comparar con el año anterior se encontró, que la Leucemia sigue siendo la primera causa, aunque aumento en 1 caso al 2012 y los accidentes de transporte motor siguen en el tercer lugar sin cambio en la tasa de un año a otro. Si se compara con el dato Bogotá se encontró que las dos primeras causas son las mismas que las de la localidad 18, sin embargo las tasas de Rafael Uribe son mayores.

En el grupo de los 15 a los 44 años, la primera causa de mortalidad fueron las relacionadas con las agresiones (homicidios) y secuelas con 62 casos para una tasa de 3,4 casos por 10.000 personas, la cual aumentó con respecto al año anterior en 8 casos; en segundo lugar se encuentran los accidentes de transporte de motor con 18 casos y una tasa de 1.0 mortalidades por 10.000 personas entre los 15 y 44 años, comparado con el año anterior la tasa redujo. En tercer lugar se encuentra la mortalidad por Enfermedad por VIH (SIDA) con 16 casos y una tasa de 0,5 mortalidades por 10.000 habitantes entre los 15 y 44 años, frente al año anterior esta tasa aumento en 4 casos.

En cuanto a la mortalidad en adultos de 45 a 59 años ha ido descendiendo entre los años 2001 a 2012 pasando de 46,7 a 38.7 muertes por cada 10.000 personas en este grupo de edad, la principal causa de mortalidad en el año 2012 fueron las Enfermedades isquémicas del corazón con una tasa de 6.5 por 10.000 habitantes, a comparación del año anterior la mortalidad aumento en 18 casos, al comparar con el dato distrital, el de la localidad 18 quedo por encima.

En cuanto a la mortalidad en las personas Mayores de 60 años en Rafael Uribe, se evidencia una reducción a partir del año 2008, pues se pasó de una tasa de 320 a 283,5 muertes por cada 10.000 personas en el 2012. La primera causa de mortalidad se debe a las enfermedades isquémicas del corazón con una tasa de 55.5 por 10.000 habitantes menores de 60, seguido de las enfermedades crónicas

de las vías respiratorias y enfermedades cerebrovasculares con tasas de 29,5 y 25,8 por 10.000 habitantes respectivamente. Si se compara con los datos Distritales, Bogotá tuvo el mismo comportamiento, sin embargo Rafael Uribe tuvo tasas superiores.

- *Mortalidad Específica por grupo*

Se realiza un análisis detallado que permite identificar los grupos de causas de mortalidad, para realizar monitoreo y seguimiento al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, donde se definieron una serie eventos mortales, que se medirán a través de tasas de incidencia.

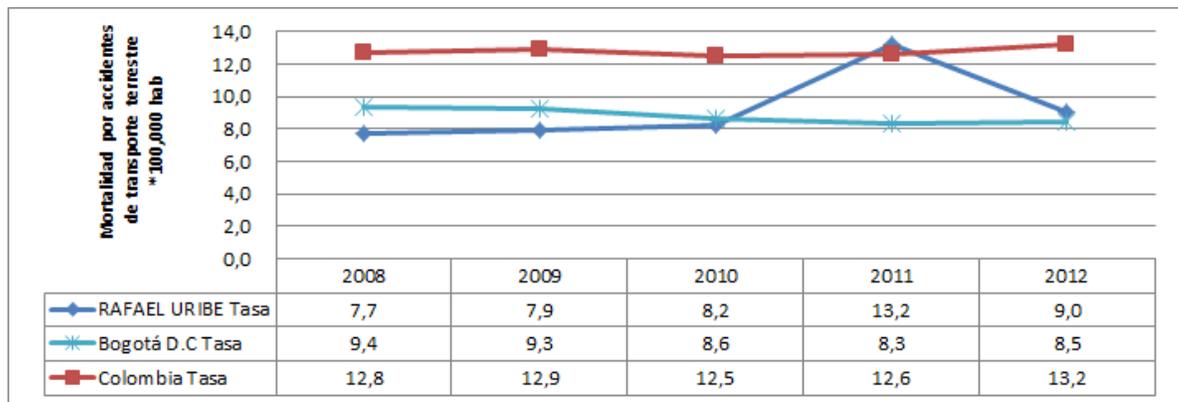
Mortalidad por accidentes de transporte Terrestre

Según la Organización Mundial de la Salud, cada año los accidentes de tránsito causan la muerte de aproximadamente 1,3 millones de personas en todo el mundo. (39)

En los últimos años los accidentes de tránsito han sido una de las diez primeras causas de muerte en Colombia. Para el año 2010 ocuparon la novena causa de muerte con una tasa de 13,27 muertes por 100.000 habitantes según las cifras del DANE. Adicionalmente, son responsables de 3.722 AVISAS de mortalidad y 0,064 de discapacidad. Esto significa que los accidentes de tránsito en Colombia tienen una alta letalidad y un gran número víctimas sobreviven padeciendo discapacidad. (39)

Los traumatismos causados por el tránsito originan pérdidas económicas considerables a las víctimas, a sus familias y a los países en general. Se producen pérdidas a consecuencia de los costos del tratamiento (incluidas la rehabilitación y la investigación del accidente) y de la pérdida o disminución de la productividad (por ejemplo en los sueldos) por parte de quienes resultan muertos o lastimados, y para los miembros de la familia que deben disponer de tiempo del trabajo o estudio para atender a familiares que resultan lesionados en este tipo de accidentes. (39)

Ilustración 5. Tendencia 2008-2012. Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre



FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014). Dato Colombia: FORENSIS-Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Para el año 2012, en Colombia se registró una tasa de 13,21 muertes por 100.000 habitantes, lo que indica una estabilización de las cifras frente a esta causa de muerte (39), esta situación es similar a la presentada a nivel Bogotá con una tendencia al descenso, sin embargo no pasa lo mismo en la localidad Rafael Uribe (Ilustración 5), donde el indicador tiende al aumento y presentó un pico en el 2011 superando la tasa distrital y la nacional. Para el año 2012 Rafael Uribe presentó una tasa 5.8% mayor a la de Bogotá, sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa (IC 95% 0.55-2.03)

Mortalidad Por Tumor Maligno De Mama

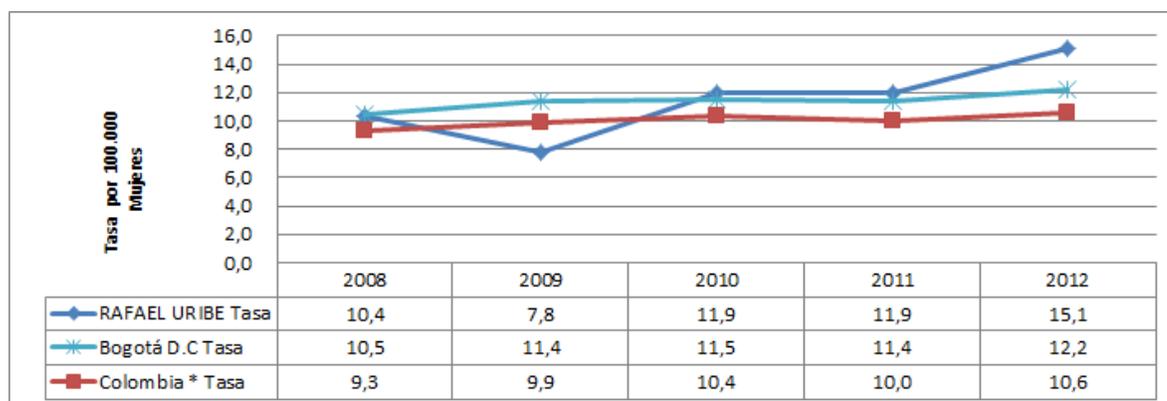
El cáncer de seno representa el 16% de todos los cánceres femeninos y aunque este cáncer está considerado como una enfermedad del mundo desarrollado, la mayoría (69%) de las defunciones por esta causa se registran en los países en desarrollo (40)

Según los datos de Así Vamos en Salud, en Colombia, para el año 2012 se presentó una tasa de mortalidad por cáncer de seno de 10,58 por 100.000 habitantes, presentando un ligero ascenso respecto al 2011. (40)

Para el año 2012 Rafael Uribe presentó una tasa 23% mayor a la de Bogotá, sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa (IC 95% 0.74-2.05)

A su vez, según los resultados presentados en el atlas de mortalidad por cáncer del Instituto Nacional de Cancerología, el cáncer de seno es la tercera causa de mortalidad por cáncer en mujeres, después del cáncer de cuello uterino y de estómago (40)

Ilustración 6. Tendencia 2008-2012. Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama



FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014). Colombia: Estadísticas vitales DANE-Cuadro de defunciones por grupo de edad y sexo.

Respecto a la mamografía como técnica para la detección de este cáncer, la proporción de mujeres que se han hecho esta prueba aumenta con la edad, con el nivel educativo, y con el índice de riqueza. Así, mientras que en las mujeres sin educación, 17% se había realizado una mamografía, entre aquellas con un nivel de educación superior, la proporción fue de 59%. (40)

Esto pone de manifiesto la inequidad existente frente al acceso a servicios de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno que pone en desventaja a mujeres cuyas condiciones socio económicas no son favorables. (40)

Mortalidad por tumor maligno del cuello uterino

Según la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC por su sigla en inglés) el cáncer de cuello uterino es el tercer cáncer más frecuente en mujeres, con un total de 530.000 nuevos casos para el 2008. Más del 85% de la carga global ocurre en países en desarrollo donde da cuenta del 13% del total de casos de cáncer en mujeres. (41)

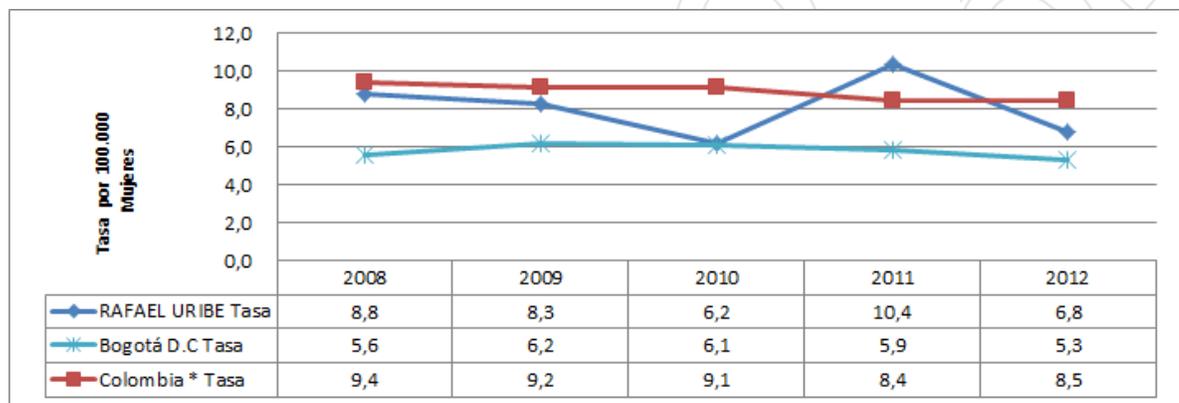
La tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en Colombia es relativamente baja respecto a otros países de Latinoamérica. Según datos de Así Vamos en Salud, en el año 2012 se presentó una tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino de 8,46 muertes por 100.000 mujeres, presentando una tendencia a la disminución. (41)

A nivel Bogotá el comportamiento es estable con tasas no superiores a 6.2 por 100.000 mujeres desde el 2008. Para el año 2012 la Localidad Rafael Uribe

presento una tasa 28% mayor a la de Bogotá, sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa (IC 95% 0.60-2.72) y al revisar la tendencia se observa un pico en el 2011 donde la Localidad superó incluso la tasa nacional. (Ilustración 7)

Patrones geográficos podrían explicar el comportamiento de la mortalidad relacionados con la prestación de los servicios, tales como las distancias, las diferencias en la calidad de los servicios de tamización y tratamiento y la fragmentación del sistema que dificulta su control. (41)

Ilustración 7. Tendencia 2008-2012. Tasa de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino



FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014). Colombia: Estadísticas vitales DANE-Cuadro de defunciones por grupo de edad y sexo.

Mortalidad Por Tumor Maligno De La Próstata

Para el año 2012 la Localidad Rafael Uribe presento una tasa 17% mayor a la de Bogotá, sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa (IC 95% 0.69-2.00); al revisar el comportamiento del indicador, la tendencia es al aumento y las tasas de la localidad Rafael Uribe desde el 2008 tienden a estar por encima del dato Distrital. (Ilustración 8)

Ilustración 8. Tendencia 2008-2012. Tasa de mortalidad por tumor maligno de la próstata



FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014)

Mortalidad por tumor maligno del estómago

El cáncer gástrico es el más frecuente en Colombia, tanto en hombres como en mujeres y representa la primera causa de muerte por cáncer en el país. Entre el 2000 y el 2008, la tasa de mortalidad se ha mantenido relativamente constante, con diez muertes por cada 100.000 habitantes. Durante el período 2009-2010 se presentó una ligera disminución, pasando a 9 muertes por 100.000 habitantes. En 2011 la tasa de mortalidad por cáncer gástrico fue de 9,79 por 100.000 habitantes, con un ligero aumento en 2012 presentándose una tasa de mortalidad de 9,98 por 100.000 habitantes. La mayoría de los casos se diagnostican tardíamente, resultando en altas tasas de mortalidad. (42)

A nivel mundial, el cáncer gástrico es la cuarta causa de muerte entre las muertes por cáncer. Colombia junto con Japón y Corea se encuentran clasificados como países cuya población está en alto riesgo de sufrir de cáncer gástrico por su alta incidencia. (42)

Para el año 2012 la Localidad Rafael Uribe presentó una tasa 39% mayor a la de Bogotá, sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa (IC 95% 0.85-2.28). Al revisar la tendencia se observa que a partir del 2008 la Localidad 18 ha presentado siempre tasas más altas que incluso las tasas nacionales. (Ilustración 9)

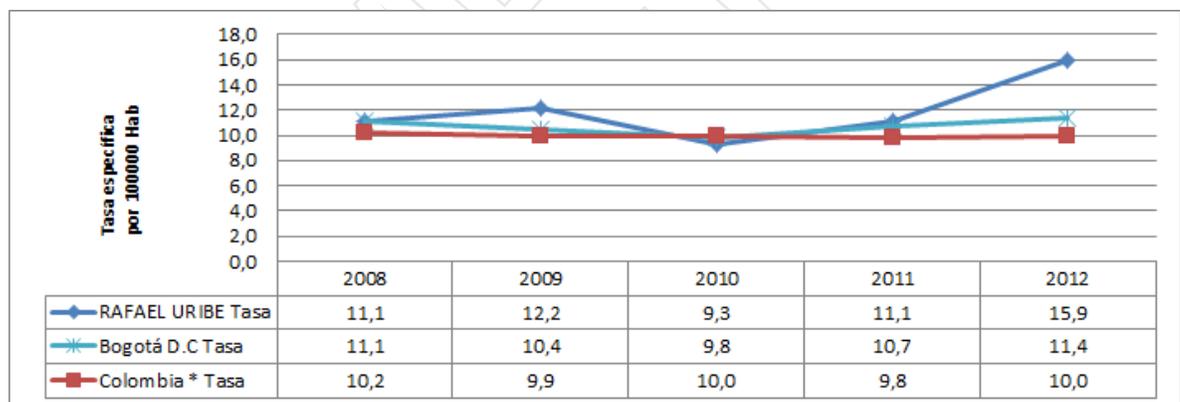
El factor de riesgo más importante dentro de la patogenia de ésta entidad es la infección por *Helicobacter Pylori*, un bacilo que afecta aproximadamente a la mitad de la población mundial y que lleva a gastritis crónica. Sin embargo esta infección parece ser un factor de riesgo necesario pero no único para la generación de cáncer. Es por esto que factores como una dieta rica en nitratos; tabaquismo,

condiciones ambientales, el pobre consumo de verduras y frutas y el estrato socioeconómico (8) son determinantes para el desarrollo de dicho cáncer. (42)

En Colombia, la prevalencia de infección por *Helicobacter Pylori* es alta en todas las regiones, y adicional a esto, se tienen identificadas las zonas donde el riesgo de cáncer es más alto (la población de Nariño tiene 25 veces más riesgo de tener cáncer que los habitantes de la Costa Pacífica). En algunas de estas regiones el consumo de alimentos conservados en sal (con nitratos) es frecuente. De esta manera, la detección y tratamiento de *H. Pylori* en pacientes con gastritis crónica, contribuiría significativamente a la prevención del cáncer. (42)

En la actualidad, los métodos diagnósticos y de control para las enfermedades que preceden el cáncer gástrico son la endoscopia de vías digestivas altas y la prueba de aliento para la detección de *H. Pylori* ambas incluidas en el POS contributivo, y se espera que con la unificación del POS, los usuarios del régimen subsidiado también accedan a estos métodos diagnósticos, con el fin de cerrar las brechas de inequidad en el manejo y control de enfermedades como la gastritis, la infección por *Helicobacter Pylori* (ambas precursoras del cáncer gástrico) y el diagnóstico temprano de este cáncer, y disminuir así el número de diagnósticos tardíos y con ello la mortalidad y el costo del tratamiento de la población menos favorecida del país. (42)

Ilustración 9. Tendencia 2008-2012. Tasa de mortalidad por tumor maligno del estómago



FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014). Colombia: Estadísticas vitales DANE-Cuadro de defunciones por grupo de edad y sexo

Mortalidad Por Diabetes Mellitus

La Diabetes (Diabetes Mellitus) es responsable del 6% de las muertes a nivel mundial y 83% de esas muertes ocurren en países de ingresos medios y bajos. Para el 2010, 300 millones de personas padecían esta enfermedad y se estima un crecimiento de 200 millones en 20 años. Adicionalmente, es una de las primeras

diez causas de discapacidad en el mundo. Se estima que aproximadamente 10 millones de personas con diabetes sufren de complicaciones discapacitantes y que amenazan su vida como las enfermedades cerebrovasculares, la ceguera o la disminución de la visión, la amputación de miembros inferiores y falla renal. La organización Mundial de la Salud reporta que 15 millones de personas en el mundo son ciegas como consecuencia de la diabetes. (43)

De acuerdo a los datos del programa Así Vamos en Salud, durante el 2012 en Colombia murieron 7.154 personas a causa de esta enfermedad para una tasa de 15,36 muertes por cada 100.000 habitantes. (43)

En Bogotá se presentó una tasa de 13.3 x 100.000 habitantes con pequeñas oscilaciones donde la menor tasa reportada fue la de 2009; la tasa de la Localidad Rafael Uribe a partir del año 2009 ha presentado tasas más altas que incluso las tasas nacionales y frente al Distrito fue 28% mayor a la de Bogotá (IC 95% 0.79-2.06). (Ilustración 10).

Llama la atención que factores de riesgo tanto para enfermedades cardiovasculares como para diabetes presentan altas prevalencias. Tal es el caso de la obesidad y el sobrepeso que se presenta en el 51.1% de la población colombiana y la inactividad física, presente en 2 de cada 3 colombianos (43)

En cuanto a la prevención del desarrollo de diabetes tipo 2, en Colombia, mediante la Ley 1355 de 2009, se busca en la actualidad promover los hábitos alimentarios saludables y la actividad física. Sin embargo, la reglamentación todavía es deficiente, reduciéndose al reglamento técnico sobre requisitos de etiquetado nutricional y a la creación de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional – CISAN. Aspectos como la reglamentación y control de los contenidos y requisitos de las grasas trans y saturadas en todos los alimentos (con el fin de prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a éstas) las estrategias de información, educación y comunicación dirigidas a promover una alimentación balanceada y saludable de la población colombiana en especial de niños y adolescentes y los sistemas de vigilancia de sobrepeso y obesidad contemplados en la ley siguen pendientes, lo cual no permite que se logre atacar el problema de manera adecuada como lo postula la ley (43)

Ilustración 10. Tendencia 2008-2012. Tasa de mortalidad por diabetes mellitus



FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014). Colombia: Estadísticas vitales DANE-Cuadro de defunciones por grupo de edad y sexo

Mortalidad por lesiones auto-infringidas intencionalmente

Según la Organización Mundial de la Salud, cerca de 3000 personas se suicidan cada día en el mundo (lo que equivale a una cada 30 segundos), y otras 60.000 intentan hacerlo pero no lo logran. Las tasas de suicidio han aumentado un 60% en los últimos 50 años y este incremento ha sido particularmente agudo en países en desarrollo, especialmente entre personas jóvenes: es la tercera causa de muerte entre los 15 y los 34 años a nivel mundial. La OMS considera que la depresión (una de las principales causas del suicidio), también representará la mayor causa de pérdida de años de vida saludables después del VIH/SIDA para el año 2030. (44)

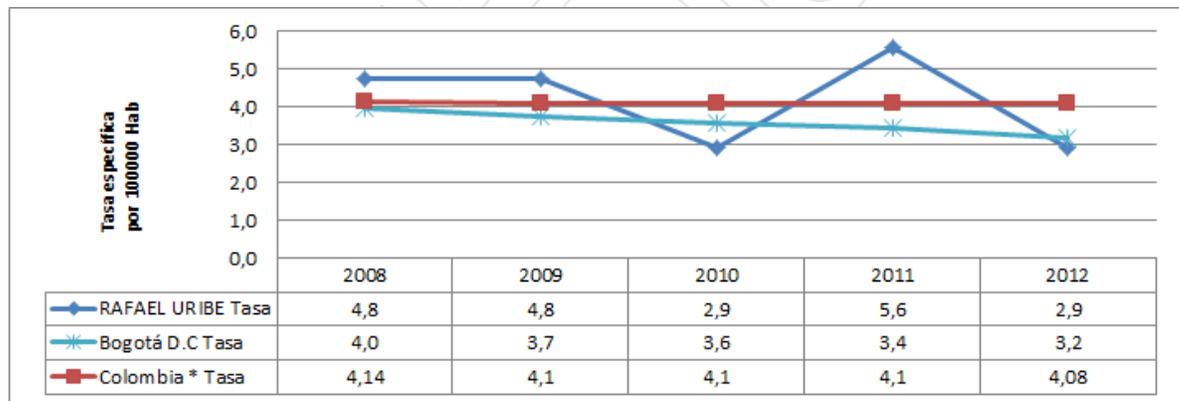
Según el Informe Salud en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud, los suicidios tienen un peso importante dentro de la mortalidad por causas externas en la región, y aparecen como una de las primeras causas de muerte en adolescentes y adultos jóvenes. En la región Andina el suicidio es más frecuente en la población más joven, ya que se encuentra dentro de las tres primeras causas de mortalidad por causas externas dentro del grupo de 5 a 19 años de edad (44)

Desde el año 2009, el fenómeno del suicidio en Colombia ha presentado un comportamiento constante, sin embargo el suicidio es considerado como un problema prevenible de salud pública, según la OMS. El suicidio es la cuarta forma de violencia en nuestro país con una tasa de mortalidad para el año 2013 de 3,84 por cada 100.000 habitantes, con un total de 1.810 casos. En nuestro país por cada mujer se quitan la vida cuatro 4 hombres (44)

La tendencia de esta Mortalidad en Bogotá desde el 2008 ha ido decreciendo, situación diferente al de la Localidad Rafael Uribe pues en el 2008 y 2009 estuvo incluso por encima de las tasas nacionales, para el 2010 descendió considerablemente y en 2011 vuelve a tener un pico, con una tasa mayor a los anteriores años (Ilustración 11). Para el 2012 Rafael Uribe presentó una tasa 9.4% menor a la de Bogotá, sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa (IC 95% 0.28-2.86)

El suicidio como fenómeno multifactorial y complejo, requiere de la intervención integral para su prevención primaria y abordaje de las problemáticas que los rodean no solamente desde el abordaje en salud mental, sino en el marco de acciones en educación, protección, justicia social, oportunidad laboral, recreación organizada, y todas las demás políticas y ámbitos que propendan por el mejoramiento de las condiciones de vida y promuevan estilos saludables entre la población desde las más tempranas etapas de la vida, ya que es preocupante el aumento de este fenómeno en edades cada vez más tempranas, además que los problemas de salud mental representan una gran parte de la carga de enfermedades entre los jóvenes. (44)

Ilustración 11. Tendencia 2008-2012. Tasa de mortalidad por lesiones auto-infringidas intencionalmente



FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014). Colombia: FORENSIS-Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento

Para el año 2012 según el reporte de las 105 CAUSAS DE MORTALIDAD-SEXO-EDAD y LOCALIDAD, a nivel distrital se presentaron 32 casos, 11 ocurridos en hombres y 21 en mujeres, arrojando una tasa general de 0.4 x 100.000 Hab en la Localidad Rafael Uribe se presentó un caso, en una mujer entre los 15 y 44 años de edad que corresponde a una tasa 0.26 x 100.000 Hab, es decir, una tasa 35%

menor a la de Bogotá, sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa (IC 95% 0.013-30.36).

Mortalidad Por Agresiones (Homicidios)

Según el estudio Salud de las Américas, publicado en el 2007, Colombia es el país con el mayor número de homicidios en la región, con una tasa de 84 muertes por 100.000 habitantes para el 2002 mientras que la Región Andina (Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela) presenta 47,6 (45)

Los homicidios en Colombia fueron la primera causa de muerte hasta el año 2008 cuando pasa al segundo lugar. Para el 2005 el homicidio era responsable del 9% de los años de vida saludable perdidos (14 % en hombres y 3% en mujeres) y adicionalmente los años de vida saludables perdidos por mortalidad prematura debida a homicidios contribuían al 99% del total de los años de vida saludables perdidos por lesiones, mientras que el 1% restante correspondía a años de vida perdidos por discapacidad (45)

Durante el 2011 se practicaron en Colombia 16554 necropsias por homicidio como probable manera de muerte, 905 (5,18%) casos menos que en el 2010, con una tasa nacional de mortalidad específica de 35,95 casos por 100.000 habitantes, lo que significa una reducción estadísticamente significativa. Según el sexo de la víctima, se presentó mayoritariamente en hombres, con 91% del total. La razón hombre: mujer fue 11:1. Por grupo etario, predominaron los homicidios en personas con edades entre los 20 y los 24 años (3189 casos) y entre los 25 a 29 años (3002 casos). Se perdieron aproximadamente 688.628 años de vida potencial (AVPP) (45)

La tendencia de esta Mortalidad en Bogotá ha ido decreciendo desde el 2009, la Localidad Rafael Uribe llevaba ese mismo comportamiento hasta el 2012 donde aumento. (Ilustración 12). Para el año 2012 Rafael Uribe presento una tasa 29% mayor a la de Bogotá, sin embargo esta diferencia no fue estadísticamente significativa (IC 95% 0.82-2.02)

Según la circunstancia, los homicidios asociados a la violencia interpersonal son más frecuentes, la venganza-ajuste de cuentas-y la riña continúan siendo las principales circunstancias en las cuales tiene lugar. La violencia sociopolítica que tiene que ver con todo lo relacionado con el orden público ocupa un segundo lugar. El escenario en donde sucede el hecho es variado; la vía pública (andén, puente peatonal, paradero, zona verde, etc.) es el más frecuente con 46,1% de los casos, seguido de la vivienda con 9,6% (45).

Los homicidios son la segunda causa de muerte en toda la población colombiana, la tercera causa de años de vida perdidos en la población de 15 a 44 años, que generan importantes secuelas en la salud mental y fisiológica de las familias

víctimas de estos eventos y que impactan de manera negativa su desempeño social. (45).

Ilustración 12. Tendencia 2008-2012. Tasa de mortalidad por agresiones (homicidios)



FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014). Colombia: FORENSIS-Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Tasa De Mortalidad Por Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad respiratoria que se transmite por el aire, sin embargo, sólo del 5 al 10% las personas expuestas a las bacterias responsables de la tuberculosis desarrollan la enfermedad. El desarrollo o no de la tuberculosis depende de la fortaleza del sistema inmune de cada individuo y el tratamiento destinado para esta enfermedad cura el 90% de los casos, y está basado en medicamentos que llevan en el mercado más de 20 años. (46)

A nivel mundial mueren dos millones de personas a causa de la tuberculosis y se presentan nueve millones de casos nuevos anualmente (cobrando 15 vidas por hora, lo que significa que en los próximos 5 años morirán cerca de 10 millones de personas por tal causa), constituyendo así esta enfermedad un problema de salud pública de carácter global. La reducción de la tasa de prevalencia y mortalidad de la tuberculosis hace parte del objetivo 6 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (que pretende su erradicación en el 2050). (46)

En Colombia, la mortalidad por tuberculosis ha sufrido una ligera disminución en los últimos años; pasando de 3,02 muertes por 100.000 habitantes en el 2000 a 2,07 en el 2012.

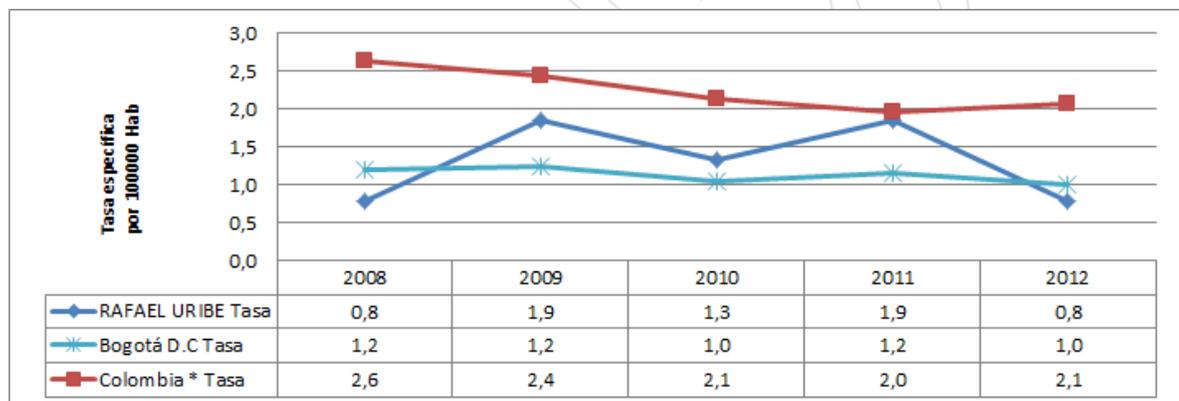
La tendencia de esta Mortalidad en Bogotá se mantiene entre tasas de 1 a 1.2 por 100.000hab entre el 2008 a 2012, en el mismo periodo, la Localidad Rafael Uribe tuvo 2 picos, uno en 2009 y otro en 2011 con tasas de 1.9 x 100.000 Hab. (Ilustración 13). Para el año 2012 Rafael Uribe presentó una tasa 20% menor a la

de Bogotá, sin embargo esta diferencia no fue estadísticamente significativa (IC 95% 0.08-7.15).

A pesar de que el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis está claramente establecido lo que se demuestra en el hecho de que desde hace 50 años no existen nuevos medicamentos para tratarla, el nuevo desafío que se enfrenta es la tuberculosis multi-resistente a antibióticos, que se presenta debido a que la bacteria responsable de la tuberculosis desarrolla inmunidad al tratamiento estándar y como resultado deben usarse otro tipo de medicamentos (antibióticos de tercera generación como Pirazinamida), que en general son más costosos y cuya efectividad en algunos casos todavía es incierta. (46)

El precario manejo clínico y las fallas en el seguimiento de los pacientes y no como consecuencia de una transmisión comunitaria son factores que intervienen en la multi-resistencia. Por esta razón, es fundamental el fortalecimiento de los programas de prevención y lineamientos claros sobre el tratamiento de la Tuberculosis para contener este fenómeno. (46)

Ilustración 13. Tendencia 2008-2012. Tasa de mortalidad por tuberculosis



FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014). Colombia: Estadísticas vitales DANE-Cuadro de defunciones por grupo de edad y sexo.

Mortalidad por enfermedades infecciosas

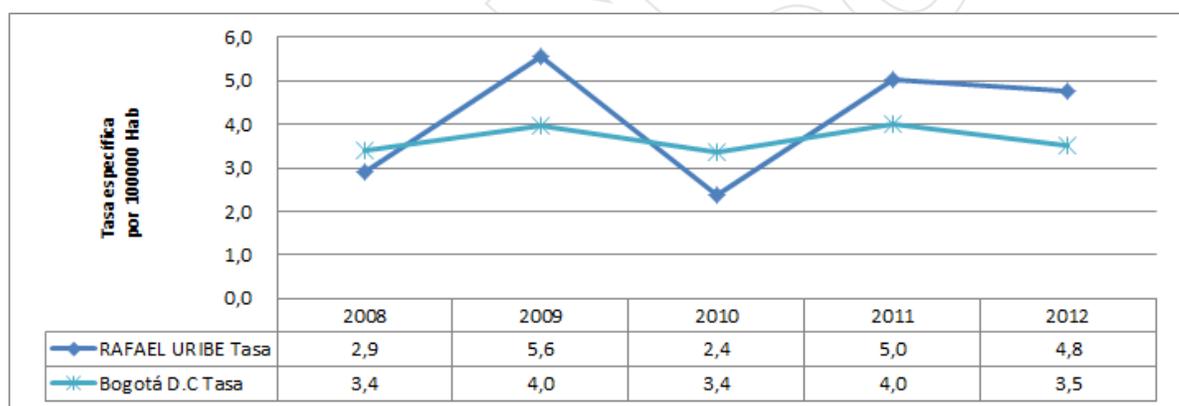
Para el 2009, 3 de cada 10 muertes en el mundo se deben a afecciones transmisibles o nutricionales. Muchos países en desarrollo tienen pautas de mortalidad que reflejan niveles elevados de enfermedades infecciosas y el riesgo de defunción durante el embarazo y el parto, además de cánceres, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias crónicas que provocan la mayoría de las muertes en el mundo desarrollado. Al calcular los años perdidos por muerte prematura (APP) a escala mundial, las enfermedades transmisibles son causa del 51% de los años perdidos por muerte prematura, sin embargo, hay muchas variaciones entre las distintas regiones. En los países de ingresos altos, las

enfermedades transmisibles son causa únicamente del 8% de los años perdidos por muerte prematura, en comparación con el 68% de los países de ingresos bajos. (47)

En la localidad de Rafael Uribe Uribe en la población adulta la morbilidad frecuente en enfermedades infecciosas es la de vías urinarias no especificada, sobre todo en las mujeres gestantes, en la población infantil las infecciones respiratorias por lo cual en el año 2014 se presentó dos mortalidades.

La tendencia de la mortalidad por enfermedades infecciosas en Bogotá en el periodo 2008-2012 no ha superado los 4 casos por 100.000 Hab (Ilustración 14), por su lado la localidad Rafael Uribe en el año 2012 presento una tasa 37% mayor a la de Bogotá (IC 95% 0.56-3.35). Las tasas tanto de morbilidad como de mortalidad están relacionadas con la calidad del agua, la falta de alcantarillado y de servicios para la eliminación de desechos y desconocimiento acerca de las enfermedades transmisibles, aspectos en los que se deberá continuar trabajando para impactar el indicador.

Ilustración 14. Tendencia 2008-2012. Mortalidad por enfermedades infecciosas (A00-A99)



FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014)

- *Mortalidad Materno-Infantil y en la niñez*

Mortalidad Perinatal:

Son las defunciones que ocurren a partir de la semana 22 de gestación y hasta 7 primeros días de nacidos, o muerte del feto que alcanza los 500 gr. de peso. (48) La mortalidad perinatal es un indicador de los riesgos de muerte ligados a la reproducción y es muy importante porque permite tener reflejo de la atención prenatal durante el parto y postparto, actuando como demarcador tanto de la

calidad del servicio de salud materno infantil como de la condición nutricional de la madre y del entorno en que esta vive (49)

Este evento ha presentado picos de aumento en los años 2008, 2010 y 2011 haciendo que la Localidad 18 estuviera por encima del dato Distrital; parecía ir hacia la reducción en los años 2012 y 2013, sin embargo para el 2014 se presentó un incremento de 9 casos para llegar a un total de 81 casos con una tasa de 14.6 por 1000 NV (Ilustración 15), esto hizo que para el 2014 La localidad Rafael Uribe tuviera una tasa 6% mayor a la de Bogotá (IC 95% 0.64-1.78).

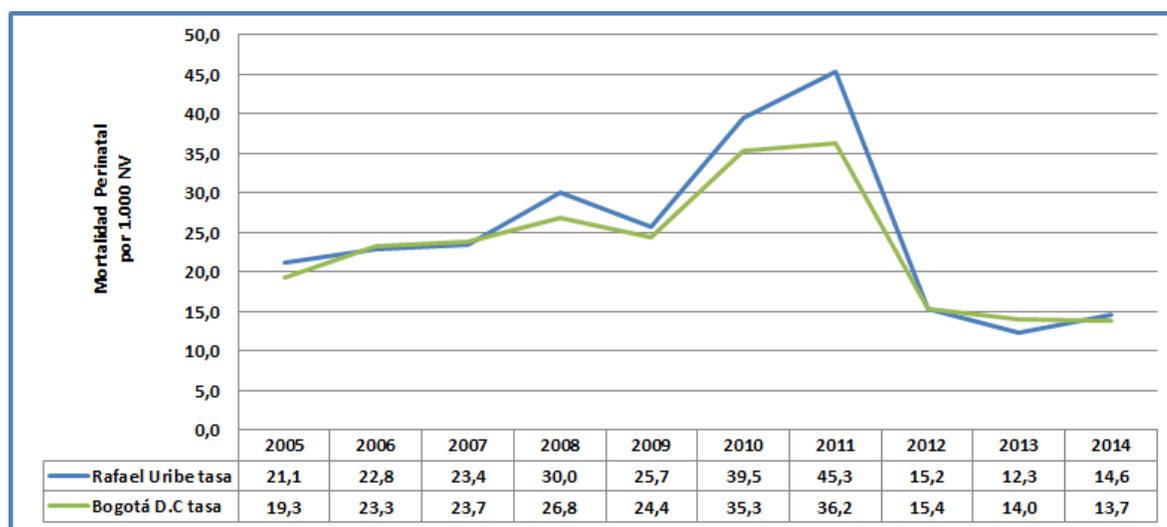
De los casos ocurridos en la Localidad 18, 24 casos se presentaron en la UPZ 55, 20 casos en la UPZ 39 Quiroga, 14 casos en la UPZ 53 Marco Fidel Suarez, 12 casos en la UPZ 36 San José y 11 en la UPZ 54 Marruecos.

Como determinante estructural que puede influir en la ocurrencia del evento, está el régimen de seguridad social, dado que en ocasiones la falta de aseguramiento se puede convertir en una barrera de acceso a los controles prenatales y demás servicios de salud. De los casos ocurridos en la Localidad 18 durante el año 2014, 44 casos (54.3%) pertenecían al régimen contributivo, 29 casos (35.8%) al régimen subsidiado, 4 casos (4.9%) pertenecían al régimen excepción y los demás casos (4.9%) no se encontraban asegurados.

Las mujeres pobres de zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada y oportuna. Por otro lado la edad de la madre constituye un factor de riesgo para la mortalidad perinatal, del total de mortalidades perinatales, 1 caso fue producto de una mujer de 14 años, 20 casos fueron producto de mujeres entre 15 y 19 años y 9 casos fueron producto de mujeres 35 años, en la literatura está sustentada su asociación con el bajo peso al nacer, tanto que varios autores proponen que esta se estandarice como predictor para la mortalidad perinatal en edades menores de 18 años y mayores de 35 años. Como hallazgo importante se encontró que el 63 casos (77.8%) la madre tenía antecedentes de hijos nacidos Muertos.

Entre las principales causas básicas de la muerte perinatal se encuentran la Muerte fetal de causa no especificada, Feto y recién nacido afectados por otras complicaciones maternas del embarazo, Feto y recién nacido afectados por otras anomalías morfológicas y funcionales de la placenta y las no especificadas y Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre.

Ilustración 15. Tendencia de la mortalidad perinatal en la localidad Rafael Uribe Uribe 2005- 2014



FUENTE: 2005-2007: Certificado de defunción - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Definitivos; FUENTE 2008 al 2009.-Bases de datos DANE-RUAF; FUENTE 2010-2013: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS; FUENTE 2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar

Mortalidad Infantil:

La mortalidad infantil ha sido considerada como uno de los indicadores más sensibles de las condiciones de salud de la población. Constituye un fenómeno estructural ya que los niños con edades cronológicas menores son un grupo vulnerable por sus defensas biológicas, por tanto, la magnitud de sus decesos dentro de una población da un acercamiento a los niveles de bienestar de la familia.

Así mismo el proceso de gestación y el primer año de vida del niño(a) están fuertemente sujetos a las condiciones materiales de vida, en especial por la alimentación y la higiene –del niño y de su progenitora, la situación habitacional y laboral, las instalaciones sanitarias, etc.

El estudio de la mortalidad infantil merece un lugar destacado entre los indicadores relativos a nivel sanitario y al grado de desarrollo socioeconómico de una determinada sociedad. El análisis de las causas de muerte en estos grupos de edad nos da una perspectiva respecto a la calidad y cobertura del sistema de salud de cada territorio, con el propósito de aportar estadísticas sobre la región que contribuyan a la diagramación de políticas públicas de intervención en programas o planes de salud. (50).

En la localidad la tendencia de la tasa de mortalidad infantil a lo largo del tiempo

se ha evidenciado que se encuentra por encima de las tasas Distritales hasta 2011, del 2012 en adelante ha tenido un comportamiento descendente, al igual que en el Distrito Capital. La Localidad Rafael Uribe tuvo una reducción del 11% en las mortalidades infantiles comparado con el 2013.

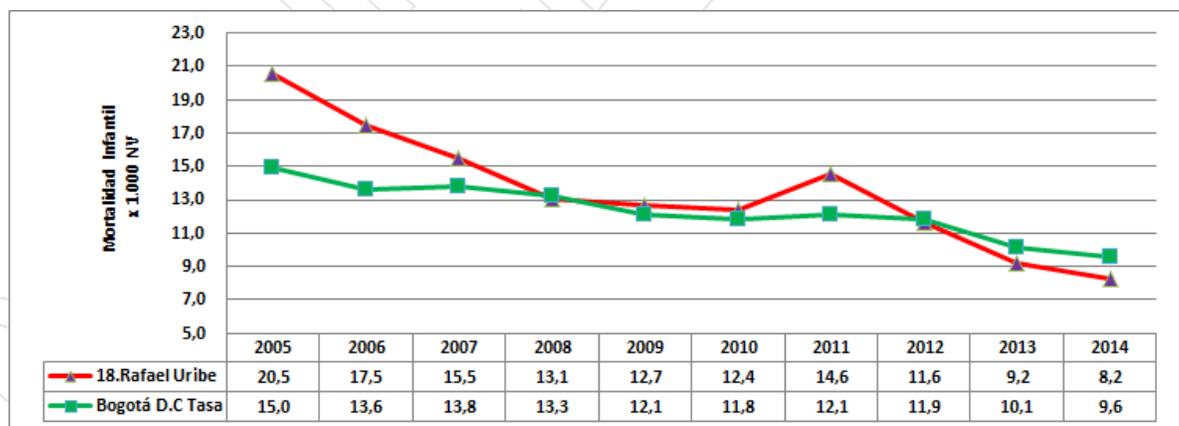
En el año 2014, en la localidad Rafael Uribe se presentaron 45 muertes infantiles (8.2 x 1.000 N.V) que si se compara con el Distrito (51), Rafael Uribe tuvo una tasa de mortalidad infantil 15% menor (IC 95% 0.43 – 1.69).

De los casos ocurridos en la Localidad 18, 13 casos se presentaron en la UPZ 55, 12 casos en la UPZ 53 Marco Fidel Suarez, 7 casos en la UPZ 36 San José, 7 en la UPZ 54 Marruecos y 6 casos en la UPZ 39 Quiroga,.

Como determinante estructural que puede influir en la ocurrencia del evento, está el régimen de seguridad social, dado que en ocasiones la falta de aseguramiento se puede convertir en una barrera de acceso a servicios de salud. De los casos ocurridos en la Localidad 18 durante el año 2014, 32 casos (71.1%) pertenecían al régimen contributivo, 8 casos (17.1%) al régimen subsidiado, 2 casos (4,4%) pertenecían al régimen excepción y los demás casos (6.7%) no se encontraban asegurados.

Entre las tres primeras causas básicas de la mortalidad Infantil se encuentran, Feto y recién nacido afectados por parto precipitado, Conducto arterioso permeable, Hipoplasia y displasia pulmonar.

Ilustración 16. Tendencia de la mortalidad Infantil en la localidad Rafael Uribe 2010-2014



FUENTE 2005-2007: Certificado de defunción - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Definitivos; FUENTE 2008 al 2009.-Bases de datos DANE-RUAF; FUENTE 2010-2013: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.- Preliminar 2013; FUENTE 2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar

Mortalidad evitable en menores de 5 años:

La tasa de mortalidad en menores de 5 años expresa la probabilidad que tiene un recién nacido de morir entre el nacimiento y antes de cumplir los 5 años de edad, (Se presenta como una tasa por cada diez mil menores de 5 años) (52), dan herramientas relacionando directamente con los niveles de pobreza y de calidad de la sanidad gratuita (a mayor pobreza o menor calidad sanitaria, mayor índice de mortalidad infantil) y constituye el objeto de uno de los 8 Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas. Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil. (53)

La mortalidad de la niñez es un indicador de las condiciones de vida de la población y de las oportunidades sociales de desarrollo. En Colombia ha disminuido de manera significativa la mortalidad de menores de 5 años, al pasar de cifras cercanas a 60 por mil nacidos vivos en el quinquenio 1975–1980 a menos de la mitad en el quinquenio 1995–2000. Sin embargo, a hoy la mitad de las muertes se relacionan con afecciones perinatales, enfermedades infecciosas, accidentes y otros. Muchas de estas causas son evitables con la tecnología disponible. A pesar de los esfuerzos realizados, aún persiste la brecha rural-urbana tanto en la mortalidad infantil (menores de 1 año) como en la de menores de 5 años, en cuanto reflejo de la inequidad en la posibilidad de vida y desarrollo de los niños. (53)

En la localidad la tendencia de la tasa de mortalidad en menores de 5 años al igual que la mortalidad infantil a lo largo del tiempo evidencia que se encuentra por encima de las tasas Distritales hasta el 2012. Sin embargo el comportamiento es descendente en los últimos cuatro años. (Ilustración 17)

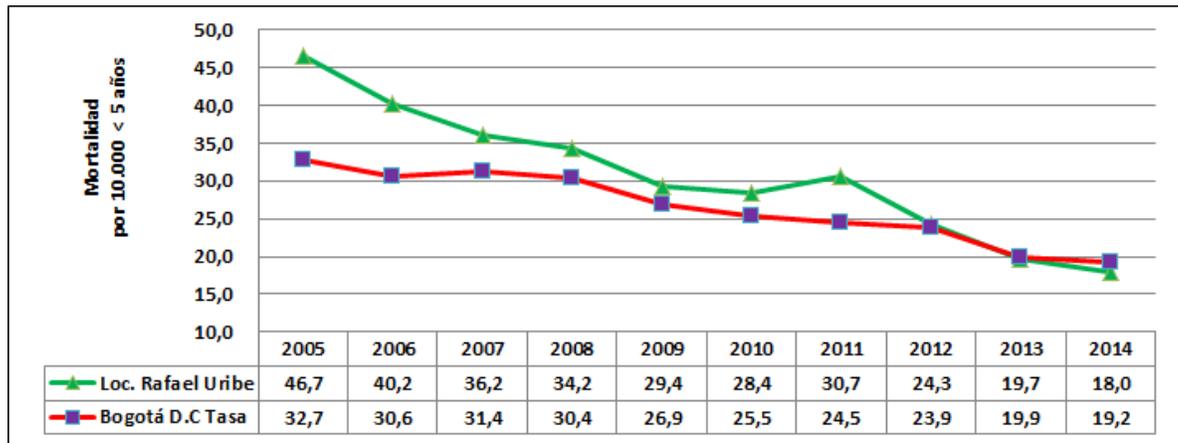
En el año 2014 en la localidad se presentaron 57 muertes en menores de 5 años (18 x 10.000 menores de 5 años), evidenciando una disminución en la localidad de 1,7 casos x 10.000 menores de 5 años con respecto al año 2013. Si se compara con el Distrito (51), Rafael Uribe tuvo una tasa de mortalidad en menores de 5 años 6.3% menor (IC 95% 0.59 – 1.49).

De los casos ocurridos en la Localidad 18, 15 casos (26.3%) se presentaron en la UPZ 55, 16 casos (28.1%) en la UPZ 53 Marco Fidel Suarez, 9 casos en la UPZ 39 Quiroga (15.8%), 9 casos en la UPZ 54 Marruecos y 8 casos (14%) en la UPZ 36 San José.

Como determinante estructural que puede influir en la ocurrencia del evento, está el régimen de seguridad social, dado que el aseguramiento se puede convertir en una barrera de acceso a servicios de salud. De los casos ocurridos en la Localidad 18 durante el año 2014, 39 casos (68.4%) pertenecían al régimen contributivo, 12 casos (21.1%) al régimen subsidiado, 3 casos (5.3%) pertenecían al régimen excepción y los demás casos (5.3%) no se encontraban asegurados.

Las tres primeras causas básicas de la mortalidad en menores de 5 años son las mismas que las reportadas en la mortalidad Infantil.

Ilustración 17. Tendencia de Mortalidad en Menores de 5 años. 2005-2014



FUENTE 2010-2013: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.- Preliminar 2013. FUENTE 2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, actualizado el 14 de junio del 2016.- Análisis Demográfico SDS.- Preliminar

Mortalidad Materna

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”. Por lo general se hace una distinción entre «muerte materna directa» que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo, y una «causa de muerte indirecta» que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud pre-existente o de reciente aparición. Otras defunciones ocurridas durante el embarazo y no relacionadas al mismo se denominan accidentales, incidentales o no-obstétricas. (54)

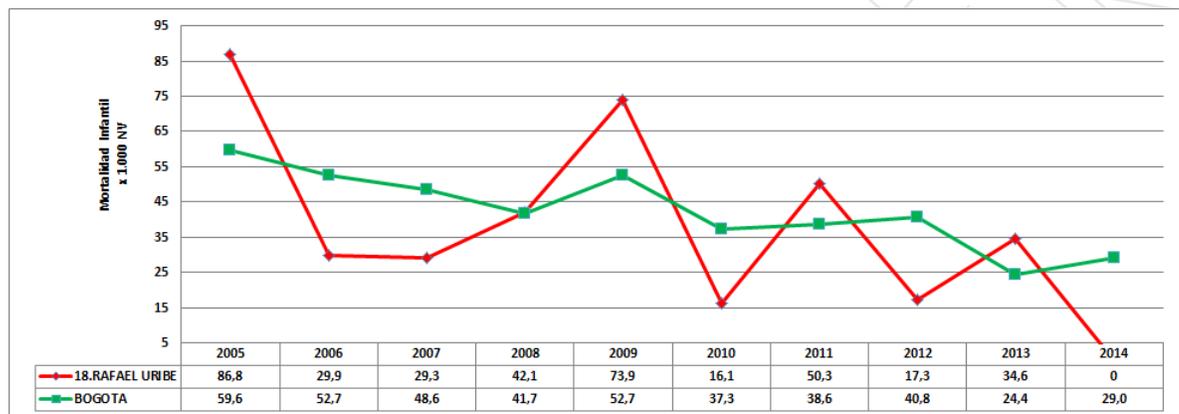
En el mundo cada día mueren 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, el 99% de esos casos ocurren en países en desarrollo. A pesar de importantes esfuerzos en muchas regiones, entre el año 1990 y el 2010 la razón de mortalidad materna a nivel mundial solo ha disminuido en un 3,1% anual, cifra que está lejos de alcanzar la reducción del 5,5% anual para lograr el Objetivo Desarrollo Mundial (ODM) número 5 “Mejorar la Salud Materna” (55).

La situación epidemiológica de la mortalidad materna en Colombia, según el segundo informe del Observatorio Nacional de Salud para el periodo 1998 - 2011 ha presentado una disminución en las muertes maternas durante las últimas décadas, de acuerdo a procesamientos de los datos de las estadísticas vitales publicadas por el DANE.

En Bogotá, la mortalidad materna ha presentado una reducción progresiva en el número de casos y en las tasas por 100.000 nacidos vivos desde 1999, sin embargo en el año 2009 se evidenció un aumento en las tasas presentándose el registro más alto para el periodo 2005-2014. La localidad Rafael Uribe parte en el 2005 con la tasa más alta registrada en el periodo 2005-2014, sin embargo la tendencia es hacia la disminución, con otro pico en 2009 (Ilustración 18).

Para el año 2014 no se registraron casos de mortalidad Materna en la Localidad 18, situación que no se había registrado en la historia de la Localidad y que aporta al cumplimiento de la meta distrital propuesta.

Ilustración 18. Tendencia de Mortalidad Materna. 2005-2014

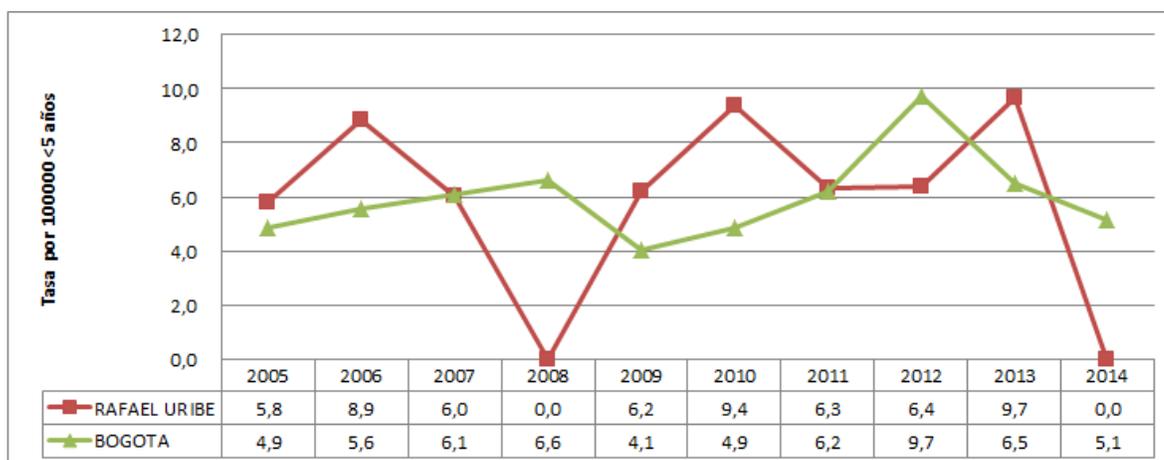


FUENTE 2010-2012: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.- Preliminar 2013. FUENTE 2013-2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, el año 2013 actualizado 31-10-2014- Preliminar. El 2014 actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA)

En 2014 en la localidad Rafael Uribe no se presentaron casos de mortalidad por IRA, en 2013 se presentó el pico más alto en el periodo 2005-2014 con 3 casos para una tasa de 9.7 por 100000 <5 años. Tan solo en 2008, 2012 y ahora 2014 las tasas de Rafael Uribe de esta mortalidad, se ubican por debajo de la Distrital. (Ilustración 19)

Ilustración 19. Tendencia de Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA). 2005-2014



FUENTE 2005-2007: Certificado de defunción - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Definitivos; FUENTE 2008 al 2009.-Bases de datos DANE-RUAF; 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. 2014 actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

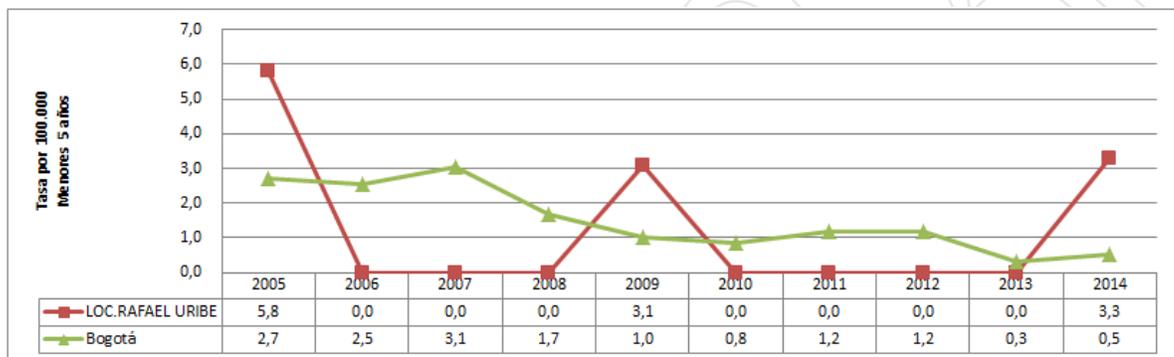
A nivel mundial la diarrea es la segunda causa de muerte en niños menores de 5 años. Cada año esta enfermedad cobra alrededor de 1.5 millones de vidas (56). La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), está definida como el aumento en la frecuencia y cantidad de deposiciones blandas o líquidas diarias como síntoma de una infección, ya sea viral o bacteriana generalmente adquirida tras el consumo de comidas o bebidas contaminadas. Esta condición genera pérdida de agua y electrolitos (Sodio, Potasio o Cloro) indispensables para el adecuado funcionamiento del cuerpo. De no reponerse estas pérdidas a tiempo, se puede generar deshidratación y en el peor de los casos la muerte. (57)

Colombia tiene una tendencia clara a la disminución de las muertes en menores de cinco años por esta causa. Es así como desde 1998 la tasa de mortalidad por EDA ha venido disminuyendo alcanzando para el año 2011 una tasa de 3,73 muertes por 100.000 niños menores de cinco años. En Colombia, la EDA ha descendido en los últimos 10 años desde el cuarto al octavo lugar dentro de la mortalidad en este grupo de edad. (57)

Según la ENDS 2010, la diarrea es menor en poblaciones con mayor educación, mayor condición de riqueza de la madre y cuando la disposición del agua es por tubería. Por grupo de edad, la población más afectada se encuentra entre los 6 y los 23 meses de edad (58).

En 2014 en la localidad Rafael Uribe se presentó un caso en la UPZ 53 Marco Fidel Suarez, este registro no se había presentado desde el 2009, pues desde 2010 hasta 2013 no se habían presentado casos. El registro más alto presentado en el periodo 2005-2014 fue en el 2005 donde se presentaron 2 casos; tanto en 2005 como en 2009 y 2014 las tasas de Rafael Uribe, se ubicaron por encima de la Distrital (Ilustración 20), de manera que para el 2014 la tasa de mortalidad por EDA en Rafael Uribe fue 5.6 veces más alta que la tasa de Bogotá, diferencia estadísticamente significativa (IC 95% 2.24 – 19.41).

Ilustración 20. Tendencia de Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). 2005-2014



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

Mortalidad por desnutrición

Las condiciones nutricionales en niños y niñas menores de cinco años son determinantes para su desarrollo neuronal, físico e intelectual, por tanto el Distrito adelanta planes, programas y políticas integradas y orientadas al mejoramiento de las condiciones de calidad de vida y salud de la primera infancia. (57)

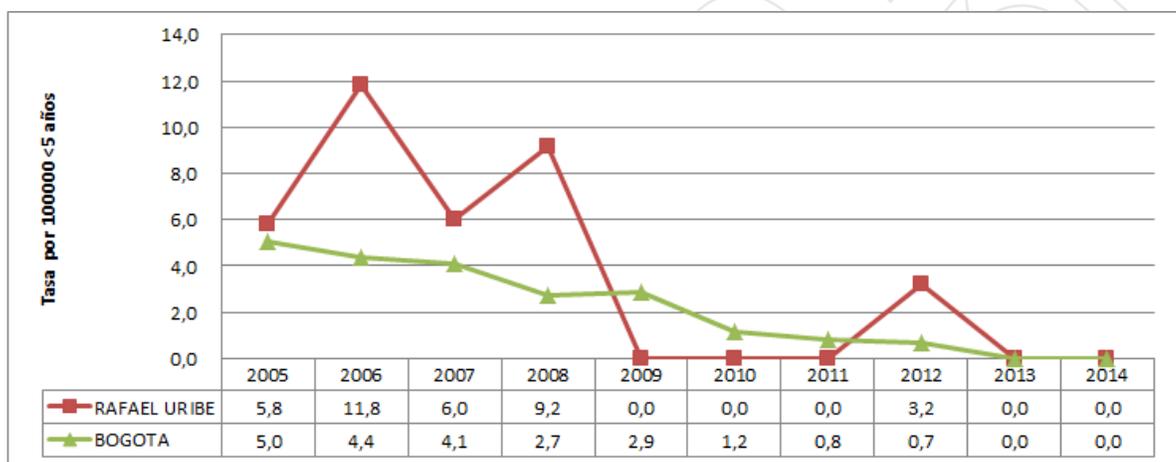
En los últimos cinco años, el comportamiento de la mortalidad por desnutrición en el Distrito ha disminuido progresivamente; en la localidad Rafael Uribe, pese a que en el 2012 se presentaron 4 mortalidades por Desnutrición (3.2 x100.000 menores de 5 años) ocurrida específicamente en la UPZ 36 San José, para el año 2013 y 2014 no se presentaron casos ni en la localidad ni en el distrito. De continuar así se lograra cumplir la meta de reducir a 1,5 por 100.000 la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años a 2016.

Dentro de los determinantes para la Mortalidad por desnutrición se destacan las Políticas sociales, política de infancia y adolescencia, política pública de protección social y la pobreza que juega un papel muy relevante evidenciado

por situaciones políticas, económicas y sociales. Condiciones económicas, aumento en productos de canasta familiar, desempleo. (59)

Determinantes intermedios como Nivel educativo de la madre, lugar de residencia, nivel de ingresos, inadecuados servicios de salud. A nivel Biológicos (neumonía, bronconeumonías, prematurez, sepsis neonatal, diarreas, traumatismo cráneo cefálico (los cuales dificultan la deglución, por ende la adecuada alimentación), asfixia ahorcamiento, ingesta deficiente de alimentos y/o por enfermedades infecciosas). (60)

Ilustración 21. Tendencia de Mortalidad por Desnutrición. 2005-2014



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

Mortalidad por malformaciones congénitas en menores de cinco años

Los defectos al nacer, también llamados anomalías congénitas, trastornos congénitos o malformaciones congénitas, son la segunda causa de muerte en los niños menores de 28 días y de menos de 5 años en las Américas. Junto con la prematuridad, la asfixia y la sepsis representan más del 44% de los fallecimientos en la niñez. En el mundo, afectan a 1 de cada 33 bebés y causan 3,2 millones de discapacidades al año. (61)

Las anomalías congénitas pueden tener un origen genético, infeccioso o ambiental, aunque en la mayoría de los casos resulta difícil identificar su causa. Los trastornos congénitos graves más frecuentes son las malformaciones cardíacas, los defectos del tubo neural y el síndrome de Down. (61)

Se calcula que cada año 270.000 recién nacidos fallecen durante los primeros 28 días de vida debido a anomalías congénitas. Estas constituyen la cuarta causa de muerte neonatal, después de las complicaciones del parto prematuro, las relacionadas con las infecciones neonatales y las vinculadas con el parto, según datos de la OMS. (61)

Según la mortalidad general 2012, en Bogotá esta mortalidad ocupó el primer y segundo puesto en los niños de 1 a 4 años y en los menores de 1 años respectivamente, y fue la segunda en la localidad Rafael Uribe en menores de 1 año, mientras que ocupó el 5º lugar en los menores de 1 a 4 años.

En 2014 en la localidad Rafael Uribe se presentaron 19 casos de mortalidad por malformaciones congénitas para una tasa de 61.4 x 100.000 menores de 5 años, haciendo que la tasa de Rafael Uribe fuera 30% mayor a la del Distrito.

El dato más bajo se registró en el 2012 y tan solo en el 2013 Rafael Uribe se ubicó por debajo del Distrito en los demás años ha estado por encima. (Ilustración 22)

Con respecto a los casos en Rafael Uribe se encontró de 11 casos (58%) fueron mujeres, 17 casos (89%) fueron menores de 1 año, 14 casos (74%) pertenecían al régimen contributivo, 2 al subsidiado, 2 a excepción y 1 no estaba asegurado. 5 casos pertenecían a la UPZ 55 Diana Turbay, 5 a la UPZ 54 Marruecos, otros 5 a la UPZ 39 Quiroga, 2 la UPZ 53 Marco Fidel, así como en la UPZ 36 San José.

Ilustración 22. Tendencia de Mortalidad por malformaciones congénitas en menores de cinco años. 2005-2014



Fuente: 2011 y 2012: Mortalidad General 2011 y 2012 lista 105. Fuente 2013: BASE EVITABLES 2013 ajustada-1 24-02-2014. Preliminar. Fuente 2014: Certificado de defunción.- Bases de datos SDS y RUAUF.- Preliminares. Ajustado 14-06-2015 (Corte del 07-04-2015)

2.1.2 Morbilidad

- *Morbilidad Atendida*

En el modelo de atención en salud desarrollado en el distrito en el año 2014, es importante conocer cuáles son las enfermedades que se presentan en la comunidad, para así poder estudiar sus características, lo cual permite a través de los indicadores conocer el comportamiento de éstos y así proponer acciones que permitan mitigar el riesgo que éstas morbilidades representan.

La información que se reporta a continuación fue suministrada por las empresas sociales del estado que prestan servicios en salud en la localidad Rafael Uribe Uribe y Recopilada a nivel Distrital en la BASE RIPS, es importante aclarar que los resultados no representa el total de casos que se puedan presentar en la localidad, sin embargo muestra la tendencia que puede tener cada evento a nivel local. Uno de los objetivos de identificar las morbilidades es poder evaluar el patrón de los eventos presentados en la localidad en los últimos años.

Los resultados muestran los servicios tabulados en consulta externa, urgencias y los egresos hospitalarios en el año 2014. Según la información de los RIPS en consulta externa se atendieron 6476 personas, en consulta de urgencias 4654 personas y en la atención de hospitalización se atendieron 661 personas. De estas atenciones se encontró que el evento más presentado en la localidad de Rafael Uribe en el servicio de consulta externa es la hipertensión primaria esencial con una representación de 4,18% de las atenciones, seguido de la atención materna por inmunización por Rhesus con el 3.80% y la infección vías urinarias sitio no identificado con el 3.42%.

La morbilidad atendida en la consulta por urgencias el evento más representativo en la localidad es el dolor pélvico perineal con el 7.43%, seguido con la amenaza de aborto y la inmunización por Rhesus con el 5.71% cada una. En la morbilidad atendida en el egreso de la hospitalización según el registro de RIPS el evento más atendido fue el parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice con el 22.73% de la representación, seguido de la infección de vías urinarias, sitio no especificado el 9.09% y falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación el 7.95%. A continuación se describirá la morbilidad atendida por rangos de edad.

Menores de 1 año

En la atención de consulta externa para niñas y niños menores de un año el evento que más se presentó por fue la rinofaringitis aguda (resfriado común, 41 casos) seguido de bronquitis aguda, no especificada con (25 casos) y el tercer evento más registrado fue otras deformidades congénitas de la cadera (24 casos) , en la consulta por urgencias el evento más atendido en este grupo de edad fue la bronquitis aguda no especificada (44 casos), seguido de fiebre no especificada (40 casos) y rinofaringitis aguda (resfriado común, 37 casos). En la atención de

hospitalización el evento más registrado fue la sepsis bacteriana de recién nacido, no especificada (15 casos) en segundo lugar la bronquitis aguda no especificada (14 casos) en tercer lugar el evento más registrado fue la ictericia neonatal, no especificada.

Menores de 1 a 5 años

En el grupo de niñas y niños de 1 a 5 años el evento más presentado en consulta externa fue la rinofaringitis aguda (72 casos), seguido de la consulta por hipermetropía (47 casos) y en tercer lugar parasitosis intestinal (23 casos). En la atención de consulta por urgencias en primer lugar se encuentra la fiebre no especificada (77 casos) luego la rinofaringitis aguda (51 casos) y en tercer lugar la amigdalitis aguda (45 casos). En la hospitalización el evento más representativo es la bronquitis aguda, no especificada (9 casos), seguido a la infección de vías urinarias, sitio no especificado (7 casos) y en tercer lugar fiebre no especificada (5 casos).

Menores de 6 a 13 años

En el grupo de niñas y niños de 6 a 13 años las consultas más frecuentes fueron astigmatismo (38 casos), otros dolores abdominales y los no especificados (20 casos) y paratosis intestinal (18 casos). En urgencias el evento más registrado es otros dolores abdominales y los no especificados (14 casos), seguido de amigdalitis estreptocócica y la Infección de vías urinarias, sitio no especificado (con 8 casos cada uno). En la atención de hospitalización el evento más reportado en este grupo de edad fueron otros dolores abdominales y los no especificados (5 casos), Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen (3 casos), Otras enfermedades especificadas del estómago y del duodeno (2 casos).

Menores de 14 a 17 años

En el grupo de adolescentes de 14 a 17 las consultas más registradas estuvieron relacionadas con astigmatismo (22 casos), Hipermetropía otros (11 casos) dolores abdominales y los no especificados y Parasitosis intestinal, sin otra especificación (11 casos), en el servicio de consulta por urgencias el evento más registrado es otros dolores abdominales y los no especificados (14 casos), seguido de las herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s), Amigdalitis estreptocócica, Infección de vías urinarias, sitio no especificado (cada uno con 8 casos). En el servicio de urgencias los eventos más registrados en este rango de edad son en primer lugar parto por cesárea de emergencia (6 casos), en segundo lugar el parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice (4 casos), y en tercer lugar la complicación relacionada con el embarazo, no especificada (2 casos).

Población de 18 a 26 años

En la población joven de 18 a 26 años, en consulta externa se atendieron a 312 personas de las cuales a 95 personas se les realizó atención astigmatismo, 35 personas se atendieron por cefalea y se atendieron a 33 personas por dolor

pélvico perineal. Por otro lado la atención de urgencias se dio a 474 personas las 3 atenciones que más se presentaron fueron dolor pélvico perineal (91 casos), otros dolores abdominales y los no especificados (70 casos) y amenaza de aborto (45 casos). Frente a la atención de hospitalización los 3 eventos más atendidos fueron en primer lugar parto único espontáneo (71 casos), parto por cesárea de emergencia (22 casos) y en tercer lugar y en segundo lugar falso trabajo de parto antes de las 37 semanas de gestación (15 casos).

Población de 27 a 44 años

En el grupo de adultos de 27 a 44 años se atendieron en consulta externa 417 casos, de los cuales la causa de consulta más frecuente fue astigmatismo (96 casos), seguido de la infección de vías urinarias, otros dolores abdominales (48 casos cada una) y finalmente la atención lumbago no especificado (43 casos). En la atención de urgencias para este grupo de edad se atendieron a 306 individuos, la causa de visita de urgencias que más se presentó fue otros dolores abdominales (67 casos), cefalea (35 casos) y dolor pélvico perineal (34 casos). En la atención brindada por el servicio de hospitalización en el 2014 para este grupo de edad los 3 más presentados fueron parto único espontáneo (28 casos), parto por cesárea (14 casos), aborto incompleto sin complicaciones (5 casos).

Población de 45 a 59 años

Para las personas adultas de 45 a 59 años los casos que se presentaron en consulta externa fueron 477 en total, de estos el más frecuente fue la consulta para la atención por hipertensión esencial (115 casos), el segundo motivo de consulta fue Presbicia (131 casos) y en tercer lugar lumbago no especificado (41 casos). En este mismo grupo de edad, la cantidad de individuos atendidos en urgencias fueron 169 en total, de los cuales 110 fueron mujeres y 59 hombres, las causas más frecuentes de atención por urgencia fueron: enfermedad infección de vías urinarias (24 casos) otros dolores no especificados (24 casos), y en tercer lugar hipertensión esencial (primaria) (22 casos). En la atención de hospitalización la más relevante fue la infección de vías urinarias (5 casos) seguido de dolor abdominal (2 casos), celulitis y absceso de boca (2 casos), entre otros.

Población de 60 a 69 años

Para el grupo de edad de personas mayores de 60 a 69 años, en la consulta externa por el diagnóstico que más se les atendió fue hipertensión esencial (112 casos), seguido de presbicia (52 casos) e hipercolesterolemia pura (21 casos), en la atención de urgencias se presentaron se atendió como primer evento la hipertensión esencial (10 casos) en segundo lugar otros dolores abdominales (7 casos) y en tercer lugar la cefalea (5). En hospitalización se atendieron en total 19 adultos mayores en este rango de edad, el evento más presentado fue trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos (2 casos) en segundo lugar la litiasis urinaria en esquistosomiasis (2 casos) y en tercer lugar

dolor en el pecho no especificado entre otros casos que presentaron solo 1 individuo atendido.

Población de 70 a 79 años

Para las personas mayores entre 70 a 79 años las causas por las que más acudieron a consulta fue en primer lugar Hipertensión esencial primaria (47 casos), segundo lugar fue la presbicia (12 casos) y en tercer lugar el mareo y desvanecimiento y el lumbago no especificado (5 casos cada uno). En la atención de la consulta por urgencias se registró atención a 19 personas por diagnósticos el más dado fue la hipertensión esencial primaria (6 casos) el mareo y desvanecimiento, cefalea vascular y la cefalea fueron los siguientes eventos más atendidos (2 casos). En Hospitalización se atendieron 12 individuos el diagnóstico más atendido fue la hiperplasia de la próstata (2 casos), enfermedades como hiperplasia de la próstata, Otros trastornos de la conducta, Fractura de los huesos de otro(s) dedo(s) del pie, Hipertensión esencial (primaria), Infección de vías urinarias, sitio no especificado, Otras enfermedades cerebrovasculares especificadas, Traumatismo cerebral difuso, Enfermedad cerebrovascular, no especificada, Traumatismo, no especificado; entre otros con 1 caso reportado.

Población de 80 a 89 años

En el grupo de 80 a 99 años la atención prestada en la consulta externa se atendieron a 49 personas, por la causa se brindó más atención fue la hipertensión (30 años) seguido de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (7 casos) y finalmente infección de vías urinarias (2 casos). En la parte de urgencias se brindó atención a 29 personas lo más atendido fue la retención de orina y síntomas y signos que involucran la función cognoscitiva y la conciencia y los no especificados, infección de vías urinarias, sitio no especificado, síndrome del colon irritable con diarrea (2 casos cada una), el resto de diagnósticos registrados presentan cada uno 1 caso. En la atención por hospitalización se atendieron a 10 personas el evento más presentado fue la infección de vías urinarias, sitio no especificado y la Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada, cada una con 2 casos los demás eventos registrados fueron espondilólisis, Náusea y vómito, Insuficiencia cardíaca congestiva, Hipertensión esencial (primaria), Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada y Otras enfermedades especificadas del estómago y del duodeno cada una con 1 caso.

- *Morbilidad de eventos de notificación obligatoria*

Evento de Enfermedades Transmisibles por Vectores- ETV

En el análisis de eventos de notificación obligatoria transmisibles por vectores, en la enfermedad de Chagas se encontró la ocurrencia de 11 casos con una tasa de letalidad de cero en la Localidad Rafael Uribe Uribe. A nivel distrital la tasa fue de 2,1 por 100 hab.

Respecto a la letalidad por dengue grave, de acuerdo al análisis de la base de datos SIVIGILA 2014 en la Localidad no se presentó ninguna mortalidad por esta causa, al igual que en el distrito, siguiendo el comportamiento de los dos años anteriores; como eventos mórbidos en la Localidad se presentó 1 caso en una mujer de 37 años con régimen de afiliación contributivo; Y a nivel distrital 53 casos.

En 2014, en la Localidad Rafael Uribe Uribe no se presentó mortalidad por Leishmaniasis, aun cuando se presentaron 7 casos de morbilidad, los cuales corresponden a la formas Leishmaniasis cutánea (7 casos), de Leishmaniasis mucosa y Leishmaniasis visceral no se reportaron casos. Los casos corresponden a 1 persona de sexo femenino y 6 de sexo masculino. La tendencia de la letalidad por esta causa se ha mantenido en cero en el periodo 2012-2014. A nivel distrital se presentaron 699 casos de morbilidad de los cuales ninguno finalizó en letalidad.

En cuanto a las diferentes formas de Malaria se encontró lo siguiente:

- A nivel local no se presentaron casos de malaria falciparum sin embargo a nivel distrital se notificaron 28, de los cuales ninguno fue letal, obteniéndose tasa de letalidad en las dos entidades territoriales de cero.
- De malaria malariae se presentó un caso a nivel distrital y cero a nivel local, no se presentaron casos de mortalidad por este evento, quedando tasas de letalidad de cero.
- Respecto a Malaria Vivax en la localidad Rafael Uribe Uribe se presentó un caso en una persona de sexo femenino de 25 años de edad con régimen de afiliación especial, a nivel distrital se presentaron 76 casos de los cuales ninguno fue letal, dejando una tasa de letalidad de cero para 2014.
- Otro caso de malaria ocurrido se clasifica como complicada, en una persona de sexo masculino de 26 años y régimen de afiliación subsidiado.

En cuanto a la enfermedad de Chicungunya tanto a nivel local como distrital en 2014 se obtuvo una tasa de letalidad de cero. En la Localidad Rafael Uribe Uribe se presentaron 4 casos y a nivel distrital 127. Los casos locales corresponden a dos personas de sexo masculino de 28 y 51 años y dos a sexo femenino de 32 y 25 años de edad.

Respecto a dengue se presentaron 51 casos a nivel local y 2093 a nivel distrital. Tanto a nivel local como distrital la tasa de letalidad fue de cero.

Eventos Inmunoprevenibles

De la tasa de letalidad por difteria tanto a nivel local como distrital se mantuvo en cero dado que no se presentaron casos de morbilidad y por ende tampoco de mortalidad. De igual manera la tasa de letalidad en 2012 y 2013 fue cero.

En los eventos supuestamente atribuidos a inmunización se encontraron 8 casos a nivel local, pero ninguna mortalidad por esta causa (tasa de letalidad cero), sin embargo a nivel distrital se presentaron 112 casos y 1 caso letal, generando una tasa de 0,9 mortalidades por cada 100 casos reportados. Respecto a los casos locales 2 corresponden a niñas y 6 a niños.

La tasa de letalidad de fiebre paratifoidea en la Localidad Rafael Uribe Uribe en 2014 fue de cero, por cuanto no se presentaron casos de mortalidad; sin embargo se notificó un caso de morbilidad en adolescente de sexo masculino de 14 años de edad con régimen de afiliación contributivo. A nivel distrital se presentaron 12 casos de morbilidad. La tasa de letalidad por este evento se ha mantenido en cero en el periodo 2012-2014.

En cuanto a la parálisis flácida aguda la tasa de letalidad se mantuvo en cero a nivel local durante el periodo 2012-2014.

La parotiditis se caracteriza por ser una enfermedad altamente contagiosa pero de baja letalidad; en la localidad se presentaron 124 casos y a nivel distrital 2599, sin embargo en las dos entidades territoriales la tasa de letalidad fue cero, tal como se ha mantenido desde 2012.

Eventos en eliminación como sarampión y rubeola no se presentaron en la localidad en 2014.

Respecto a casos de tos ferina en la localidad en 2014 se presentaron 4 niñas menores de 7 meses, pero ninguno de ellos llegó a ser una mortalidad, manteniendo la tasa de letalidad en cero. A nivel distrital de 67 casos confirmados 2 fueron letales dejando una tasa de letalidad distrital por tos ferina de 3 por 100 casos reportados.

A nivel local y distrital la tasa de letalidad por Enfermedad Diarreica Aguda por Rotavirus se mantuvo en cero aun cuando se presentaron 7 casos locales y 61 distritales. De acuerdo a la revisión de bases SIVIGILA desde 2012 se ha mantenido la tasa de letalidad por esta causa a nivel local en cero.

Respecto a la Infección Respiratoria Aguda Grave, en 2014, a nivel local se presentaron 25 casos de morbilidad y ninguno finalizó en mortalidad, por lo cual la tasa de letalidad de la enfermedad fue de cero, mientras que a nivel distrital de

637 casos ocurridos tres terminaron en mortalidad, dejando una tasa de letalidad distrital de 0,5 *100 hab.

Del síndrome de rubeola congénita no se presentó ningún caso de morbilidad a nivel local; sin embargo se notificaron tres a nivel distrital, de los cuales ninguno falleció dejando las tasas de letalidad en cero. A nivel de la Localidad Rafael Uribe la tasa de letalidad se ha mantenido en cero de 2012 a 2014.

De tétanos accidental no se reportaron casos en 2014 para la Localidad y a nivel distrital se presentó un caso mórbido. Las tasas de letalidad fueron de cero de este evento.

Respecto al evento de varicela, en 2014 se presentaron 2810 casos de los cuales uno llegó a ser mortalidad (tasa de letalidad por varicela 0,04 por 100 casos reportados), mientras que a nivel distrital de 36492 casos de morbilidad ocurrieron 6 mortalidades, dejando entonces una tasa de letalidad de 0,02 *100 hab. La diferencia relativa de tasas fue de 2,16 (IC 0,0001-70403,4), lo que indica que el indicador es superior al nivel distrital, pero la diferencia no es significativa.

Eventos asociados a factores de riesgo ambiental

En 2014 a nivel local se presentaron 271 casos de intoxicaciones de los cuales un caso terminó en mortalidad, el cual corresponde a una persona de sexo femenino de 45 años con régimen de afiliación contributivo, la causa fue intoxicación por sustancias químicas (tasa de letalidad de intoxicaciones 0,4 por 100 casos reportados); a nivel distrital ocurrieron 6140 casos 15 fueron mortalidades, con tasa de letalidad de 0,2 por 100 casos reportados. La diferencia relativa de tasas es de 1,5 (IC 0,06-38), lo cual muestra que aun cuando el indicador es superior en el nivel local la diferencia no es significativa.

De enfermedades transmitidas por alimentos en la Localidad Rafael Uribe Uribe se presentaron 254 casos y a nivel distrital se presentaron 2555 casos con ninguna mortalidad, dejando tasas de letalidad por ETA en las dos entidades territoriales de cero.

Frente a la ocurrencia de casos de Hepatitis A, a nivel local se presentaron 10 y a nivel distrital 369, con cero casos de mortalidad, dejando las tasas de letalidad por el evento en cero.

A nivel local y distrital no se presentaron casos de morbilidad y mortalidad por cólera.

Eventos por micobacterias

Respecto a las enfermedades causadas por micobacterias en 2014 se reportaron a nivel distrital 427 casos de TB de los cuales 48 fueron letales, de los casos

mórbidos reportados 24 corresponden a la localidad Rafael Uribe Uribe y de las mortalidades, ninguna; lo anterior indica que la tasa de letalidad distrital es de 11,2 por 100 hab con la enfermedad.

De la forma pulmonar no se presentaron casos y extrapulmonar 1 caso de morbilidad que corresponde a una persona de sexo masculino de régimen subsidiado. La tasa local de letalidad por tuberculosis quedo en cero en 2014.

Por otro lado, de meningitis tuberculosa, en la Localidad no se presentaron casos por lo que la tasa de letalidad fue de 0; en el Distrito Capital se presentaron 8 casos de los cuales 2 fueron mortalidades, dejando una tasa de letalidad de 25 por 100 hab con la enfermedad.

De meningitis por Haemophilus influenzae – Hi, no se presentaron casos a nivel local y en el Distrito Capital se presentaron 3 casos, de los cuales ninguno fue mortalidad. La tasa de letalidad local se mantuvo en cero en el periodo 2012-2014.

En cuanto a lepra, en el Distrito Capital se presentaron 4 casos de los cuales ninguno pertenece a la Localidad Rafael Uribe. En 2014 no se presentó ninguna mortalidad por esta causa, por tanto las tasas de letalidad quedan en cero.

Eventos de zoonosis

Respecto a accidente ofídico no hubo casos a nivel local y en el distrito se notificaron 11 casos sin mortalidades.

De igual manera de encefalitis (encefalitis equina venezolana, encefalitis del nilo occidental, encefalitis equina del oeste) no se presentaron eventos en Bogotá.

Finalmente, de leptospirosis se presentaron 3 casos de morbilidad en la localidad Rafael Uribe Uribe, en el Distrito se presentaron 98; a nivel local y distrital la tasa de letalidad fue de 0 debido a la no ocurrencia de mortalidades por esta causa.

En síntesis, las enfermedades de origen zoonótico no generaron letalidades en la localidad Rafael Uribe Uribe en 2014.

Eventos de infecciones de transmisión sexual (ITS)

Entre los eventos de transmisión sexual encontramos la sífilis congénita de la cual se presentaron 13 casos en la Localidad Rafael Uribe Uribe y 207 casos a nivel Distrital. De los casos ocurridos en Bogotá se presentaron 13 mortalidades, quedando una tasa de letalidad de la enfermedad de $6,3 \times 100$ por 100 hab con la enfermedad y en la Localidad 3 con una tasa de 25. La diferencia de tasas fue de 3,9 (IC 2,6-5,8) lo cual evidencia que el indicador local es significativamente más alto que el distrital.

En cuanto a la Hepatitis B y C (evento 340 de SIVIGILA), se presentaron 34 casos a nivel local y 408 a nivel distrital, de estos últimos ocurrieron 3 mortalidades, dejando para 2014 una tasa de 0,7 por 100 hab con la enfermedad. La tasa de letalidad en la localidad fue cero.

Otros eventos de interés en salud pública

Con respecto al hipotiroidismo congénito en la Localidad Rafael Uribe Uribe no se presentaron casos; en Bogotá por su parte se notificaron 8 casos, los cuales se reportan como vivos, por tanto las tasas de letalidad por hipotiroidismo congénito se mantienen en cero, al igual que en los años 2012 y 2013 en lo que respecta a la localidad.

Con relación al evento de lesiones por pólvora y artefactos explosivos no se registran mortalidades por esta causa. Por lo tanto la tasa de letalidad en la localidad es de cero.

Tabla 5. Resumen de los eventos de notificación obligatoria de la Localidad Rafael Uribe Uribe, Bogotá D.C, 2012-2014

Eventos de Notificación Obligatoria	Bogotá D.C.	Localidad Rafael Uribe Uribe	Diferencias relativas	Años		
				2012	2013	2014
Letalidad por eventos supuestamente atribuidos a inmunización (ESAVI)	0,9	0,01	0,01	-	-	-
Letalidad por hepatitis B	0,7	0,01	0,01	-	-	-
Letalidad por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	0,5	0,01	0,02	↘	-	-
Letalidad por intoxicaciones (plaguicidas, fármacos, Metanol, metales pesados, solventes, otras sustancias químicas, monóxido y otros gases, sustancias psicoactivas)	0,2	0,4	2,00	↗	↘	↘
Letalidad por meningitis tuberculosa	25	0,01	0,00	↘	-	-
Letalidad por sífilis congénita	6,3	25	3,97	↗	↗	↘
Letalidad por tosferina	3	0,01	0,00	↘	-	-
Letalidad por tuberculosis	11,2	0,01	0,00	↗	↘	-
Letalidad por tuberculosis extra-pulmonar	21,2	0,01	0,00	-	-	-
Letalidad por tuberculosis pulmonar	6,7	0,01	0,00	↗	↘	-
Letalidad por varicela	0,02	0,04	2,00	-	-	-

Fuente: Bases de datos SIVIGILA, SDS, 2012, 2013, 2014

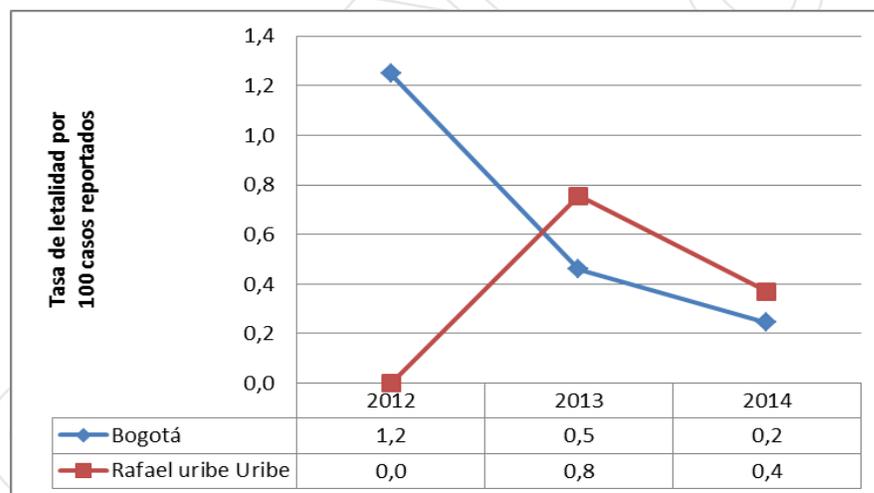
A continuación se listan los eventos en los cuales ocurrió alguna letalidad a fin de describir características de los afectados:

Letalidad por intoxicaciones

En la Localidad Rafael Uribe Uribe se presentó una mortalidad por intoxicaciones con sustancias químicas. El caso ocurrió en una persona de sexo femenino de 45 años de edad, quien contaba con régimen de afiliación contributivo, residente de la UPZ Quiroga. De acuerdo a la base de datos la fallecida no pertenecía a ningún grupo étnico, no contaba con ninguna discapacidad.

De acuerdo a la revisión de las bases de datos de SIVIGILA en el año 2012 a nivel local la tasa de letalidad por intoxicaciones fue de cero, en 2013 fue de 0,8 mortalidades por 100 casos reportados y en 2014 de 0,4, evidenciando un aumento paulatino en el indicador. Sin embargo es importante observar la tendencia del indicador en Bogotá, el cual va en descenso año por año.

Ilustración 23. Letalidad por intoxicaciones, Localidad Rafael Uribe Uribe- Bogotá D.C, 2012-2014



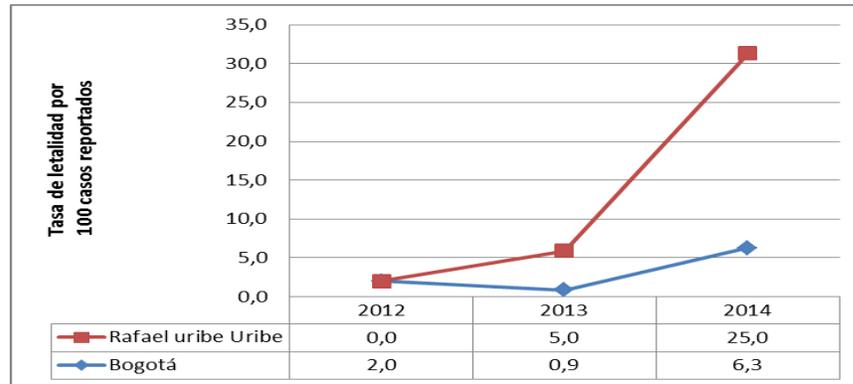
Fuente: Bases de datos SIVIGILA, SDS, 2012, 2013, 2014

Letalidad por sífilis congénita

En la Rafael Uribe Uribe se presentaron 13 casos de sífilis congénita de los cuales 3 resultaron en mortalidad. Los casos corresponden a dos niños y una niña de un mes de edad con régimen de afiliación subsidiado. De acuerdo a la base de datos los fallecidos no pertenecían a ningún grupo étnico, ni reportaron discapacidad.

De acuerdo a la revisión de las bases de datos de SIVIGILA de los años 2012, 2013 y 2014, es posible observar que a nivel local la tasa de letalidad de sífilis congénita se comporta en ascenso. Sin embargo es importante observar la tendencia del indicador en Bogotá, el cual va de igual manera hacia el aumento.

Ilustración 24. Letalidad por sífilis congénita, Localidad Rafael Uribe Uribe-Bogotá D.C, 2012-2014



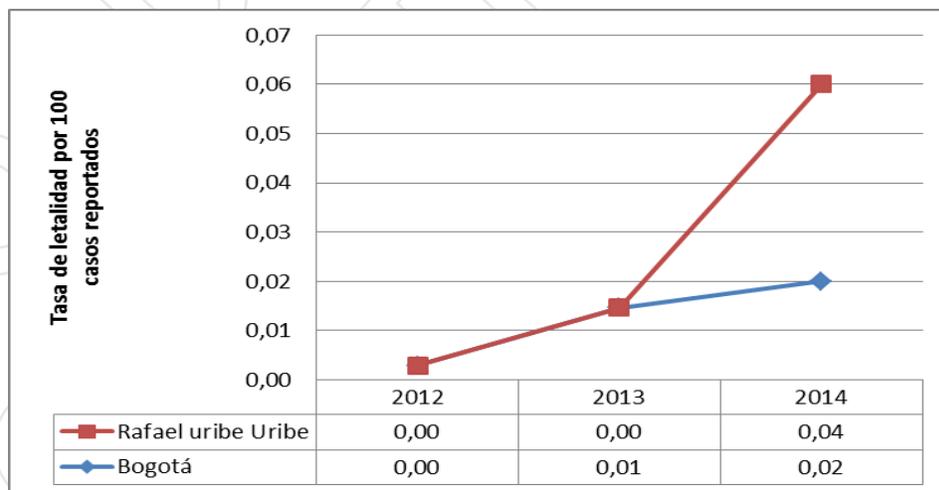
Fuente: Bases de datos SIVIGILA, SDS, 2012, 2013, 2014

Letalidad por varicela

En la Localidad Rafael Uribe Uribe se presentaron 2810 casos de varicela, de los cuales uno llegó a ser mortalidad. La mortalidad corresponde a una persona de sexo masculino de 38 años de edad con régimen de afiliación subsidiado, residente en la UPZ Marco Fidel Suárez. De acuerdo a la base de datos, ninguno pertenecía a grupos étnicos ni tenían discapacidad.

De acuerdo a la revisión de las bases de datos de SIVIGILA de los años 2012, 2013 y 2014, es posible observar que tanto a nivel local como distrital, la tasa de letalidad de varicela va en aumento a nivel local como a nivel distrital.

Ilustración 25. Letalidad por varicela, Localidad Rafael Uribe Uribe-Bogotá D.C, 2012-2014



Fuente: Bases de datos SIVIGILA, SDS, 2012, 2013, 2014

Eventos de notificación obligatoria reportados en hombres

De los eventos analizados en la base de datos de SIVIGILA 2014 se encontró casos de letalidad en hombres en dos eventos: sífilis congénita y varicela.

Por sífilis congénita se originó el fallecimiento de dos niños de 1 mes de edad con régimen de afiliación subsidiado.

En cuanto a la letalidad por varicela, en la localidad ocurrió el deceso de un hombre de 38 años de edad.

Es importante mencionar que en los años 2012 y 2013 no se presentaron mortalidades por varicela en hombres, mientras que por sífilis congénita en 2013 si se presentaron defunciones.

Tabla 6. Eventos de notificación obligatoria reportados en los hombres de la Localidad Rafael Uribe Uribe, Bogotá D.C, 2014

Eventos de Notificación Obligatoria	BOGOTÁ	LOC RAFAEL URIBE	Diferencias relativas	LI IC 95%	LS IC 95%	AÑOS		
						2012	2013	2014
Letalidad por sífilis congénita	5,9	40,0	6,7797	4,9730	9,2427	0,0	5,0	25,0
Letalidad por varicela	0,02	0,1	5,0000	0,0102	2458,9805	0,0	0,0	0,0

Fuente: Bases de datos SIVIGILA, SDS, 2012, 2013, 2014

Eventos de notificación obligatoria reportados en mujeres

En la Localidad Rafael Uribe las letalidades en mujeres se presentaron por intoxicación y sífilis congénita. Los casos fueron descritos anteriormente.

Tabla 7. Eventos de notificación obligatoria reportados en las mujeres de la Localidad Rafael Uribe Uribe, Bogotá D.C, 2014

Eventos de Notificación Obligatoria	Referencia (país o Dpto.)	Nombre del Dpto. o Mío	Diferencias relativas	LI IC 95%	LS IC 95%	2012	2013	2014
Letalidad por intoxicaciones	0,2	0,7	3,0302	0,3056	30,0470	0,0	0,8	0,4
Letalidad por sífilis congénita	6,9	12,5	1,8036	1,0360	3,1397	0,0	5,0	25,0

Fuente: Bases de datos SIVIGILA, SDS, 2012, 2013, 2014

Eventos de notificación obligatoria por régimen de afiliación

Al revisar la variable régimen de afiliación en cada evento letal, se pudo identificar que el tipo de seguro vinculado o sin seguridad social es el que se encuentra en mayor frecuencia, seguido del régimen subsidiado.

Tabla 8. Eventos de notificación obligatoria reportados régimen de afiliación Localidad Rafael Uribe Uribe, Bogotá D.C, 2014

Eventos de Notificación Obligatoria	2014				2013				2012			
	Vinculado/no está afiliado	Régimen subsidiado	Régimen contributivo	Régimen excepción	Vinculado/no está afiliado	Régimen subsidiado	Régimen contributivo	Régimen excepción	Vinculado/no está afiliado	Régimen subsidiado	Régimen contributivo	Régimen excepción
Letalidad por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)										2		
Letalidad por meningitis tuberculosa											1	
Letalidad por tuberculosis					1			1		2		1
Letalidad por tosferina									1		1	
Letalidad por intoxicaciones			1			1	1					
Letalidad por sífilis congénita		1				1						
Letalidad por tuberculosis pulmonar								1				
Letalidad por varicela		1										

Fuente: Bases de datos SIVIGILA, SDS, 2012, 2013, 2014

2.1.3 Discapacidad

Según las bases de Datos Distritales de VSP Discapacidad para el año 2014 se registraron 1474 personas con Discapacidad, el 51.6% de ellas corresponde a mujeres. Al revisar por etapa de ciclo, se observó que el 36.7% pertenecen al ciclo Vejez, seguida de la etapa de ciclo Adultez con 36.1% y el 15.5% son de la etapa de ciclo infancia. (Tabla 10)

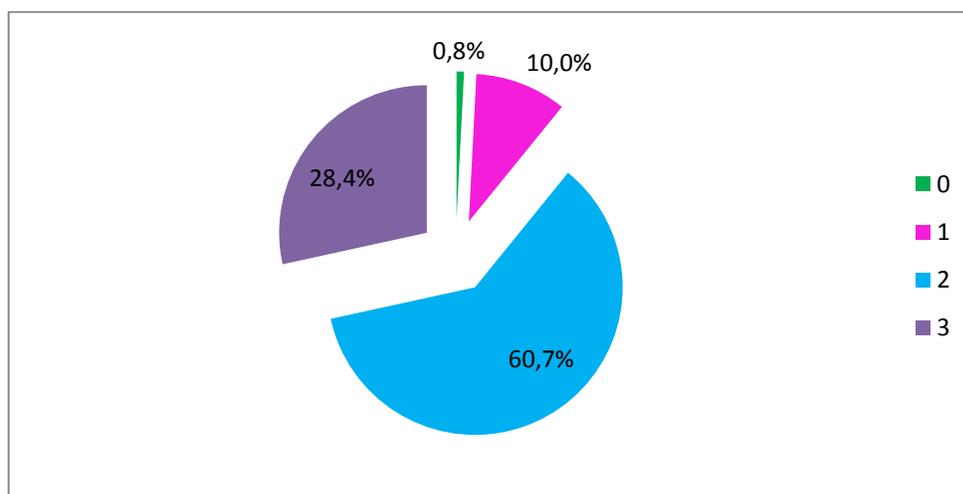
Tabla 9. Caracterización de la población en condición de discapacidad según Etapa de Ciclo y Sexo. Localidad Rafael Uribe. 2014

ETAPA DE CICLO	SEXO				TOTAL	
	Hombre		Mujer			
	Frecuencia	% Filas	Frecuencia	% Filas	Frecuencia	% Columnas
ADOLESCENCIA	43	70,5%	18	29,5%	61	4,1%
ADULTEZ	236	44,4%	296	55,6%	532	36,1%
INFANCIA	148	64,6%	81	35,4%	229	15,5%
JUVENTUD	63	56,8%	48	43,2%	111	7,5%
VEJEZ	223	41,2%	318	58,8%	541	36,7%
Total general	713	48,4%	761	51,6%	1474	100%

Fuente: Base de Datos VSP Discapacidad 2014_ASIS (3)

De acuerdo al estrato socioeconómico de las personas con discapacidad predomina el estrato 2 con 60.7% de representatividad. (Ilustración 26) y de acuerdo que coincide un poco con el régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud, ya que el 53.2% de esta población pertenece al régimen subsidiado, seguido del 38.1 que pertenece al régimen contributivo, en tercer lugar está el régimen vinculado con 6.8%, el 1.3% pertenece al régimen especial, el 0.41% refiere que a ninguno y el 0.14% no sabe a qué régimen está afiliado.

Ilustración 26. Distribución porcentual de las personas con Discapacidad según estrato socioeconómico. Localidad Rafael Uribe 2014.



Fuente: Base de Datos VSP Discapacidad 2014_ASIS (3)

Se encontró que del total de la población con discapacidad, el 16.4% estaban estudiando, el porcentaje más alto estuvo en la adolescencia e infancia como habría de esperarse, sin embargo se observa que un 1.9% de la etapa adultez también lo estaba haciendo. (Tabla 11)

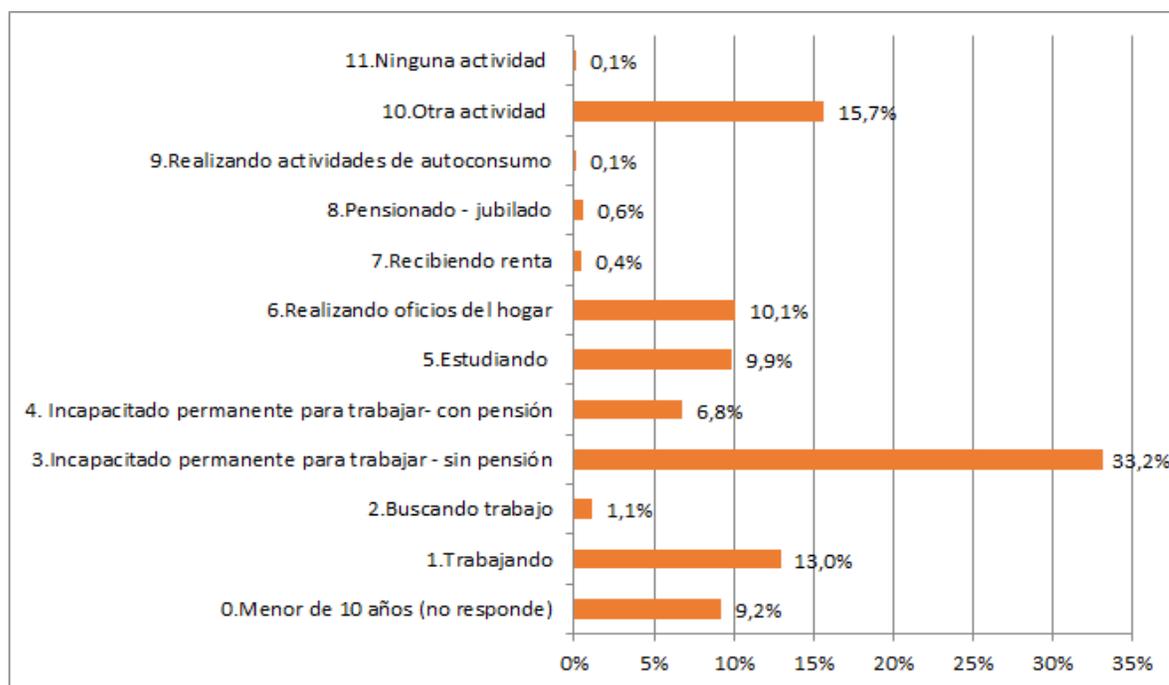
Por otro lado de acuerdo a la actividad que realizan las personas caracterizadas, el 33.2% son incapacitado permanentemente para trabajar sin pensión, frente a un 6.8% que tiene la misma situación pero si tienen pensión, un 13% se encuentra trabajando y un 1.1% está buscando trabajo. (Ilustración 27)

Tabla 10. Distribución de la población con discapacidad según Estudio. Localidad Rafael Uribe. 2014

ETAPA DE CICLO	ESTUDIA					
	SI		NO		NA	
	Frecuencia	% Filas	Frecuencia	% Filas	Frecuencia	% Filas
ADOLESCENCIA	42	68,9%	-	0,0%	19	31,1%
ADULTEZ	10	1,9%	-	0,0%	522	98,1%
INFANCIA	158	69,0%	32	14,0%	39	17,0%
JUVENTUD	32	28,8%	-	0,0%	79	71,2%
VEJEZ	-	0,0%	-	0,0%	541	100,0%
Total general	242	16,4%	32	2,2%	1200	81,4%

Fuente: Base de Datos VSP Discapacidad 2014_ASIS (3)

Ilustración 27. Distribución porcentual de personas con discapacidad según actividad realizada. Localidad Rafael Uribe, 2014.



Fuente: Base de Datos VSP Discapacidad 2014_ASIS (3)

2.1.4 Determinantes Sociales en Salud

- *Análisis de los determinantes intermedios de la salud*

Para poder comprender la situación de salud en la población se debe realizar el análisis de los determinantes sociales de la salud que son entendidos como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias 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.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, cuyo significación gira en torno a las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria y a las condiciones de vida de la población, ejerciendo su influencia sobre los diferentes componentes de lo que se deriva un mejor o peor estado de salud de la población. (62)

Condiciones de vida. Las condiciones de vida de la población inciden de forma importante en la equidad sanitaria, encontrándose relacionadas con el acceso a una vivienda de calidad, a agua salubre y a servicios de saneamiento es un derecho de todo ser humano. (62)

Teniendo en cuenta que por medio del método de necesidades básicas insatisfechas se identifican las carencias críticas en una población y permite caracterizar la pobreza, se encuentra que en la localidad las condiciones de vivienda tienen características propias del lugar donde se encuentran ubicadas dadas las condiciones geográficas ya que son zonas de mayor riesgo por la erosión del suelo que permite el deslizamiento de tierra de la misma, a si mismo la localidad ha sido conformada por asentamientos ilegales o barrios de origen informal y además se encuentran ubicados en antiguas zonas de explotación de materiales de antiguas canteras, las viviendas presentan deficiencias en la infraestructura de las viviendas y accesibilidad. Se encuentran que las viviendas presentan diversas condiciones de habitabilidad, se encuentran viviendas totalmente construidas, pero predomina un gran número de viviendas que se encuentran en obra gris y en obra negra especialmente en las UPZ Diana Turbay, Marruecos y Marco Fidel Suarez en las cuales generalmente se encuentran con condiciones de hacinamiento, el 56,6% presenta carencias de hacinamiento no mitigable, igualmente presenta el 24,3% con carencias de cohabitación y el 19,0% tienen carencias en infraestructura. (63)

Actualmente la localidad cuenta con cuatro barrios en proceso de legalización los cuales son Puentes de San Bernardo, Rincon del Zea Esperanza Alta y Serranía ubicados en las UPZ Marruecos y Diana Turbay, siendo el total de barrios sin legalizar está ubicado en la zona crítica de pobreza acumulada (27)

Es relevante mencionar que el 67% de los habitantes de la localidad está por debajo de la línea de pobreza y el 18,9% se encuentra en situación de indigencia, además es la sexta localidad de Bogotá con personas con necesidades básicas insatisfechas que representa el 8,3% de la población y el índice de condiciones de vida de la localidad (87.2) es inferior al de Bogotá (89.4). (64)

De los 104.071 hogares residentes en la localidad de Rafael Uribe Uribe el 99,4% (103.407) tiene cubierto el servicio público de acueducto, el 99,7% (103.775) hogares tiene los servicios de alcantarillado, el 99,9% (103.965) hogares tienen el servicio de recolección de basuras, el 98,8% (102.799) de los hogares el servicio de energía eléctrica y el 89,4% (93.012) hogares tiene cubierto el servicio de gas natural. (34)

Disponibilidad de alimentos. Entendido como la existencia de cantidades suficientes de alimentos de calidad adecuada, suministrados a través de la producción del país o de importaciones; está relacionada con el acceso a los alimentos, poder adquisitivo de las personas a los recursos adecuados para obtener alimentos apropiados y una alimentación nutritiva. (65)

En la localidad de Rafael Uribe Uribe la prevalencia de la inseguridad alimentaria en el hogar (ISAH) fue del 32,9%, encontrándose en el séptimo lugar entre las 20 localidades de la ciudad; comparada con el total Bogotá en el que 24,3% de los hogares encuestados presenta inseguridad alimentaria, esta localidad muestra un registro 8,6 puntos porcentuales más alto. En cuanto al grado de inseguridad

alimentaria se tiene que en esta localidad, en el 21,7% de los hogares es leve y en el 9,4% moderada. (66)

La localidad cuenta con una plaza de mercado ubicado en el barrio Santa Lucía, la cual no es suficiente para abastecer a la población de la localidad. Igualmente se puede observar que existen en toda la localidad pequeños puntos de distribución de frutas y verduras así como pequeños puntos de distribución de viveres y abarrotes que permiten la subsistencia de las personas. Estos puntos de venta en su mayoría pertenecen a personas que se ocupan en el trabajo informal, también se incluyen los vendedores ambulantes, lo anteriormente mencionado incide en la facilidad que existe para la consecución de diferentes tipos de alimentos los cuales son consumidos al por menor por los habitantes de la localidad.

Condiciones de trabajo. Son relevantes en las condiciones y calidad de vida de las personas y tienen efectos importantes en la equidad sanitaria; cuando las condiciones de trabajo son buenas aportan seguridad financiera, posición social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima, y protegen contra los trastornos físicos y psicosociales. (62)

Rafael Uribe Uribe es la sexta localidad con mayor participación en el desempleo, el 7,6% de los desempleados reside allí (34.000 personas) y tiene la segunda tasa de desempleo más alta de la ciudad (15,8%). Así mismo se encuentra que la tasa de ocupación (54,9%) es levemente inferior a la de la ciudad (55,1%). Las actividades que más ocuparon personas residentes en Rafael Uribe Uribe fueron: comercio, hoteles y restaurantes (35,1%), industria manufacturera (20,9%), y servicios sociales, comunales y personales (22,2%). (62) En la localidad predominan condiciones laborales de informalidad donde los habitantes buscan fuentes propias de ingreso y empleo a partir de actividades independientes que realizan como forma de subsistencia y obtención de ingresos, que incide en la calidad de vida de la población por la dificultad que se genera frente a la estabilidad laboral. (26)

Aspectos sociales, culturales y psicológicos. Son relevantes ya que pueden ser un factor positivo de cambio o pueden ser un obstáculo a alcanzar la salud, puesto que las condiciones de salud de las personas también son el resultado de la confluencia del entorno que rodea a la persona y confluyen y determinan los perfiles de salud/enfermedad con una incidencia directa en las brechas para acceder a los diferentes servicios sociales y de salud. (67)

La localidad cuenta con una dotación importante de salones comunales, bibliotecas comunitarias las cuales son dinamizadas por organizaciones sociales y/o concejos comunales, además se encuentran Centros de Desarrollo comunitario, auditorios pertenecientes a instituciones privadas no escolares y a instituciones educativas tanto distritales como privadas, sin embargo se encuentran en su mayoría ubicadas en las zonas bajas de la localidad que genera dificultad para su acceso especialmente para las zonas más vulnerables de la localidad

Pobreza: Es el determinante social que tiene diferentes connotaciones y está relacionada con el nivel de privación que tienen las personas frente al acceso a los diferentes recursos, pues afecta a la persona tanto a nivel familiar como social y genera consecuencia como la exclusión y desigualdad en la población, es importante el carácter transitorio o crónico de la experiencia de pobreza, de tal forma que la línea de pobreza se iguala con "el punto en el cual el retraimiento aumenta de forma proporcional a la disminución de los recursos". (68)

La localidad siempre se ha ubicado por debajo de de la media de pobreza a nivel distrital, sin embargo según los resultados de la encuesta de calidad de vida (2007) la localidad se encuentra ubicada en el tercer lugar con mayor percepción de pobreza (69)

Rafael Uribe Uribe ha sido una localidad afectada significativamente por los fenómenos asociados al incremento de pobreza, como el desempleo, la economía informal y el desplazamiento forzado; la pertenencia a los estratos 1 y 2 de servicios públicos es una forma aproximada de registrar los niveles de pobreza en una comunidad, para lo cual es relevante mencionar que, el 4,9% está clasificada dentro del estrato 1, el 43,4% se encuentra en estrato 2 y el restante 50,8% está en estrato 3. Por lo cual, bajo este indicador un 48,2% de la población local se encontraría en condición de pobreza. (26)

Educación. La accesibilidad a la misma se clasifica como un determinante en salud, pues incide de manera directa en las oportunidades de empleo, los ingresos familiares y la participación en los programas de protección social que tienen las personas al interior de una comunidad en particular y de la sociedad en general y que a su vez inciden en la calidad de vida de las personas.

La calidad de la educación, según los resultados de las pruebas realizadas por la SED, muestra que Rafael Uribe Uribe presentó niveles inferiores al conjunto de Bogotá en básica primaria y secundaria. En primaria, las instituciones oficiales superaron a las no oficiales, mientras que en secundaria fueron las instituciones no oficiales las que obtuvieron los mejores resultados. Sin embargo, las brechas por áreas entre la educación oficial y la no oficial, son mayores en secundaria que en primaria. (34)

- *Análisis de los determinantes estructurales de la salud*

Dentro del análisis de la situación de salud se deben tener en cuenta los **determinantes estructurales** comprendidos como "aquellos que generan estratificación y división social de clases en la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual dentro de las jerarquías de poder prestigio y acceso a los recursos. Los principales determinantes son: renta, educación, ocupación, clase social, género y raza o etnicidad. El contexto junto con los determinantes estructurales constituyen *los determinantes sociales de las desigualdades en salud*. (62)

Posición social. En la localidad predomina la clase socioeconómica media-baja: el 49% de los predios son de estrato dos y ocupa la mayor parte del área urbana local; el 41,2% pertenece a predios de estrato tres y el 6,6% representa el estrato uno; el 3,2% restante corresponde a predios en manzanas no residenciales, esta distribución social se ve reflejada en las dificultades que tienen los habitantes de la localidad para acceder a un determinado nivel de bienestar dada la distribución desigual existente y la inequidad en las oportunidades a nivel laboral y educativo y la dificultad en la garantía de los servicios de salud. (66)

Ingresos. Incide directamente en la calidad de vida de las personas ya que no se cuenta con los recursos suficientes para cubrir las necesidades de subsistencia mínimas siendo "un punto en el cual los recursos son tan inferiores a los que tienen el individuo o la familia media, que, de hecho, los pobres quedan excluidos de las actividades, modelos y costumbres de vida ordinarias". (70) La tasa de ocupación (54,9%) es levemente inferior a la de la ciudad (55,1%). Las actividades que más ocuparon personas residentes en Rafael Uribe Uribe fueron: comercio, hoteles y restaurantes (35,1%), industria manufacturera (20,9%) y servicios sociales, comunales y personales (22,2%). En 2006, las empresas de Rafael Uribe Uribe reportaron una ocupación para 4.625 personas. Fue la decimocuarta localidad con mayor generación de puestos de trabajo entre las localidades de Bogotá. (63)

Educación. La matrícula oficial (cantidad de cupos en las instituciones educativas) en el Distrito presentó un crecimiento del 36,8% entre 1998 y 2003, al pasar de 629.238 a 860.859 durante ese periodo, mientras que, mientras que la matrícula de Rafael Uribe Uribe sobrepasó el promedio distrital, al presentar un crecimiento de 42,6%, pasando de 53.140 a 75.799 cupos escolares durante el periodo analizado. De esta forma, la participación de la matrícula oficial se incrementó de 8,4%, sobre el total de las matrículas del Distrito en 1998, a 8,8% en el 2003. Sin embargo los cupos escolares son insuficientes para la población escolar lo que incide en la generación de problemáticas como el consumo de sustancias psicoactivas y pandillismo que inciden en las condiciones de seguridad de la localidad; además el porcentaje de analfabetismo (2,4%), es superior al de Bogotá (2,2%); afectando el acceso a oportunidades laborales que generen un mayor nivel de ingresos. (71)

Estrato o Clase social. La clase social tiene como premisa la situación estructural de la persona dentro de la economía, como empleador, empleado, auto empleado o desempleado (tanto en el sector formal como en el informal), y como propietario o no de capital, tierras u otras formas de inversión económica. (62) La población de la localidad es perteneciente al sector del trabajo informal que implica carecer de un nivel de ingresos fijos, como consecuencia de las dificultades en el acceso a las oportunidades educativas

Régimen de afiliación. El 67,4% de la población de Rafael Uribe Uribe está afiliada al sistema de salud y es la última localidad en cobertura de seguridad

social en salud en Bogotá. La mayoría de la población afiliada pertenece al régimen contributivo (78%). (72) Se presentan diferentes barreras de acceso a los servicios de salud como lo es la incidencia de la ubicación geográfica de las personas y las distancias existentes a los a los diferentes centros de salud genera dificultades en el desplazamiento, además se presenta dificultad en la asignación de las citas por falta de disponibilidad en la agenda tanto para medicina general como para medicina especializada.

2.2 Indicadores Por Dimensiones Prioritarias

Desde las directrices dadas por el ministerio de salud y de la protección social definieron la existencia de 8 dimensiones prioritarias y dos dimensiones transversales, estas se deben entender como elementos técnicos y políticos ordenadores del abordaje y de la actuación en salud, desde allí se deben realizar acciones sectoriales, comunitaria y transectorial.

El análisis de las dimensiones se realiza en conjunto con los determinantes sociales de la salud, esto con el fin de explicar de una manera más cercana conforme las características poblacionales, ambientales, sociales y económicas de la localidad

2.2.1 Dimensión Salud Ambiental

- *Coberturas útiles de vacunación para rabia en animales:*

El ambiente se entiende como el conjunto de elementos vivos (incluido el ser humano) e inanimados que comparten un área geográfica. Si bien es cierto la actividad humana tiene primacía en la relación entre los Seres Humanos y la 'Naturaleza', los Seres Humanos, en cuanto seres biológico-sociales, comparten con los demás seres determinaciones de orden biológico de los que no pueden desligarse totalmente. Todo desarrollo técnico, social o económico debe tomar en consideración esta determinación puesto que su desconocimiento puede llevar a que la capacidad de respuesta del Ambiente biofísico 'Natural' y 'Construido' no logre adecuarse y/o responder a la actividad humana, para restablecer los equilibrios amenazados, y puede incluir grave riesgo tanto para el Ambiente como para la población humana en su conjunto. En este orden de ideas, para el presente contexto de la dimensión de Salud Ambiental del DX Local, los componentes asociados a esta dimensión son:

- a) **Hábitat Saludable:** Conjunto de políticas públicas, estrategias y acciones intersectoriales e interdisciplinarias, encaminadas a mejorar la calidad de vida y salud de la población, afectando positivamente los determinantes ambientales y

sanitarios de la salud, en los entornos donde las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

- **Vivienda Saludable:** “alude a un espacio de residencia caracterizado por un conjunto de condiciones que influyen de manera favorable en los procesos de restauración, protección y promoción de la salud e incentiva la actividad creadora y el aprendizaje de sus moradores.”
 - **Entornos Educativos Saludables:** Los entornos educativos saludables son definidos como el espacio geográfico en donde habita la comunidad educativa; donde se construye y reproduce la cultura, se desarrolla el pensamiento, la afectividad y los comportamientos básicos para producir nuevos conocimientos, se buscan alternativas, mejores formas de vivir y relacionarse con su entorno.
 - **Entornos Comunitarios Saludables:** El Entorno Comunitario está constituido por un conjunto de escenarios en los cuales los individuos y los grupos sociales ejercen su autonomía funcional y política, enmarcados en relaciones sociales que pueden proteger o deteriorar su salud y que han sido construidas históricamente.
 - **Entornos de Trabajo Saludables:** El entorno laboral es el espacio del territorio donde las personas y los grupos sociales se organizan para producir bienes y servicios, en el se expresan las relaciones construidas socialmente, que determinan exposiciones diferenciales y resultados desiguales en la salud de las personas en función de la posición ocupacional en las cadenas productivas nacionales y transnacionales.
 - **Procesos Productivos Sostenibles:** Corresponde a la base del desarrollo sostenible, que busca la promoción de técnicas de producción limpia que protejan los recursos vivos, el suelo, el aire o el agua, en todos los sectores de la economía; incluyendo la explotación pecuaria, agrícola, energética, minera, extracción de materiales para la construcción, manufactura, servicios, transporte, turismo y cuidado de los bosques.
 - **Ecosistemas Estratégicos Saludables:** La mayor parte del territorio nacional ha sido sometida a usos no sostenibles, que han dado como resultado una disminución de la capacidad productiva de los ecosistemas por destrucción de biodiversidad, erosión, sedimentación, contaminación de suelos y aguas y afectación del balance hídrico de las cuencas, entre otras razones.
- b) **Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales:** Acciones sectoriales e intersectoriales del orden nacional y territorial, que permitan incidir en aquellas situaciones de interés en salud pública, mediante la intervención positiva de los factores, riesgos y daños de orden social, sanitario y ambiental que permitan modificar la carga ambiental de la enfermedad.

Protección de la salud en los trabajadores: Acciones sectoriales e intersectoriales del orden nacional y territorial, que permitan incidir positivamente en las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía (1)

- Coberturas útiles de vacunación para rabia en animales:

En cumplimiento del plan de desarrollo Bogotá Humana, en el cual se establece como una de las metas del proyecto Salud Ambiental, “mantener en cero el número de casos de rabia humana en el distrito”, se desarrolla por parte del Hospital Rafael Uribe Uribe, acciones de vacunación a caninos y felinos con edad mayor a tres meses, desarrolladas en jornadas masivas en punto fijo y campañas puerta a puerta. Adicionalmente, el equipo del ámbito Territorios Ambientalmente Saludables apoya estas acciones a través de la difusión, concertación y vacunación puerta a puerta en los diferentes microterritorios. La localidad Rafael Uribe Uribe cuenta con 8 puntos fijos de vacunación que operan los días viernes de cada mes.

Para la localidad se cuenta con un 46% de cobertura (32330 felinos y caninos vacunados) con respecto al número de mascotas censadas (69600).

En relación con las coberturas por UPZ, el sector Diana Turbay presenta la cobertura más alta, donde el 58,2% de la población de mascotas estimada en el censo, fueron inmunizados. La menor cobertura se presentó en el territorio correspondiente a las UPZ Quiroga y San José en el cual se vacunó al 39,8% de la población de mascotas.

- Disponibilidad de mapas de riesgo y vigilancia de la calidad del agua para consumo humano

Como estrategia para garantizar la calidad del agua que se suministra a la población de la localidad, se realizan acciones de vigilancia y control a los sistemas de almacenamiento y suministro en los establecimientos abiertos al público. En este sentido es importante establecer el porcentaje de establecimientos con concepto favorable en actividades de Vigilancia de la calidad para el agua de consumo humano.

A través del componente de Vigilancia Sanitaria, se logró realizar acciones de inspección, vigilancia y control (IVC) a 1238 establecimientos de los cuales 766, es decir el 61%, obtuvo concepto sanitario favorable.

En los territorios de la localidad se encontró que el mayor porcentaje de conceptos favorables se obtuvo en las UPZ Quiroga –San José, donde el 85% de los establecimientos vigilados obtuvo concepto favorable. Los resultados menos favorables se presentaron en la UPZ marruecos donde solo el 46,4% de los establecimientos cumplió con los requerimientos establecidos en la norma

sanitaria. La UPZ Marco Fidel Suarez y Diana Turbay presentan porcentajes de conceptos favorables de 74% y 51% respectivamente.

- Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano – IRCA Valor Distrital consolidado de Enero a Diciembre del 2014

El IRCA es el resultado del análisis de características fisicoquímicas y microbiológicas en muestras de agua de consumo tomadas en los puntos de la red de distribución de agua de los prestadores del servicio de acueducto de cada municipio de Colombia. El indicador a corte de diciembre de 2014 presenta un valor de 0,09%, que corresponde de manera general al Distrito Capital. No se cuenta con registros específicos para la localidad 18.

- Disponibilidad de políticas relacionadas con la reducción en emisión de contaminantes.

Material Particulado Inferior a 10 Micras { μ }. Promedio Anual Distrito:

Este indicador se calcula con base en la información registrada por la estación de monitoreo de aire del Tunal, ubicada en la localidad de Tunjuelito. (Poner qué tipo de modelo se usa). El indicador corresponde a las mediciones en el Distrito, dado que no se cuenta con información puntual por localidad. Para la localidad Rafael Uribe Uribe, el valor de este indicador, en 2014, es de 48 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ que es inferior al valor Distrital, cuyo valor es de 52 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.

Número de Días que se Excede la Norma de Material Particulado Distrito:

Los datos encontrados a nivel Distrital dan cuenta de un incremento de 65 Días en los que se excede la Norma, pasando en el año 2013 de 85 a 150 días al año 2014. Para la localidad Rafael Uribe Uribe se tiene en cuenta los datos suministrados por las estaciones Tunal y San Cristóbal, en las cuales se superó los valores máximos permitidos de PM10 durante 15 días del año 2014.

- Disponibilidad de sistemas de suministro de agua para consumo humano

El porcentaje de suscriptores en la localidad Rafael Uribe Uribe con agua potable es de 99,84% para el año 2014. Este dato corresponde a un estimado distrital y no se cuenta con cifras específicas por UPZ. LO únicos sectores que no cuentan con el servicio de acueducto corresponden a asentamientos subnormales e invasiones en la parte alta de la localidad.

- Disponibilidad de sistemas para el manejo y disposición final de residuos

No se cuenta con registro de la cobertura del servicio de recolección de residuos domiciliarios, sin embargo algunos sectores de las UPZ Diana Turbay y marruecos

carecen de dicho servicio. En relación con las coberturas de rutas de reciclaje solo se tiene información estimada del avance de estos procesos a nivel distrital:

Número de Rutas de Reciclaje Implementadas en Toda la Ciudad (RRI).

AÑO 2014: Magnitud Cuatrienal = Magnitud que se proyecta alcanzar en los cuatro años del Plan Ambiental Cuatrienal. (MC)=774 Rutas

Magnitud Programada = Magnitud programada de avance del proyecto en el presente año (MP)= 310 Rutas

Avance Magnitud = Magnitud alcanzada en el año AM=366 Rutas

$RRI ((AM)/(MC))*100 = 47,29 \%$

- Incidencia de enfermedades relacionadas con el trabajo por exposición a sustancias:

En relación con los efectos en la salud por exposición a sustancias, no se cuentan con datos locales que permitan establecer dicha incidencia. No obstante y a partir de las acciones de vigilancia de la salud ambiental, se busca garantizar condiciones seguras y adecuadas de manipulación y almacenamiento de estos productos, con el fin de proteger la salud de los manipuladores y de la comunidad en general.

En este sentido, el porcentaje de establecimientos con concepto favorable en actividades de Vigilancia en establecimientos que manipulan productos químicos corresponde a solo el 20%. El restante 80% corresponde a lugares que están en proceso de mejora o que definitivamente no garantizan condiciones seguras de manipulación de productos químicos. A nivel de UPZ, los sectores de Diana Turbay, Marruecos y Marco Fidel Suarez presentan porcentajes similares de conceptos favorables con un 33% de cumplimiento.

2.2.2 Dimensión Vida Saludable libre de Enfermedades Transmisibles

En esta dimensión comprende las políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias en pro del derecho a vivir libre de enfermedades transmisibles, mediante estrategias que permiten el control, eliminación y erradicación, como lo son la vacunación y la vigilancia epidemiológica.

En el año 2014 la Localidad alcanzó coberturas útiles de los biológicos Triple Viral y Polio 94,7% y 98,6% respectivamente, según los datos reportados para población de un año de edad o menos. Al comparar estas coberturas con las del año 2012 se evidencia que el porcentaje disminuyó aproximadamente en un 40,8% para Triple viral, a diferencia de la cobertura de Polio, presentando un aumento de 5,8%. Durante los últimos cuatro años se ha presentado un

cumplimiento en las coberturas de vacunación, gracias a la voluntad de políticas más oportunas, la combinación de estrategias, el sostenimiento financiero del programa en el tiempo y la dedicación del equipo de vacunación local; Lo anterior ha permitido controlar y eliminar de la localidad algunas de las enfermedades transmisibles inmunoprevenibles, dentro de las que se encuentran la Poliomieltis, el Sarampión, la Rubeola, el Tétanos Neonatal y el tétanos accidental, , la Difteria. Además de ser condiciones evitables relacionadas con estas enfermedades, se asocia a la cobertura efectiva y a la respuesta de las instituciones de salud, prestadoras de servicios de vacunación.

Por otro lado la vigilancia epidemiológica no solo permite la identificación de los casos probables o sospechosos de eventos transmisibles, sino que realiza las intervenciones para tomar las medidas de control necesarias y oportunas para detener la transmisión de los mismos, realizando el seguimiento adecuado para cada caso.

Desde el Programa de Transmisibles de gestión de políticas y programas del hospital, se implementaron estrategias de abordaje a estos eventos, consolidando el programa al nivel nacional no solo en red de prestadores del sector público, sino también del privado; garantizando la integralidad en el seguimiento, así como la accesibilidad efectiva y gratuita al tratamiento y el abordaje de sensibilización al paciente, la familia y la sociedad, logrando una porcentaje de personas curadas de 100% en tres de los territorios de la localidad (Diana Turbay, Marruecos, Marco Fidel Suarez)y de 80% en el territorio San José – Quiroga).

Para el año 2014 en la Localidad se diagnosticaron 72 casos de Tuberculosis de todas las formas, 51% de tipo pulmonar (37 casos), lo cual indica la posibilidad de transmisión de la enfermedad. Existen factores de riesgo que favorecen la circulación y transmisión de la bacteria y el riesgo de desarrollar la enfermedad, como ambientes poco ventilados, húmedos, sin iluminación.

Entre los eventos transmisibles que revisten importancia en la localidad Rafael Uribe Uribe están las enfermedades respiratorias ya que durante el 2014 se presentó una tasa de mortalidad por IRA en Menores de 5 años de $6,5 \times 100.000$ menores 5 años y la Letalidad por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) fue de 7,14%, además se reportó un brote institucional de IRA en una institución de protección, el cual fue intervenido por la unidad comando de la ESE.

Como se mencionó en el análisis de morbilidad por eventos de notificación obligatoria, entre los eventos que se notifican con mayor frecuencia en la localidad están varicela y parotiditis, no solo como evento individual, sino también en brotes (2 casos o más), durante el año 2014 se reportaron en la localidad 78 brotes de varicela, con un aumento de 54 con respecto al año 2013 donde se reportaron 24 brotes de este evento, de los brotes presentados en el 2014 el 90%

correspondieron a brotes en grupos familiares (70 brotes) y 8 correspondieron a brotes institucionales 3 en albergues y 5 en personas privadas de la libertad en el centro penitenciario La picota, estos casos fueron intervenidos por la unidad comando evaluando y proporcionando las medidas necesarias para la contención de los brotes, además durante la intervención de los casos se ha identificado que entre los motivos para el aumento de la transmisión de estos virus están las creencias sobre los eventos, las incapacidades medicas cortas que hacen que los afectados no cumplan el tiempo requerido de aislamiento. En este sentido en el año 2014 se incluyó en las vacunas del PAI, la inmunización contra la varicela a los niños y niñas de 18 meses de edad.

2.2.3 Dimensión Convivencia Social y Salud Mental

De acuerdo con el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, la dimensión se define como un espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria que, que permite y facilita llevar a cabo acciones de la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, que desde cada una de las acciones e intervenciones contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial. (78)

La dimensión comprende el componente de promoción de la salud mental y convivencia definido como el conjunto de políticas públicas, estrategias y acciones intersectoriales y comunitarias orientadas a proveer oportunidades que permitan el despliegue óptimo de recursos individuales y colectivos para el disfrute de la vida cotidiana, estableciendo relaciones interpersonales basadas en el respeto, la solidaridad y el ejercicio de los derechos humanos para el logro del bien común y el desarrollo humano y social; así mismo comprende el componente de prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia a través del cual se dinamizan estrategias dirigidas a la prevención y atención integral de aquellos estados temporales o permanentes identificables por el individuo y/o por otras personas en los que las emociones, pensamientos, percepciones o comportamientos afectan o ponen en riesgo el estado de bienestar o la relación consigo mismo, con la comunidad y el entorno. (78)

A continuación se muestra la notificación por tipo de violencia, según el informe anual de enero a diciembre de 2014 del sistema de vigilancia SIVIM, donde se puede observar mayor violencia en las mujeres y el tipo de violencia mayormente notificado es el de tipo emocional pues es transversal a las demás violencias.

Tabla 11. Distribución porcentual de los tipos de Violencia en la Localidad Rafael Uribe Uribe. 2014

TIPO DE VIOLENCIA	GRUPO EDAD	SEXO		TOTAL	%	TIPO DE VIOLENCIA	GRUPO EDAD	SEXO		TOTAL	%
		H	M					H	M		
Violencia Física	1 a 5 años		14	14	3,6%	Violencia económica	1 a 5 años	4	8	12	10,7%
	6-12 años		82	82	21,3%		6-12 años	5	8	13	11,6%
	13-18 años		57	57	14,8%		13-18 años	4	5	9	8,0%
	19-26 años		67	67	17,4%		19-26 años	0	8	8	7,1%
	27-59 años		139	139	36,1%		27-59 años	2	42	44	39,3%
	>=60	4	22	26	6,8%		>=60	6	20	26	23,2%
TOTAL		4	381	385		TOTAL		21	91	112	
Violencia Emocional	1 a 5 años	71	84	155	12,8%	Violencia por Negligencia	1 a 5 años	51	64	115	21,8%
	6-12 años	169	143	312	25,8%		6-12 años	108	63	171	32,4%
	13-18 años	93	182	275	22,8%		13-18 años	50	79	129	24,5%
	19-26 años	13	104	117	9,7%		19-26 años	3	23	26	4,9%
	27-59 años	25	237	262	21,7%		27-59 años	11	34	45	8,5%
	>=60	26	61	87	7,2%		>=60	18	23	41	7,8%
TOTAL		397	811	1208		TOTAL		241	286	527	
Violencia Sexual	1 a 5 años	9	11	20	11,4%	Violencia por Abandono	1 a 5 años	13	8	21	18,6%
	6-12 años	19	40	59	33,7%		6-12 años	24	19	43	38,1%
	13-18 años	7	52	59	33,7%		13-18 años	4	14	18	15,9%
	19-26 años	1	14	15	8,6%		19-26 años	0	3	3	2,7%
	27-59 años	0	20	20	11,4%		27-59 años	3	3	6	5,3%
	>=60	0	2	2	1,1%		>=60	10	12	22	19,5%
TOTAL		36	139	175		TOTAL		54	59	113	

Fuente: Informe anual de enero a diciembre de 2014 del sistema de vigilancia SIVIM.

Para el año 2014 se tienen un total de 2651 casos de violencia intrafamiliar los cuales no se encuentran estipulados por UPZ

La Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar sacó por el número de casos sobre la totalidad de la población por 100.000, es decir 705 casos por 100.000 habitantes

Para el Autocuidado y corresponsabilidad social para la salud mental y la convivencia social, desde lo local se presentan iniciativas que están relacionadas con procesos educativos, enfocados a la prevención de consumo de sustancias psicoactivas permitiendo crear espacios de dialogo y reflexión para mejorar la convivencia en lo local. En cuanto a la prevención de las violencias contra las mujeres desde la red se proyecta acciones de movilización y sensibilización evidenciando la desnaturalización de la violencia para el 2014 en la localidad Rafael Uribe se generaron 55 iniciativas comunitarios de las cuales fueron 18 enfocadas a la salud mental

En cuanto a los Comportamientos individuales y colectivos para el cuidado de la salud mental y la convivencia social, desde lo local se presentan iniciativas que están relacionadas con procesos educativos, enfocados a la prevención de consumo de sustancias psicoactivas permitiendo crear espacios de dialogo y reflexión para mejorar la convivencia en lo local. De igual forma desde las actividades que se desarrollan desde el programa de territorios saludables con profesionales de psicología con estrategias como, intervención psicosocial donde se realiza un trabajo individual y familiar, dentro de cada una de las familias priorizada de igual forma dentro de cada uno de los ámbitos de vida cotidiana se desarrollan estas acciones de manera individual. por otra parte se trabaja desde la estrategia (promoción de prácticas saludables en salud mental) con ingreso a ámbitos escolar, institucional y servicios de salud colectiva con (mascota verde y yo, grupos de apoyo, gestores y movilizaciones de ruta,) Se tuvo una cobertura total clasificado de la siguiente manera Etapas de ciclo Infancia: 243 Juventud: 489 Adultez: 815 Vejez: 398 Genero: Mujeres: 1464 Hombres: 477 LGBTI: 4 Discapacidad: Mujeres: 102 Hombres 62 Gestantes: 177 Víctimas de conflicto: 54 Asistencias Grupales Escolar

Desde salud mental se fortalecen entornos protectores para el mejoramiento de la salud mental de la comunidad, desde los diferentes ámbitos de vida cotidiana y etapas de ciclo vital, con el objetivo de realizar actividades de inclusión con enfoque diferencial, poblacional y de genero con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas que habitan dentro de la localidad

Se trabajan para la disminución de factores de riesgo en salud mental con poblaciones específicas como son la escolar y la poblacional por las diferentes etapas de ciclo vital, y poblaciones diferenciales, desde la estrategia de promoción practicas protectoras en salud mental Desde ÁMBITO ESCOLAR se realizan diferentes asistencias en los IED como el Misael Pastrana, Enrique Olaya herrera y Restrepo Millán trabajando temas como movilización de rutas, prevención de violencias, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida y violencia dentro del aula, de igual forma se trabaja en fortalecer proyecto de vida y autocuidado en los niños niñas jóvenes y adolescentes.

Intervención psicosocial transectorial en población víctima de conflicto, se tiene desde la estrategia psicosocial con la realización de tres visitas un total de 54 visitas a diferentes núcleos familiares de la localidad con el objetivo de disminuir factores de riesgo

Factores de riesgo asociados a diferentes formas de violencia, problemas, trastornos mentales y eventos asociados: En lo local se desarrollan acciones desde lo individual y colectivo desde las intervenciones de ámbito familiar, escolar, servicios de salud colectiva, espacio público, laboral, institucional, donde se realiza la prevención de factores que inciden en los riesgos de la salud mental con diferentes etapas de ciclo y ámbitos de vida cotidiana Se tienen 7 casos identificados en la localidad del año 2014 con clasificación de AUTISMO 2 casos

los cuales son ciegos con retardo mental leve, 1 caso con demencia esquizofrenia, 1 caso con epilepsia esquizofrenia residual, 4 con epilepsia, 24 casos con diferentes tipos de esquizofrenia, 6 casos con parálisis cerebral, 12 casos con retardo mental leve y severo, 2 con retraso mental y del crecimiento y 2 con trastornos mentales número de sujetos abordados en lo individual/número total de individuos abordados en acciones de salud mental

Atención integral de problemas y trastornos mentales y eventos asociados: se ha realizado articulación con vigilancia en Salud Pública con el fin de identificar algunos casos que requieren intervención de un tercer nivel de atención, estos casos requieren una intervención de un equipo interdisciplinario.

El espacio local que se tiene dentro de la localidad y que apunta a promover y posicionar la política de salud mental es la red de buen trato a nivel local donde se cuenta con la participación de diferentes instituciones locales como son ICBF, Secretaria local de integración social, alcaldía local, entre fundaciones locales como son Fundamarte, Luis amigo, Club Michin, Bambi entre otras y con las cuales se tiene un plan de acción que apunta a diferentes actividades para promover acciones de buen trato y eliminar barreras de acceso en las necesidades evidenciadas por la población de la comunidad, la reunión se realiza de manera mensual, de igual forma cada tres meses se lleva a cabo el consejo red de buen trato y donde se hace el seguimiento al plan de acción planteado desde el principio del año. La reunión de la red de buen trato permite que se generen articulaciones con cada una de las instituciones locales promoviendo y conociendo programas que se tienen al interior de cada una de las mismas y que apuntan al mejoramiento de la calidad de vida de las personas habitantes de la localidad, así como procesos de canalizaciones efectivas. Por último se generan espacios donde se posiciona la política como son mesas de trabajo de las instituciones con funcionarios, reunión con padres, jornadas de buen trato y celebración día de la familia.

2.2.4 Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional

Comprende acciones que buscan garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión transectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial. Para el análisis de esta dimensión en la localidad Rafael Uribe Uribe se evaluaron los siguientes indicadores: Bajo peso al Nacer, duración de la mediana de la Lactancia Materna, Desnutrición Crónica y Desnutrición Global, según disponibilidad de información.

La Dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional comprende los siguientes componentes:

Disponibilidad y acceso a los alimentos: Acciones que contribuyen a potenciar la oferta de alimentos a nivel nacional, regional y local y el suministro suficiente de estos frente a los requerimientos de la población, con el propósito de posibilitar el acceso a una alimentación adecuada y sostenible por parte de toda la población

Indicadores de referencia: Consumo per cápita de granos básicos (lenteja, frijol, garbanzo) (gr/día). Consumo per cápita de cereales base (arroz, maíz-harina) (gr./día) Consumo per cápita de Carnes (res, pollo, pescado) (gr/día), fuente de información ENSIN 2010 a pesar de que esta encuesta suministra información relacionada con la seguridad Alimentaria y Nutricional no se encontraron datos discriminados por cada localidad en relación a la disponibilidad y acceso a los alimentos.

Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos: Acciones que buscan fortalecer en la población la selección adecuada de los alimentos y la práctica de hábitos alimentarios saludables que le permitan mantener un estado de salud y nutrición adecuado. Tiene en cuenta la alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada.

Para la Localidad de Rafael Uribe Uribe según el informe final de análisis de indicadores, de Enero a Diciembre de 2014 la Localidad Rafael Uribe Uribe, el bajo peso al nacer se encuentra en el 8,9% muy por debajo de la meta distrital la cual busca reducir al 10% la prevalencia del bajo peso al nacer.

Al realizar la revisión por territorio se evidencia lo siguiente: UPZ Diana Turbay: 5.4%, UPZ Marruecos: 4.7%, UPZ Marco Fidel: 6.2% UPZ San José: 4.5%, UPZ Quiroga: 4.8%. fuente de información ENSIN 2010.

Se evidencia que la mayor prevalencia se presentó en el territorio 73, UPZ 53 Marco Fidel Suarez con un 6,2%, esto puede atribuirse a que es el territorio que presentó mayor número de embarazos de 10 a 14 años durante el año 2014, otras causas asociadas tienen que ver con el inicio tardío de controles prenatales y baja adherencia a los servicios de salud lo que conlleva a que no se consuman los micronutrientes durante el primer trimestre, estrato socioeconómico que repercute en el acceso a los alimentos limitando el número de comidas y la calidad de los nutrientes que consumen, ingreso a la gestación con bajo peso, dificultades a nivel socio afectivo relacionado con las redes de apoyo, salud oral (enfermedad periodontal) y algunas específicas asociadas a problemas de salud durante la gestación.

La prevalencia de desnutrición global en la localidad Rafael Uribe Uribe para el año 2014 es 5,2% representada en 507 niños y niñas menores de 5 años, la cual se encuentra por encima de la meta distrital que pretende reducir a 3% la prevalencia de la desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la administración distrital.

En relación al análisis de este indicador es importante tener en cuenta la distribución de los alimentos al interior del hogar la cual se brinda dependiendo de los roles.

La prevalencia de desnutrición crónica en la localidad Rafael Uribe Uribe para el año 2014 fue 16.7% representada en 1.630 niños y niñas menores de 5 años, lo que significa que se encuentra por encima de la meta distrital que es reducir a 12% la prevalencia de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la administración distrital. El cumplimiento de esta meta está relacionado con el acceso a la alimentación, la calidad nutricional y alimentaria que depende en gran medida del nivel socioeconómico de las familias, la adherencia a los servicios de salud, específicamente a los controles de crecimiento y desarrollo en los primeros 5 años de vida, inicio inadecuado de la alimentación complementaria, la no garantía de lactancia materna exclusiva que es remplaza por leche de fórmula o mezclas vegetales y el bajo consumo de proteína de alto valor biológico.

Frente a la mediana de lactancia materna se cuenta con 2,6 meses en la localidad Rafael Uribe Uribe, muy por debajo de la meta distrital que proyecta aumentar en 4,0 meses la mediana de lactancia a nivel distrital y de lo esperado para una lactancia materna exclusiva que son 6,0 meses, a nivel territorial se observa que la UPZ Quiroga presenta una mediana de lactancia materna idéntica a la nacional de 1,8 meses en contraste con la UPZ Diana Turbay en donde la mediana esta en 3,2; al hacer un análisis comparativo frente al comportamiento de la mediana en estos territorios, se tienen como factores el nivel educativo y socioeconómico, puesto que a mayor nivel socioeconómico hay menor oportunidad de garantizar la lactancia materna exclusiva, los patrones culturales que tienden a replicarse generacionalmente y que tienen mayor acogida que las indicaciones del personal de salud, la influencia de los medios de comunicación en la que se observa el poder del sector privado y la industria sobre los patrones alimentarios, propiciando la convergencia alimentaria.

Calidad e inocuidad de los alimentos: Este componente se divide en 4 líneas de Observación:

- Plan de seguridad alimentaria y nutricional: indicador de referencia implementación del Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional en las entidades territoriales del departamento.
- Acceso a programas nutricionales seguros y protección de los derechos de los consumidores: indicador de referencia: Numero de población cubierta por los diferentes programas y modalidades del ICBF y SLIS.

Indicadores recientes para La Localidad de Rafael Uribe Uribe: Existen 728FAMI, 1040 Hogares infantiles.

875 Centros de desarrollo infantil (575 modalidad institucional, 300 modalidad familiar), Hogares comunitarios 6384, Desayunos infantiles con amor 2848, Generaciones con bienestar 600 SDIS, Comedores Comunitarios (18) 4125, SDIS Servicio mi Vital Alimentario 1236, SDIS Canasta Afro 150 Núcleos Familiares, SDIS Ámbito Familiar 3247, SDIS Adulto Mayor 7009. Fuente de información suministrada por SLIS RUU- INFORME SMIA 2014.

- Inspección, vigilancia y control de la cadena alimentaria.

Conceptos sanitarios emitidos, oportunidad en la notificación inmediata de brotes. Según fuente de información Vigilancia Sanitaria del Hospital Rafael Uribe Uribe se realizaron 3331 Visitas Concepto Favorable a 528 establecimientos.

- Prevención y control de peligros y trazabilidad de los alimentos no se logró obtener esta información.

2.2.6 Dimensión Vida Saludable y condiciones no transmisibles

En esta dimensión se agrupan las políticas las intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles. (1)

Esta dimensión abarca las condiciones de salud de la población que debido a sus hábitos culturales no saludables degeneran en problemas de salud que al acumularse producen tensiones con las otras dimensiones. Por tanto, esta dimensión tiende observar los componentes necesarios para que la población pueda gozar de calidad vida en todas las etapas de ciclo en condiciones saludables.

Según el Programa de trasmisibles ESE la localidad tiene implementada la estrategia: ambientes libres de humo de tabaco en los lugares definidos por la Ley 1335 de 2009.

El Hospital cuenta con diferentes líneas de intervención en el componente de Salud Pública y de atención asistencial, además de estrategias de Información, Educación y Comunicación para dar a conocer a los usuarios y población en general tips importantes para la mejora de la calidad de vida en salud.

En el programa IPS Privados y EAPB, se realizan asesorías en programadas de interés en salud pública a 15 IPS Privadas con el fin fortalecer la atención a la población usuaria de dichos programas en cada Entidad.

Como ejemplo de dichas intervenciones se tiene:

Subprograma de Discapacidad, desde el programa Territorios Saludables, se adelantan diferentes acciones por parte de los equipos RBC (Terapeutas y Agentes de Cambio) territoriales, en los ámbitos familiar, servicios de salud colectiva, comunitario, e institucional, con las cuales se evidencia cobertura en los diferentes ciclos vitales en los que se encuentra la población con discapacidad, familiares, cuidadores y cuidadoras.

Para las etapas de ciclo vital juventud, adultez y vejez se cuenta con la estrategia de valoración de condiciones crónicas, a través de la cual se realizan acciones de promoción de hábitos de vida saludable como la realización de actividad física, alimentación saludable, espacios libres de humo de cigarrillo, etc.; de igual manera se determina el riesgo cardiovascular y riesgo de diabetes de cada persona tamizada.

Del mismo modo, para cada ciclo vital, se posiciona su política correspondiente, la cual aboga por los derechos humanos, teniendo en cuenta el derecho a la salud y a la recreación. Dentro del marco de la misma, se dan a conocer las rutas de atención y se realizan acciones inter-sectoriales que abogan por el bienestar integral de la comunidad.

Por otra parte se realiza una vez al año la campaña de hábitos de vida saludable, la cual se celebra en el marco del día mundial contra la obesidad. El porcentaje de personas de 5 a 8 años que consumen frutas y verduras diariamente es del 54%, de 9 a 13 años del 52,2%, de 14 a 18 años del 48%.

Se trabajan temáticas específicas en las que se abarcan las enfermedades crónicas y se hace promoción de estilos de vida saludable, sin embargo no existen Servicios de Salud Colectivos específicos que estén dirigidos a la población de personas afectadas por condiciones crónicas.

En el programa de Territorios Saludables, desde los ámbitos servicios de salud colectiva, institucional y comunitario se realizan acciones que favorecen a las personas mayores, con condiciones crónicas y con discapacidad de la Localidad.

Se cuenta con la presencia de entidades como SLIS, Casa de Igualdad de Oportunidades para las mujeres, Subdirección Local de Integración Social, Alcaldía Local, IPS públicas y privadas.

2.2.7 Dimensión Salud Pública en emergencias y desastres

La Localidad Rafael Uribe debido a sus características geográficas posee áreas en pendiente como planas, por tanto, posee riesgo de remoción en masa como de inundación.

Tiene áreas clasificadas como de riesgo inminente de remoción en masa, debido a que el suelo presenta un alto grado de erosión y desgaste por la extracción y

explotación de materiales para la construcción (arena, piedra, arcilla), situación que se ve desmejorada por la deforestación total y la destrucción de la capa vegetal; un mal drenaje de las aguas servidas y lluvias hace que se infiltren en el terreno y lo erosionen formando zanjas y cárcavas que favorecen los deslizamientos de tierra. (73)

En Rafael Uribe Uribe existe un área total de 820,82 ha en zonas de amenaza por remoción en masa, donde se localizan 1.412 manzanas. De ese total hay 191 manzanas, que ocupan un área de 123,2 ha, clasificada como zona de remoción en amenaza alta; hay además 1.104 manzanas que ocupan 461,3 ha, clasificadas como zona de remoción en amenaza media y 117 manzanas en un área de 236,3 ha, clasificada como zona de remoción en amenaza baja. Las zonas de remoción en amenaza alta se encuentran dispersas en el territorio de las UPZ Marruecos y Diana Turbay; en la UPZ Marruecos se localiza la mayor cantidad de manzanas ubicadas en zonas de remoción con amenaza alta y media; la UPZ San José figura con la mayor cantidad de manzanas en amenaza. (73)

Según el Plan de Ordenamiento Territorial (POT) 2000 para la localidad existe riesgo alto de inundación sobre el predio de la Cárcel la Picota y en las inmediaciones del Parque Hacienda Los Molinos en el trayecto del río Chiguaza (74).

Para el año 2014 en la Localidad Rafael Uribe, no se presentaron mortalidades por emergencias en salud pública, tampoco se presentaron casos de personas que quedaran arruinadas por emergencias en salud pública.

Según el Balance De Resultados Del Plan De Desarrollo Distrital 2012 - 2016 Informe De Rendición De Cuentas 2014, del para el 2014 hubo 2 Obras intervenidas y/o en ejecución por entidades del Sistema Distrital de Gestión de Riesgo y Cambio Climático en la Localidad Ubicadas en el sector de Granjas de San Pablo y Diana Turbay Sector Comuneros. (75)

La Red de bancos de Sangre y Servicios de Transfusión Sanguínea de Bogotá es un sistema técnico administrativo y asistencial, coordinado por la Secretaría Distrital de Salud. Esta red está conformada por los bancos de sangre y servicios de transfusión sanguínea públicos y privados que existen en la ciudad de Bogotá; Hace referencia al conjunto de acciones coordinadas desde el sector salud para la atención en emergencias y desastres, y la gestión transectorial para la reconstrucción y recuperación en situaciones de emergencias y desastres.

Desde la SDS, se realiza un proyecto especial con el Hospital de Fontibón para realizar toda la vigilancia en los puertos de entrada al país, como son el aeropuerto y terminal terrestre de transporte. Presencia de Unidades Comando en las localidades para la atención o intervención de eventos de propagación; Hace

referencia a las acciones o estrategias desarrolladas para garantizar a la población el acceso seguro, oportuno y suficiente a sangre y componentes sanguíneos.

La Unidad Comando encargada de la localidad, durante el 2013 atendió 24 brotes de varicela, 1 institucional y 23 familiares, 2 brotes familiares de hepatitis A, 1 brote familiar de parotiditis y un brote institucional de ERA en un hogar de protección. Para el 2014 atendió 78 brotes de varicela 70 familiares y 8 institucionales, 3 albergues y 5 en población privada de la libertad (PPL).

2.2.8 Dimensión Salud y Ámbito Laboral

Desde el Plan Decenal de Salud Pública, la dimensión se comprende como el conjunto de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales que buscan el bienestar y protección de la salud de los trabajadores, a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral, el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de las personas en todas las ocupaciones, y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía. (79)

En la localidad Rafael Uribe Uribe la población en edad de trabajar a 2011 fue de 302.092 personas y la Población Económicamente Activa (PEA) fue de 186.558 personas (83) que participaban en el mercado laboral (laborando o buscando trabajo).

La población ocupada a 2014 fue de 184.000 personas que trabajan a cambio de una retribución (salario, jornal o beneficio empresarial) en dinero o especie, también son ocupados quienes teniendo trabajo han estado temporalmente ausentes del mismo por enfermedad o vacaciones, los ocupados pueden ser trabajadores en la economía formal e informal. En este sentido en 2014 se presentó una tasa de ocupación de 60,1%, la sexta más alta en la ciudad con respecto a las otras localidades, evidenciando un avance en el mercado laboral de la localidad debido a que esta tasa es 3,85 puntos superior a la de 2011, de manera que en los últimos tres años se emplearon 14 mil nuevas personas. La población trabajadora de la localidad desarrolla sus actividades laborales en los sectores de comercio y restaurantes (28%), servicios comunales, sociales y personales (18,9%) y actividades inmobiliarias y empresariales (14,1%) (84)

Con respecto al mercado laboral por género se evidencia que la tasa de ocupación femenina en la localidad fue de 51,1%, registro similar al promedio de la ciudad, pero superior en 3,5 puntos porcentuales al de hace tres años (47,6%). Mientras que para los hombres, la tasa de ocupados fue de 69,8%, aumentando 4,2 puntos porcentuales a la observada en 2011 (65,6%) (84) Teniendo en cuenta estos resultados, se infiere que aunque se presentó un aumento en el número de personas ocupadas de la localidad, se continúa evidenciando desigualdades de género, donde los hombres tienen mayores oportunidades de ingreso al mercado

laboral que las mujeres, situación que se relaciona con el rol que culturalmente se le asignó a la mujer en el cuidado de personas en el hogar, mayor dedicación de tiempo de las mujeres en actividades de trabajo no remunerado como: limpieza, mantenimiento y reparación del hogar, suministro de alimentos y mantenimiento de vestuario y bajos niveles educativos de las mujeres. Este fenómeno es similar en todos los países de la región donde según la OIT (ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 2014) las tasas de ocupación de hombres es mayor que la tasa de mujeres ocupadas, así mismo la tasa de desempleo de las mujeres es 30% más alta que la de los hombres, y la tasa de participación es un 30% más baja.

En la localidad según la encuesta multipropósito 2014 el 50,4% de los trabajadores están en la economía informal que según la definición del DANE se refiere a los empleados particulares y los obreros que laboran en establecimientos, negocios o empresas que ocupen hasta cinco personas, incluyendo al patrono y/o socio; los trabajadores familiares sin remuneración; los trabajadores sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares; los empleados domésticos y los trabajadores por cuenta. Sin embargo la localidad disminuyó su porcentaje de informales en 8,3 puntos porcentuales en los últimos 3 años.

En el año 2014 en el marco del eje de promoción del trabajo decente y saludable de la política para la salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras desde el Hospital Rafael Uribe Uribe se abordaron 645 unidades de trabajo informal ubicadas en la localidad (85). Según localidad de residencia en RUU en 2014 habitan 403 trabajadores y 257 trabajadoras de la economía informal que laboran en las localidades Antonio Nariño y Rafael Uribe Uribe. Las actividades económicas predominantes son: restaurantes, panaderías, salas de belleza, papelerías, comercio de prendas de vestir, textiles y artículos de cuero, actividades de telecomunicaciones, comercio de productos cárnicos y comercio al por menor de alimentos. En menor número se abordaron unidades de trabajo como: talleres de mecánica, ornamentación, carpinterías, reciclaje y elaboración de pinturas.

Los trabajadores y trabajadoras abordados en actividades donde se realizan procesos productivos están expuestos a peligros como: ruido, temperaturas extremas, movimientos repetitivos, manejo de cargas, posturas, elementos cortantes y punzantes, manejo inadecuado de máquinas y herramientas, proyección de partículas, polvos, gases y vapores químicos, deficiencias en señalización, almacenamiento inadecuado, orden y aseo deficiente, conexiones eléctricas deficientes, entre otros.

En la localidad Rafael Uribe Uribe según la SDP (SECRETARIA DISTRITAL DE PLANEACIÓN, 2013) se estima que el 45% de la población ocupada está afiliada a riesgos laborales, que corresponde aproximadamente a 82800 trabajadores, siendo una de las localidades con menor porcentaje de población trabajadora

afiliada a riesgos laborales después de Antonio Nariño y los Mártires, entre otras. Esta situación se relaciona con el fenómeno de la informalidad, de manera que el 50,4% de la población ocupada está en este sector de la economía, donde los trabajadores y trabajadoras no tienen acceso a la afiliación al sistema general de seguridad social integral, por ende no cuentan con la protección ante accidentes de trabajo y enfermedades de origen laboral cargando el sistema general de seguridad social en salud con la cobertura de estos eventos. Asimismo, dependiendo del tipo de evento que sufra el trabajador esta situación genera consecuencias en su vida laboral y familiar, por cuanto al reducir o perder su capacidad productiva, bajan los ingresos del hogar limitando la cobertura de las necesidades básicas. Por otra parte, al no existir cobertura del sistema general de riesgos laborales no se hace control de los efectos del evento en la salud del trabajador deteriorando su estado inicial, siendo esto un factor de riesgo que puede desencadenar una incapacidad permanente traducida en discapacidad, limitando el desarrollo del capital humano en la localidad.

Esta información se puede corroborar con los resultados de la encuesta multipropósito 2014 con respecto a la afiliación al sistema general de seguridad social en salud, donde el 69% de la población de la localidad está afiliada al régimen contributivo siendo una de las localidades en Bogotá con menores porcentajes de afiliación a este régimen. Por otra parte el 28,8% de la población tiene afiliación al régimen subsidiado siendo la sexta localidad con mayor porcentaje de población en esta condición.

En las unidades de trabajo informal abordadas en 2014 por el ámbito laboral se identificaron 660 trabajadores y trabajadoras que refieren vivir en la localidad Rafael Uribe Uribe, de los cuales 42 expresaron tener enfermedades relacionadas con el origen laboral, de manera que 18 casos tienen diagnóstico confirmado por el médico tratante, identificando que los sistemas orgánicos vinculados con la enfermedad laboral son: osteomuscular, cardiovascular y respiratorio, en actividades económicas de cafetería, ornamentación, marroquinería, ferretería y confección de prendas de vestir. Por otra parte, 17 trabajadores refirieron haber sufrido un accidente de trabajo relacionados con golpes, caídas, cortaduras, amputaciones y quemaduras, en actividades económicas de carnicería, restaurante, carpintería, panadería y marroquinería.

El sistema vigilancia epidemiológica ocupacional de las y los trabajadores en la economía informal en el año 2014 realizó 193 investigaciones de accidentes de trabajo que afectaron a 108 mujeres y 85 hombres. Las actividades económicas que presentaron mayor accidentalidad fueron: industria manufacturera (20%), actividades de alojamiento y servicios de comida (35%), otras actividades de servicios (20%) y comercio, reparación de vehículos y motocicletas (11,28%). Las lesiones que más afectaron los trabajadores y trabajadoras fueron las heridas (110 casos), seguidas por las quemaduras (26 casos) y los golpes, contusiones y

aplastamientos (16 casos), estas lesiones comprometieron las manos (137 casos), los miembros superiores (28 casos) y los ojos (8 casos).

Estas lesiones fueron leves en 183 casos y moderadas en 11, de manera que no se causó la muerte al trabajador y en solo 8 casos se presentó incapacidad médica.

En cuanto a las estrategias y acciones desarrolladas con la población laboral informal, para la protección de la salud en el trabajo y la prevención de accidentes y enfermedades relacionadas con la ocupación durante el año 2014 en el marco de la estrategia de entornos de trabajo saludable se identificaron y caracterizaron 645 unidades de trabajo informal en la localidad Rafael Uribe Uribe, donde se brindaron asesorías motivacionales a los representantes de las unidades de trabajo informal, a partir de las cuales se iniciaba el proceso de identificación de condiciones de peligro del sitio de trabajo y se asesoraba a los trabajadores en prevención de riesgos y accidentes de trabajo, estableciendo compromisos para el mejoramiento de las condiciones laborales.

Las actividades económicas en las que se ocupaban los trabajadores de la economía informal identificados fueron: restaurantes, panaderías, salas de belleza, papelerías, comercio de prendas de vestir, textiles y artículos de cuero, actividades de telecomunicaciones, comercio de productos cárnicos, comercio al por menor de alimentos, entre otras.

Teniendo en cuenta que la reivindicación de los derechos laborales de los trabajadores y trabajadoras es un aspecto fundamental que permite posicionar las necesidades de la población trabajadora, en la localidad se desarrollaron procesos de formación de grupos de trabajo saludable en la casa de igualdad de oportunidades para las mujeres, para promover la movilización de las organizaciones sociales buscando la resignificación del trabajo como derecho fundamental que dignifica la vida de las personas y les permite desarrollar sus capacidades, lo cual a su vez genera avances hacia mejores condiciones de vida de la población.

En este proceso se identificó que los trabajadores y trabajadoras de la economía informal perciben bajos ingresos, ya que el 70% expresa recibir un salario mínimo legal vigente al mes, mientras que el 18% refiere ganar menos del salario mínimo, razón por la cual es difícil afiliarse al sistema general de seguridad social integral, por lo tanto, ante los accidentes de trabajo o enfermedades laborales están desprotegidos.

Esta información es coherente con los datos de la localidad donde según la encuesta multipropósito 2014, el 64,3% de los habitantes de la localidad manifiestan que el ingreso del hogar solo alcanza para cubrir los gastos mínimos, percepción que aumentó 10,4 puntos con respecto a 2011.

Considerando el proceso realizado por el equipo del ámbito laboral en la localidad Rafael Uribe Uribe se evidenció falta de oportunidades laborales en condiciones dignas, con afiliación al sistema general de seguridad social integral, salarios adecuados, prestaciones sociales y contratación estable, lo cual conduce a que los trabajadores desarrollen actividades de subsistencia en la economía informal a partir de la conformación de unidades de trabajo en condiciones precarias y en otros casos a emplearse en actividades con bajos ingresos y sin aseguramiento.

En este sentido las condiciones de trabajo en las UTIS son inseguras e influyen en el desarrollo de las actividades laborales, donde generalmente no se cumplen los requisitos establecidos en la normatividad en salud y seguridad en el trabajo. Lo cual conduce a prácticas y condiciones inadecuadas que no tienen medidas de control establecidas aumentando la probabilidad de presentar accidentes de trabajo y enfermedades laborales, con el agravante que los trabajadores no cuentan con afiliación al sistema general de seguridad social integral y no tienen cobertura ante estos eventos en relación con la atención integral en salud o las incapacidades laborales.

Por otra parte, se evidencia que los estilos, modos y condiciones saludables en el entorno laboral en la economía informal están relacionados con problemáticas como los bajos niveles de escolaridad, barreras de acceso a programas de formación para la población en condición de vulnerabilidad, trabajo infantil, barreras de acceso al crédito para las unidades de trabajo informal y la cultura arraigada en la población que impide la formalización de las unidades de trabajo.

La precarización del trabajo en el país asociada a condiciones estructurales de orden económico, normativo y social, enmarcadas en el modelo de desarrollo actual, donde con la globalización, la liberalización económica y la flexibilización del trabajo se ha transferido los costos de las actividades económicas a los trabajadores a través del abaratamiento de la mano de obra, la reducción de los salarios, la supresión del pago de prestaciones sociales, el pago al destajo, entre otras condiciones que han generado en las personas de la localidad desesperanza por el quebrantamiento de la dignidad de los trabajadores, de manera que la situación actual limita el desarrollo de la población en edad productiva, debido a que el acceso al trabajo en condiciones decentes constituye la base fundamental para el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y sus familias.

2.2.9 Dimensión transversal de gestión diferencial de poblaciones vulnerables

- *Población LGBTI*

Desde las poblaciones de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgénero, de las orientaciones sexuales e identidades de género se tiene el siguiente panorama relacionada con la garantía de los derechos:

Cabe mencionar que la información que a continuación se registra es el resultado de la consulta de diferentes investigaciones y publicaciones de la organización Colombia Diversa: "Derechos Humanos de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgenerista en Colombia. 2006-2007", publicación que no dista de la situación de la población durante el año 2014 en la Localidad Rafael Uribe.

En primer lugar, la cuantificación de la población LGBT en la Localidad Rafael Uribe, tiene ciertas dificultades: en primer término, la Constitución de Colombia ordena garantizar la confidencialidad sobre la orientación sexual y la identidad de género de las personas. Según la jurisprudencia constitucional se trata de un dato sensible, de información personal delicada y por ello en estrecha relación con los derechos fundamentales (76). Para acceder a esta información, en consecuencia, es necesaria la libre y expresa voluntad de la persona. En segundo término, la visibilidad de la orientación sexual y de la identidad de género puede generar condiciones de vulnerabilidad relacionadas con los siguientes derechos:

DERECHO A LA SALUD: los problemas de esta población se analizan en el marco del sistema de seguridad social en salud colombiano. Sólo en este contexto es posible comprender problemas específicos como el acceso de las mujeres Transgenerista a los servicios de salud, y aún más específicamente, por ejemplo, el tema de las "inyecciones de aceite" para moldear sus cuerpos, a pesar que en el Distrito existe un Servicio Amigable dirigido a la población LGBT donde se prestan servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con énfasis en personas Transgénero. Los temas relacionados con la salud de las mujeres lesbianas, hombres gay y personas bisexuales se reducen a temas como el VIH/Sida, desconociendo otras necesidades asociadas con prevención de cáncer, salud mental, estado nutricional, etc.

En pocas oportunidades, las personas de la población LGBTI, acceden a los servicios de salud de primer nivel. Algunas de las causas nombrada por la población, obedece a la falta de capacitación a profesionales de la salud sobre el enfoque diferencial y trato humanizado, falta de aseguramiento al sistema general en salud, desconocimiento de la ruta de atención en salud y la perdida de los documentos que no concuerdan con la identidad de género.

Por otro lado las personas LGBT comparten problemas de salud con las demás mujeres y hombres como se presenta en cada momento de ciclo vital:

- Consumo de alcohol, tabaquismo y sustancias psicoactivas
- Violencia intrafamiliar
- Problemas de salud mental como depresión, conducta suicida, aislamiento, miedo en especial en personas jóvenes y adolescentes.

En personas adultas mayores se genera aislamiento, depresión, falta de apoyo y seguridad social, pues en ocasiones crecieron siendo considerados enfermos, desviados, o criminales.

En personas Transgénero es común desnutrición, enfermedades crónicas o degenerativas y el uso de implantes en mal estado o productos inyectables que van desde aceite, parafina, silicona industrial. Estos procesos pueden acarrear incluso la muerte o la inmovilidad de las partes. Cabe mencionar que en la Localidad Rafael Uribe, no se tiene reporte de casos de personas trans con afecciones a causa de las inyecciones de productos industriales.

DERECHO A LA EDUCACIÓN: es común encontrar actos discriminatorios al interior de los planteles educativos que pone a un segmento de la población en ayuda psicológica con orientación con el estudiante, la familia, docentes y compañeros de clase, como si se tratara de una enfermedad contagiosa. Por otro lado, en algunas instituciones existen rutas de atención para casos de hostigamiento escolar a causa de orientaciones sexuales e identidades de género no heteronormativas.

Otra tendencia que se identifica es que las instituciones educativas hacen alusión a la educación en valores de manera general, para así justificar que no exista una visibilidad del tema y un trabajo específico para evitar la homofobia y generar respeto a la diversidad sexual.

Así mismo, existe en muchos casos negación, desconocimiento y confusión frente al tema de identidades de género y orientaciones sexuales diversas. Éstas se hacen evidentes, por ejemplo, cuando se relaciona el concepto de “intersexual” con el de orientaciones sexuales o identidades de género no normativas. También existen afirmaciones que asocian la orientación sexual con ser hombre o mujer y la identidad de género con ser homosexual o lesbiana:

DERECHO AL TRABAJO: las personas Transgenerista para acceder a ofertas laborales diferentes a las que comúnmente predomina (peluquería y prostitución), requieren inicialmente hacer cambio de nombre en su cedula y la gestión de la libreta militar, proceso que debe estar liderado por instituciones como la Registraduría Civil y los Distritos Militares, que en algunas ocasiones desconocen el trato humanizado, generando conductas discriminatorias, lo cual repercute directamente en la no asistencia a estos trámites.

DERECHO A LA PARTICIPACIÓN: se hace necesario visibilizar a otras etapas de ciclo vital excluidas en temas de diversidad sexual (vejez), pues se considera que este asunto permea únicamente a jóvenes y adultos de las Localidad, siendo necesario realizar búsqueda activa de los y las adultas mayores.

- *Fenómeno de Habitabilidad de Calle*

En la localidad Rafael Uribe, Dentro del fenómeno de habitabilidad de calle, se caracteriza en el ciudadano/ciudadana habitante de calle que pernocta, parcha o es flotante dentro la localidad, mayor número de población de ciclo vital de Adultez y de género masculino, como factores de permanencia se evidencia asistencialismo social por ejemplo, facilidad para obtener alimento por parte de

lechonerías, restaurantes, panaderías y comunidad en general, a nivel de sostenibilidad económica especialmente en la parte baja de la localidad se encuentran bodegas de reciclajes, almacenes de muebles, puntos focales de expendio de SPA, las características del terreno especialmente en la parte baja, ha permitido que se evidencie cada vez mayor afluencia de la población, ya que, allí se encuentra el paso de dos canales importantes como el canal Albina y el Canal Río Seco, donde se ubican Cambuches circunstanciales y estructurales, así mismo, en el espacio público hay puntos solitarios, parques, puentes, áreas en construcción, callejones con poco o nada de iluminación, de igual forma, dentro de la localidad se encuentran varias de las principales ollas y zonas de grupos delincuenciales como la calle del divino niño, la calle del tango, la olla, la calle del caracol, parque de la araña, entre otras, donde el delincuente se camufla con el habitante de calle, quienes aprovechando el estado de deterioro a nivel de salud mental y de adicción a SPA en la mayoría, los utilizan como medio de transporte para expendio de psicoactivos a población estudiantil, especialmente a estudiantes de los colegios que se encuentran muy cerca de los canales referenciados y a la comunidad que consume; dentro de la localidad a nivel de salud, aunque se presta atención dentro de los CAMIS y las UPAS del hospital Rafael Uribe, en el Olaya se encuentra el CAMI del Olaya, punto principal de atención de primer nivel en salud para la población y donde se encuentra la oficina de CAMAD del hospital, a nivel Interlocal, también se cuenta con la Secretaría de Integración Local en el COL de colinas y quienes ejecutan también acciones con la población.

Así mismo la caracterización de Parches y Cambuches realizada por parte SDSIS especifican que para el 2011 se identificaron dentro de la localidad 18 Rafael Uribe en el año 2010 74 localizaciones ocupando el puesto 10 a nivel distrital, en el año 2014 se identifican 185 localizaciones pasando al puesto 5 a nivel distrital. (77)

- *Población Víctima del Conflicto Armado*

Según datos presentados por la SDS en informe del mes de mayo de 2015 en Colombia hay 7.202.034 personas víctimas del conflicto Armado.

En Bogotá hasta el mes de mayo habían presentado declaración 595.913 personas víctimas del conflicto armado

Según datos informales compartidos por la Alta consejería en el periodo enero 2012 y marzo 2014 en Bogotá a través de los servicios prestados en los Centros Dignificar de la ciudad de Bogotá se atendieron 9876 personas de la localidad RUU las cuales informaron residir en la misma y estar distribuidos el 31,27% en la UPZ Diana Turbay, el 29,13% en la UPZ Marco Fidel Suarez, el 19,95% en la UPZ Marruecos, el 14,29% en la UPZ Quiroga y el 5,3% en la UPZ San José.

En Bogotá La Unidad para la Atención y Reparación Integral para las víctimas tenía identificadas hasta el mes de marzo de 2014 un número de 412.827 las

cuales según hecho victimizan se puede discriminar de la siguiente manera: Homicidios 33.870, Perdida de Tierras 7.767, Amenaza 6.025, Desaparición 5.759, Acto terrorista 3.148, Secuestro 2.341, Reclutamiento 1.993, , Tortura 1.278, Delitos Sexuales 468, Minas 202 y Eventos masivos 38. Otros hechos victimizan tés corresponden a 1.498 personas afectadas.

Es importante aclarar que el proceso de gestión de la política pública de desplazamiento se articula y desarrolla a través de lo dispuesto en la Ley 1448 de 2011, ya que el desplazamiento forzado aparece como uno de los hechos victimizantes. En consecuencia, el escenario de las víctimas del conflicto se amplía a las demás tipificaciones y las acciones que antes se desarrollaban con la población desplazada y deben ser extendidas al universo de víctimas que establece la ley.

En cumplimiento de lo anterior el Plan de Atención Distrital a Víctimas, (construido con todos los sectores responsables en el tema, liderado por la Alta Consejería para los derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación (ACDVPR) y aprobado por el Comité Distrital de Justicia Transicional) recoge las acciones en salud a desarrollar con la población y se convierte en el referente de las actividades que se realizarán en los territorios.

A razón de esto, el Programa Territorios Saludables con el proceso central: Planificación y Gestión Integral de los Territorios Saludables y el subproceso gestión de políticas y programas de interés en salud pública e intersectorialidad, articula dinámicas de planeación y gestión integral en salud en las localidades y los territorios, por medio de la construcción de conocimiento, la participación y movilización social, la articulación sectorial e intersectorial de las políticas públicas y los programas de interés en salud pública, para orientar y coordinar la planeación e incidir¹ en la transformación de la situación y condiciones de salud y calidad de vida de la población víctima del conflicto armado a través de la implementación de la Ley 1448 de 2011.

La población víctima del conflicto armado en la localidad de Rafael Uribe Uribe, no está tipificada, no está oficialmente georreferenciada y por ende no se tienen estadísticas unificadas por parte de las entidades les brindan atención entre ellas la Alta Consejería para los derechos de las víctimas la paz y la reconciliación, el hospital Rafael Uribe Uribe y la misma unidad de víctimas.

Lo que se percibe con relación a la situación actual de la población víctima del conflicto armado en la localidad de Rafael Uribe Uribe es que: La mayor parte de

¹ Debe entenderse la incidencia política como un proceso dirigido a influir sobre los tomadores de decisión. Implica la identificación de espacios y actores así como el desarrollo de acciones de comunicación que permitan la correcta articulación de estrategias dirigidas a ubicar en la agenda pública temas relevantes para el mejoramiento de la calidad de vida y la salud de la población.

la población es pobre y vulnerable, por ende no cuentan con recursos económicos para mitigar sus necesidades básicas. desconocen sus derechos en general y por lo mismo los relacionadas al acceso a la salud, se ubican en zonas de alto riesgo tanto físico como social, laboralmente no están cualificados y se ven expuesto a la explotación laboral y al desempleo.

La población en general tienen grandes expectativas frente a los derechos que por ley se les deben otorgar, sin embargo la realidad es adversa a las necesidades presentadas por la población.

- *Discapacidad*

A partir de un proceso participativo de concertación con diferentes actores, el Observatorio Nacional de Discapacidad estructura dos grandes categorías de análisis; la primera consolida la categoría de Ejercicio Efectivo de Derechos, fundamentada en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU, operable con Ley 1346 de 2009 y reiterada en la Ley Estatutaria 1618 de 2013, y la segunda, organiza lo dispuesto por la Ley 1145 de 2007 y la resolución 3317 de 2012 en la categoría Sistema Nacional de Discapacidad.

Según señala el Observatorio Nacional de Discapacidad, al 30 de abril de 2014 se encontraban registradas un total de 1.152.510 personas con discapacidad en Colombia; para el caso de Bogotá según los datos preliminares del registro de caracterización y localización hasta el 30 de noviembre de 2014 se han identificado y caracterizado 219,988 personas con discapacidad, de las cuales el 58% son mujeres y 42% son hombres.

Rafael Uribe Uribe es una de las localidades más extensas y pobladas del Distrito Capital, de acuerdo a los datos preliminares obtenidos por el registro de localización y caracterización de las personas con discapacidad 2004 a mayo de 2015 se tiene un total 22.963 personas con discapacidad, lo que representa un 10.1% en Bogotá.

En relación a la estructura corporal la función más afectada para la población en condición de discapacidad en orden descendente son: movilidad del cuerpo, sistema nervioso, los ojos, el sistema Cardio-respiratorio y las defensas, en menor porcentaje otros órganos como el oído y otras estructuras.

- *Población étnica*

Indígenas

En la Localidad Rafael Uribe se cuenta con una Mesa Indígena de carácter autónomo, compuesta por representantes de los siguientes pueblos: Ambika Pijao (Tolima), Pastos (Nariño), Inga (Putumayo), Uitoto (Amazonas-Caquetá), Andoque (Amazonas), Cubeo (Vaupés), Yanacona (Cauca) y Nasa (Caica). El objetivo de

este espacio es velar por la reivindicación y garantía de los derechos de las comunidades indígenas, así como visibilizar sus formas diversas de vida.

Se han encontrado grupos indígenas que no tienen representantes en dicho espacio como Camentsa (Putumayo), Kankuamos (Sierra Nevada de Santa Marta) y Kichwas (procedencia del Ecuador), son familias que también habitan la localidad.

De igual forma se ha identificado la Asociación de Médicos Indígenas, conforma por personas del pueblo Pijao. Se evidencia la sectorización de la organización, sin afectar la cohesión grupal.

La concentración de población indígena se evidencia en el Territorio 1-Diana Turbay (Rincón del Valle, Nueva Esperanza, Lanceros y Palermo), Territorio 2-Marruecos (Bochica), Territorio 3-Marco Fidel Suarez (Rio de Janeiro, El Pesebre, Granjas de San Pablo, Lomas y Resurrección), Territorio 4-San José/Quiroga (Quiroga, Olaya y Gustavo Restrepo)

Población Afrodescendiente

En la Localidad Rafael Uribe se cuenta con una Mesa Afro caracterizada por su ejercicio de autonomía respecto al accionar de las instituciones, se encuentra compuesta por población afro de la localidad, entre hombres y mujeres en las diferentes etapas de ciclo vital. El objetivo de este espacio es velar por la reivindicación y garantía de los derechos de las comunidades afros, sumado a lo anterior, se busca visibilizar sus usos y costumbres.

En la localidad se encuentra población concentrada en su mayoría en el territorio 1-Diana Turbay (La Paz Naranjos y la Paz Cebadal), en el Territorio 3-Marco Fidel Suarez (Rio de Janeiro, El Pesebre, Granjas de San Pablo, Lomas, San Jorge) y en menor proporción en el Territorio 4-San José/Quiroga (Quiroga, El Claret y Santa Lucia).

Existen organizaciones de base comunitaria de gran historia e incidencia en la localidad, tales como Black Sombra, Afro-Indígena Mi Colombia, y Asomucod, originarias del territorio 1, ya que sin duda es el lugar que cuenta, con un gran número de líderes y lideresas que aportan a los procesos de construcción de realidades y de nuevas historias de vida, rescatando siempre la herencia africana.

Capítulo 3. Identificación de tensiones en salud presentes en la localidad

Luego de realizar el reconocimiento de las condiciones básicas de salud de la localidad en los capítulos anteriores, a continuación se muestra el análisis y formulación de tensiones por dimensión prioritaria del Plan Decenal de Salud Pública. Así mismo, se relaciona la valoración de cada tensión a partir de la mirada relacional entre las dimensiones del desarrollo PASE y los componentes de las dimensiones del PDSP, en donde la valoración y comprensión de las tensiones servirán para abordar su transformación posteriormente.

Es importante mencionar que una tensión, no es un problema o necesidad en salud. Una tensión es el conjunto de presiones provenientes de una o varias dimensiones del desarrollo o de las dimensiones prioritarias para la vida, que actúan en diferentes direcciones y generan niveles de estrés que deterioran el estado de salud de una población (78). Este capítulo finaliza mostrando la descripción y el análisis de los determinantes que provienen de las dimensiones de cada tensión según etapa de ciclo vital.

El modelo de los Determinantes Sociales de Salud ha sido propuesto por la “Comisión Mundial de la OMS sobre los Determinantes sociales de la salud”. La referencia conceptual utilizada en este capítulo para analizar los determinantes sociales de la salud, se basa principalmente en el concepto de la producción social de la enfermedad. En ese orden de ideas, se entiende que los seres humanos nacen, crecen, se desarrollan, envejecen y mueren dentro de organizaciones sociales complejas, donde se tienen en cuenta aspectos del desarrollo de los individuos como de los colectivos sociales que depende de las relaciones que establecen entre sí, con base en la dinámica demográfica y los factores ambientales. Lo anterior se conoce como determinantes sociales de la salud en el cual incluye determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales de la salud (79)

Teniendo en cuenta el contexto socioeconómico y político de la localidad Rafael Uribe, esta localidad abarca el conjunto amplio de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social que ejercen una poderosa influencia formativa en los patrones de estratificación social y, por lo tanto, en las oportunidades de salud de la población. (80)

Ahora bien, dentro de los determinantes sociales están los determinantes estructurales que, según la Comisión Mundial son “aquellos que generan estratificación y división social de clases en la sociedad, y que definen la posición socioeconómica individual dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. Los principales determinantes son: renta, educación, ocupación, clase social, género y raza o etnicidad; Mientras que los determinantes Intermedios son un producto de la actuación de una serie de factores intermediarios tales como: las circunstancias materiales, circunstancias

psicosociales, los factores fisiológicos y los relacionados con los comportamientos individuales. (81).

A continuación se muestra el análisis de las tensiones identificadas teniendo en cuenta las dimensiones del Plan Decenal del Salud Pública.

Etapa de Ciclo Infancia

Tensión 1. Infecciones de Transmisión sexual en Mujeres gestantes

Dimensión: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

Componente: Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva (SSR) desde un enfoque de derechos

Área de observación: Prevención y atención integral, humanizada y de calidad en Salud Sexual y Reproductiva.

Ilustración 28. Tensión (1) Etapa de Ciclo Infancia, ITS en Mujeres gestantes



Para la etapa de ciclo Infancia, con relación a la dimensión prioritaria de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos en la localidad, se revela la falta de acciones de autocuidado, así mismo se evidencia entre la población una cultura basada en imaginarios patriarcales, que sumado al modelo del sistema general de seguridad social en salud, dificulta la prevención e identificación de enfermedades de transmisión sexual en mujeres gestantes. De igual manera se halla relación con la falta de oferta del portafolio de servicios y otras limitantes administrativas para la autorización de exámenes de diagnóstico con las que se generan barreras de acceso a las acciones de prevención de la enfermedad.

Se analizó que algunas situaciones socio-culturales como son; la falta de articulación entre las seguradoras, paternidad irresponsable, la poca coherencia al tratamiento en pareja, la promiscuidad, la no adherencia a las guías de manejo por parte de las aseguradoras, presencia de imaginarios patriarcales, la no cultura preconcepcional y bajo nivel socioeconómico.

De acuerdo a los eventos notificados en el sistema de vigilancia (SIVIGILA) al año 2014 se evidenciaron 186 casos de ITS, de ellos los de mayor prevalencia fueron los eventos de hepatitis B-C, sífilis congénita, sífilis gestacional y VIH. el total de la población notificada por Hepatitis B -C fueron 30 casos de los cuales 2 se presentaron en mujeres gestantes que representan el 1,1%. Con relación a la sífilis gestacional se identificaron 51 casos y cero mortalidades, lo que representa el 27,5%, en cuanto a VIH se presentaron 86 casos en población general de los cuales 3 casos se presentaron en mujeres gestantes que representan el 1,6%. Es importante resaltar el seguimiento al evento de Sífilis Congénita para generar estrategias de prevención que disminuya su prevalencia ya que al sistema de vigilancia se reportaron 15 casos que representan el 8,1% de los cuales 3 resultaron en mortalidad.

Adicional a la repercusiones en salud a las gestantes, existen afectaciones al producto del embarazo tales como: malformaciones congénitas que conllevan a diferentes condiciones de discapacidad, mortalidad perinatal, parto prematuro, bajo peso al nacer y aborto.

Análisis de determinantes sociales en salud.

Para la tensión que aparece entorno al evento de enfermedades de transmisión sexual en mujeres gestantes se halló la incidencia de dos determinantes estructurales. La deficiente situación socioeconómica y el modelo del sistema de seguridad social vigente. Con relación al primero se tiene en cuenta que las mayores frecuencias del evento se encuentran en las UPZ Marco Fidel Suarez (con 16 casos) y Diana Turbay (con 9 casos)², las cuales presentan los más altos

² Base SIVIGILA 2014

índices de pobreza acumulada y estrato socioeconómico bajo en la localidad. Las falencias económicas impiden el acceso a otras posibilidades educativas y culturales, ahondan en el desconocimiento de las causas y repercusiones de las ETS durante la gestación y propician el ejercicio de esquemas machistas que dificultan la interiorización de acciones de prevención.

Por otro lado, si bien se cuenta con marco normativo que beneficia el tratamiento y la detección oportuna de sífilis gestacional³, no hay suficiente adherencia a las políticas de salud sexual y reproductiva, debido que el Sistema de Seguridad Social percibe la salud como un servicio y no como un derecho. De lo cual se derivan diferentes barreras administrativas para la autorización de exámenes de diagnóstico y el desinterés de las EPS por promocionar el portafolio de servicios y los derechos de las usuarias y los usuarios frente al tema.

Como determinantes intermedios en el sector de servicios de salud, se encontró la Falta de articulación entre las aseguradoras para propiciar acciones interinstitucionales relacionadas con la celeridad de procesos de canalización o remisión, y una limitada adherencia a guías y protocolos, derivados del desconocimiento de normas y políticas públicas con relación al debido manejo de la enfermedad.

Se estiman como determinantes de importante incidencia la falta de conductas de auto cuidado y de prácticas sexuales seguras como la asistencia a citas preconceptionales. Las pautas androcéntricas o patriarcales, son consideradas factores que restringen estas prácticas seguras de sexualidad y otras acciones de prevención de la enfermedad, pues limitan el uso del preservativo, la permanencia del hombre en el tratamiento, la asistencia a citas preconceptionales, la adhesión a métodos anticonceptivos en pareja y aumenta las relaciones sexuales desordenadas.

También se evidencia la falta de responsabilidad y conciencia materna y paterna sobre las repercusiones de la enfermedad en el neonato. Por lo tanto se aduce que puede haber carencia de procesos de educación y comunicación frente al tema tanto en entornos familiares como en espacios institucionales, bien sean educativos o de salud.

Sin embargo, es importante exponer como determinante liberador de la tensión, el Seguimiento por parte de Vigilancia en Salud Pública e IPS's - EPS's de los casos detectados y los programas de educación sobre las enfermedades de transmisión sexual que se desarrollan desde el programa de Territorios Saludables.

³ Según resolución 412, Resolución 5261 / 94 (Serología confirmatoria), Acuerdo 117/98 (Establece el obligatorio cumplimiento de los procedimientos actividades e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública) entre otras.

Tensión 2. Bajo peso al nacer

Dimensión: Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional

Componente: Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos

Área de observación: Alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada. Aprovechamiento y utilización biológica de alimentos.

Ilustración 29 Tensión (2) Etapa de Ciclo Infancia, Bajo peso al nacer



Para las etapas de ciclo vital infancia y juventud, dimensión prioritaria de Sexualidad, Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional en la localidad de Rafael Uribe, se observan malas prácticas de cuidado prenatal, debido a la baja adherencia a los controles prenatales por lo cual inician de manera tardía o no inician el consumo de micronutrientes, al no realizar oportunamente sus controles prenatales también se presenta no asisten a consultas de salud oral aumentando el riesgo de presentar enfermedades periodontales en la gestante, sumado a esto los malos hábitos alimentarios y de vida de la mujer gestante. Por otro lado

también se observa falta de adherencia a los programas de salud sexual y reproductiva, razón que incide en el incrementado del embarazo en adolescentes, que tiene en muchos casos como consecuencia niños y niñas menores de 2500 gramos (bajo peso al nacer), el riesgo de morbilidad y mortalidad materno-perinatal, los costos en los servicios asistenciales y a futuro una afectación negativa en la fuerza productiva, que conlleva a problemas en el desarrollo físico, motriz y cognitivo de niños y niñas, sin dejar de lado el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en la adultez.

Como determinantes proximales e intermedios, se encuentran: la disfuncionalidad familiar, sumado a la falta de interés de las y los adolescentes de acceder a los servicios de salud (educación en planificación familiar), bajos recursos económicos para suplir una alimentación adecuada y en algunas jóvenes el proyecto de vida es ser madre.

Se identifican como liberadores de la situación los programas de atención integrada a la primera infancia del ICBF y SDIS, la promoción del AIEPI comunitario desde el programa territorios saludables, programas de prevención y promoción en hábitos y estilos de vida saludables para las gestantes desde territorios saludables, el seguimiento a las gestantes con malnutrición desde el componente de vigilancia epidemiológica - SISVAN - y los proyectos especiales en salud sexual y reproductiva del sector salud.

Análisis de determinantes sociales en salud.

El análisis de determinantes sociales de la salud relacionados al bajo peso al nacer se enfoca a las mujeres gestantes. En la localidad el BPN se presenta en mujeres de todas las edades, principalmente en aquellas que inician tarde sus controles prenatales. (82)

Por otro lado, se observa que entre mayor nivel educativo tenga la mujer gestante menor riesgo de que su hija-o presente bajo peso al nacer, al igual los hábitos alimentarios son importantes, se reconoce que el bajo acceso y consumo de alimentos de alto valor biológico influye en el estado nutricional, al igual que el nivel de ingresos de la familia incide en la predominancia del bajo peso al nacer.

Diferentes estudios han encontrado que si la gestante sufre de alteraciones en el embarazo como la anemia, el hábito de fumar y las infecciones vaginales por trichomona y/o gardnerella constituyen antecedentes patológicos personales que aumentan la probabilidad de tener un recién nacido bajo peso al nacer.

Por otro lado, la ocurrencia de tres partos o más y el período intergenésico menor de un año eleva el riesgo de tener un recién nacido bajo peso. Los antecedentes de bajo peso al nacer y embarazo gemelar fueron factores de riesgo importantes entre las mujeres capaces de aportar un recién nacido de bajo peso. (83)

Tensión 3. Acompañamiento de la población infantil al lugar de trabajo de los padres: Trabajo infantil

Dimensión: Salud y Ámbito Laboral

Componente: Seguridad y salud en el trabajo

Área de observación: Poblaciones laborales en el sector formal e informal de la economía.

Ilustración 30 Tensión (3) Etapa de Ciclo Infancia, Trabajo Infantil



En La localidad Rafael Uribe Uribe debido al modelo laboral, la disfuncionalidad familiar que causa una alta proporción de madres cabeza de hogar, así como la falta de instituciones y cobertura a programas de cuidado y apoyo infantil, sumado a la inestabilidad económica de las familias, las jornadas laborales prolongadas y alta presencia de trabajo en la economía informal, promueven fenómenos como el acompañamiento por parte de la población infantil en los sitios laborales de sus padres y trabajos domésticos (según proyecciones de la secretaria de Integración Social a 2013 habían 11.498 NNA trabajando de los cuales 6166 están en una actividad económica, mientras 4.355 realizan oficios en el hogar propio más de 15 horas a la semana, siendo la segunda localidad con más alta tasa de trabajo

doméstico después de Ciudad Bolívar con el 5,1%) que los lleva a adoptar responsabilidades que no son propias de su etapa de vida, asumiendo roles parentales, todo esto los expone a las condiciones de riesgo propias de las actividades laborales de sus padres y peligros en el hogar, tales como vulnerabilidad ante consumo de psicoactivos, explotación sexual comercial, reclutamiento por bandas delictivas, además de riesgos biopsicosociales que implican afectaciones en la salud mental de esta población infantil.

Como factores reforzadores de esta situación se identifica la inestabilidad laboral, disfuncionalidad familiar, deficientes redes de apoyo familiar, migración y desplazamiento, y las ayudas gubernamentales no controladas a las familias numerosas, falta de horarios alternativos en jardines infantiles.

Como factores liberadores de esta tensión se encuentran, la presencia de HCBI (hogares comunitarios de bienestar infantil y Centros Crecer y la intervención al trabajo infantil por parte del equipo de Ámbito Laboral, en ejecución del Programa Territorios Saludables.

Análisis de determinantes sociales en salud

El trabajo infantil en la economía informal se ve determinado en un nivel estructural por las largas jornadas laborales de las madres cabeza de hogar, es decir el sistema económico capitalista cada vez más globalizado determina los estándares laborales que existen, así como el tipo de normatividades en salud laboral y el tipo de protección que se le puede dar al trabajador (84).

En un nivel intermedio se puede encontrar el nivel de estudios del jefe de hogar, pues como lo muestra un estudio, los niños y niñas de hogares cuyos jefes o jefas tienen mejor educación y son de mayor edad, tienen mayor probabilidad de estudiar exclusivamente y menor probabilidad de trabajar, resultado consistente con otros estudios a nivel mundial. (85)

Un determinante social de tipo intermedio está relacionado con la regulación de la cantidad de niños y niñas que hay en el hogar. En edades entre los 5 y los 17 años, se encontró evidencia estadísticamente significativa a favor de que los hogares con mayor número de infantes: a) incrementan la probabilidad de enviar a los niños y niñas a trabajar, independientemente de si combinan esta actividad con el estudio o no, y b) reducen la probabilidad de que los niños y niñas estudien exclusivamente. (85)

Así mismo, los niños y niñas que viven en hogares donde el jefe es hombre, en comparación con aquellos que viven en hogares donde el jefe es mujer, tienen mayor probabilidad de trabajar y menor probabilidad de estudiar; lo cual es un indicio de que las mujeres jefas de hogar valoran más los retornos futuros de la educación o se preocupan más por el bienestar integral de los niños y niñas. (85)

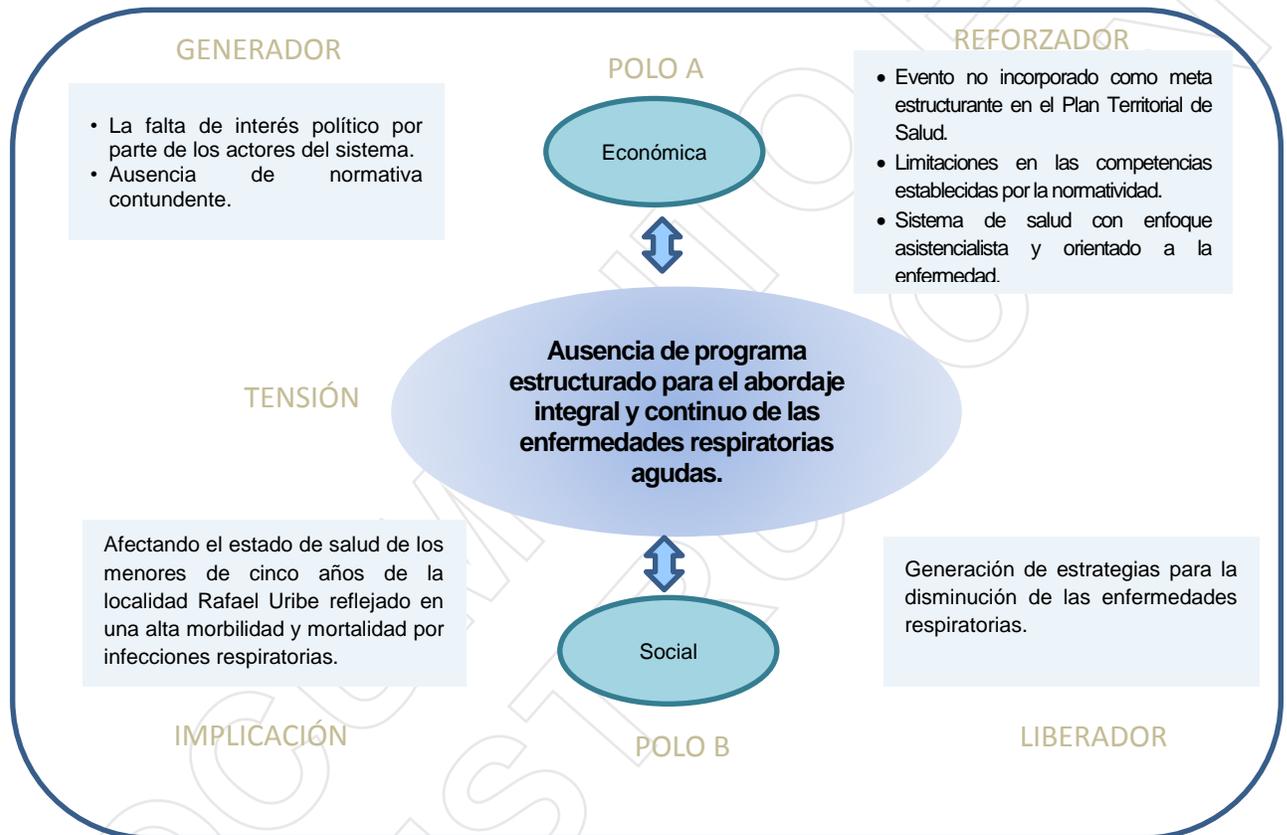
Tensión 4. Ausencia de programa estructurado para el abordaje integral y continuo de las enfermedades respiratorias agudas.

Dimensión: Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles

Componente: Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas

Área de observación: Carga de enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo

Ilustración 31 Tensión (4) Etapa de Ciclo Infancia, Enfermedades Respiratorias Agudas



Como resultado del análisis de los indicadores de la dimensión de vida saludable y enfermedades transmisibles, en la localidad Rafael Uribe Uribe, se evidencia que la falta de interés político por parte de los actores del sistema y la ausencia de normativa contundente en el tema, generan una baja asignación de recursos específicos para el desarrollo e implementación de un programa estructurado que permita el abordaje de manera integral y continua de las enfermedades respiratorias agudas, afectando el estado de salud de los menores de cinco años de la localidad Rafael Uribe reflejado en una alta morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias, durante el año 2014 se presentó una tasa de Mortalidad por IRA en Menores de 5 años de 19,6 *100,000 menores de 5 años de la

localidad, ocupando el segundo lugar en causas de muerte de la localidad, (tasa 3 muertes por 10.000 habitantes).

Esta situación está reforzada por la desarticulación de las acciones de prevención e intervención de las enfermedades respiratorias entre redes sectoriales e intersectoriales, las limitaciones en las competencias establecidas por la normatividad actual para las Entidades territoriales para la Inspección Vigilancia y Control a las EAPB, el hecho que el evento no fue incorporado como meta estructurante en el Plan Territorial de Salud.

Como liberadores de la situación están la generación de diferentes estrategias para la disminución de las enfermedades respiratorias, como inclusión de vacunas en el PAI, presencia e implementación de programa de territorios saludables, implementación y fortalecimiento de estrategias de AIEPI, IAMI IAFI, implementación estrategia de Salas ERA, el sistema de vigilancia de calidad del Aire, sistema de vigilancia epidemiológica e intervenciones epidemiológicas de campo.

Análisis de determinantes sociales de la salud

Entre los determinantes se identifican del nivel estructural; el acceso y calidad de los servicios de salud, generando barreras desde la ley 100, donde la salud se ofrece con base en una lógica de mercado de acuerdo al nivel socioeconómico de los ciudadanos y divide los servicios de salud en paquetes de beneficios: el plan obligatorio y plan básico de atención, donde el componente de prevención de enfermedades es relegado por el enfoque resolutivo.

Para analizar las causas sociales que explican la prevalencia de las ERA en los niños y niñas, se han estudiado variables como: el área de residencia, la lactancia materna, la anemia, el uso de servicios de salud a través del carné de vacunación, la condición de afiliado, y la riqueza del hogar (86).

Las estimaciones de un estudio realizado al respecto en Colombia muestran como el estado de afiliación al sistema de salud se comporta como factor determinante para las enfermedades respiratorias; la afiliación reduce los costos de búsqueda de atención que son vitales para enfrentar oportunamente las ERA y evitar consecuencias fatales presentando una reducción del riesgo de tener síntomas de ERA hasta en 45,4% frente a quienes no están asegurados. Igualmente sucede con el acceso al sistema de vacunación, que reduce el riesgo de contraer ERA en 49,5% menos que aquellos que están por fuera del sistema de vacunación infantil.

Entre los determinantes sociales intermedios que desencadenan la ERA van ligados al nivel de ingresos de la familia, su lugar de residencia; debido a que el nivel socioeconómico influye en las condiciones higiénico- sanitarias, este hecho ha sido ampliamente descrito encontrando que los niños de estrato

socioeconómico bajo son más susceptibles a sufrir choques de salud negativos que los niños de estratos socioeconómicos altos.

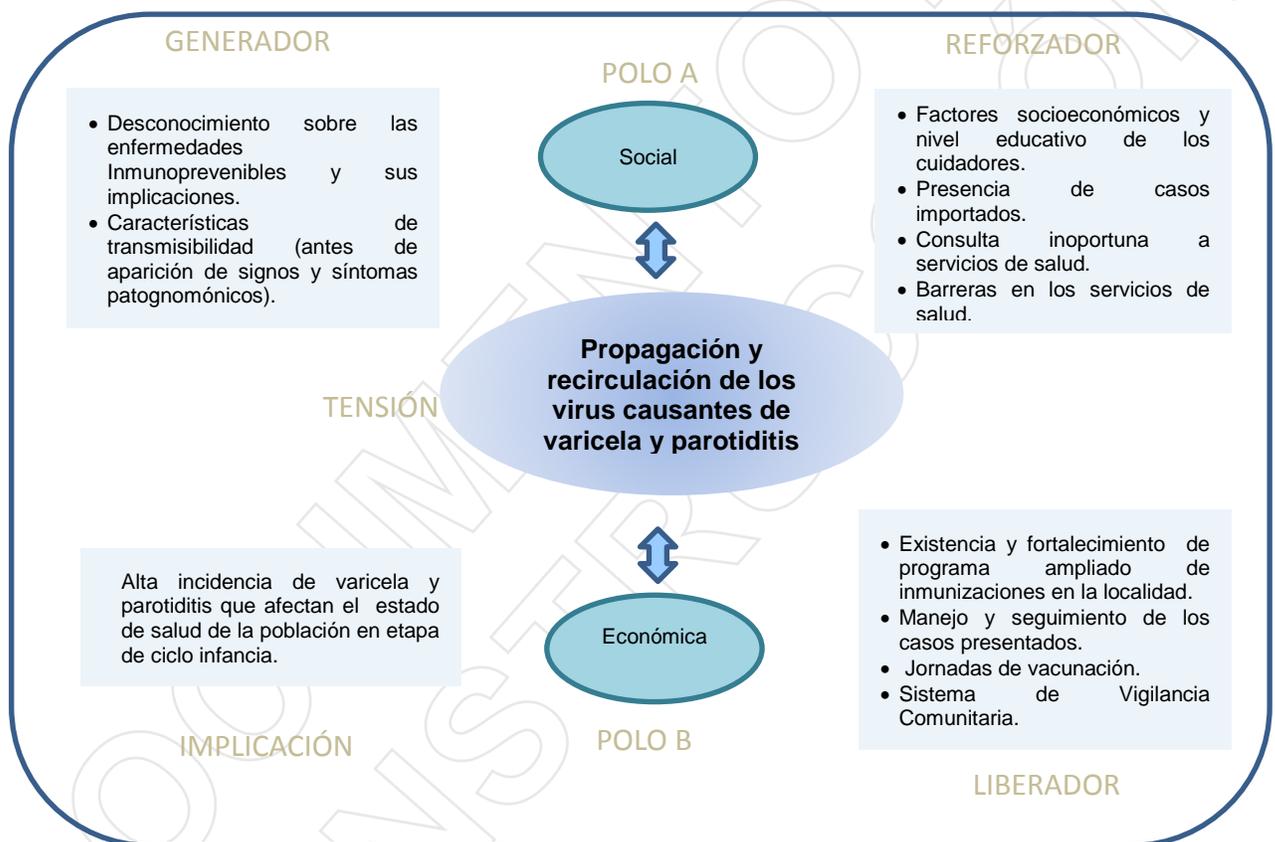
Tensión 5. Propagación y recirculación de los virus causantes de varicela y parotiditis.

Dimensión: Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles

Componente: Enfermedades Inmunoprevenibles

Área de observación: Carga de enfermedades Inmunoprevenibles.

Ilustración 32 Tensión (5) Etapa de Ciclo Infancia, Propagación y recirculación de los virus causantes de varicela y parotiditis.



Al analizar la situación de salud de la localidad con respecto a la dimensión de vida saludable y enfermedades transmisibles se encuentra que el desconocimiento sobre las enfermedades Inmunoprevenibles y sus implicaciones, por parte de cuidadores y actores intersectoriales, junto con las características de transmisibilidad (antes de aparición de signos y síntomas patognomónicos) generan prácticas de cuidado y manejo inadecuado a las personas que presentan los eventos produciendo alta propagación y recirculación de los virus causantes de varicela y parotiditis, debido a los costos que generan las estrategias de

prevención e inmunización, afectando el estado de salud de la población en etapa de ciclo infancia reflejado en la alta incidencia de varicela y parotiditis.

Como elementos reforzadores del evento se encuentran los factores socioeconómicos y nivel educativo de los cuidadores, la consulta inoportuna a los servicios de salud por mitos y creencias frente a la enfermedad, barreras en los servicios de salud debido a expedición de incapacidades cortas y la presencia de casos importados.

Por otro lado al realizar la identificación de liberadores se encuentra la existencia de programa ampliado de inmunizaciones en la localidad y la inclusión de vacuna específica contra la varicela en el año 2014, así como la formulación de diferentes estrategias para la ampliación de la cobertura de vacunación en los niños y niñas de la localidad. Manejo y seguimiento de los casos presentados e intervención de brotes reportados desde la unidad comando que buscan cortar la cadena de transmisión, el Sistema de Vigilancia Comunitaria, que permite el empoderamiento de la comunidad frente a los diferentes eventos de interés en salud pública y su notificación y reporte.

Análisis de determinantes sociales de la salud

Entre los determinantes intermediarios de la prevalencia de las enfermedades trasmisibles se encuentran las condiciones y hábitos particulares de los individuos que pueden ser prevenibles mediante el conocimiento de las mismas, en relación a las medidas necesarias frente al aislamiento de casos identificados, por lo que es necesaria educación en salud pública en los medios de comunicación.

Desde el análisis de acceso a los servicios de salud, es importante mencionar que ante la identificación de un caso en lugares donde el riesgo epidémico es alto, el CDC recomienda la inmunización sin embargo no lo cubre el Plan Ampliado de Inmunizaciones de Colombia, sino en edades específicas. Además es importante analizar el comportamiento de las coberturas de vacunación en la localidad, durante el año 2014 no se logró el cumplimiento de cobertura esperado para los biológicos trazadores. En un estudio realizado En Ghana, Se demuestra que hay una significativa relación entre los determinantes de salud (educación, ocupación, riqueza) y el estado de inmunización (87). Se encontró que las variables asociadas estadísticamente a las bajas coberturas de vacunación en los distritos del estrato 1, son aquellas relacionadas con el contexto social, económico y social, pero también las condiciones de vida como la situación del distrito en determinados pisos ecológicos, que presentan ciertas condiciones particulares de vida.

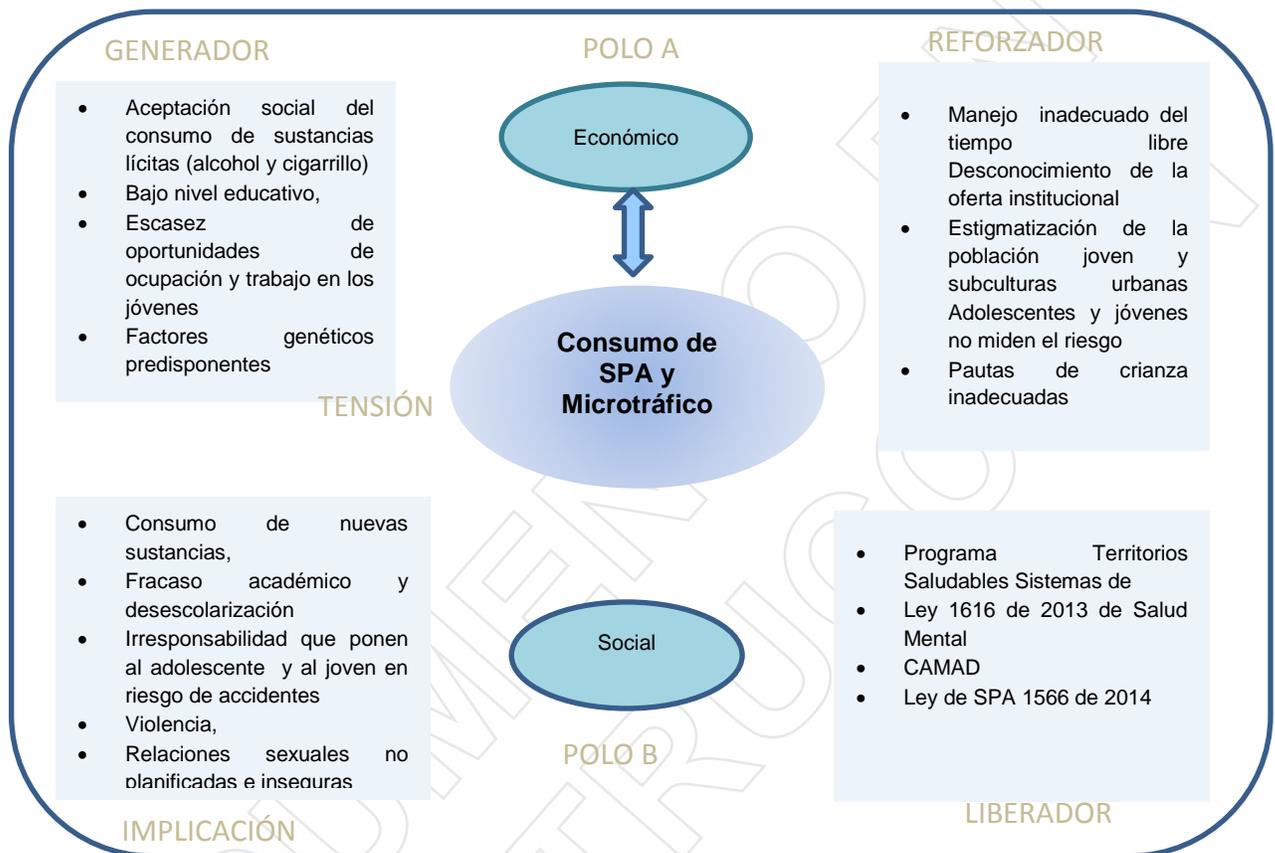
Tensión 6. Consumo de SPA y Microtráfico

Dimensión: Salud mental y convivencia

Componente: promoción de la salud mental y convivencia

Área de observación: autocuidado y corresponsabilidad social para la salud mental y la convivencia social

Ilustración 33 Tensión (6) Etapa de Ciclo Infancia. Consumo de SPA y Microtráfico.



Las situaciones de disfuncionalidad al interior del grupo familiar, la pérdida en el rol de la familia en la crianza de los niños, el consumo de SPA, se ve reflejado en un ambiente de interacción estresante y las dificultades en los procesos de comunicación familiar, y las dinámicas de resolución inadecuada de conflictos basados en costumbres y creencias que determinan el actuar de las personas, sumado a circunstancias socio-económicas y laborales que añaden estrés a las interacciones familiares han generado un aumento de las situaciones de violencia, siendo la infancia (6 a 12 años) la etapa de ciclo vital más afectada con un total de 708 casos, siendo las más representativas la violencia emocional (312) y la negligencia (171), de 2780 casos notificados en la localidad para el 2014 de acuerdo con el subsistema SIVIM, además es necesario tener en cuenta las dificultades que se presentan en la ejecución de la política pública de infancia y adolescencia generando acciones desarticuladas entre las diferentes instituciones de tal manera que no generan el impacto esperado en la reducción del evento.

Como implicación está siendo afectada la condición de salud mental de este grupo poblacional con baja autoestima, sentimientos de frustración, desarrollo inadecuado de la personalidad, ideación y conducta suicida; además de la deserción escolar, consumo de sustancias psicoactivas, presentación de conductas desadaptativas, pandillismo.

Determinantes sociales en salud

Se contempla como determinante estructural el bajo nivel de incidencia que tiene la política pública de infancia y adolescencia como consecuencia de la desarticulación interinstitucional, para minimizar las situaciones de violencia en niños y niñas, el cual en el artículo séptimo que hace referencia a la protección integral, materializado en el conjunto de políticas planes y programas que se deben ejecutar a nivel nacional, departamental y distrital y la corresponsabilidad que debe existir entre la familia, la sociedad y el Estado para la atención, cuidado y protección (88).

Es importante reconocer que los determinantes intermedios predominan en la incidencia de la violencia contra los niños y niñas a nivel local, teniendo en cuenta que en Colombia el 84 % de las víctimas de violencia intrafamiliar son niños y niñas(93); es así como los obstáculos que se presentan en la vida familiar generan alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud físico y mental de los niños y las niñas tales como la depresión infantil, agresividad, baja autoestima, problemas en conductas adaptativas, entre otras. “Es muy grave que la familia, que debería ser por excelencia el ámbito de protección de los niños y niñas, sea en la mayoría de los casos el escenario de la vulneración de sus derechos” (89)

Del mismo modo se encuentra como determinante intermedio que las pautas de crianza se ven afectadas por las relaciones agresivas, la privación afectiva y otras problemáticas de la familia, tal como lo encontró en sus resultados de investigación Bradly (2000) citado en Ezpeleta (2005), quien plantea que la falta de afecto, el afecto negativo o la desaprobación a toda acción o comportamiento de los padres, se relaciona con problemas externalizantes y con baja autoestima en niños y, además, la vinculación insegura con los cuidadores como un factor de mayor vulnerabilidad para la psicopatología infantil. (90)

El consumo de drogas y licor por parte de los padres alcohol como determinante intermedio que concentró el mayor porcentaje de manifestaciones de violencia física y psicológica dirigida hacia los niños y niñas aumenta la vulnerabilidad de los niños frente a la violencia en sus hogares. (91)

Lo anterior se puede verificar con el documento Maltrato infantil por Agresores bajo Efecto del Alcohol, donde se menciona que con respecto a abuso sexual, fue encontrado que 74.4% de las familias eran disfuncionales y de estas 35 % eran

caracterizadas por presencia de alcoholismo, ya que los padres alcohólicos o que usaron drogas tenían más posibilidades de agredir y violentar sus hijos que otros. Estos padres tienden a ignorar a sus hijos, se apartan de ellos, no tienen vínculos fuertes, dejan de cuidar de los niños y pueden ser agresivos y violentos. (92)

Etapa de Ciclo Adolescencia

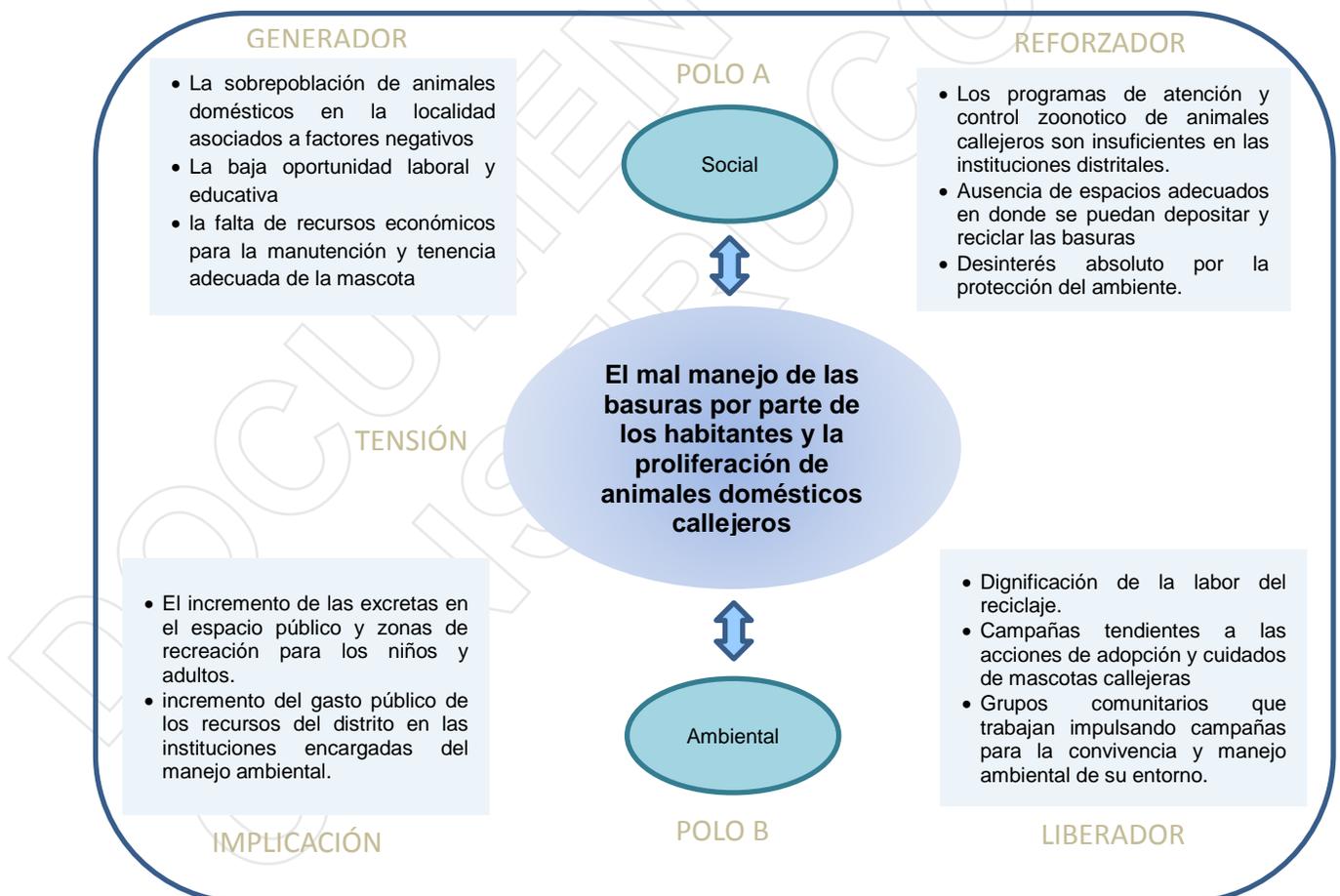
Tensión 1. El mal manejo de las basuras por parte de los habitantes y la proliferación de animales domésticos callejeros.

Dimensión: Salud Ambiental

Componente: Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales.

Área de observación: Identificación y prevención de nuevas amenazas para la salud relacionadas con el ambiente.

Ilustración 34 Tensión (1) Etapa de Ciclo Adolescencia, El mal manejo de las basuras por parte de los habitantes y la proliferación de animales domésticos callejeros.



Como factores reforzadores están: se encuentran la falta de esterilización canina y felina por la ausencia de programas de atención y control zoonótico prolongado por parte de las instituciones distritales. Ausencia de espacios adecuados en donde se puedan depositar y reciclar las basuras (contenedores). Aumento de población es directamente proporcional a los residuos vertidos por las mismas personas y una mayor demanda de servicios; deficiente planificación de infraestructura pública en las zonas más altas. Desinterés absoluto por la protección del ambiente.

Como factores liberadores se encuentran: la dignificación de la labor del reciclaje como modelo de producción económica. Campañas tendientes a las acciones de adopción y cuidados de mascotas callejeras (habitantes de calle), JAC y grupos comunitarios que trabajan impulsando campañas para la convivencia y manejo ambiental de su entorno (Sujeto a iniciativas acompañadas eventuales de instituciones). Campañas a nivel escolar que tengan que ver con la conservación ambiental, el manejo adecuado de mascotas y buenas prácticas en el manejo de basuras.

Determinantes sociales en salud:

Existe un elevado número de perros callejeros en la localidad que al romper las bolsas de basura, al ensuciar las vías públicas y las zonas verdes con sus heces, y al estar en numerosos casos enfermos de rabia, se convierten en un factor de riesgo ambiental para la comunidad. Algunas personas de la comunidad tienen animales domésticos en condiciones inadecuadas, en especial de la zona alta, donde esa situación se presenta con perros, cerdos y ganado bovino y equino. Por otra parte, en las áreas de influencia de los caños y quebradas de la localidad existe una alta proliferación de plagas, favorecidas principalmente por la acumulación de desechos sólidos en las rondas. Estos desechos, formados por una gran cantidad de materia orgánica en descomposición, son fuente de alimento que facilita la proliferación de estos insectos transmisores de enfermedades.

Este problema de insalubridad deja ver lo importante que es obtener una educación sanitaria más intensa dada por las instituciones locales, especialmente la que está relacionada con la disposición de desechos sólidos y el cuidado de las zonas verdes, rondas de quebradas y caños, que se han convertido en focos de contaminación e insalubridad, además de presentar un mal aspecto para la localidad.

Uno de los temas priorizados por la población de la localidad 18, es la indebida tenencia de animales, especialmente caninos (domésticos, callejeros y de razas potencialmente peligrosas), que generan inadecuadas condiciones de salubridad por presencia de excretas en áreas públicas, ruptura de bolsas de basura en puntos críticos de residuos sólidos, agresiones, proliferación de vectores, entre otros. Adicional a las problemáticas por tenencia inadecuada de mascotas, es

recurrente la molestia ciudadana por la sobrepoblación de palomas urbanas en la localidad, situación generada especialmente por inadecuados hábitos en el manejo de los residuos sólidos y la arquitectura misma de muchas viviendas que favorecen el anidamiento de esta especie. Uno de los factores que inciden negativamente en esta situación, es la escasa divulgación de la normatividad sobre tenencia de mascotas que se encuentra vigente en la actualidad, como el Código Nacional de Policía y la Ley 746 de 20024. Igualmente los recursos locales para la atención y seguimiento a las agresiones por animales mordedores, educación a la comunidad con respecto a la tenencia de mascotas y control de natalidad animal esterilización canina y felina, son limitados.

Etapas de Ciclo Juventud

Tensión 1. Lesiones de causa externa por objetos cortos punzantes en atracos y riñas

Dimensión: Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles

Componente: Modos, condiciones y estilos de vida saludables.

Área de Observación: Empoderamiento y corresponsabilidad social

Para la localidad Rafael Uribe Uribe, la situación socioeconómica de la población, asociado a los entornos inseguros y las dinámicas que ocurren dentro de éstas, generan prácticas sociales complejas en cuanto al comportamiento, es decir, alteraciones del orden público originado por riñas en establecimientos, atracos e intolerancia familiar debido a espacios propicios dentro de las localidades para el consumo de spa y bebidas embriagantes.

La corresponsabilidad social tanto de la población de localidad como de las instituciones en estos actos se ve cuestionada debido a la presencia de lesiones de causa externa por motivos de riñas y atracos en espacios públicos. Estos eventos marcan la falta de control social e institucional en el territorio y empeoran la situación, esto se ve reflejado en la intolerancia y la falta de conciencia de la misma población.

Como reforzadores a esta tensión están la intolerancia social asociados a prácticas que no están auto reguladas por los mismos individuos. La publicidad de bebidas embriagantes y la falta de control por los entes reguladores que refuerza la problemática. Límites territoriales invisibles. Influencia de los medios de comunicación. Microtráfico. Intereses económicos de por medio. Corrupción de la fuerza pública.

⁴ Gestión de la Salud Ambiental GESA, 2014.

Ilustración 35 Tensión (1) Etapa de Ciclo Juventud, Lesiones de causa externa por objetos corto punzantes en atracos y riñas

Dentro de los liberadores de la tensión se encuentran los cuadrantes de la Policía



Nacional en espacios de alto impacto, organización comunitaria en defensa de su territorio y la corresponsabilidad social en el comportamiento adecuado frente a la problemática.

Las implicaciones de esta problemática es transversal a todas las etapas de ciclo, viéndose afectada especialmente la de juventud y adultez quienes son los más afectados.

Determinantes sociales en salud

La tremenda desigualdad social presente en la localidad se traduce en grandes inconvenientes para el desarrollo mismo de la población residente, debido a la vulnerabilidad a la que se ven expuestos estas personas, son más propensos a derivar en comportamientos criminales. La falta de oportunidades laborales y de ocupación facilita la entrada de la población en etapa juventud y adulta en el mundo del consumo de SPA que a su vez degenera en problemas más serios como delincuencia común relacionada con el microtráfico.

Dentro de la localidad existen espacios propicios para desarrollar actividades criminales enfocadas al microtráfico, estos lugares son el resultado de interacciones sociales de territorialización y en algunos casos la composición geográfica ofrece las circunstancias favorables para que la delincuencia actúe.

Las lesiones de cause externa voluntarias en el caso de Rafael Uribe Uribe por objeto corto punzante ocupan el 31%, esta problemática continua por la falta de empoderamiento por parte de la sociedad y la corresponsabilidad social de las autoridades que aunque se intenta tomar medidas no son suficientes para subsanar este evento.

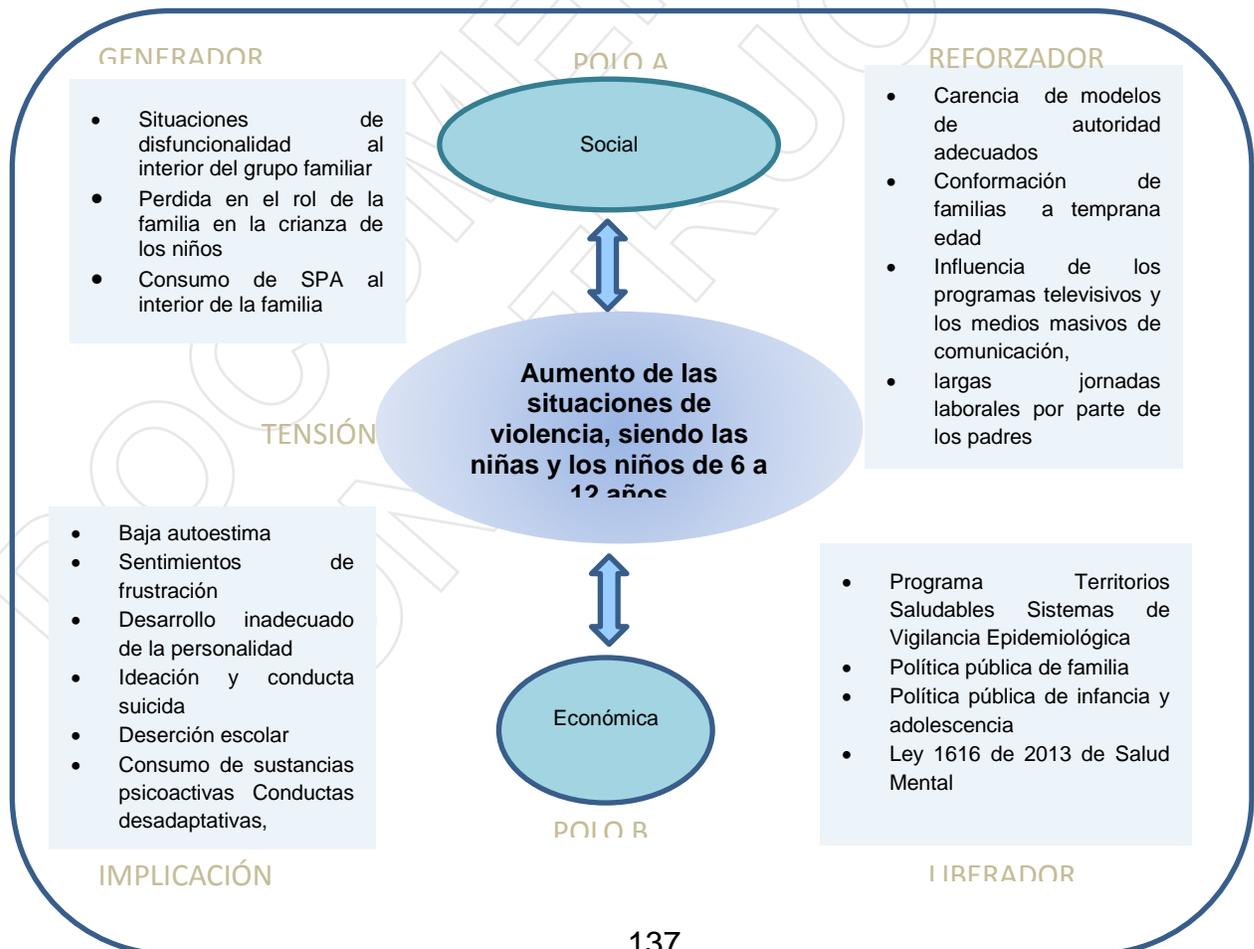
Tensión 2. Aumento de las situaciones de violencia, siendo las niñas y los niños de 6 a 12 años

Dimensión: Salud mental y convivencia

Componente: promoción de la salud mental y convivencia

Área de observación: comportamientos individuales y colectivos para el cuidado de la salud mental y la convivencia social

Ilustración 36 Tensión (2) Etapa de Ciclo Juventud. Aumento de las situaciones de violencia, siendo las niñas y los niños de 6 a 12 años



La aceptación social del consumo de sustancias lícitas (alcohol y cigarrillo), el bajo nivel educativo, la escasez de oportunidades de ocupación y trabajo en los jóvenes, los factores genéticos predisponentes, las situaciones de violencia y maltrato intrafamiliar, asociado al microtráfico que facilita el acceso al consumo de dichas sustancias. De acuerdo con la información recolectada por el centro de atención móvil para drogodependientes (CAMAD) en el año 2014, se han identificado 222 jóvenes que posiblemente consumen sustancias psicoactivas, este grupo se divide en 94 hombres y 128 mujeres. La falta de control institucional en la localidad, sumada a la legislación y normatividad deficiente y dificultades en su aplicación, conlleva a que se presente alto nivel de vulnerabilidad de los derechos de los jóvenes, quienes carecen de madurez emocional, de las herramientas y de los espacios de participación juvenil necesarias para minimizar los riesgos de incidencia del consumo de SPA, además se presentan otras implicaciones como el consumo de nuevas sustancias, fracaso académico, desescolarización, irresponsabilidad que ponen al adolescente y al joven en riesgo de accidentes, violencia, relaciones sexuales no planificadas e inseguras y suicidio.

Determinantes sociales en salud

Como determinante estructural en el consumo de sustancias psicoactivas se encuentra que se presentan dificultades en la implementación y ejecución de la Política Pública Nacional para la reducción del consumo de SPA y su impacto en la sociedad (93), observándose el incremento de actividades ilícitas como lo son el pandillismo y la delincuencia organizada, así como la presencia del microtráfico en la localidad.

El microtráfico y el narcomenudeo, son amenazas que están asociadas a múltiples manifestaciones del conflicto social, de violencia y de criminalidad por el control del territorio (94), son determinantes estructurales que se enfocan en el mercadeo de la distribución de drogas ilícitas y se constituyen en una opción laboral para la consecución de ingresos, pero tienen a su vez en una situación que tienen una afectación en la calidad de vida de los habitantes de la localidad.

Dicha situación contribuye al incremento en el consumo de sustancias psicoactivas, teniendo en cuenta el estudio llevado a cabo por REDEPAZ, se estimó que en Bogotá, el 23% de las personas encuestadas son consumidores actuales de cigarrillo, lo que equivale a 1,2 millones de fumadores en la ciudad, ubicados principalmente entre los 25 a 34 años de edad, seguido del grupo de 18 a 24. En cuanto al consumo de alcohol, 88% declara haber consumido alguna vez en la vida y 36% dice haber consumido en los últimos 30 días, lo que equivale a 1,9 millones de personas, encontrándose diferencias por sexo: uno de cada dos hombres y una de cada cuatro mujeres. Estos consumidores se ubican principalmente en edades comprendidas entre los 18 y 24 años y los 25 y 34. Adicionalmente, el 11% de los encuestados presentan un consumo de alcohol que

se puede calificar de riesgoso o perjudicial, cifra que equivale a 584.000, de los cuales 440.000 son hombres y 144.000 son mujeres. (95)

Como determinantes intermedios que inciden en el consumo de sustancias psicoactivas se encuentran la falta de oportunidades laborales y bajo nivel de ingresos, además de dificultades para acceder a instituciones de educación técnica y/o profesional, las dificultades en las habilidades sociales que tienen los jóvenes ya son fácilmente influenciados por su grupo de pares o los medios de comunicación masiva y las redes sociales, dificultades al interior del núcleo familiar que desencadenan situaciones de violencia intrafamiliar, además los jóvenes no cuentan con una red familiar y/o social de apoyo por lo cual son jóvenes que manifiestan sentimientos de soledad, depresión.

Tensión 3. Embarazo adolescente

Dimensión: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

Componente: Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género

Área de observación: Garantía del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género

Ilustración 37 Tensión (3) Etapa de Ciclo Juventud, Embarazo adolescente



Para la etapa de ciclo juventud, con relación a la dimensión prioritaria de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos en la localidad de Rafael Uribe con la estrategia de análisis PASE a la equidad en salud, se ha identificado la presencia de barreras de acceso a métodos de regulación de la fecundidad, limitantes en la promoción y ejecución en programas de educación sexual enfocados en el fortalecimiento de habilidades sociales y de comunicación junto con la baja percepción del riesgo y las implicaciones frente al proyecto de vida de las y los jóvenes, reflejan limitantes en el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos enfocados en la problemática de embarazo en adolescentes. Otras situaciones que pueden reforzar la tensión son la presión social por parte de pares la familia o la pareja, Violencia intrafamiliar, falta de corresponsabilidad entre la familia y las instituciones para la educación de las y los adolescentes, barreras de acceso a trabajos adecuadamente remunerados. Falta de articulación Institucional que permita la construcción real de procesos tendientes a la disminución de la problemática. En los lineamientos de las políticas no se establecen procesos de seguimiento a gestantes ni prevención de embarazo adolescente.

De acuerdo al comportamiento presentado durante el año 2014 en eventos notificados en el sistema de vigilancia se identificó que del total de la población de mujeres embarazadas el 20.5% se encuentran en el ECV Adolescencia (15 a 19 años según el indicador trazador) con un total de 1131 casos. Este evento afecta a la ECV de Infancia puesto que el embarazo en adolescentes implica mayor riesgo para las mortalidades perinatales, partos prematuros, bajo peso al nacer y aumento en la probabilidad de mortalidad y morbilidad en menores de 1 a 4 años. Por otra parte se incrementa los índices de diferentes tipos de violencia hacia los menores como consecuencia del deterioro emocional y la inmadurez física y mental así como la falta de soporte económico de los padres y las madres. Para las adolescentes las consecuencias se enmarcan desde lo social con la generación de tensiones y ruptura en su red familiar así como el surgimiento de nuevas familias disfuncionales.

Análisis de determinantes sociales en salud.

En la localidad desde el orden estructural se encuentran como determinantes para la tensión, el nivel socioeconómico, que repercute en las posibilidades de acceso a educación y se refleja en el grado de conocimiento y comprensión sobre el tema. Si bien se cuenta con una política nacional de salud sexual y reproductiva y una distrital de juventud en donde se protegen los derechos sexuales y reproductivos de los y las jóvenes, estas no establecen entes de control que regulen el diseño y la implementación de estrategias de Información, Educación, Comunicación, y protocolos de prevención que establezcan procesos de seguimiento a mujeres adolescentes gestantes, consideren la idoneidad del talento humano y la sensibilidad de este ciclo vital. Tampoco son claras sobre las entidades e instituciones obligadas a ejecutarlas y la manera como debe ejercerse la interinstitucionalidad.

El modelo educativo vigente genera proyectos pedagógicos de SSR insuficientes para desarrollar comprensión, responsabilidad en cuanto autocuidado, proyecto de vida, y conocimientos sobre oferta de servicios de métodos de regulación de la fecundidad. Asociado a esto, los programas de educación se enfocan únicamente en la parte biológica dejando de lado aspectos psicosociales y culturales que podrían ampliar el visión analítica de las y los jóvenes.

Los determinantes intermedios detectados en esta localidad tienen repercusiones importantes para la población desde el ámbito económico, cultural y en los espacios de atención en los servicios de salud. Se halla, como resultado de falencias económicas, restricciones en la accesibilidad a altos ámbitos educativos y así mismo a la elección de otras opciones de vida otras, que derivan en desinformación de las familias sobre los mecanismos que garantizan los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes. También se presentan pautas culturales que limitan el uso de métodos de planificación masculina así como la promoción del embarazo en adolescentes (por ejemplo en algunas culturas étnicas) como parte fundamental en la estructuración familiar. Con relación a las interacciones familiares, se verifican determinantes de violencia reflejados en el manejo inadecuado de conflictos, la reproducción de modelos androcéntricos de crianza, perpetuación del ciclo del embarazo en adolescentes heredando modelos de acción social de madre a hija que aumentan la probabilidad de que se presente el evento y falta de responsabilidad en los cuidadores para generar procesos de concienciación sobre la repercusión del embarazo en los proyectos de vida.

En los servicios de salud aún se encuentran barreras en el ejercicio de los controles de planificación familiar al exigir la presencia de un adulto. Los procesos de promoción y prevención por parte de las EPS's muestran un limitado impacto

Un determinante que a futuro podría beneficiar la disminución del evento es la creación por parte del hospital del servicio de salud sexual amigable para adolescentes intentando enfrentar la no asistencia a los servicios de ginecología y salud sexual por miedos, vergüenza, y asociación de dolor a los exámenes de control.

Etapa de Ciclo Adultez

Tensión 1. Altos índices de sobrepeso y obesidad en mujeres en edad fértil

Dimensión: Seguridad Alimentaria y Nutricional

Componente: Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos

Área de observación: Alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada. Aprovechamiento y utilización biológica de alimentos.

Ilustración 38 Tensión (1) Etapa de Ciclo Juventud, Embarazo adolescente



En la localidad Rafael Uribe Uribe se ha observado inadecuados hábitos de alimentación donde se observa la mono dieta, una bajo consumo de micronutrientes en la mujeres gestantes, un alto consumo de azucares simples y alimentos ultra procesados, en esto hace evidente la falta de estilos de vida saludable, poca cultura de autocuidado y la poca educación en alimentación y vida saludable que conlleva altos índices de sobrepeso y obesidad en mujeres en edad fértil, sumado a la baja oferta y mercadeo de alimentos saludables y de alto valor biológico. Todo esto se ve reflejado en el riesgo de diabetes e hipertensión gestacional, riesgo de mortalidad y morbilidad materno perinatal, la posibilidad de recién nacidos macrosómicos y enfermedades crónicas no transmisibles.

Como reforzadores a estas complicaciones de salud se identifica el doble valor calórico de los apoyos alimentarios, así como el aumento de publicidad de alimentos hipercalóricos, la baja adherencia a los servicios promocionales en salud, la falta de programas de gratuidad que ofrezcan promoción de la actividad física a este grupo poblacional, y la falta de redes de comercialización de

alimentos de origen natural. Dentro de los factores liberadores a esta situación de salud de las mujeres en edad fértil se destacan los Programas de promoción y prevención y atención las gestantes, el Programa Territorios Saludables, el Programa de Ámbito Familiar de la SDIS, y los Programas de actividad física del IDRD.

En relación a los determinantes en salud que generan la situación de aumento de sobrepeso y obesidad de las mujeres en edad fértil en la localidad Rafael Uribe Uribe se destacan factores como el acceso a los alimentos en la localidad, el cual se ve limitado a los productos que se adquieren en el comercio de barrio, lo que limita el acceso a todos los tipos de alimentos y aumenta sus costos, disminuyendo la calidad nutricional.

Por otro lado se observa un aumento de inadecuados hábitos alimentarios en función al consumo de alimentos de alto valor calórico y poco nutricional como lo son las gaseosas, alimentos de paquetes, y productos de panadería. Finalmente el sedentarismo se relaciona de manera directa.

De acuerdo a la tendencia mundial, el sobrepeso y obesidad son enfermedades que afectan la salud con mayor prevalencia a personas de la etapa de ciclo vital adultez, que se ubica en zona urbana, y tiene a presentarse más en mujeres que en hombres, además de ser un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, artrosis, y una relación con el desarrollo de cánceres como el de útero, mama y colon.

Por otro lado se ha aumentado la presencia de ambientes obesogénicos, que influyen de manera directa en la educación y cultura alimentaria que tiene la población promoviendo el consumo de alimentos de alta densidad calórica y bajo aporte nutricional.

Estructuralmente este evento debe ser ajustado desde la legislación reformando la ley de la obesidad, ya que no se enfoca que en la promoción y la prevención, sino, en la atención asistencial cuando la persona ya padece la obesidad. También se identifican vacíos en la normatividad que rige el etiquetado y rotulado nutricional que como ya se mencionó se suma a las personas que tienen bajos ingresos para invertir en la alimentación.

Tensión 2. Condiciones de vulnerabilidad e informalidad de la población recicladora de oficio

Dimensión: salud y ámbito laboral

Componente: seguridad y salud al trabajo

Área de observación: poblaciones laborales en el sector formal e informal de la economía

Ilustración 39. Tensión (2) Etapa de Ciclo Adultez. Condiciones de vulnerabilidad e informalidad de la población recicladora de oficio



La tradición familiar, las condiciones socioeconómicas y culturales de la población recicladora sumado a las debilidades en los procesos organizativos de los trabajadores del reciclaje (según el censo de recicladores de oficio realizado en 2011 en la localidad reside el 5,2% (n=721) de recicladores en Bogotá, mostrando mayor participación de hombres con el 69% frente al 31% que son mujeres) relacionados con las falencias en el trabajo colectivo como consecuencia histórica de realizar la actividad de forma individual potencian condiciones de vulnerabilidad e informalidad de la población recicladora de oficio de la localidad Rafael Uribe Uribe, generando procesos de exclusión social, estigmatización, segregación y marginalización, así como percepción de inseguridad por parte de la comunidad afectando el desarrollo de la actividad del reciclaje en condiciones de trabajo digno, decente y saludable exponiendo al trabajador a condiciones peligrosas por el contacto con contaminantes biológicos, biomecánicos, químicos y psicosociales, además se afecta la relación con las comunidades pues los recicladores se perciben como causantes de contaminación ambiental en los procesos de recolección que potencian la presencia de vectores, contaminación a las fuentes hídricas y contaminación visual.

Determinantes sociales en salud

El primer de determinante estructural que se puede mencionar es el Modelo económico capitalista que genera inequidad frente a las oportunidades y condiciones laborales. Este orden económico va de la mano con el normativo y social, donde la globalización, la liberalización económica y la revolución tecnológica, hacen que los costos sociales de las actividades económicas, sean pasados a los sectores más débiles de la población, con consecuencias tales como el abaratamiento de la mano de obra (96). Los resultados del censo de recicladores de oficio evidencian un bajo nivel de ingresos de la población trabajadora donde el 78% expresa recibir menos de un salario mínimo (en el año 2012 el salario mínimo correspondía a \$ 566.700), generando condiciones de vida muy limitadas que solamente cubre sus necesidades básicas. (96)

Un fuerte determinante intermedio para que se potencien las condiciones de vulnerabilidad de los recicladores o recuperadores ambientales es la débil organización o construcción de una dinámica colectiva, a sabiendas que el proceso asociativo propicia un reconocimiento social y político de los asociados, una transformación de prácticas deliberativas, relacionales y de liderazgo (97).

Por un lado se pueden visibilizar determinantes de tipo intermedio cuando se habla de la actividad del reciclaje como herencia de la actividad económica familiar por varias generaciones, lo cual perpetúa círculos de pobreza donde las nuevas generaciones carecen de perspectivas para desarrollarse laboralmente. Relacionado con esto se evidencian una cultura donde prima el trabajo sobre el estudio.

Asociado a esto algunos recicladores de la localidad expresan que son hijos de campesinos que se trasladaron del campo a la ciudad en busca de oportunidades o debido a situaciones relacionadas con el conflicto armado, estas familias se asentaron en la periferia de la ciudad en barrios de invasión, situaciones que se puede reconocer de otro lado como determinante de tipo Estructural.

Determinantes intermedios como los bajos niveles de escolaridad y pocas oportunidades de progreso debido al bajo perfil de la profesión por su poca exigencia de conocimiento y educación (108), limita la posibilidad de enfrentar el mercado laboral en la formalidad.

Según la base de datos de canalizaciones del Hospital Rafael Uribe Uribe en el año 2014 se identificaron 95 trabajadores del reciclaje entre los 14 y 60 años de los cuales el 25% no estudiaron, el 44% hizo la primaria, el 18% hizo la secundaria incompleta y solo el 2% son bachilleres. Esta condición agrava la situación, debido a que la mayoría de empresas solicitan el bachiller como un requisito básico en los procesos de selección. (96)

Etapa de Ciclo Vejez

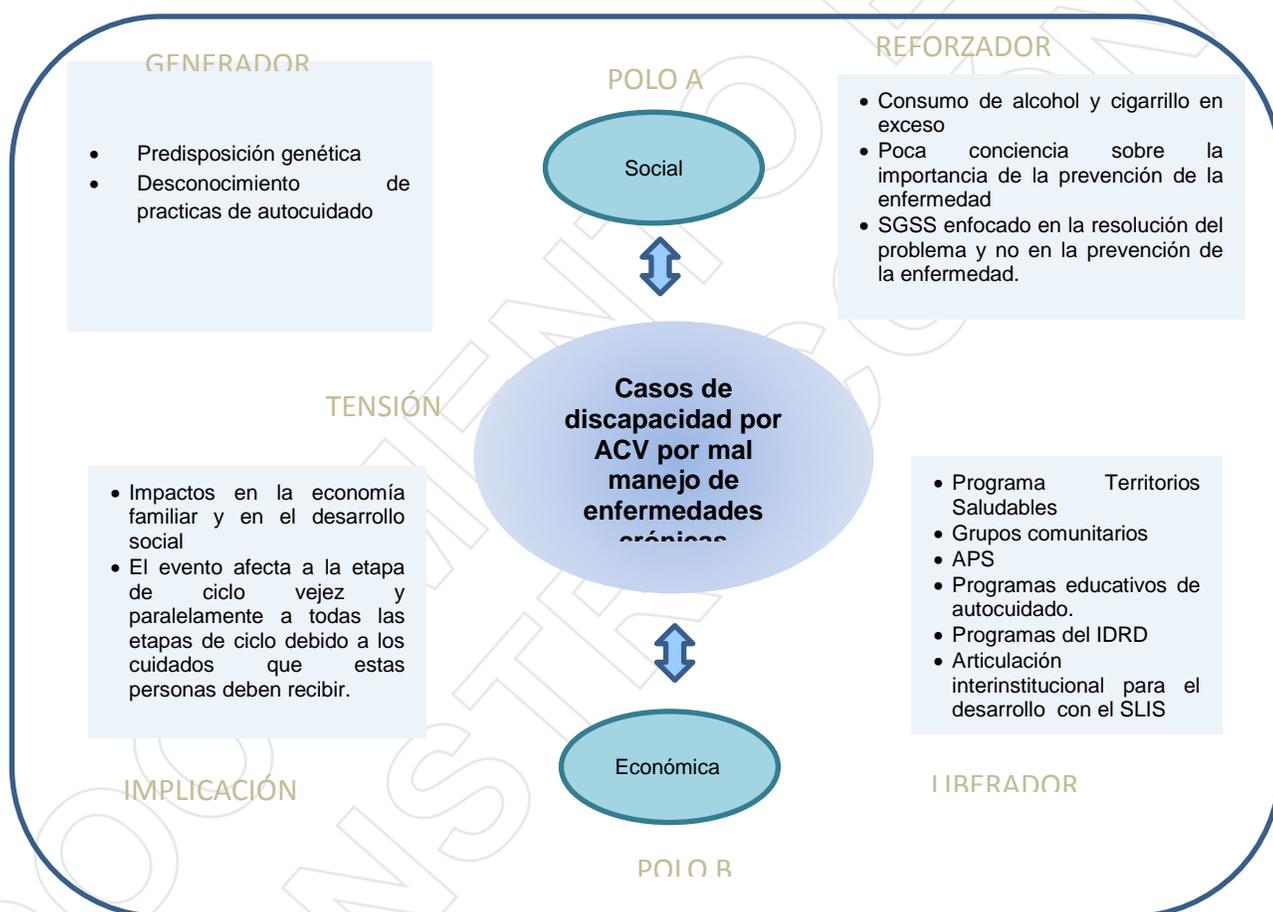
Tensión 1. Casos de discapacidad por ACV por mal manejo de enfermedades crónicas

Dimensión: Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles

Componente: Condiciones crónicas prevalentes

Área de observación: Carga de la enfermedad.

Ilustración 40 Tensión (1) Etapa de Ciclo Vejez. Casos de discapacidad por ACV por mal manejo de enfermedades crónicas



La predisposición genética de la población junto con el desconocimiento de hábitos de vida saludable y la falta de prácticas de auto cuidado generan enfermedades precursoras como la hipertensión y diabetes en la etapa de ciclo Persona Mayor. Para la localidad el 45,10% del total de personas mayores registradas en la base de discapacidad presenta alteraciones del movimiento y necesitan ayuda permanente, esto se traduce en que por el mal manejo de estas enfermedades crónicas se presentan ACV y apoplejías en la población mayor.

Las implicaciones de este evento es el efecto en la economía de la localidad visto desde la carga de enfermedad que puede ocasionar la discapacidad, y hasta la muerte entre otras, impactando en la economía de la familia debido a que los gastos para la manutención de estas personas se incrementa al igual que para el estado y, por lo tanto, influyen directamente en el desarrollo social y afectan a todas las etapas de ciclo, vejez principalmente.

De esta tensión se refuerza con el consumo de alcohol y cigarrillo en exceso y la poca conciencia sobre la importancia de la prevención de la enfermedad; el Sistema General de Seguridad Social en Salud enfocado en la resolución y no en la prevención.

Como liberadores se encuentra el programa de Territorio Saludables a nivel individual y colectivo; Grupos comunitarios; Atención Primaria en Salud; Programas educativos de autocuidado; Programas de Recreación, deporte y cultura del IDRD y de la Alcaldía; Articulación interinstitucional para el desarrollo de las estrategias con SLIS.

Análisis de determinantes

En esta etapa de ciclo se refleja el tipo de vida que llevaron las personas a lo largo de su existencia, haciéndose evidente distintas enfermedades crónicas que arrastraron durante muchos años y más evidente aun cuando son los accidentes cerebro – vasculares los que lo demuestran. De cierta manera, las costumbres alimenticias de la población, el sedentarismo, el consumo de cigarrillo potencializan esta problemática, sin embargo es el desconocimiento y la poca importancia que le merece por parte de las poblaciones es la que aumenta el riesgo.

En la localidad de Rafael Uribe Uribe se registra que el 45,10% de la población mayor registrada en la base de discapacidad de vigilancia en salud pública, posee como alteración que más le afecta el movimiento y que además necesita ayudas permanentes relacionadas en su mayoría por ACV.

Por otra parte, la carga de la enfermedad después de un accidente cerebro vascular recae principalmente en la familia que es la encargada del cuidado de las personas, adicional a que ellos mismos tienen que soportar el gasto del tratamiento y manutención, que a su vez genera un detrimento de la calidad de vida de las mismas y de alguna manera el desarrollo territorial se ve afectado.

Se podría decir que la responsabilidad se divide tanto en el estado por su ausencia de compromisos serios y efectivos en la promoción y prevención de enfermedades y en el individuo que desconoce las consecuencias de enfermedades crónicas y no recompone sus hábitos.

Tensión 2. El deterioro del entorno ambiental y paisajístico asociado al incremento de los asentamientos y comercios informales.

Dimensión: Salud Ambiental

Componente: Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales.

Área de observación: Urbanismo, ruralidad y espacios públicos.

Ilustración 41 Tensión (2) Etapa de Ciclo Vejez, El deterioro del entorno ambiental y paisajístico asociado al incremento de los asentamientos y comercios informales.



Como factores reforzadores están: La falta de control por la autoridad competente en el tema ambiental que induce a una deficiente apropiación del entorno por parte de la comunidad, además del uso inadecuado del suelo en diversas zonas de la localidad.

Como factores liberadores se encuentran: que a pesar de las limitaciones económicas se realiza de manera constante acciones de Inspección, vigilancia y control por parte de entes reguladores. Igualmente los Planes de desarrollo y las

Políticas y programas intersectoriales incluyen un completo componente ambiental que busca reducir las problemáticas locales.

Determinantes:

El Plan de Ordenamiento Territorial es, en esencia, la imagen deseable de la ciudad y de su entorno a futuro y pretende consolidar la ciudad, su entorno, su estructura y sus operaciones estratégicas de acuerdo con los fines deseables en materia ambiental, social, económica, territorial y administrativa⁵. Ahora bien, si bien es cierto que la localidad cuenta con ciertos equipamientos tales como el conjunto de espacios y edificios destinados a proveer a los ciudadanos de los servicios sociales de cultura, seguridad y justicia, comunales, educación, salud, culto, deportivos, recreativos y de bienestar social, para mejorar los índices de seguridad humana a las distintas escalas de atención, en la perspectiva de consolidar la localidad como centro que ofrezca con distintos servicios sociales (SDP, 2013). La UPZ Marco Fidel Suárez presenta el menor indicador de cantidad de equipamientos por cada 1.000 habitantes (0,6), seguida por la UPZ Diana Turbay, que figura con 0,9 equipamientos por cada 1.000 habitantes. La UPZ Quiroga figura con la mejor relación con 2,1 equipamientos por cada 1.000 habitantes, cercana al promedio de la ciudad (2,4).

En Rafael Uribe el 39,0% del total de equipamientos está dedicado al sector salud, seguido por el sector educativo, que alcanza una participación del 29,5%, y por el sector cultural que tiene el 13,7%. La menor participación la presenta el sector de recreación y deporte con sólo un 0,4%, cifra que no incluye las áreas destinadas a parques y zonas verdes como parte de esos equipamientos.

En la localidad de Rafael Uribe Uribe se localizan 21 equipamientos de salud que corresponden a 1 Centro de Atención Ambulatoria, 6 Centros de Atención Médica Inmediata –CAMI–, 3 Instituciones de Salud de Nivel 1, 1 Unidad Básica de Atención –UBA– y 10 Unidades Primarias de Atención –UPA–. También se encuentran 253 instituciones privadas prestadoras de servicios de salud que corresponden a laboratorios, consultorios médicos y odontológicos y centros de salud, entre otros. En la UPZ Quiroga se concentra la mayor cantidad de instituciones privadas prestadoras de salud con 140, le sigue la UPZ San José que registra 756.

Sin embargo Rafael Uribe es una localidad que tiene una problemática ambiental de gran complejidad que inciden en los procesos de salud enfermedad, debido a la

⁵ En la actualidad el Plan de Ordenamiento Territorial – POT se encuentra en revisión.

⁶ SDP, Dirección de Planes Maestros y Complementarios, Plan Maestro de Equipamientos de Salud. Decreto 318 del 2006, Bogotá D. C.

acción de dos o más factores de riesgo que actúan en forma simultánea y a la dificultad que se tiene para enfrentarlos, pues para ese fin se requiere una estrategia de aporte interinstitucional e intersectorial. El área de la localidad en donde confluyen la mayor cantidad de factores de riesgo ambiental es la zona alta, caracterizada por el predominio de un proceso de urbanización desordenado e informal⁷. En Rafael Uribe existe un área total de 1,5 ha, catalogada como zona de alto riesgo no mitigable, que se distribuye entre las UPZ Diana Turbay, Marruecos y Marco Fidel Suárez. En la UPZ Diana Turbay las zonas de este tipo se concentran en la zona sur del barrio Serranía sector Cultivos, en la parte sur del barrio La Marquesa y en la zona nororiental del barrio La Reconquista. Las zonas en alto riesgo no mitigable de la UPZ Marruecos se localizan en el barrio La Esperanza Alta, en la zona sur del barrio Playón, La Playita III y en la zona que se encuentra entre los barrios Mirador de Marruecos y Los Chircales.

Valoración por alertas

Como se pudo observar en la Tabla 12 las tensiones que generaron alerta, es decir aquellas que después de la valoración arrojaron un valor mayor de 4 se muestran a continuación. La valoración numérica facilita la representación gráfica de las tensiones y su jerarquización, que ofrece criterios para la priorización en salud.

De 14 tensiones identificadas para la Localidad Rafael Uribe, 4 resultaron tener un puntaje igual o superior a 4, por lo cual se consideran como prioridad al no encontrar un equilibrio entre la tensión, los reforzadores y los liberadores.

Tensión 1.1.4.1. Correspondiente a la dimensión de Salud Ambiental, la cual tiene por evento El consumo fuera de un contexto de sostenibilidad en la localidad y la demanda de oferta de bienes y servicios con una puntuación final de 6.

En la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental en la tensión 3.1.1.1. la violencia en la etapa de ciclo infancia, tuvo una puntuación de 5.5. Del mismo modo, la tensión 3.1.2.1. cuyo evento es el consumo de SPA con una puntuación final de 5.75

Otra tensión que en su semaforización fue roja, se ubica en la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional, tensión 4.2.1.2. que habla principalmente de la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres en edad fértil con una puntuación de 4.5

⁷ Secretaría de Salud.

Y para finalizar las alertas, en la dimensión de Salud y Ámbito Laboral, la tensión No. 8.1.1.2. sobre trabajo infantil arrojó una puntuación de 5.5.

Estas situaciones junto con sus determinantes, reforzadores y liberadores se explican más adelante de manera más detallada.

- *Tensión 3.1.1.1. Dimensión Salud Mental y Convivencia*

Se contempla como determinante estructural el bajo nivel de incidencia que tiene la política pública de infancia y adolescencia como consecuencia de la desarticulación interinstitucional, para minimizar las situaciones de violencia en niños y niñas, el cual en el artículo séptimo que hace referencia a la protección integral, materializado en el conjunto de políticas planes y programas que se deben ejecutar a nivel nacional, departamental y distrital y la corresponsabilidad que debe existir entre la familia, la sociedad y el Estado para la atención, cuidado y protección. (88)

Es importante reconocer que los determinantes intermedios predominan en la incidencia de la violencia contra los niños y niñas a nivel local, teniendo en cuenta que en Colombia el 84 % de las víctimas de violencia intrafamiliar son niños y niñas (89); es así como los obstáculos que se presentan en la vida familiar generan alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud físico y mental de los niños y las niñas tales como la depresión infantil, agresividad, baja autoestima, problemas en conductas adaptativas, entre otras. *“Es muy grave que la familia, que debería ser por excelencia el ámbito de protección de los niños y niñas, sea en la mayoría de los casos el escenario de la vulneración de sus derechos”* (89)

Del mismo modo se encuentra como determinante intermedio que las pautas de crianza se ven afectadas por las relaciones agresivas, la deprivación afectiva y otras problemáticas de la familia, tal como lo encontró en sus resultados de investigación Bradley (2000) citado en Ezpeleta (2005), quien plantea que la falta de afecto, el afecto negativo o la desaprobación a toda acción o comportamiento de los padres, se relaciona con problemas externalizantes y con baja autoestima en niños y, además, la vinculación insegura con los cuidadores como un factor de mayor vulnerabilidad para la psicopatología infantil. (90)

El consumo de drogas y licor por parte de los padres alcohol como determinante intermedio que concentró el mayor porcentaje de manifestaciones de violencia física y psicológica dirigida hacia los niños y niñas aumenta la vulnerabilidad de los niños frente a la violencia en sus hogares. (91)

Lo anterior se puede verificar con el documento Maltrato infantil por Agresores bajo Efecto del Alcohol, donde se menciona que con respecto a abuso sexual, fue encontrado que 74.4% de las familias eran disfuncionales y de estas 35 % eran

caracterizadas por presencia de alcoholismo, ya que los padres alcohólicos o que usaron drogas tenían más posibilidades de agredir y violentar sus hijos que otros. Estos padres tienden a ignorar a sus hijos, se apartan de ellos, no tienen vínculos fuertes, dejan de cuidar de los niños y pueden ser agresivos y violentos. (92)

- *Tensión 4.2.1.1. Dimensión Seguridad Alimentaria Y Nutricional*

Evento: Bajo Peso al Nacer

Reforzadores del evento: Disfuncionalidad familiar, falta de interés de los y las adolescentes en los servicios de salud (Educación en planificación familiar), bajos recursos económicos para suplir una alimentación adecuada y en algunas jóvenes el proyecto de vida es ser madre.

Liberadores: Programas de atención integrada a la primera infancia del ICBF y SDIS, la promoción del AIEPI comunitario desde el programa territorios saludables, Programas de Prevención y promoción en hábitos y estilos de vida saludables para las gestantes - SISVAN - Componente de nutrición del Programa Territorios Saludables, y los proyectos especiales en salud sexual y reproductiva del sector salud.

Determinantes:

Frente al bajo peso al nacer se analizan los determinantes que corresponden a las gestantes, en la localidad el BPN se da en mujeres de todas las edades, principalmente en aquellas que inician tarde sus controles prenatales. (82)

Igualmente, se observa que entre mayor nivel educativo tenga la gestante menor riesgo de que su hija-o sea de bajo peso al nacer, al igual los hábitos alimentarios son importantes se reconoce que el bajo acceso y consumo de alimentos de alto valor biológico influye en el estado nutricional, al igual que el nivel de ingresos de la familia incide en la predominancia del bajo peso al nacer.

Diferentes estudios han encontrado que si la gestante sufre de alteraciones en el embarazo como la anemia, el hábito de fumar y las infecciones vaginales por trichomona y/o gardnerella constituyen antecedentes patológicos personales que aumentan la probabilidad de tener un recién nacido bajo peso al nacer.

Por otro lado, la ocurrencia de tres partos o más y el período intergenésico menor de un año eleva el riesgo de tener un recién nacido bajo peso. Los antecedentes de bajo peso al nacer y embarazo gemelar fueron factores de riesgo importantes entre las mujeres capaces de aportar un recién nacido de bajo peso. (83)

- *Tensión 5.2.1.1. Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos*

Para la tensión que aparece entorno al evento de enfermedades de transmisión sexual en mujeres gestantes se halló la incidencia de dos determinantes estructurales. La deficiente situación socioeconómica y el modelo del sistema de seguridad social vigente. Con relación al primero se tiene en cuenta que las mayores frecuencias del evento se encuentran en las UPZ Marco Fidel Suarez (con 16 casos) y Diana Turbay (con 9 casos)⁸, las cuales presentan los más altos índices de pobreza acumulada y estrato socioeconómico bajo en la localidad. Las falencias económicas impiden el acceso a otras posibilidades educativas y culturales, ahondan en el desconocimiento de las causas y repercusiones de las ETS durante la gestación y propician el ejercicio de esquemas machistas que dificultan la interiorización de acciones de prevención.

Por otro lado, si bien se cuenta con marco normativo que beneficia el tratamiento y la detección oportuna de sífilis gestacional⁹, no hay suficiente adherencia a las políticas de salud sexual y reproductiva, debido que el Sistema de Seguridad Social percibe la salud como un servicio y no como un derecho. De lo cual se derivan diferentes barreras administrativas para la autorización de exámenes de diagnóstico y el desinterés de las EPS por promocionar el portafolio de servicios y los derechos de las usuarias y los usuarios frente al tema.

Como determinantes intermedios en el sector de servicios de salud, se encontró la Falta de articulación entre las aseguradoras para propiciar acciones interinstitucionales relacionadas con la celeridad de procesos de canalización o remisión, y una limitada adherencia a guías y protocolos, derivados del desconocimiento de normas y políticas públicas con relación al debido manejo de la enfermedad.

Se estiman como determinantes de importante incidencia la falta de conductas de auto cuidado y de prácticas sexuales seguras como la asistencia a citas preconceptionales. Las pautas androcéntricas o patriarcales, son consideradas factores que restringen estas prácticas seguras de sexualidad y otras acciones de prevención de la enfermedad, pues limitan el uso del preservativo, la permanencia del hombre en el tratamiento, la asistencia a citas preconceptionales, la adhesión a métodos anticonceptivos en pareja y aumenta las relaciones sexuales desordenadas.

⁸ Base SIVIGILA 2014

⁹ Según resolución 412, Resolución 5261 / 94 (Serología confirmatoria), Acuerdo 117/98 (Establece el obligatorio cumplimiento de los procedimientos actividades e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública) entre otras.

También se evidencia la falta de responsabilidad y conciencia materna y paterna sobre las repercusiones de la enfermedad en el neonato. Por lo tanto se aduce que puede haber carencia de procesos de educación y comunicación frente al tema tanto en entornos familiares como en espacios institucionales, bien sean educativos o de salud.

Sin embargo, es importante exponer como determinante liberador de la tensión, el Seguimiento por parte de Vigilancia en Salud Pública e IPS's - EPS's de los casos detectados y los programas de educación sobre las enfermedades de transmisión sexual que se desarrollan desde el programa de Territorios Saludables.

- *Tensión 6.1.1.1. Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles*

Como reforzadores están las limitaciones en las competencias establecidas por la normatividad actual para las Entidades territoriales para la Inspección Vigilancia y Control a las EAPB, el hecho que el evento no fue incorporado como meta estructurante en el Plan Territorial de Salud, sistema de salud con enfoque asistencialista y orientado a la enfermedad.

Como liberadores están la generación de diferentes estrategias para la disminución de las enfermedades respiratorias, como inclusión de vacunas en el PAI, presencia e implementación de programa de territorios saludables, implementación y fortalecimiento de estrategias de AIEPI, IAMI IAFI, Implementación estrategia de Sala ERA, Sistema de vigilancia de calidad del Aire y el Salud, sistema de vigilancia epidemiológica e intervenciones epidemiológicas de campo.

Determinantes:

Determinantes de tipo estructural como el acceso y calidad de los servicios de salud, generando una barrera desde la ley 100, donde la salud se ofrece con base en una lógica de mercado de acuerdo al nivel socioeconómico de los ciudadanos y divide los servicios de salud en paquetes de beneficios: el plan obligatorio y plan básico de atención, donde el componente de prevención de la enfermedad es relegado por el enfoque resolutivo.

Para analizar las causas sociales que explican la prevalencia de las ERA en los niños y las niñas, se han estudiado variables como: el área de residencia, la lactancia materna, la anemia nutricional, el uso de servicios de salud a través del carné de vacunación, la condición de afiliado, y la riqueza del hogar (86).

Las estimaciones de un estudio realizado al respecto en Colombia muestran como el estado de afiliación al sistema de salud se comporta como factor determinante para las enfermedades respiratorias; la afiliación reduce los costos de búsqueda

de atención que son vitales para enfrentar oportunamente las ERA y evitar consecuencias fatales presentando una reducción del riesgo de tener síntomas de ERA hasta en 45,4% frente a quienes no están asegurados. Igualmente sucede con el acceso al sistema de vacunación, que reduce el riesgo de contraer ERA en 49,5% menos que aquellos que están por fuera del sistema de vacunación infantil.

Entre los determinantes sociales intermedios que desencadenan la ERA van ligados al nivel de ingresos de la familia, su lugar de residencia; debido a que el nivel socioeconómico influye en las condiciones higiénico- sanitarias, este hecho ha sido ampliamente descrito encontrando que los niños de estrato socioeconómico bajo son más susceptibles a sufrir choques de salud negativos que los niños de estratos socioeconómicos altos.

- *Tensión 6.2.2.1. Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles*

Como elementos reforzadores Factores socioeconómicos y nivel educativo de los cuidadores, Presencia de casos importados, Cuidadores que no consultan a servicios de salud a tiempo debido al manejo casero de la enfermedad, Barreras en los servicios de salud debido a expedición de incapacidades cortas.

Como elementos liberadores existencia de programa ampliado de inmunizaciones en la localidad - inclusión de la varicela en el año 2014. Manejo y seguimiento de los casos presentados, Jornadas de vacunación, Sistema de Vigilancia Comunitaria

Determinantes:

Entre los determinantes intermediarios de la prevalencia de las enfermedades trasmisibles se encuentran las condiciones y hábitos particulares de los individuos que pueden ser prevenibles mediante el conocimiento de las mismas, en relación a las medidas necesarias frente al aislamiento de casos identificados, por lo que es necesaria educación en salud pública en los medios de comunicación.

Desde el análisis de acceso a los servicios de salud, es importante mencionar que ante la identificación de un caso en lugares donde el riesgo epidémico es alto, el CDC recomienda la inmunización sin embargo no lo cubre el Plan Ampliado de Inmunizaciones de Colombia, sino en edades específicas. Además es importante analizar el comportamiento de las coberturas de vacunación en la localidad, durante el año 2014 no se logró el cumplimiento de cobertura esperado para los biológicos trazadores. En un estudio realizado En Ghana, Se demuestra que hay una significativa relación entre los determinantes de salud (educación, ocupación, riqueza) y el estado de inmunización (87); Se encontró que las variables asociadas estadísticamente a las bajas coberturas de vacunación en los distritos del estrato 1, son aquellas relacionadas con el contexto social, económico y social,

pero también las condiciones de vida como la situación del distrito en determinados pisos ecológicos, que presentan ciertas condiciones particulares de vida.

- *Tensión 8.1.1.2. Salud y Ámbito Laboral.*

Como factores reforzadores están: la Inestabilidad laboral, disfuncionalidad familiar, Deficientes redes de apoyo familiar, Migración y desplazamiento, Ayudas gubernamentales no controladas a las familias numerosas, Falta de jardines con horarios alternativos.

Como factores liberadores se encuentran, la presencia de HCBI y Centros Crecer, Intervención al trabajo infantil por parte del equipo de Ámbito Laboral.

Determinantes:

El trabajo infantil en la economía informal se ve determinado en un nivel estructural por las largas jornadas laborales de las madres cabeza de hogar, es decir el sistema económico capitalista cada vez más globalizado determina los estándares laborales que existen, así como el tipo de normatividades en salud laboral y el tipo de protección que se le puede dar al trabajador.¹⁰

En un nivel intermedio se puede encontrar el nivel de estudios del jefe de hogar, pues como lo muestra un estudio, los niños y niñas de hogares cuyos jefes o jefas tienen mejor educación y son de mayor edad, tienen mayor probabilidad de estudiar exclusivamente y menor probabilidad de trabajar, resultado consistente con otros estudios a nivel mundial. (85)

Un determinante social de tipo intermedio está relacionado con la regulación de la cantidad de niños y niñas que hay en el hogar. En edades entre los 5 y los 17 años, se encontró evidencia estadísticamente significativa a favor de que los hogares con mayor número de infantes: a) incrementan la probabilidad de enviar a los niños y niñas a trabajar, independientemente de si combinan esta actividad con el estudio o no, y b) reducen la probabilidad de que los niños y niñas estudien exclusivamente. (85)

Así mismo, los niños y niñas que viven en hogares donde el jefe es hombre, en comparación con aquellos que viven en hogares donde el jefe es mujer, tienen mayor probabilidad de trabajar y menor probabilidad de estudiar; lo cual es un indicio de que las mujeres jefas de hogar valoran más los retornos futuros de la educación o se preocupan más por el bienestar integral de los niños y niñas. (85)

¹⁰ Benach J, Muntaner C, with Solar O, Santana V, Quinlan M and the Emconet network. Employment, Work, and Health Inequalities: A Global Perspective. Barcelona: Icaria 2010

Bibliografía

1. Bank W. Millennium Development Goals: Significant Gains before the Crisis. In: World Bank. Global Monitoring report 2010. 2010;: p. 11-28.
2. Gómez-Arias R. Atención primaria en salud y políticas públicas. Rev Fac Nac Salud Pública. 2011;: p. 28(3):283-293.
3. ZAPATA WS. DISEÑO DE UN MODELO DE ANÁLISIS DE Medellín (Colombia) – Barcelona (España): UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CATALUÑA; 2012.
4. Organización Mundial de la Salud - OMS. who. [Online].; 2013 [cited 2015 Agosto 21. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es.
5. Alonso Palacio LM, Escorcía de Vasquez I. El Ser Humano como una totalidad. Revista Científica de Salud Uninorte. 2012 Agosto; 17.
6. Ponte Mitelbrunn C. Fedicaria.org. [Online].; 2013 [cited 2015 Agosto 21. Available from: http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf.
7. Presidencia de la Republica. Unidad para la Atención Integral a las Víctimas. Presidencia de la Republica. [Online].; 2015 [cited 2015 Agosto 24. Available from: <http://www.unidadvictimas.gov.co/index.php/en/438-enfoques-diferenciales>.
8. Naciones Unidas Derechos Humano. Oficina del Alto Comisionado Colombia. Naciones Unidas. [Online].; 2014 [cited 2015 Agosto 24. Available from: http://www.hchr.org.co/acnudh/index.php?option=com_content&view=article&id=2470:ique-es-el-enfoque-diferencial&catid=76:recursos.
9. Asamblea Nacional Constituyente. Senado de la Republica. [Online].; 1991 [cited 2015 Agosto 24. Available from: http://www.senado.gov.co/images/stories/Informacion_General/constitucion_politica.pdf.
1. Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Lineamiento técnico, metodológico y operativo de la adaptación del modelo BIT PASE y de la Estrategia PASE al desarrollo a las condiciones del Plan Decenal de Salud Pública. 2014. ; 2014.
- 1 Verónica Cruz García RFAJFLFAGG. Determinación de prioridades por el Método Hanlon en el laboratorio de análisis clínicos en un hospital de 2do nivel de atención. WAXAPA. 2012 Junio - Enero; 1(6).
- 1 Secretaria de Planeación Distrital/Alcaldía Mayor de Bogota. 21 Monografías de las Localidades # 18 Rafael Uribe Uribe. Monografía. Bogot.a D.C.; 2011.
- 1 HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE. Coordinación de Salud Pública. Análisis de situación en salud territorial localidad Rafael Uribe Uribe. [Online].; 2012 [cited 2013 12 10. Available from: http://www.eserafaeluribe.gov.co/web2013/salud_publica/asis/vigilanciapoblacional/informetrimestral/INFORME_TRIMESTRAL_RAFAEL_URIBE.pdf.
- 1 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. Decreto 218 de 2005. 2005 Julio 13..
- 4.
- 1 Bogotá AMd. Agenda Ambiental Local Bogotá. Bogotá D.C.; 2009.
- 5.
- 1 Uribe LR. Plan Ambiental Local Rafael Uribe Uribe 2012 - 2016 Convenio 010 de 2012 Bogotá; 6. 2012.

- 1 Bogotá CdCd. Perfil Económico y Empresarial, Localidad Rafael Uribe Uribe Bogotá D.C: LEGIS 7. S.A.; Julio de 2007.
- 1 E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe. Programa Territorios Saludables. 2012..
8.
- 1 Asociación Probienestar de la Familia Colombiana PROFAMILIA. Encuesta Distrital de 9. Demografía y Salud Localidad Rafael Uribe Uribe 2011. Encuesta. Bogota;; Agosto de 2011.
- 2 Hospital Rafael Uribe Uribe. Programa Territorios Saludables. 2012..
0.
- 2 Cámara de Comercio de Bogotá. Observatorio de la Gestión Urbana en Bogotá No.3 - Diciembre 1. de 2014. Bogotá: Cámara de Comercio de Bogotá; Noviembre 24 de 2014.
- 2 Bogotá CdCd. Observatorio de la Gestión Urbana en Bogotá. 3rd ed. Bogotá D.C.; Diciembre de 2. 2014.
- 2 SECRETARÍA DISTRITAL DE PLANEACIÓN. Reconociendo la localidad Rafael Uribe: Diagnóstico de 3. los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos. Diagnostico. Bogota:, SUBSECRETARIA DE INFORMACIÓN Y ESTUDIOS ESTRATÉGICOS; 2009.
- 2 DANE. Encuesta Multipropósito Demografía y Salud. ; 2011.
4.
- 2 Torres A, Mendez-Fajardo S, López-Kleine L, Galarza-Molina S, Oviedo N. Calidad de vida y 5. ciudad: análisis del nivel de desarrollo en Bogotá a través del método de necesidades básicas insatisfechas. Estudios Gerenciales. 2013 Septiembre; 29.
- 2 Camara de Comercio de Bogotá. Perfil Económico y Empresarial Localidad Rafael Uribe Uribe 6. Bogotá: LEGIS S.A; 2007.
- 2 Secretaría de Integración Social.
7. http://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/1_entidad/gsi/18_rafael_uribe_lectura_de_realidades.pdf. [Online].; 2010 [cited 2015 Junio 24. Available from: http://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/1_entidad/gsi/18_rafael_uribe_lectura_de_realidades.pdf.
- 2 Encuesta Multipropósito 2014. Encuesta Multiproposito 2014 [CD]. Bogotá; 2014.
8.
- 2 Secretaría Distrital de Planeación. 21 Monografías de las Localidades Distrito Capital Diagnóstico 9. de los Aspectos Físicos, Demográficos y Socioeconómicos Bogotá; 2011.
- 3 Salas Orozco GA, Salcedo O, Aguilera M. Análisis de indicadores socioeconómicos y su impacto 0. en la salud publica de Bogotá. Tecnura. 2013 Abril; 17.
- 3 Departamento Nacional de Estadística. www.dane.gov.co. [Online].; 2013 [cited 2015 Junio 24.
1. Available from: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/Bogota_Pobreza_2013.pdf.
- 3 Secretaría Distrital de Planeación. <http://www.sdp.gov.co/>. [Online].; 2012 [cited 2015 Junio 24.
2. Available from: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Home/Noticias/OtrosDocumentosArchivos/PlandeDesarrollo>.
- 3 Camara de Comercio de Bogotá. <http://bibliotecadigital.ccb.org.co/>. [Online].; 2009 [cited 2015

3. Junio 24. Available from:
<http://bibliotecadigital.ccb.org.co/bitstream/handle/11520/3231/Presentacion%20perfil%20economico%20de%20Antonio%20Narino%20Tunjuelito%20y%20Rafael%20Uribe%20Uribe.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 3 Secretaria Distrital de Planeación Alcaldía Mayor de Bogotá. 21 Monografías de las Localidades.
4. Bogotá: Secretaria Distrital de Planeación Alcaldía Mayor de Bogotá, Distrito Capital - Localidad Rafael Uribe Uribe; 2011.
- 3 Secretaría de Planeación Social. <http://www.sdp.gov.co/>. [Online].; 2009 [cited 2015 Junio 24.
5. Available from:
http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/ciudadania/Publicaciones_SDP/21_bogota%20C_monografia_jul_2009.pdf.
- 3 Hospital Rafael Uribe Uribe. ESE. Diagnostico Territorial Diana Trubay 2013. Diagnostico
6. Territorial. Bogotá: Hospital Rafael Uribe Uribe. ESE, Vigilancia en Salud Publica; 2014.
- 3 Hospital Rafael Uribe Uribe. ESE. Diagnostico Territorial Marruecos 2013. Diagnóstico
7. Territorial. Bogotá: Hospital Rafael Uribe Uribe. ESE, Vigilancia en Salud Publica; 2014.
- 3 Hospital Rafael Uribe Uribe. ESE. Diagnostico Territorial Marco Fidel Suarez.2013. Diagnostico
8. Territorial. Bogotá: Hospital Rafael Uribe Uribe. ESE, Vigilanica en Salud Publica; 2014.
- 3 Centro de Innovación, Fundación Santa Fe de Bogotá. Seguimiento al sector Salud en Colombia.
9. Así vamos en Salud. [Online].; 2007-2009 [cited 2015 08 25. Available from:
<http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/58>.
- 4 Centro de Innovación, Fundación Santa Fe de Bogotá. Seguimiento al sector Salud en Colombia.
0. Así vamos en Salud. [Online].; 2007-2009 [cited 2015 08 25. Available from:
<http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/43>.
- 4 Centro de Innovación, Fundación Santa Fe de Bogotá. Seguimiento al sector Salud en Colombia.
1. Así vamos en Salud. [Online].; 2007-2009 [cited 2005 08 25. Available from:
<http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/49>.
- 4 Centro de Innovación, Fundación Santa Fe de Bogotá. Seguimiento al sector Salud en Colombia.
2. Así vamos en Salud. [Online].; 2007-2009 [cited 2015 08 25. Available from:
<http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/28>.
- 4 Centro de Innovación, Fundación Santa Fe de Bogotá. Seguimiento al sector Salud en Colombia.
3. Así vamos en Salud. [Online].; 2007-2009 [cited 2015 08 25. Available from:
<http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/47>.
- 4 Centro de Innovación, Fundación Santa Fe de Bogotá. Seguimiento al sector Salud en Colombia.
4. Así vamos en Salud. [Online].; 2007-2009 [cited 2015 08 25. Available from:
<http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/56>.
- 4 Centro de Innovación, Fundación Santa Fe de Bogotá. Seguimiento al sector Salud en Colombia.
5. Así vamos en Salud. [Online].; 2007-2009 [cited 2015 28 25. Available from:
<http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/57>.
- 4 Centro de Innovación, Fundación Santa Fe de Bogotá. Seguimiento al sector Salud en Colombia.
6. Así vamos en Salud. [Online].; 2007-2009 [cited 2015 08 25. Available from:
<http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/52>.
- 4 Organización mundial de la salud-OMS. Organización mundial de la salud-OMS. [Online].; 2009

7. [cited 2015 08 26. Available from: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table2.pdf.
- 4 Instituto Nacional de Salud - INS. Protocolo de Vigilancia y Control de Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía. Protocolo. Bogotá: Instituto Nacional de Salud - INS, Enfermedades no Transmisibles ; 2011.
- 4 PROFAMILIA. Encuesta nacional de Demografía y Salud - ENDS. [Online].; 2010 [cited 2013 11 9. 12. Available from: www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=60&Itemid=90.
- 5 Peranovich A, Andrada M, Bertone C. Mortalidad infantil, causas y determinantes. Una perspectiva comparada entre la ciudad de Córdoba (Argentina) y Campiñas (Brasil), para el período 2000-2005. Trabajo presentado en el Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP. ; 2005.
- 5 Secretaria Distrital de Salud. Bases de datos SDS-RUAF-ND , actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar. SERIE EVITABLES LOC 2010-2014 ABRIL 27-2015. Bogota;; 2015.
- 5 Secretaria Distrital de Salud. Analisis de Situacion en Salud. Anexo 5. Análisis y Seguimiento a Indicadores de Situación de Salud. 2014..
- 5 PNUD. pagina PNUD. [Online].; 2013 [cited 2013 11 14. Available from: http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?apc=h-a-1--&s=a&m=a&e=A&c=02010#.UoUsT_ILO3g.
- 5 OMS, UNICEF, UNFPA, BANCO MUNDIAL. Mortalidad materna. Estimaciones estadísticas. Ginebra;; 2005.
- 5 Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Mortalidad Materna. Nota Descriptiva 340 Mayo 2012. 2012. Inscripción del Instituto Nacional de Salud.
- 5 World Health Organization. World Health Organization. [Online].; 2009 [cited 2014 Octubre 22. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/en/>.
- 5 Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E. Informe Final de Indicadores Rafael Uribe 2014. Informe Final. Bogotá: Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E., Analisis de Situación de Salud y Gestion del Conocimiento; 2015.
- 5 Profamilia.. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá;; 2010.
- 8.
- 5 Hospital Rafael Uribe Uribe. Unidad de Analisis Indicadores. Bogota;; 2014.
- 9.
- 6 OPS / OMS. ; 2010.
- 0.
- 6 Organización Panamericana de la Salud. Pan American Health Organization. Colombia. [Online].; 2015 [cited 2015 28 27. Available from: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2324:-las-anomalias-congenitas-son-la-segunda-causa-de-muerte-en-los-ninos-menores-de-5-anos-en-las-americas&Itemid=551.
- 6 Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2015 [cited 2015 22. Agosto Available from: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/ind

- [ex1.html](#).
- 6 Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte. Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte. [Online].; 2008 [cited 2015 Agosto 16. Available from: <http://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/observatorio/documentos/localidades/rafaelUribe.pdf>.
- 6 Secretaría Distrital de Planeación. Secretaría Distrital de Planeación. [Online].; 2011 [cited 2015 Agosto 22. Available from: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/Documentos/An%E1lisis/DICE080-MonografiaRafaelUribe31122011.pdf>.
- 6 Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación. Informe de políticas de seguridad alimentaria. [Online].; 2006 [cited 2015 Agosto 22. Available from: ftp://ftp.fao.org/es/ESA/policybriefs/pb_02_es.pdf.
- 6 Secretaria Distrital de Planeacion. Bogotá Ciudad de Estadísticas. [Online].; 2012 [cited 2015 Agosto 16. Available from: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/Bogot%E1%20Ciudad%20de%20Estad%EDsticas/2012/DICE128-BoletinSegAlimenNutricional-2012.pdf>.
- 6 Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la Salud Salud en las Américas. [Online].; 2015 [cited 2015 Agosto 22. Available from: http://www.paho.org/SaludenlasAméricas/index.php?id=58&option=com_content.
- 6 Organización Panamericana de la Salud. Dispositivo Global de Aprendizaje sobre Determinantes Sociales de Salud y Formulación de Políticas Públicas. [Online].; 2008 [cited 2015 Agosto 16. Available from: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cursoDDS/cursoesp/glosario.html>.
- 6 Departamento Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Calidad de Vida. [Online].; 2007 [cited 2015 Agosto 22. Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/esp/estadisticas-sociales/calidad-de-vida-ecv/87-sociales/calidad-de-vida/3894-encuesta-calidad-de-vida-bogota-2007>.
- 7 Krieger N. Glosario de Epidemiología. Revista Panamericana de la Salud. 2002 Junio; 11(5-6).
- 7 Secretaría de Hacienda Distrital. Recorriendo Rafael Uribe. [Online].; 2004 [cited 2015 Agosto 22. Available from: <http://www.shd.gov.co/shd/sites/default/files/documentos/Recorriendo%20RAFAEL%20URIBE.pdf>.
- 7 Encuesta Nacional de Demografía y Salud. <http://www.profamilia.org.co/>. [Online].; 2010 [cited 2015 Julio 29. Available from: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9.
- 7 Secretaría de Cultura, Recreación y Deportes. Observatorios de Culturas. Localidad De Rafael Uribe Uribe – Ficha Básica. Ficha básica. Bogotá: Secretaría de Cultura, Recreación y Deportes; Diciembre 2008.
- 7 Alcaldía Mayor de Bogotá. Decreto 619 de 2000, Plan de Ordenamiento Territorial Bogotá:

4. Alcaldía Mayor; 2001.
- 7 Alcaldía Mayor de Bogotá. Balance De Resultados Del Plan De Desarrollo Distrital 2012 - 2016.
5. "BOGOTÁ HUMANA". A 31 DE Diciembre de 2014. Informe De Rendición De Cuentas 2014. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2015.
- 7 Corte Constitucional. Sentencia T-729 del 2002. Magistrado ponente: Eduardo Montealegre.
6. 2002..
- 7 DANE - SDSIS. Base de Datos CAMAD. Base de Datos..
- 7.
- 7 Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Lineamiento Conceptual. ; 2014.
- 8.
- 7 Diderichsen F ETWM. The social basis of disparities in health. Challenging Inequities in Health: 9. From Ethics to Action.. Oxford; 2011.
- 8 WHO. World Health Organization. Equity, social determinants and public health programmes. 0. Geneva; 2010.
- 8 OMS. Commission on social determinants of health. A conceptual framework for action on the 1. social determinants of health. Geneve; 2007.
- 8 Marlon F. R. Márquez-Beltrán JEVHEFQVYGYPV. Análisis del bajo peso al nacer en Colombia 2. 2005-2009. Rev. salud pública. 2013; 15(4): p. 577-588.
- 8 Ventura YR. Monografias.com. [Online]. [cited 2015 10 25. Available from: 3. <http://www.monografias.com/trabajos39/bajo-peso-neonato/bajo-peso-neonato3.shtml>.
- 8 Benach J MCwSOSVQMatEn. Employment, Work, and Health Inequalities: A Global Perspective 4. Barcelona: Icaria; 2010.
- 8 Urueña Abadía S, Tovar Cuevas L. Determinantes del trabajo infantil y la escolaridad: el caso del 5. Valle del Cauca en Colombia: Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv 7(2): 707-733; 2009.
- 8 Arrieta-Flórez, R., & Caro-Gómez. Determinantes sociales y disparidades de la morbilidad por 6. enfermedades respiratorias agudas (ERA) en niñas y niños de uno a cuatro años en Colombia. Gerencia y Políticas de Salud. 2010.
- 8 M. DO. Social determinants and immunization in Ghana: is there an. 2010.
- 7.
- 8 Congreso de Colombia. Ley 1098 de Noviembre de 2006 Código de Infancia y Adolescencia. 8. [Online]; 2006 [cited 2015 Octubre 21. Available from: http://www.oei.es/quipu/colombia/codigo_infancia.pdf.
- 8 PANDI Agencia de Comunicación. PANDI Agencia de Comunicación. [Online].; 2015 [cited 2015 9. Octubre 21. Available from: <http://www.agenciapandi.org/el-84-de-las-victimas-de-violencia-intrafamiliar-son-ninos-y-ninas/>.
- 9 Cuervo Martínez A. Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. Perspectivas 0. Psicológicas. 2010; 6(1): p. 111 - 121.
- 9 Bernal IL. La familia en la determinación de la salud. Revista Cubana de Salud Pública. 2003; 1. 29(1): p. 48 - 51.
- 9 Abuna Salcedo J, Pimienta Carvajal M. Maltrato Infantil por Agresores bajo el Efecto del Alcohol. 2. Revista latinoamericana Enfermagen. 2005 Octubre;(13): p. 827 - 835.

- 9 Ministerio de la Protección Social. Política nacional para la reducción consumo de SPA y su
3. impacto. [Online].; 2007 [cited 2015 Octubre 21. Available from:
http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica_nacional_consumo.pdf.
- 9 Ministerio de Justicia República de Colombia. Ministerio de Justicia República de Colombia.
4. [Online].; 2015 [cited 2015 Octubre 21. Available from:
http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/oferta/FICHA-MICROTRAFICO-NARCOMENUDEO_oct_2013.pdf.
- 9 Secretaría de Salud de Bogotá. Redpapaz. [Online].; 2011 [cited 2015 Octubre 21. Available
5. from:
<http://www.redpapaz.org/mis10comportamientossaludables/images/stories/politicaspabogota.pdf>.
- 9 Hospital Rafael Uribe Uribe. Informe De Análisis De Situación De Salud Para Poblaciones
6. Diferenciales 2014. Bogotá: Hospital Rafael Uribe Uribe, Vigilancia en Salud Pública; 2015.
- 9 García CM. Posibilidades y desafíos de las organizaciones solidarias:el caso de las organizaciones
7. de recicladores en la ciudad de Bogotá. Diversitas - Perspectivas En Psicología. 2011; 7(2): p.
265-280.
- 9 María Helena Romero Caycedo DASMITTNLPMCADBATM. Instituto Colombiano de Bienstar
8. Familiar - ICBF. [Online]. Bogotá D.C.; 2013 [cited 2015 Agosto 24. Available from:
http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/IntranetICBF/macro_procesos/MP_estrategicos/dir_eccionamiento_estrategico/MD1.MPE1%20Modelo%20de%20Enfoque%20Diferencial%20v1.pdf.
- 9 Lara PJ. El Enfoque en la Planeación del Desarrollo Municipal. Guía. Bogotá: Fondo de Población
9. de las Naciones Unidas - UNFPA Colombia, Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA
Colombia; 2008.
- 1 Alcandía Mayor de Bogotá. Secretaria de Cultura, Recreacióny Deporte. [Online]. [cited 2015
0 Agosto 24.
0.
- 1 Territorial MdAVyD. Serie Poblacional, Ordenamiento y Desarrollo. Metodología para el Análisis
0 de Tensiones, Interacciones y Balances en Dinámicas y Desarrollos Poblacionales, Ambientales,
1. Sociales y Económicos. 2004..
- 1 Secretaria Distrital de Salud. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Plan Territorial de Salud. [Online].;
0 2012 [cited 2014 Agosto 24. Available from: www.saludcapital.gov.co.
2.
- 1 Organización Mundial de la Salud. Subsanan las Desigualdades en una Generación. INFORME
0 FINAL. 2009..
3.
- 1 JC. E. Lo que dice, calla, propone y soslaya el informe de la Comisión Sobre los Determinantes
0 Sociales de la Salud/OMS. 2009..
4.
- 1 Ministerio de Salud y Proteccion Social. www.minsalud.gov.co. [Online].; 2013 [cited 2015
0 Agosto 21. Available from:
5. <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20aprobacion.pdf>.

- 1 Secretaria Distrital De Planeación. Secretaria Distrital De Planeación. Bogotá: Secretaria Distrital De Planeación; 2011.
- 6.
- 1 Observatorio De Desarrollo Económico. Observatorio De Desarrollo Económico. Bogotá: Observatorio De Desarrollo Económico; 2015.
- 7.
- 1 Hospital Rafael Uribe Uribe. ESE. Base de datos UTIS. 2014..
- 0
- 8.
- 1 E.S.E H. Diagnóstico Local con Participación Social 2009 - 2010. Bogotá D.C.; 2011.
- 0
- 9.
- 1 Lenis Ballesteros V, López Arango YL, Cuadros Urrego YM. Condiciones de salud y de trabajo informal en recuperadores ambientales del área rural de Medellín, Colombia. 2008. Saúde Pública. 2012; 46(5).
- 1 SDP. Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos. Bogotá D.C.; 2013.
- 1
- 1.
- 1 Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E. Diagnóstico Local de Entornos de Trabajo Saludable. 1 Diagnóstico. Bogotá: Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E, Ambito Laboral; 2012.
- 2.
- 1 E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe. Unidad de Análisis Equipo de Gestion de polítca Públicas y 1 ASIS. Unidad de Análisis. Bogotá: E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe, Salud Pública; 2013.
- 3.
- 1 DEL RIO MF, CUMSILLE P. ¿Necesidad Económica o Preferencias Culturales? La Justificación Parental del Trabajo Infantil en Chile. Psykhe [online]. 2008; 17(2): p. 41-52.
- 4.
- 1 López N, Tedesco C. Las condiciones de educabilidad de los niños y adolescentes en América Latina. Cuadernos Economicos de I.C.E. Buenos Aires: IPE: Universidad de Valladolid, 5. Fundamentos de Análisis Economico; 2002.
- 1 Hospital Rafael Uribe Uirbe. Diagnóstico Local 2013. Localidad Anotnio Nariño. Diagnóstico. 1 Bogotá: Hospital Rafael Uribe Uirbe, Vigilancia En salud Pública; 2013.
- 6.
- 1 Nariño AA. Diagnóstico Ambiental Antonio Nariño. Bogotá D.C.; 2013.
- 1
- 7.
- 1 Lobelo F, Pate R, Parra D, Duperly J, Pratt M. Carga de Mortalidad Asociada a la Inactividad Física en Bogotá 28-41 RSp8(2, editor.; 2006.
- 8.