

DIAGNOSTICO LOCAL CON PARTICIPACION SOCIAL 2014 LOCALIDAD DE SAN CRISTOBAL



EQUIPO ASIS ESE San Cristóbal
Calle 20 Sur No. 8ª-22
Conmutador: 3632110 Fax 2783980
www.esesancristobal.gov.co
epidemiologia@esesancristobal.gov.co



CREDITOS

Alcalde Mayor de Bogotá, DC
Gustavo Francisco Petro Urrego

Secretario Distrital de Salud

Mauricio Bustamante

Jefe de Área Vigilancia en Salud Pública

Patricia Arce Guzmán

Secretaria Distrital de Salud

Equipo Análisis de Situación en Salud y Gestión del Conocimiento

ESE SAN CRISTÓBAL

Gerente ESE Hospital San Cristóbal

Raúl Andrés Munévar Niño

Subgerente de Servicios de Salud

María del Rosario Bernal

Coordinadora Salud Pública

Elizabeth Coy Jiménez

Coordinadora de Vigilancia Epidemiológica

María Cristina Duarte Garzón

Equipo ASIS Local

Lady Viviana Rodríguez Galindo (Epidemióloga)

Jenny Elizalde Rodríguez (Epidemióloga)

Héctor Hugo Sotelo Londoño (Antropólogo)

Donald Rodrigo García (Geógrafo)

Nelmarina Mendieta (Técnico en Sistemas)

Colaboraciones

Equipo VSPC, Gestión Local y de Políticas, Ámbitos, Subsistemas de área Vigilancia Epidemiológica y subsistemas del PIC E.S.E San Cristóbal.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	11
OBJETIVOS	11
Objetivo General	11
Objetivos Específicos	11
JUSTIFICACIÓN.....	11
MARCO CONCEPTUAL.....	12
MARCO METODOLÓGICO	15
Estrategia PASE a la Equidad en Salud:	15
Metodología.....	16
CAPITULO 1. RELACIÓN POBLACIÓN, TERRITORIO, AMBIENTE Y SOCIEDAD	17
RESUMEN.....	17
1.1. CONTEXTO TERRITORIAL.....	17
1.1.1. Localización.....	17
1.1.2. Descripción por UPZ.	20
1.1.2.1. UPZ 32 San Blas	20
1.1.2.2. UPZ 33 Sosiego.....	20
1.1.2.3. UPZ 34 20 De Julio	20
1.1.2.4. UPZ 50 La Gloria	21
1.1.2.5 UPZ 51 Libertadores.....	21
1.1.3. Características físicas del territorio.....	22
1.1.4. Accesibilidad geográfica:	24
1.2. CONTEXTO DEMOGRAFICO	24
1.2.1 Dinámica poblacional	24
1.2.2. Estructura poblacional por sexo y grupos de edad.	26
1.2.2.1 Tasa de natalidad:	27
1.2.2.2 Razón hombre mujer:.....	27
1.2.2.3 Índice de infancia, juventud y vejez:.....	27
1.2.2.4Índice de Friz:	27
1.2.3. Estructura poblacional por UPZ.	27
1.2.4. Estructura poblacional por ciclos vitales.	28
1.2.5. Indicadores de estructura poblacional	29
1.2.5.1 Índice de envejecimiento.....	29
1.2.5.2Índice de dependencia:	29
1.2.5.3 Tasa de fecundidad:.....	29
1.2.5.4. Esperanza de vida al nacer: Según.....	29
1.2.6. Población diferencial	30

1.2.6.1 Etnias:.....	30
1.2.6.2 Movilidad forzada.....	31
1.2.6.3 Población con discapacidad.....	31
1.3 Contextosocioeconómico.....	32
1.3.1 Índice de GINI.	32
1.3.2. Índice de necesidades básicas insatisfechas.....	32
1.3.3 Nivel de endeudamiento.....	33
1.3.4. Índice de Desarrollo Humano.....	33
1.3.5. Cobertura de educación.	35
1.3.6. Cobertura de servicios públicos.....	37
1.3.7. Condiciones de vivienda.....	37
1.3.8. Sistemas de salud.	37
1.3.9. Ocupación.....	37
1.4 PRIORIZACION UPZ.....	38
1.4.1 UPZ 32 San Blas.....	39
1.4.2 UPZ 34 Veinte de Julio.....	39
1.4.3 UPZ 50 La Gloria y UPZ 51 Libertadores.....	39
CAPITULO 2: ANALISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN EL AMBITO DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS.....	41
PERFIL SALUD – ENFERMEDAD.....	41
2.1. MORTALIDAD GENERAL POR GRANDES CAUSAS.....	41
2.1.1. Años de vida perdidos.....	41
2.2 MORTALIDAD ESPECÍFICA POR SUBGRUPOS.....	42
2.2.1 Tasa de Mortalidad por Cáncer.....	42
2.2.1.1 Tasa de mortalidad por tumor maligno de próstata.....	42
2.2.1.2. Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama.....	42
2.2.1.3. Tasa de mortalidad por cáncer de útero.....	42
2.2.1.4 tasa de mortalidad de cáncer de estómago.....	42
2.2.2 Mortalidad por Diabetes Mellitus.....	43
2.2.3 Mortalidad por agresiones (homicidios):.....	43
2.2.4 Tasa de mortalidad por accidentes terrestres.....	43
2.2.5 Tasa de mortalidad por lesiones auto infligidas (suicidio).....	43
2.2.6 Tasa de mortalidad por Tuberculosis.....	43
2.2.7 Tasa de mortalidad por emergencias y desastres.....	43
2.2.8 Mortalidad por enfermedades infecciosas.....	43
2.3 MORTALIDAD MATERNO – INFANTIL Y DE LA NIÑEZ.....	43
2.3.1 Razón de mortalidad materna.....	43

2.3.2 Tasas de mortalidad perinatal.....	44
2.3.3 Mortalidad infantil.....	45
2.3.4 Mortalidad en menores de 5 años.....	47
2.3.5 Mortalidad por enfermedad respiratoria aguda.....	48
2.3.6 Mortalidad por desnutrición.....	49
2.3.7 Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda.....	50
2.3.8 Mortalidad por malformaciones congénitas en menores de 5 años.....	50
2.4 MORBILIDAD.....	50
2.4.1 Eventos de notificación obligatoria.....	54
2.5 DISCAPACIDAD:.....	57
2.5.1 Morbilidad de las personas con discapacidad.....	59
2.6 DIMENSIÓN SALUD AMBIENTAL.....	59
2.6.1 Coberturas útiles de Vacunación para rabia en animales.....	60
2.6.2 Disponibilidad de mapas de riesgo y vigilancia de la calidad de agua para consumo humano.....	60
2.6.3. Disponibilidad de políticas relacionadas con la reducción de emisión de contaminantes.....	60
2.6.4 Disponibilidad de sistemas de agua para consumo humano.....	60
2.6.5 Disponibilidad de sistemas para el manejo y disposición final de residuos.....	61
2.7 DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE LIBRE DE ENFERMEDADES TRASMISIBLES..	61
2.7.1 Cobertura de vacunación con esquema completo.....	61
2.7.2 Letalidad por tosferina.....	61
2.7.3 Tasa de mortalidad por tuberculosis y porcentaje de personas curadas de tuberculosis pulmonar.....	62
2.7.4 Tasa de mortalidad por malaria.....	62
2.7.5 tasa de mortalidad por rabia humana.....	62
2.7.6 Porcentaje de personas con lepra con discapacidad g2 al momento del diagnóstico.....	62
2.7.7 Implementación del programa de prevención y control de IAAS.....	62
2.8 DIMENSIÓN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL.....	62
2.8.1 Adopción de la política de salud mental.....	62
2.8.2 Edad promedio de consumo de alcohol en los adolescentes.....	63
2.8.3 Inserción social de personas con enfermedades mentales.....	63
2.8.4 Tasa de incidencia de violencia contra la mujer.....	63
2.8.5 Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar y seguimiento a casos.....	64
2.8.6 Prevalencia de consumo de SPA en el último mes.....	64
2.8.7 Mortalidad por agresiones (homicidios):.....	65
2.8.8 Tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio.....	65

2.8.9. Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre	66
2.8.10. Tasa de mortalidad por accidentes excluidos del transporte:	66
2.9 DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	66
2.9.1 Prevalencia de desnutrición global.....	66
2.9.2 Prevalencia de desnutrición crónica.....	66
2.9.3 Prevalencia de bajo peso al nacer	67
2.9.4 Duración de la lactancia materna exclusiva.	67
2.9.5 Prevalencia de Obesidad	68
2.9.6 Identificación en cada ETA del agente etiológico.	68
2.9.7 Porcentaje de población bajo línea de pobreza.....	68
2.9.8 Porcentaje de personas que padezcan hambre:	69
2.9.9 Prevalencia de anemia.....	69
2.10 DERECHOS SEXUALES Y SEXUALIDAD.....	69
2.10.1 Porcentaje de mujeres de 15-19 años que son madres	69
2.10.2 Razón de mortalidad materna.	70
2.10.3 Tasa de incidencia de hepatitis B.....	70
2.10.4 Tasa de incidencia por sífilis congénita.....	70
2.10.5 Tasa general de fecundidad.....	70
2.10.6 tasa de mortalidad por VIH/SIDA.	70
2.10.7 Porcentaje De transmisión materno infantil VIH.	70
2.11 DIMENSIÓN DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRASMISIBLES.	70
2.11.1 Edad de inicio de consumo de tabaco en escolares.....	70
2.11.2 Mortalidad por diabetes mellitus.....	70
2.11.3 Prevalencia de actividad física en tiempo libre.	70
2.11.4 prevalencia de la hipertensión arterial.	71
2.11.5 Mortalidad prematura por cáncer, eventos cerebro vasculares y EPOC	71
2.12 DIMENSIÓN DE SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES.....	71
2.13 DIMENSIÓN SALUD ÁMBITO LABORAL	71
2.13.1 Incidencia de accidentalidad y enfermedades relacionadas con el trabajo....	71
CAPITULO 3: IDENTIFICACION DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA LOCALIDAD.	73
3.1. TENSIONES PRIORITARIAS POR DIMENSIÓN POR CURSO DE VIDA.....	73
3.1.1. CICLO VITAL INFANCIA.....	73
3.1.1.1. Dimensión Salud Ambiental	74
Presencia de la Enfermedad Respiratoria Aguda en la Infancia.....	74
Reforzadores ERA.....	74
Liberadores ERA	75

3.1.1.2. Dimensión Vida Saludable y Condiciones No Trasmisibles.....	76
Aumento de la Prevalencia de Caries Dental en la infancia.....	76
Reforzadores de la caries dental.....	76
Liberadores de la caries dental.....	76
3.1.1.3. Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional.....	77
Malnutrición por déficit en menores de 5 años.....	77
Reforzadores de la malnutrición.....	77
Liberadores de la malnutrición.....	78
3.1.2. Ciclo Vital Adolescencia.....	79
3.1.2.1. Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional.....	79
Aumento de la Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad en Adolescentes.....	79
Reforzadores de la obesidad.....	80
Liberadores de la obesidad.....	81
3.1.2.2. Derechos Sexuales y Sexualidad.....	81
Adolescentes En Embarazo Que Presentan Morbilidad Materna Extrema.....	81
Reforzadores de la Morbilidad Materna Extrema.....	81
Liberadores de Morbilidad Materna Extrema.....	82
3.1.3. Ciclo vital Juventud.....	83
3.1.3.1. Dimensión Convivencia Social y Salud Mental.....	84
Tasa de Incidencia de Violencia Intrafamiliar.....	84
Reforzadores violencia intrafamiliar.....	84
Liberadores violencia intrafamiliar.....	85
3.1.4. Ciclo vital adultez.....	85
3.1.4.1. Dimensión Vida Saludable y Condiciones No Trasmisibles.....	85
Prevalencia De Hipertensión Arterial.....	85
Reforzadores Hipertensión.....	86
Liberadores hipertensión.....	86
3.1.4.2. Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables.....	86
Dificultad Para el Desarrollo de Proyecto de Vida de la Población Adulta en Condición de Discapacidad.....	86
Reforzadores para las persona con discapacidad.....	87
Liberadores para las persona con discapacidad.....	87
3.1.5. Ciclo Vital vejez.....	87
3.1.5.1. Dimensión Vida Saludable Libre de Enfermedades Trasmisibles.....	88
Porcentaje De Personas Curadas De Tuberculosis.....	88
Reforzadores TBC.....	88
Liberadores TBC.....	89

3.1.5.2. Dimensión Salud Pública en Emergencia y Desastres	89
Afectaciones a la Salud por Causa de Lesiones o Pérdidas a Causa de Eventos Naturales Adversos.	89
Reforzadores de Eventos Naturales Adversos.....	89
Liberadores de Eventos Naturales Adversos.	90
Bibliografía.....	91

PRELIMINAR

TABLA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Pirámide Poblacional por edades quinquenales, localidad San Cristóbal 2014.	26
Gráfico 2. Proyección de la esperanza de vida al nacer por sexo, población distrito capital y localidad San Cristóbal, 2005 a 2010, 2010 a 2015	30
Gráfico 3. Razón de mortalidad materna, localidad San Cristóbal, años 2010 - 2014	44
Gráfico 4. Tasa de mortalidad perinatal, localidad San Cristóbal, 2010 - 2014	45
Gráfico 5. Razón de mortalidad infantil, localidad San Cristóbal, 2009 - 2014	46
Gráfico 6. Tasa de mortalidad en menores de 5 años, localidad San Cristóbal, 2009 -2014.	48
Gráfico 7. Tasa de mortalidad ERA en menores de 5 años, localidad San Cristóbal, 2009 a 2014	49
Gráfico 8. Frecuencia de población en condición de discapacidad por ciclo vital, localidad San Cristóbal, 2014	58
Gráfico 9. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares de 10 a 17 años. Localidad San Cristóbal. 2008 – 2015.	80

TABLA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de población por UPZ según edades quinquenales, Localidad de San Cristóbal, 2014.	27
Tabla 2. Distribución de la población por ciclo vital y sexo, localidad San Cristóbal.	28
Tabla 3. Distribución del número de personas reconocidas dentro de una Etnias, localidad de San Cristóbal, 2014	31
Tabla 4. Componentes de vida y NBI San Cristóbal 2014.	32
Tabla 5. Pobreza Monetaria 2014.	33
Tabla 6. Oferta educativa por tipo de colegio	35
Tabla 7. Oferta nivel educativo	35
Tabla 8. Prevalencias y Tasas de diez primeras causas de mortalidad general Localidad San Cristóbal, 2014	41
Tabla 9. Años de Vida Potencialmente Perdidos y Tasas AVPP, por grupos de edad, Localidad San Cristóbal 2014	42
Tabla 10. Tasa de Mortalidad por Sub grupos de cáncer en Bogotá y San Cristóbal 2008 - 2012	43
Tabla 11. Prevalencia de las diez primeras causas de Morbilidad en los servicios de Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización según ciclo vital y sexo en los centros de atención de la ESE San Cristóbal, 2014	50
Tabla 12. Frecuencia de notificación de eventos de interés en salud pública por ciclo vital, San Cristóbal 2014	55
Tabla 13 Frecuencia del origen de la Discapacidad de la población en condición de discapacidad, San Cristóbal 2014.	58
Tabla 14. Morbilidad por CIE10 personas con discapacidad localidad de San Cristóbal 2014.	59
Tabla 15. Distribución de casos de conducta suicida según clasificación y sexo Bogotá 2014	65

TABLA DE MAPAS

Mapa 1. División Político Administrativa localidad San Cristóbal	18
Mapa 2. Estratificación socioeconómica	19
Mapa 3. Altitud, Relieve Localidad San Cristóbal.....	23
Mapa 4. Accesibilidad Localidad San Cristóbal.....	25
Mapa 5. Precio metro cuadrado de la tierra 2010	34
Mapa 6. Instituciones de educación localidad San Cristóbal	36
Mapa 7. Priorización UPZ Localidad San Cristóbal.....	40

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Modelo BIT PASE Estrategia para la equidad en Salud.....	15
---	----

PRELIMINAR

LISTADO DE SIGLAS

APS: Atención Primaria en Salud.

ASIS: Análisis en Situación de Salud.

CAI: Centro de Atención Inmediata de la policía.

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda.

EEVV: Sistema de Estadísticas Vitales.

Ha: Hectárea.

IDECA: Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital.

IRA: Infección Respiratoria Aguda.

LISA: Local Indicator of Spatial Asociation.

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de Salud

PAI: Plan Ampliado de Inmunizaciones.

PSDP: Plan Decenal de Salud Pública

PTS: Plan Territorial

RUAF: Registro Único de Afiliados

SDS: Secretaria distrital de Salud.

SISVAN: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional.

UPZ: Unidad de Planeación Zonal.

INTRODUCCIÓN

El presente documento analiza la situación en salud y la calidad de vida de los habitantes de la Localidad Cuarta de San Cristóbal, a través del estudio de los determinantes sociales que influye en el bienestar y la salud de la población, por medio de la metodología PASE a la equidad en salud planteada dentro del plan decenal en salud para Colombia 2012 - 2021 y el programa territorio saludable para Bogotá 2012 – 2016 Bogotá humana.

En la búsqueda de generar información pertinente para los tomadores de decisiones que conlleven al mejoramiento de la situación de salud y calidad de vida de los residentes de la localidad, con participación institucional y comunitaria, desde una perspectiva de derechos y aplicando los enfoques territoriales en lo local, atendiendo a las diferencias poblacionales y prestando especial atención a las brechas, desigualdades e injusticias evitables que se presentan en el proceso de salud – enfermedad, teniendo como ordenadores para el análisis los ciclos vitales y las dimensiones en salud.

OBJETIVOS

Objetivo General

Evidenciar aspectos importantes de la situación en salud y calidad de vida de la Localidad Cuarta San Cristóbal a escala de Unidad de Planeación Zonal (UPZ), mediante la elaboración de estrategias enfocadas a la realidad local y sus problemáticas, con participación de instituciones de salud, comunidad y otros actores sociales.

Objetivos Específicos

- Analizar los problemas de salud detectados, mediante metodologías cualitativas, epidemiológicas y espaciales, teniendo en cuenta las dimensiones de persona, tiempo, espacio y ocurrencia; a partir de las perspectivas de determinantes sociales y de derechos.
- Profundizar en el análisis de los determinantes en salud y calidad de vida evidenciados en los diferentes ciclos vitales a través de la estrategia PASE a la equidad en salud.
- Priorizar mediante metodologías cuantitativas, cualitativas y espaciales tensiones en salud en las que se requieren intervenciones oportunas para mitigar sus efectos en la salud pública de la localidad.

JUSTIFICACIÓN

Este documento proporciona a la administración local, a las instituciones y a la ciudadanía, una visión física y social del estado de salud y calidad de vida de la localidad, proporcionando soporte a las decisiones que se tomen durante la intervención en las zonas más vulnerables y con mayores carencias de servicios

sociales básicos, de las cuales surgen tensiones que requieren de acciones que afecten positivamente en el proceso de salud enfermedad de los residente de San Cristóbal.

Para tal fin se pretende describir la situación social, económica y del estado de salud de los residentes de la localidad de San Cristóbal por medio de una serie de datos estadísticos y análisis de cifras e indicadores que responden a la necesidad de conocer el contexto de la localidad, su evolución demográfica, características de su población, particularidades geográficas, cobertura de servicios, niveles de pobreza, aspectos relativos al bienestar social y a la calidad de vida de la población local. Así como también el estado del ambiente, temas de seguridad y violencia, sus actividades económicas y algunos aspectos importantes de las finanzas públicas locales, de esta manera contribuir a la política pública a partir de una investigación detallada de los problemas de salud de la localidad con el objetivo de hacer cada vez más eficiente la asignación del gasto público y de la prestación de los servicios de salud.

MARCO CONCEPTUAL

El plan de desarrollo 2012 – 2016 “Bogotá Humana” se establece el mejoramiento del desarrollo humano de la ciudad enfatizando un enfoque diferencial en todas sus políticas; de igual forma establece la reducción de toda forma de segregación social, económica, espacial y cultural a través del goce efectivo de los derechos y la disminución de las inequidades sociales al tiempo que se promocionan políticas de defensa y protección de los derechos humanos de los ciudadanos y las ciudadanas.

Desde esta postura, los procesos sociales incluida la salud, deben constituirse en relación al proceso cambiante de la vida social, en otras palabras la salud debe ser abordada desde un marco contextual que reconozca a los ciudadanos y ciudadanas como agentes transformadores del orden social cuyas motivaciones más profundas se orienten hacia la evolución del mundo.

Para lograr este tipo de cambios, las políticas locales deben responder a planteamientos teóricos críticos que contemplen los postulados mencionados en el párrafo anterior, en concordancia, el diagnóstico territorial en salud de la localidad de San Cristóbal aspira a una comprensión de la situación histórico-cultural de la sociedad, facilitando las transformaciones sociales a que haya lugar. Estos deben estar mediados por la experiencia y por las “praxis” específicas (cotidianidad comunitaria), así como por “los intereses teóricos y extrateóricos que se mueven dentro de ellas. (1)

El modelo de salud que se enmarca en la Ley 100 de 1993 se da como respuesta a las propuestas del Banco Mundial al país, con relación al financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo, con las que se buscaba imponer el pago de tarifas por los servicios de salud de carácter curativo prestados a personas, propuestas que se traducen en la forma de aseguramiento de mercado regulado a través de los regímenes contributivo y subsidiado(2). Aunque la esencia de la Ley 100 de 1993 es positiva en la medida que pretende la cobertura universal, la

equidad, la obligatoriedad y la libre elección, bajo el principio de la solidaridad, lo que se ha implementado es un modelo de salud basado en los principios neoliberales, con lo cual se hizo evidente que la inequidad, es decir, las desigualdades injustas y evitables entre grupos humanos, es el problema más importante de la salud mundial (3)

Es así como en Colombia, la actual política nacional de salud, se ha caracterizado por segmentar y fragmentar las acciones del sistema de salud, creando barreras de acceso para la atención especialmente de las poblaciones más vulnerables, trabajadores, comunidades étnicas y medios de la población (2). En este sentido es importante tener en cuenta que en términos de equidad, es necesario hacer visibles las diferencias en la disponibilidad de servicios de salud en la ciudad para los habitantes de las distintas localidades y posiciones sociales (4).

En este contexto, en septiembre del año 2000, se establecen los Objetivos de Desarrollo del Milenio como una estrategia para reducir los niveles de pobreza extrema y lograr la garantía de los derechos humanos, civiles y sociales de los países en desarrollo (5), se retoma la discusión internacional sobre la estrategia – APS- Atención Primaria en Salud, con el fin de alcanzar las metas incumplidas de “Salud para Todos” (3).

Así las cosas, se puntualiza que la APS renovada es una estrategia coherente con los objetivos planteados por el plan de desarrollo “Bogotá Humana” en la medida que se articula con los establecido por la – OMS. Teniendo en cuenta la contextualización sociohistórica y situacional descrita, se logra comprender que la APS es la estrategia que delinea las acciones en salud individual y colectiva del Distrito, desde una postura de salud pública progresista y que por lo tanto se establece como el eje del Diagnóstico territorial en salud 2014 de la localidad de San Cristóbal a través de un marco interpretativo que permite la lectura de la realidad territorial desde enfoques y/o estrategias coherentes como el modelo de determinantes sociales, perspectiva de derechos, enfoque diferencial, enfoque poblacional y estrategia promocional de calidad de vida y salud.

De acuerdo con la OMS, los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. 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 y explican la mayor parte de las inequidades sanitarias (6). De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren

tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud(7).

Los determinantes sociales se han clasificado con el fin de facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud. Para el análisis de este documento se tiene en cuenta la siguiente clasificación (6):

- Determinantes estructurales, definidos como las estructuras políticas y económicas del contexto nacional e internacional (modelo de desarrollo económico, políticas públicas, políticas económicas y sociales).
- Determinantes intermedios, sus dimensiones se refieren a las condiciones del contexto ambiental (potencialidades del territorio), comunitarias (redes, relación con el entorno geoespacial), culturales (sentido de pertenencia e identidad, experiencias que viven grupos específicos de la población), acceso y prestación de servicios, oportunidades que brinda el medio (El empleo).
- Determinantes proximales, referidos a condiciones individuales y del entorno más cercano al individuo: estructura biológica (genética, física) y psicológica (comportamientos, carácter, desarrollo intelectual y emocional); entorno y dinámica familiar (hábitos, valores).

En concordancia con los lineamientos distritales poblacionales que atienden a las políticas distritales, el análisis de este documento tiene en cuenta las siguientes categorías:

- Etapas del ciclo de vida – generación (infancia, adolescencia, juventud, adultez, y vejez)
- Procesos de identidad y diversidad (etnia, sexo, identidad de género, orientación sexual, campesinado)
- Condiciones y situaciones (desplazamiento forzado, habitabilidad de calle, discapacidad, privación de la libertad, conflicto armado, grupos en reinserción)
- Género como una categoría transversal.

El enfoque diferencial establece prioritariamente, que la intervención debe organizarse en las siguientes áreas (8):

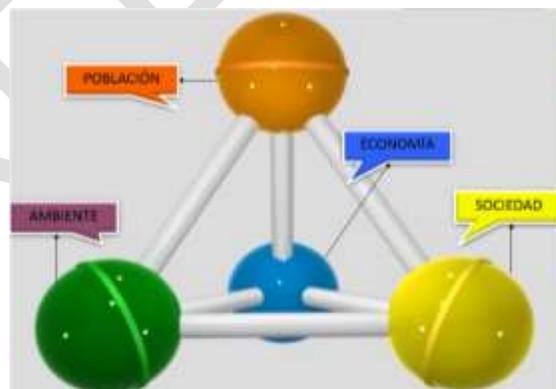
- Promover la no discriminación en el ejercicio de los derechos, la inclusión social y el acceso equitativo a los recursos y servicios del Estado.
- Reconocer las vulnerabilidades y necesidades particulares de cada grupo, particularmente de las mujeres, de las niñas y niños, de las minorías étnicas y actuar sobre ellas.
- Promover el acceso en forma equitativa a la toma de decisiones, a la participación y a la organización
- Realizar acciones positivas para desarrollar la autoestima y la autonomía de las personas, con particular énfasis en aquellas que pertenecen a los grupos tradicionalmente subordinados
- Eliminar estereotipos culturales que obstaculicen el libre ejercicio de los derechos y la inclusión social.

Es así como los enfoques poblacional y diferencial se sustentan a partir del enfoque territorial, el cual va más allá de contemplar el aspecto físico y las actividades de producción que en él se desarrollan; el territorio es concebido como el resultado de la puesta en común de conocimientos, de lenguas y de sentimientos de identidad que permiten a los hombres y mujeres que viven en él, descubrir las razones y las ventajas de su vecindad física para elaborar, activamente, su identidad colectiva(9), en este sentido el objetivo apunta al reconocimiento multidimensional y abordar la integralidad de las múltiples variables que conforman un proyecto de sociedad más participativa y corresponsable en la gestión de su propio desarrollo, esto implica que los procesos de salud deben realizarse de manera ascendente contemplando la participación ciudadana para que sea protagonista en la toma de decisiones y en el control público.

Desde la promulgación de la Constitución de 1991, Colombia es considerada un Estado Social de derecho que reconoce a los seres humanos como sujetos de derecho, que pueden abogar por su restitución y exigirle al Estado la garantía de los mismos, adicionalmente la Constitución profundizó y consolidó una concepción integral política, civil, social, económica y cultural para todos los ciudadanos. El óptimo desarrollo de los procesos de salud en los planos distrital, local y territorial requieren procesos de movilización social y participación comunitaria que lleven al empoderamiento de la población en torno a la garantía de la salud como derecho y a la restitución del mismo en caso de ser vulnerado por el Estado o por terceros, así como en la ejecución de acciones que intervengan sobre los determinantes sociales que impactan sobre la salud individual o colectiva.

MARCO METODOLÓGICO

Ilustración 1. Modelo BIT PASE Estrategia para la equidad en Salud.



Fuente: Plan Decenal de salud pública Colombia 2012 2021.

Estrategia PASE a la Equidad en Salud: es un conjunto orgánico de elementos normativos, conceptuales, metodológicos, técnicos y operativos que se entretajan de manera armónica para garantizar la formulación integral de planes territoriales de salud. Esta Estrategia fue diseñada con el fin de fortalecer la capacidad conceptual, operativa y técnica de las entidades territoriales para la formulación de sus PTS, acorde con el PDSP 2012-2021 y la armonización de los planes de salud vigentes para el período 2012-2015. (10).

METODOLOGÍA

Para la localidad de san Cristóbal se adopta la metodología utilizando los insumos estadísticos que permiten observar el comportamiento epidemiológico. La metodología se basa en el análisis de los eventos de interés en salud pública y/o priorizados en el plan decenal de salud en la Localidad de San Cristóbal y así generar la formulación de problemáticas, posteriormente darles respuestas a ellas y proponer recomendaciones acerca del estado de salud y la calidad de vida según cada ciclo vital de la población.

Con el fin de realizar un balance de la información cualitativa, cuantitativa, territorial y normativa, se diseñó una matriz de fuentes con su respectivo análisis de calidad, para lo que se realizó la identificación, organización y procesamiento para su uso, mediante inventario y clasificación, teniendo en cuenta variables como: presencia/ausencia, oportunidad, suficiencia, profundidad y validez.

Esta información se recolecta con actores sociales específicos que son identificados previamente a través de un mapeo de actores, quienes hacen parte del sector privado, público y comunitario. Se evalúa su interés e influencia en el desarrollo del diagnóstico local 2014 con el fin de optimizar el proceso y lograr la información necesaria y suficiente para su construcción.

La elaboración del marco teórico parte de la construcción de un mapa conceptual que permite identificar y visibilizar desde las diferentes escalas de la Localidad las perspectivas de determinantes sociales, de derechos y los enfoques diferencial, poblacional y territorial. Este trabajo se realiza mediante la revisión documental y trabajo multidisciplinario sobre dichas perspectivas o enfoques con los conceptos de teoría social contemporánea y de salud pública que van a permitir explicar la situación de salud de la localidad.

Se construye una matriz de problematización de la situación de salud y calidad de vida que permite condensar e integrar la información relevante para generar el análisis de situación de salud y calidad de vida en la localidad desde la perspectiva de los determinantes de la salud. El análisis de los insumos se realiza según las siguientes fases: Reconocimiento o identificación del problema, definición del problema y explicación y análisis del problema

CAPITULO 1. RELACIÓN POBLACIÓN, TERRITORIO, AMBIENTE Y SOCIEDAD

RESUMEN

El capítulo 1 contextualiza la localidad cuarta San Cristóbal con un marco de referencia que permite observar las características sociales, ambientales, económicas y geográficas y de cuyas interacciones se afecta el proceso de salud – enfermedad y de calidad de vida. Con este capítulo se pretende evidenciar las implicaciones de los procesos políticos, económicos, sociales y ambientales sobre la salud de las poblaciones tanto a nivel local como por UPZ. A continuación se encuentra una descripción que va desde una reseña histórica de la localidad hasta la caracterización de los contextos territorial y demográfico.

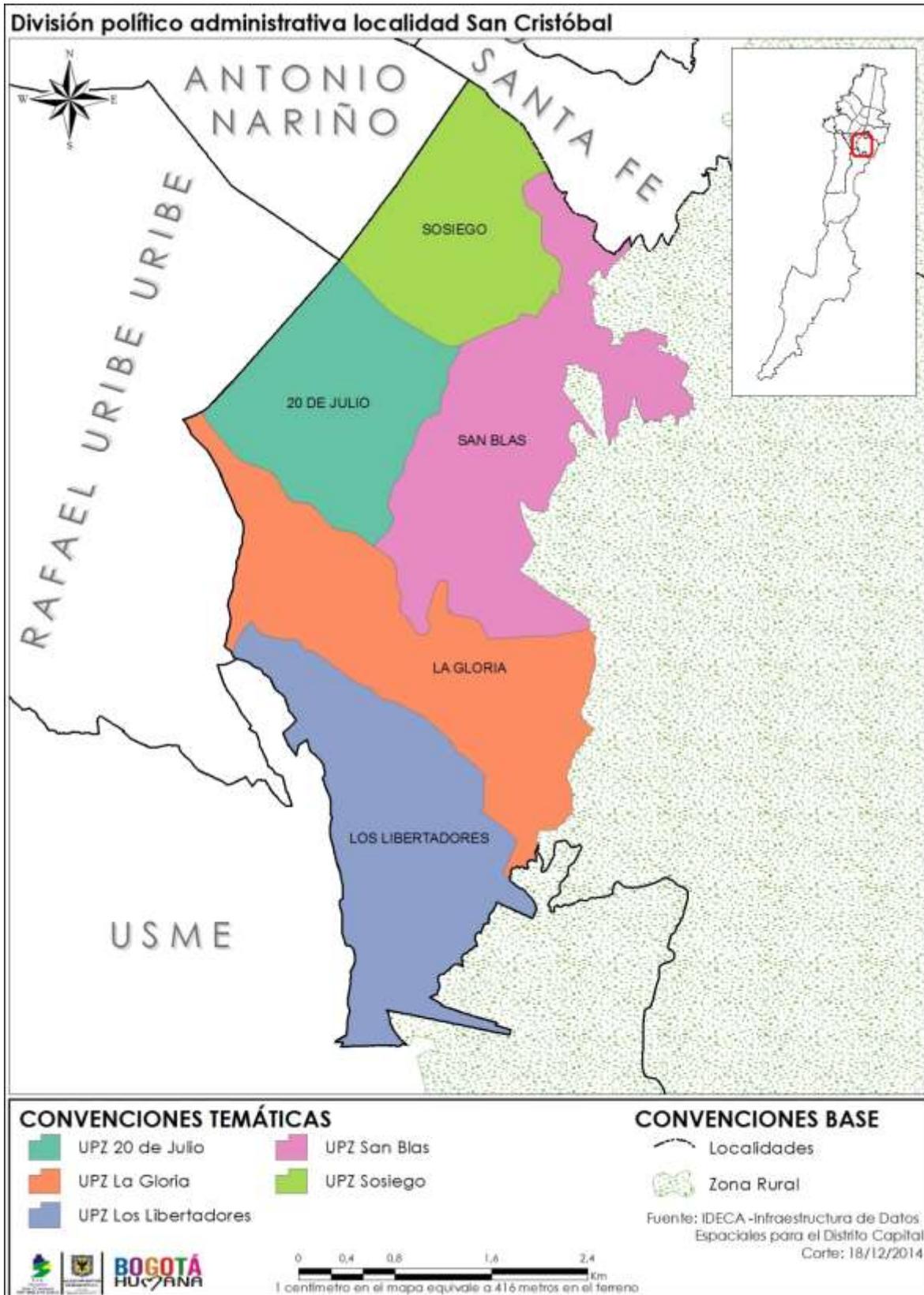
1.1. CONTEXTO TERRITORIAL

1.1.1. Localización

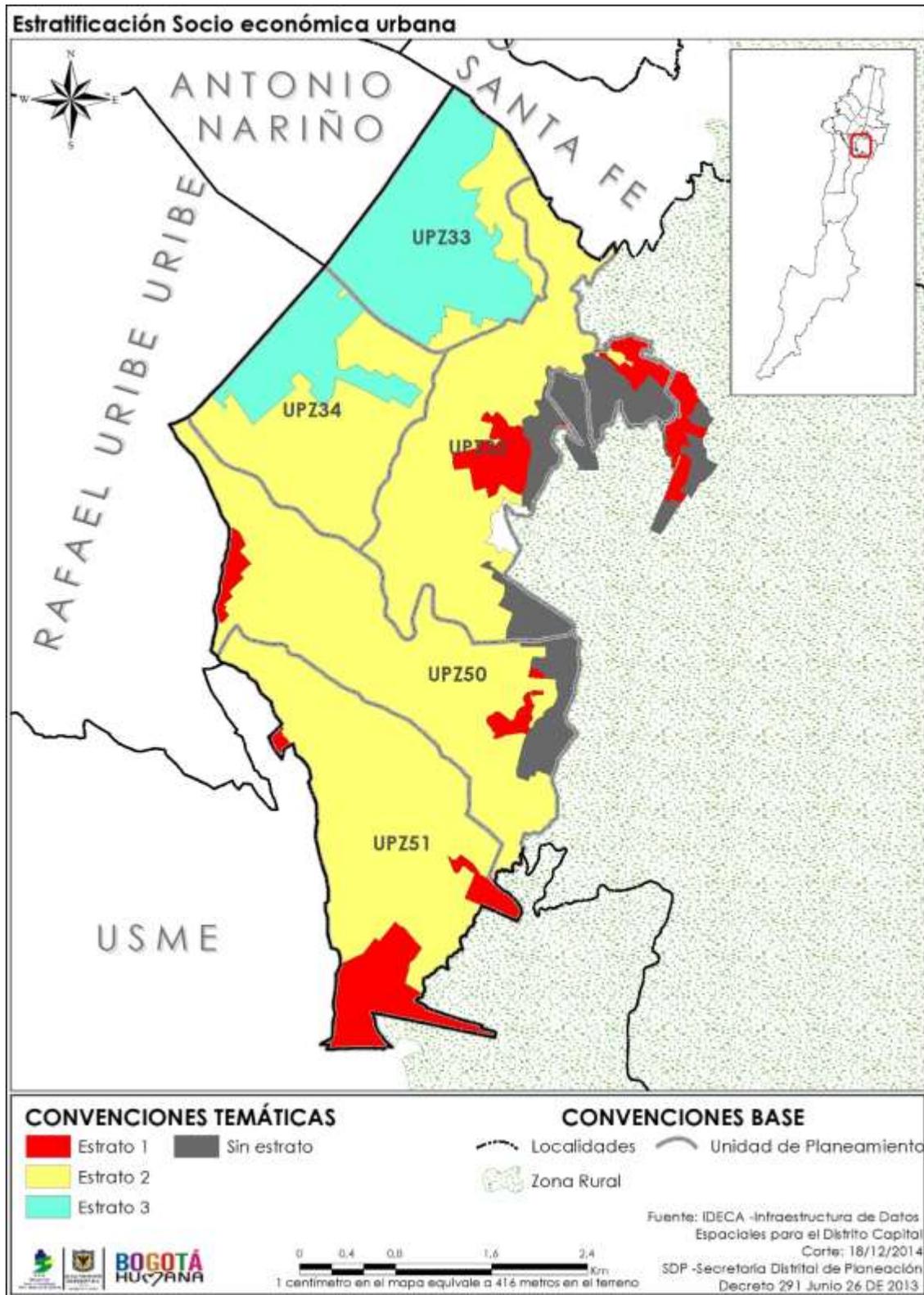
Habitada desde tiempos precolombinos y con características rurales en tiempos coloniales, su poblamiento ha estado concentrado entorno al valle del río Fucha, el cual sirvió para impulsar los molinos de las haciendas harineras, su desarrollo urbano se dio con el crecimiento de la actual localidad de Santa Fe, en especial los barrios obreros iniciaron su asentamiento y expansión en el actual sector de Villa Javier y a mediados del siglo XX se presentó el mayor crecimiento al convertirse en gran receptora de migrantes económicos y de víctimas del conflicto bipartidista generando predominantemente un desarrollo informal de barrios en cuatro de sus cinco UPZ, a partir del año 1991 con el cambio de Bogotá a Distrito Capital se convirtió en Localidad.

La localidad de San Cristóbal se ubica en el centro sur oriental de la ciudad, no posee amplias zonas de expansión urbana y muchos de sus habitantes migran hacia otros sectores de la ciudad al conformar nuevos núcleos familiares, al mismo tiempo su ubicación estratégica y características socioeconómicas la mantienen atractiva para la llegada de población desplazada y víctimas del conflicto armado, al igual que para quienes deciden emprender su vida en la Ciudad Capital, generando alta rotación poblacional y cohabitacionalidad en muchas de sus viviendas. (1) La Localidad de San Cristóbal está conformada por cinco UPZ; UPZ 32 San Blas, UPZ 33 Sosiego, UPZ 34 veinte de Julio, UPZ 50 La Gloria, UPZ 51 Libertadores y una zona rural. Mapa 1. Oficialmente la localidad cuenta con una extensión de 4.910 hectáreas, de las cuales solo el 32,6% son urbanas (1648 Ha), conservando una gran reserva de área rural protegida, el 84,7% de sus asentamientos se encuentran en los estratos uno y dos, el 14,6% en estrato 3 y una mínima parte en zonas sin estratificar o rurales, lo que evidencia la baja calidad urbanística predominante en la zona asociada al origen informal de la mayoría de sus barrios generando una alta dependencia de los subsidios en los servicios públicos. Mapa 2

Mapa 1. División Política Administrativa localidad San Cristóbal



Mapa 2. Estratificación socioeconómica



1.1.2. Descripción por UPZ.

1.1.2.1. UPZ 32 San Blas

San Blas se ubica al nororiente de la parte urbana de San Cristóbal, limita al el norte, con el sector de Lourdes de la localidad Santa Fe; Al oriente, con el la zona de reserva forestal en el perímetro urbano; por el sur, con la UPZ La Gloria; y por el occidente, con las UPZ's Sosiego y 20 de Julio. Tiene una extensión 352.19 hectáreas, ocupando el tercer lugar en tamaño lo equivale al 21.6 % del total de la localidad.

Su densidad es de 271 personas por Ha, en las 304 Has construidas se encuentran 604 manzanas, las que conforman 64 barrios: Aguas Claras, Altos del Zipa, Amapolas I y II sector, Balcón de la Castaña, Bella vista I, II y III sector, Bosques de los Alpes, Buena Vista Sur oriental, Camino Viejo de San Cristóbal, Cerros de San Vicente I II y III sector, Corinto, El Futuro, El Ramajal, Gran Colombia, Horacio Orjuela, La Cecilia, La Herradura, La Joyita, La Playa, La Sagrada Familia, Las Acacias, Las Mercedes, Laureles I y II Sector, Los Alpes, Santa Inés, Macarena, Manantial, Manila, Mira flores, Molinos del Oriente, Montecarlo, Nueva España I y II Sector, Rincón de la Victoria, San Blas I, II sector, San Cristóbal Viejo, San Cristóbal Alto, San Pedro, Terrazas del Oriente, Triángulo, Vereda, Altos de San Blas y Vitelma; (11)

1.1.2.2. UPZ 33 Sosiego

Sosiego se localiza en la parte noroccidental de la localidad de San Cristóbal, tiene una extensión de 235 hectáreas, que equivalen al 14,4% del total de área de la localidad. Limita al norte, con el sector de las Cruces de la localidad Santa Fe, al oriente, con la UPZ San Blas; al sur, con la UPZ 20 de Julio y al occidente, con el sector de Ciudad Jardín de la localidad Antonio Nariño.

Es la menos poblada con alrededor de 50000 habitantes dándole una densidad de 174 hab. Por Ha. Y con las mejores condiciones de vida dentro de la localidad predominan los sectores estrato tres y por sus condiciones sociales y urbanísticas es considerada como una UPZ tipo 2, en el que predominan los sectores residenciales consolidados de estrato medio bajo y cambios de usos de suelo, está conformada por 20 barrios: La Golgonda, Primera de Mayo, Buenos Aires, Calvo Sur, La María, Las Brisas, Los Dos Leones, Modelo Sur, Nariño Sur, Quinta Ramos, República de Venezuela, San Cristóbal Sur, San Javier, Santa Ana I y II sector, Sosiego, Velódromo, Villa Albania;(11) predomina el suelo de uso residencial, así mismo presenta diversas zonas de área dotacional lo que implica que el territorio cuenta con los espacios necesarios destinados a garantizar el recreo y el esparcimiento de la población, cuenta con el parque Metropolitano San Cristóbal, el polideportivo, el velódromo Primero de Mayo con un coliseo cubierto, pista de patinaje y pista de ciclismo que favorece el desarrollo de actividad física.

1.1.2.3. UPZ 34 20 De Julio

Se localiza en el costado suroccidental de la localidad, tiene una superficie de 263 hectáreas; equivalente al 16% del total del área de la localidad limita por el norte con la UPZ Sosiego por el oriente con la UPZ San Blas al occidente con la localidad

de Rafael Uribe Uribe y al sur con UPZ La Gloria. Su extensión es de 266.55 Ha, haciéndola la más pequeña y más densamente poblada con 432 habitantes por Ha, ya que supera los 100000, 27 barrios la conforman están: Atenas I y II sector, 20 de Julio, Ayacucho, Barcelona I, II y III sector, Bello Horizonte I y II sector, Córdoba, El Angulo, El Encanto, Granada I y II sector, Managua, Montebello, San Isidro I, II y III sector, San Luís (11).

Predominan los suelos de uso residencial y presenta una amplia zona de uso comercial en el barrio Veinte de Julio en donde se encuentra el Santuario del Veinte de Julio, uno de los centros de peregrinación católica más importantes de Bogotá. El territorio cuenta con amplias zonas de suelo dotacional que garantizan el recreo y esparcimiento de la comunidad. A pesar de estar conformada por barrios consolidados la falta de estructuras de calidad y de espacios públicos acorde al número de habitantes la ponen en una clasificación de UPZ tipo 1, quiere decir de uso mayoritario residencial de urbanización incompleta.

1.1.2.4. UPZ 50 La Gloria

Se localiza en el centro - sur de la localidad limita, por el norte con el Territorio 20 de Julio y San Blas; por el oriente con la zona de reserva forestal en el perímetro urbano; por el sur con la UPZ Los Libertadores; y por el occidente, con los sectores de Marruecos, Diana Turbay de la localidad Rafael Uribe Uribe y Parque Entre nubes. Está conformada por 46 barrios, entre los que se encuentran Altamira, Altos del Poblado, Altos del Virrey, Altos del Zuque, Bellavista, Ciudadela Santa Rosa, Quindío, El Rodeo, La Colmena, La Gloria La Grobana, La Victoria, Los Puentes, Malvinas, Moralba, Panorama, Paseito Tres (11).

Si bien carece de una gran oferta institucional y es considerada como una UPZ predominantemente residencial con urbanización incompleta, cuenta con espacios como el Punto de Articulación Social donde se desarrollan actividades de tipo cultural y recreativo para todas las edades apoyando y promoviendo programas como casas vecinales, jardines infantiles y centro de desarrollo y protección comunitaria, allí se encuentra la Biblioteca de Redes Estudiantiles Distritales, el CADE que presta los servicios relacionados con el pago de servicios públicos.

1.1.2.5 UPZ 51 Libertadores

Se ubica en la parte sur de la localidad, limita al norte con la UPZ La Gloria; por el oriente con el cerro tutelar; al sur con el sector de La Flora de la localidad de Usme; y por el occidente con el parque Entre Nubes y el sector de Diana Turbay de la localidad Rafael Uribe Uribe. está conformada por 54 barrios entre los que se encuentran Antioquia, Canadá Güira, Canadá San Luís, Chiguaza, El Paraíso, El Pinar, El Triunfo, Juan Rey, La Belleza, La Nueva Gloria I y II Sector, La Península, La Sierra, Las Gaviotas, Los Libertadores, El Tesoro, La Colina, San Ignacio, San Isidro, San José, San Luís, San Miguel, Diamante y el Triángulo, Los Pinares, Los Pinos, Los Puentes, Nueva Delhi, Roma, Las Malvinas, San Jacinto, San Manuel, San Rafael, Santa Rita, La Aurora, y Villa del Cerro. (11)

Se clasifica como Residencial de urbanización incompleta y cuenta con suelos de protección del Distrito. Estos suelos son reconocidos como potencialidades de la localidad ya que optimizan la relación interdependiente ser humano – naturaleza.

En el aparte de condiciones medio ambientales se hace referencia al parque ecológico y recreativo Entre Nubes, pero es sin lugar a dudas la UPZ con menos disponibilidad de equipamientos, sus residentes deben transitar largos trayectos para acceder a la oferta institucional del distrito, incluso llevan muchos años esperando la inauguración de la UPA Libertadores de la ESE San Cristóbal.

1.1.3. Características físicas del territorio.

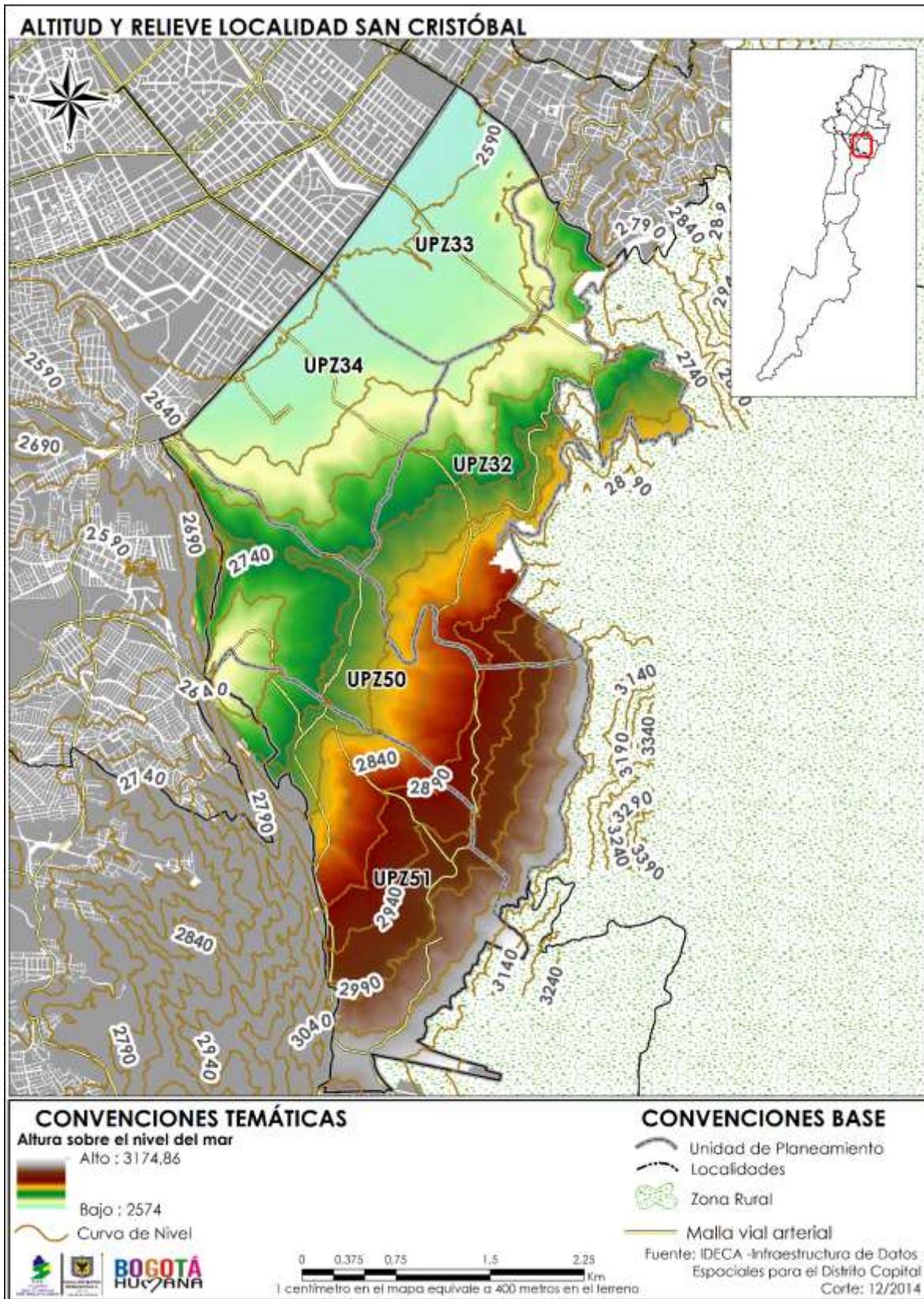
Localizada en la cordillera Oriental de los Andes colombianos, sobre un altiplano de 2.600 metros sobre el nivel del mar (msnm), rodeado por cadenas montañosas que superan los 3.500 msnm, se extiende sobre las montañas del eje principal de la cordillera contra los cerros del páramo Cruz Verde (1), por lo que la mayoría de sus barrios son de ladera, un factor que combinado con el poco espacio libre para construir limita la posibilidad de generar equipamientos nuevos de calidad en los sectores más deprimidos.

Los procesos de erosión se encuentran presentes principalmente en las UPZ de San Blas, La Gloria, Libertadores y la parte alta de la UPZ Veinte de julio y Sosiego los cuales generan exposición a deslizamientos, remoción de suelo y capa vegetal, incrementando la vulnerabilidad de la población frente a posibles movimientos de tierra, se observa construcciones legales e ilegales en suelos inestables de igual forma la condición de ladera hace que los suelos de la localidad presenten una mayor porción de areniscas y arcillas deslizadas sobre el altiplano, las cuales se encuentran en diferentes grados de compactación y de equilibrio, yendo desde estructuras sólidas, hasta materiales en proceso de reajuste y remoción (2). La explotación de canteras debilita los suelos que bordean los cerros orientales e incrementan la deforestación de la zona lo que complica aún más la estabilidad de los suelos.

El principal Cuerpo hídrico de la localidad es el río Fucha, conocido como Río San Cristóbal que nace a una altura aproximada de 3500 msnm en los cerros orientales de la Localidad de San Cristóbal, como afluentes principales tiene las quebradas, La Mirla, Fotoga, Upatá, La plazuela, La Colorada, El Charral, El Soche, Y el río Palo Blanco. Mapa 3.

Seguido de este, se encuentra la micro cuenca de la quebrada la Chiguaza, uno de los principales afluentes al Río Tunjuelo, a la quebrada la Chiguaza tributan las quebradas Chorro de Silverio, Agua Monte, Chorro Colorado, quebrada Melo, la Seca abierto y la Nutria en la cual desembocan las Quebradas Verejones, San Camilo, Nueva Delhi y Morales. (12)

Mapa 3. Altitud, Relieve Localidad San Cristóbal



1.1.4. Accesibilidad geográfica:

La localidad a pesar de encontrarse en la zona del piedemonte de la ciudad lo cual es una limitante clara para su crecimiento, cuenta con una ubicación estratégica dentro del distrito, y esta ubicación estratégica obedece a la conexión vial con que cuenta; ya que la localidad tiene acceso y salidas hacia todo el distrito (hacia el norte, el sur y el occidente) lo que permite que fácilmente interactúe con el resto de la ciudad de manera fácil y eficiente. Mapa 4.

Otro punto a tener en cuenta es que a pesar que a diciembre del 2014 aún seguían funcionando varias rutas del transporte público convencional en la localidad se cuenta con el portal 20 de Julio de Transmilenio y en la localidad se presenta gran cobertura en rutas del SITP y rutas alimentadoras de Transmilenio.

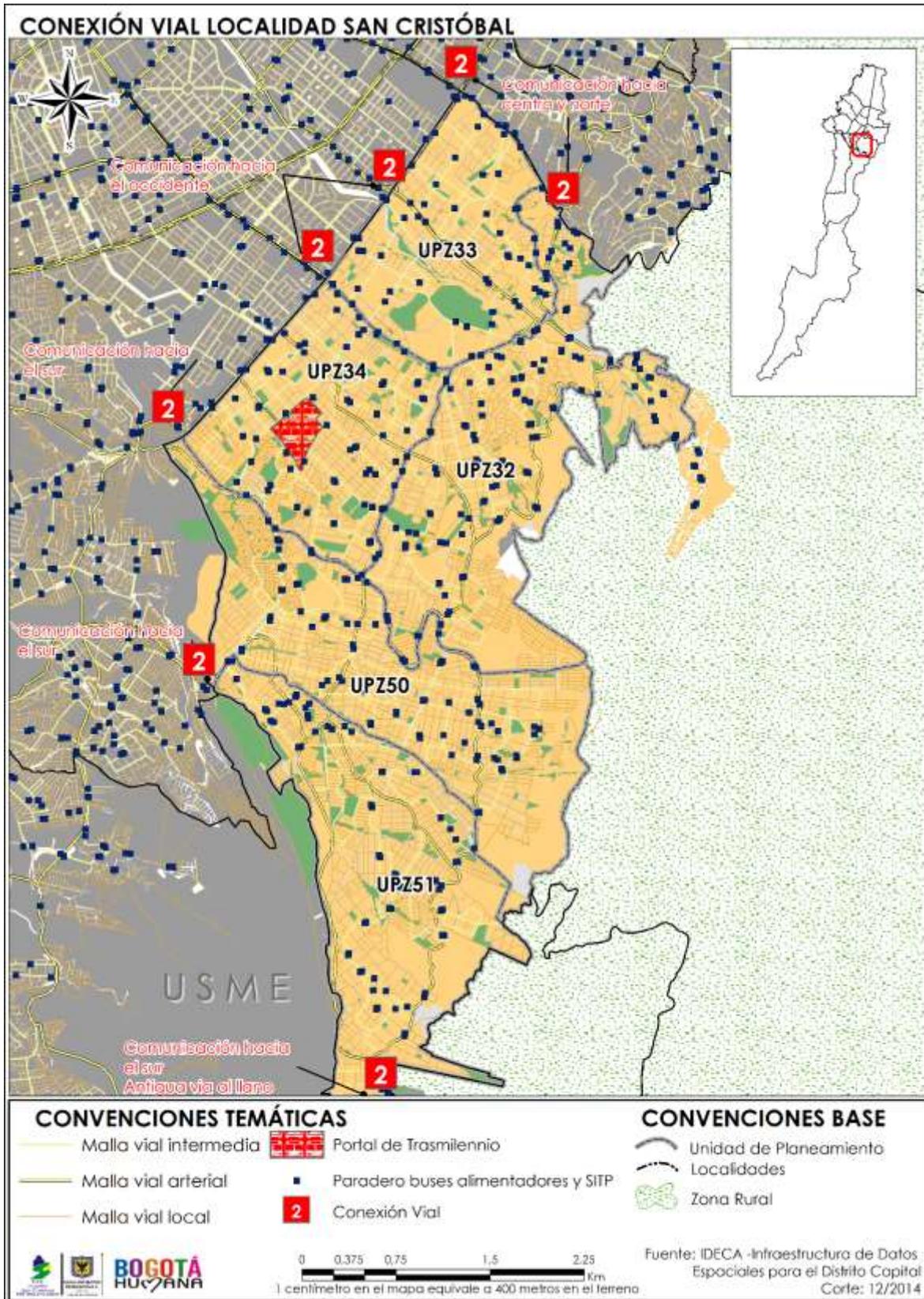
1.2. CONTEXTO DEMOGRAFICO

1.2.1 Dinámica poblacional

La población presenta una serie de atributos biológicos que comparte con los organismos que la forman, pero al mismo tiempo posee otra serie de propiedades o atributos de grupo que le son exclusivos. Algunas de estas características son la biomasa, densidad, natalidad, mortalidad, dispersión y forma de desarrollo. La dinámica poblacional analiza como es el comportamiento de la población y su variación a través del tiempo, los individuos de una población varían cada cierto período de tiempo, pero las poblaciones permanecen relativamente “estables” a lo largo de los años. Hay diversos factores que afectan el tamaño de las poblaciones, entre ellos están la reproducción o natalidad, la mortalidad y las migraciones. El análisis de estos indicadores ayuda a conocer la dinámica de la población

Para el año 2014 la población total de la localidad de San Cristóbal según estimaciones DANE es de 407.716 habitantes, de esta población el 99.5% reside en el área urbana de la localidad, en cuanto al número de viviendas mientras en el año 2011 se contaba con 103.751 en el año 2014 113.258, en la localidad de San Cristóbal el número de hogares por vivienda es de 1.03, y en promedio en cada hogar hay 3.53 personas. Para la localidad de San Cristóbal la tasa de crecimiento natural es de -0.26 para el año 2014, es decir disminución del tamaño de la población, esta disminución está dada por el balance de nacimientos y defunciones ocurridos en la localidad durante este año.

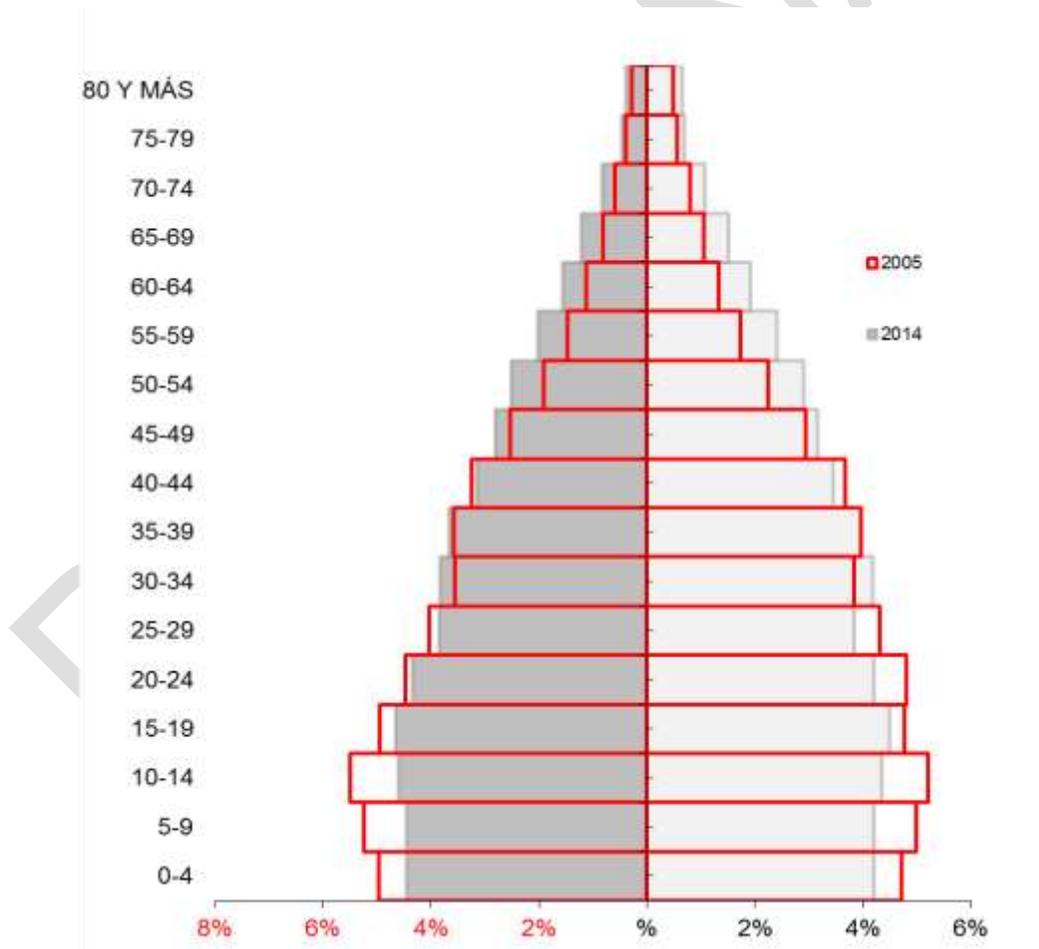
Mapa 4. Accesibilidad Localidad San Cristóbal



1.2.2. Estructura poblacional por sexo y grupos de edad.

La dinámica demográfica para la localidad San Cristóbal en el año 2014 presenta un comportamiento regresivo lo que indica un descenso en la natalidad y un envejecimiento continuo con respecto al año 2005 (año censal) la población presenta una disminución del 0.54% pasando de 409.653 a 407.416 habitantes. El 51.2 % (n= 208.492) de la población corresponde al sexo femenino. En cuanto a los grupos de edad de los 0 a los 29 años predomina el sexo masculino con el 26.4% (n= 107.397), respecto al 25.3% del sexo femenino. A partir de los 30 años la población femenina aporta la mayor frecuencia con el 25.9% (n= 105.571) de la población. La población de 0 a 29 años decrece el 11.3% (n= 210318) respecto a la misma población del año 2005 (n=237325). La población de 10 a 19 años crece un 4.5% con respecto a la población de 0 a 9 años, de 20 a 29 años la población presente un descenso considerable del 10.3% respecto a la población de 10 a 19 años. En cuanto a la población 30 a 80 años y más crece un 12.6% respecto a la misma población en el año 2005. Gráfico 1.

Gráfico 1. Pirámide Poblacional por edades quinquenales, localidad San Cristóbal 2014.



Fuente: SISPRO –Ministerio de Salud y Protección Social

1.2.2.1 Tasa de natalidad: La tasa de natalidad en la localidad de San Cristóbal incremento, para el año 2013 se presentó una tasa del 14.8 y para el 2014 el 15.4, de igual manera continua con el mismo comportamiento más elevado respecto a la tasa de Bogotá que para el 2014 fue de 13.3.

1.2.2.2 Razón hombre mujer: En la localidad de San Cristóbal en cuanto a la relación hombre mujer para el año 2014 es de 95.41, es decir que por cada 100 mujeres hay 95.4 hombres, la razón niños mujer para la localidad de San Cristóbal en el año 2014 es de 32, es decir por cada 100 mujeres en edad fértil (15 – 49 años) hay 32 niños y niñas entre 0 y 4 años, esta razón ha disminuido respecto al año 2005 la cual era de 34.

1.2.2.3 Índice de infancia, juventud y vejez: El índice de infancia para el año 2014 es de 26, es decir que por cada 100 personas de la localidad, 26 corresponden a población menor de 15 años, es de importancia que para el año 2005 este índice era de 31, lo que muestra un descenso de 5 puntos en los últimos 9 años. El índice de juventud es la relación entre la cantidad de población entre 15 y 29 años del total de la población, para la localidad de San Cristóbal es de 25 para el año 2014.

1.2.2.4 Índice de Friz: El índice de Friz para el año 2014 es de 125 lo que muestra que en la localidad de San Cristóbal la población se considera madura.

1.2.3. Estructura poblacional por UPZ.

Según distribución poblacional por UPZ el 24,5% (n= 100.007) de la población reside en la UPZ La Gloria, la UPZ Sosiego es la UPZ que menos población tiene con el 11,8% (n= 48.397) y el 0,050% (n= 205) de la población se encuentra en el área rural de la localidad, a pesar de esto la mayor densidad poblacional se encuentra en la UPZ 34 (333 hab/Ha) y la menor densidad poblacional se tiene en la UPZ 51 (204 hab/Ha) (ver mapa 2), se observa un incremento de la población de 15 a 19 años en contraste con la población de 10 a 14 años en la UPZ San Blas pasando de 2,16% (n= 8805) a 2,24% (n= 9136), en el resto de UPZ la distribución de la población es similar de 0 a 19 años. Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de población por UPZ según edades quinquenales, Localidad de San Cristóbal, 2014

GRUPO EDAD	UPZ 32	FR	UPZ 33	FR	UPZ 34	FR	UPZ 50	FR	UPZ 51	FR	RURAL	FR
05-09	8523	2,09	3569	0,88	7004	1,72	9126	2,24	6984	1,71	10	0,0025
10-14	8805	2,16	3795	0,93	7451	1,83	9355	2,30	7075	1,74	10	0,0025
15-19	9136	2,24	3927	0,96	7738	1,90	9217	2,26	7233	1,78	10	0,0025
20-24	8599	2,11	3770	0,93	7264	1,78	8386	2,06	6788	1,67	10	0,0025
25-29	7618	1,87	3708	0,91	6646	1,63	7469	1,83	5872	1,44	11	0,0027
30-34	7758	1,90	4295	1,05	7110	1,75	7814	1,92	5664	1,39	15	0,0037

35-39	7337	1,80	4085	1,00	6615	1,62	7594	1,86	5448	1,34	13	0,0032
40-44	6269	1,54	3435	0,84	5633	1,38	6750	1,66	4810	1,18	13	0,0032
45-49	5707	1,40	3246	0,80	5382	1,32	5820	1,43	4196	1,03	11	0,0027
50-54	5257	1,29	3116	0,76	5237	1,29	4800	1,18	3653	0,90	15	0,0037
55-59	4171	1,02	2516	0,62	4352	1,07	3996	0,98	2981	0,73	13	0,0032
60-64	3079	0,76	1962	0,48	3406	0,84	3359	0,82	2355	0,58	15	0,0037
65-69	2366	0,58	1484	0,36	2638	0,65	2747	0,67	1823	0,45	15	0,0037
70-74	1671	0,41	958	0,24	1810	0,44	2074	0,51	1261	0,31	14	0,0034
75-79	1017	0,25	574	0,14	1127	0,28	1272	0,31	741	0,18	10	0,0025
80 Y MÁS	910	0,22	567	0,14	1136	0,28	1047	0,26	523	0,13	10	0,0025
TOTAL	96724	23,74	48397	11,88	87473	21,47	100007	24,55	74610	18,31	205	0,0503

Fuente: Proyecciones de viviendas hogares y población 2005 - 2015. SDP

1.2.4. Estructura poblacional por ciclos vitales.

El 45,8% (n= 186.451) de la población de la localidad se encuentra conformada por población adulta, de ella la mayor frecuencia es femenina con el 23,9% (n= 97427) en contraste con el sexo masculino el cual aporta la mayor frecuencia en los ciclos vitales infantil, adolescencia y juventud con el 22,5% (n= 91714), este comportamiento puede presentarse por las condiciones de la localidad y actividades propias del sexo masculino como el trabajo en fuerzas armadas o que hacen parte del conflicto de violencia del país, la presencia de pandillerismo, consumo de SPA, alcoholismo o condiciones biológicas que podría generar una disminución de la población en edades avanzadas. Tabla 2.

Tabla 2. Distribución de la población por ciclo vital y sexo, localidad San Cristóbal

CICLO VITAL	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	n	FR	n	FR	n	FR
INFANCIA	51209	12.6	48291	11.9	99500	24.4
ADOLESCENCIA	15218	3.7	14609	3.6	49667	12.2
JUVENTUD	25287	6.2	24380	6.0	49667	12.2
ADULTEZ	89024	21.9	97427	23.9	186451	45.8
VEJEZ	18186	4.5	23785	5.8	41971	10.3
TOTAL	198924	48.8	208492	51.2	407416	100

Fuente: Población Proyecciones localidad UPZ 1993 – 2015 Secretaría Distrital de Hábitat.

1.2.5. Indicadores de estructura poblacional

Los índices demográficos o de estructura poblacional son aquellos que representan en cifras las características, ubicación, evolución, comportamiento y dimensiones de una población. El análisis de estos indicadores con respecto al crecimiento de la población ayuda a conocer mejor la dinámica de la población. (13)

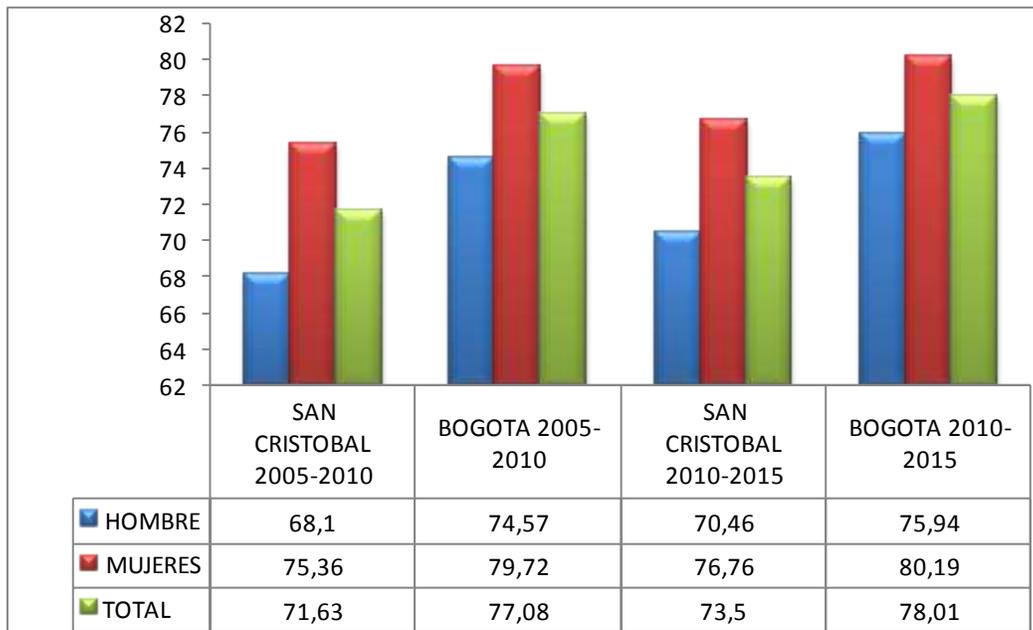
1.2.5.1 Índice de envejecimiento. Para el año 2014 el índice de vejez en la localidad San Cristóbal es de 7, es decir que por cada 100 personas del total de la población 7 son mayores de 65 años. El índice de envejecimiento es de 26, es decir que por cada 100 personas menores de 15 años hay 26 personas mayores de 65 años, comparado con el año 2005 en el cual fue de 16, se muestra el envejecimiento de la población, lo cual se evidencia en la pirámide poblacional.

1.2.5.2 Índice de dependencia: En cuanto al índice demográfico de dependencia en el año 2014 fue de 49.4, es decir por cada 100 personas dependientes económicamente hay 49 personas económicamente productivas, este índice ha disminuido en relación con el año 2005. El índice de dependencia infantil para el año 2014 es de 39 y de dependencia de mayores es de 10 en la localidad de San Cristóbal, es decir que por cada 100 personas económicamente productivas (15 a 64 años) hay 39 menores de 15 años y 10 mayores de 65 años.

1.2.5.3 Tasa de fecundidad: En la localidad de San Cristóbal la tasa de fecundidad es de 1.9, es decir una mujer en edad fértil (10 – 54 años), tiene 1.9 hijos, la tasa global de fecundidad es de 44.5. La tasa de reproducción es 22 por mil mujeres en edad fértil.

1.2.5.4. Esperanza de vida al nacer: Según la Secretaría Distrital de Planeación la esperanza de vida al nacer en los años 2005 a 2010 se estima en 71,63 años de vida para la población de la Localidad y para los años 2010 a 2015 incrementa a 73,53 años de vida, se observa una mayor esperanza de vida en el sexo femenino en donde para los años 2010 a 2015 se estima en 76,76 frente al 70,46 del género masculino. La Localidad se encuentra por debajo de la esperanza de vida estimada para la población del Distrito Capital la cual para los años 2010 a 2015 se encuentra en 78,01 años de vida, esto si las condiciones de mortalidad se mantienen constantes. Gráfico 2.

Gráfico 2. Proyección de la esperanza de vida al nacer por sexo, población distrito capital y localidad San Cristóbal, 2005 a 2010, 2010 a 2015



Fuente estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental por sexo, grupos quinquenales de edad.

1.2.6. Población diferencial

1.2.6.1 Etnias:

Los grupos étnicos en Bogotá para 2014, según el auto-reconocimiento étnicos, se pudo establecer que el 42,4% de las personas encuestadas se autoreconocieron como de etnias Negra, Mulata, o Afrodescendiente; un 20,9% indígena, el 19,4% Mestizo(a)s, un 9,59% como Blancos, y en menores proporciones las etnias Raizal, ROM, y Palenquera, con porcentajes de autoreconocimiento respectivamente del 0,64%, 0,42%, y 0,5%. En la localidad IV San Cristóbal se encuentran residentes 11 pueblos indígenas, de acuerdo con la información suministrada por SISPI actualizada al 9 de diciembre de 2014, en donde se encuentra un total de 252 personas pertenecientes a la etnia indígena; se han identificado familias e individuos de aproximadamente 14 pueblos indígenas distribuidos por toda la localidad: Ingas, Uitotos, Eperara, EmberaChami, EmberaKatio, Pijao, Pasto, Yanakona, Mizak, Tubu, Naza, Koreguaje, Kichwa, kamentsa. El pueblo indígena con mayor número de personas residentes en la localidad es Eperara 25.4% (n=64), seguido de la comunidad Inga con el 15.5% (n=39), y finalmente la comunidad Uitoto con 47 personas residentes en la localidad. (14)

De pertenencia étnica afrodescendientes de acuerdo con la información del DANE censo 2005, se encuentra una población para la localidad de San Cristóbal de 8073 habitantes, de los cuales el 53.4% (n=4314) son de sexo masculino y el 46.6 son de

sexo femenino, el 14.3% corresponde al grupo etareo de 20 a 24 años, seguido por el grupo de 30 a 35 años con el 14%.

Tabla 3. Distribución del número de personas reconocidas dentro de una Etnias, localidad de San Cristóbal, 2014

Grupos Poblacionales	No.	Fuente*	
Etnias	Indígenas	252	SISPI 2014
	Afrodescendientes	8243	DANE 2005
	Raizales	0	DANE 2005
	ROM Gitanos	0	DANE 2005

Fuente: elaboración propia equipo ASIS Local.

1.2.6.2 Movilidad forzada

Localidad San Cristóbal al mes de julio de 2014, llegaron cerca de 13.000 personas en situación de desplazamiento, lo que representa un 3.5% del total de la población que han sido atendida en los Centros Dignificar, allí se argumenta que la población residente en la localidad han sido expulsados principalmente por los departamentos de Nariño, Valle del Cauca y Tolima. No obstante el estudio indica que la población víctima de conflicto armado se encuentra concentrada territorialmente en la localidad, así: *UPZ La Gloria: 3.582 víctimas, UPZ San Blas: 2764 víctimas, UPZ 20 de Julio: 2478 víctimas, UPZ Los Libertadores: 2296 víctimas, UPZ Sosiego: 1882 víctimas*. De este total, el 42% corresponde a hombres desplazados y el 58% a mujeres desplazadas, el 47% son niños, niñas y adolescentes y entre estos el 17% son menores de 5 años, la población de la tercera edad corresponde al 4%, el grupo poblacional más amplio son los adultos entre 26 y 45 años que corresponde al 24% y le siguen los jóvenes entre 18 y 25 años con 16%. (15)

1.2.6.3 Población con discapacidad

Según resultados del registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad durante los años 2003 al año 2014 se registraron 15560 personas, se han identificado que el 55% son mujeres y el 45% son hombres, resultado que guarda relación con la pirámide poblacional de la localidad, la cual muestra que en la localidad hay más mujeres que hombres. Se conoce que las personas con discapacidad, sus familias, cuidadores y cuidadoras, de manera permanente se enfrentan a barreras físicas, actitudinales y comunicativas que las segregan y restringen en su reconocimiento, participación, acceso a oportunidades de desarrollo. El registro además revela que el 42% pertenece a la etapa de ciclo vejez, seguida de la etapa de ciclo adultez con 40%, juventud 9%, adolescencia 3%, e infancia 4%; lo anterior evidencia el aumento de edad puede constituirse como factor de riesgo y la posibilidad asociada a una discapacidad, por presencia de enfermedades crónicas y condiciones físicas. Según ubicación por territorio el 28% se ubica en La Gloria, el 22% en San Blas, 19% 20 de Julio, 17% Libertadores y Sosiego con un 12%.(16)

1.3 CONTEXTOSOCIOECONÓMICO

La salud de una población depende en gran medida del acceso y disponibilidad de servicios básicos, así como los modelos y acuerdos económicos que definen la distribución de los recursos económicos.

1.3.1 Índice de GINI. La Localidad de San Cristóbal en índices de pobreza se posiciona en tercer lugar a nivel Distrital, superada por la Localidad de Usme y Ciudad Bolívar, situación que en términos de características socioeconómicas generales locales, la ubica como una de las zonas con menor desigualdad con un coeficiente GINI de 0,39, esta es una realidad preocupante ya que la igualdad de la población está dada “por lo bajo” es decir el elevado número de hogares pobres, la falta de oportunidades y un alto grado de vulnerabilidad, esta situación evidencia segregación social y espacial presente en la ciudad donde las periferias y los sectores ubicados al sur de Bogotá acogen a la población menos favorecida. (4) Según el valor del precio de la tierra se puede observar que este disminuye en cuanto nos acerquemos más hacia la zona de ladera, lo que hace que la población con menos recursos económicos se ubiquen cada vez más en las periferias (ver mapa 5).

1.3.2. Índice de necesidades básicas insatisfechas. El NBI mide un conjunto de condiciones de vida, resumidas en cinco componentes mediante los cuales se clasifica un hogar como pobre por NBI. (17) En términos generales para la ciudad de Bogotá se observó una reducción de casi todos los componentes del NBI. Para el año 2011 fue de 5.2 % y para el 2014 4.2%, para la localidad de San Cristóbal fue de 9.3% y 6.1% respectivamente. Tabla 3. En la encuesta multipropósito 2014 se evidencio marcadas diferencias en cuanto a la pobreza monetaria ya que para las localidades de Ciudad Bolívar y Usme fue aproximadamente del 29% mientras que para Santa Fe, Bosa y San Cristóbal es alrededor de 23%. Para las otras localidades las cantidades fueron inferiores. Tabla 4.

Tabla 4. Componentes de vida y NBI San Cristóbal 2014

VIVIENDA INADECUADA		HACINAMIENTO CRITICO		SERVICIOS INADECUADOS		INASISTENCIA ESCOLAR 7 - 11 AÑOS		ALTA DEPENDENCIA ECONOMICA		NBI	
2011	2014	2011	2014	2011	2014	2011	2014	2011	2014	2011	2014
0,8	0,9	5,9	1,6	0,2	0,2	0,6	1,2	2,6	3,0	9,3	6,1

Fuente: Encuesta Multipropósito 2014. SDP

Tabla 5. Pobreza Monetaria 2014

	POBRES TOTALES		POBRES EXTREMOS TOTALES	
	TOTAL	%	TOTAL	%
SAN CRISTOBAL	95249	23,1	19246	4,7
BOGOTA	1228034	15,8	323371	4,1

Fuente: Encuesta Multipropósito 2014. SDP

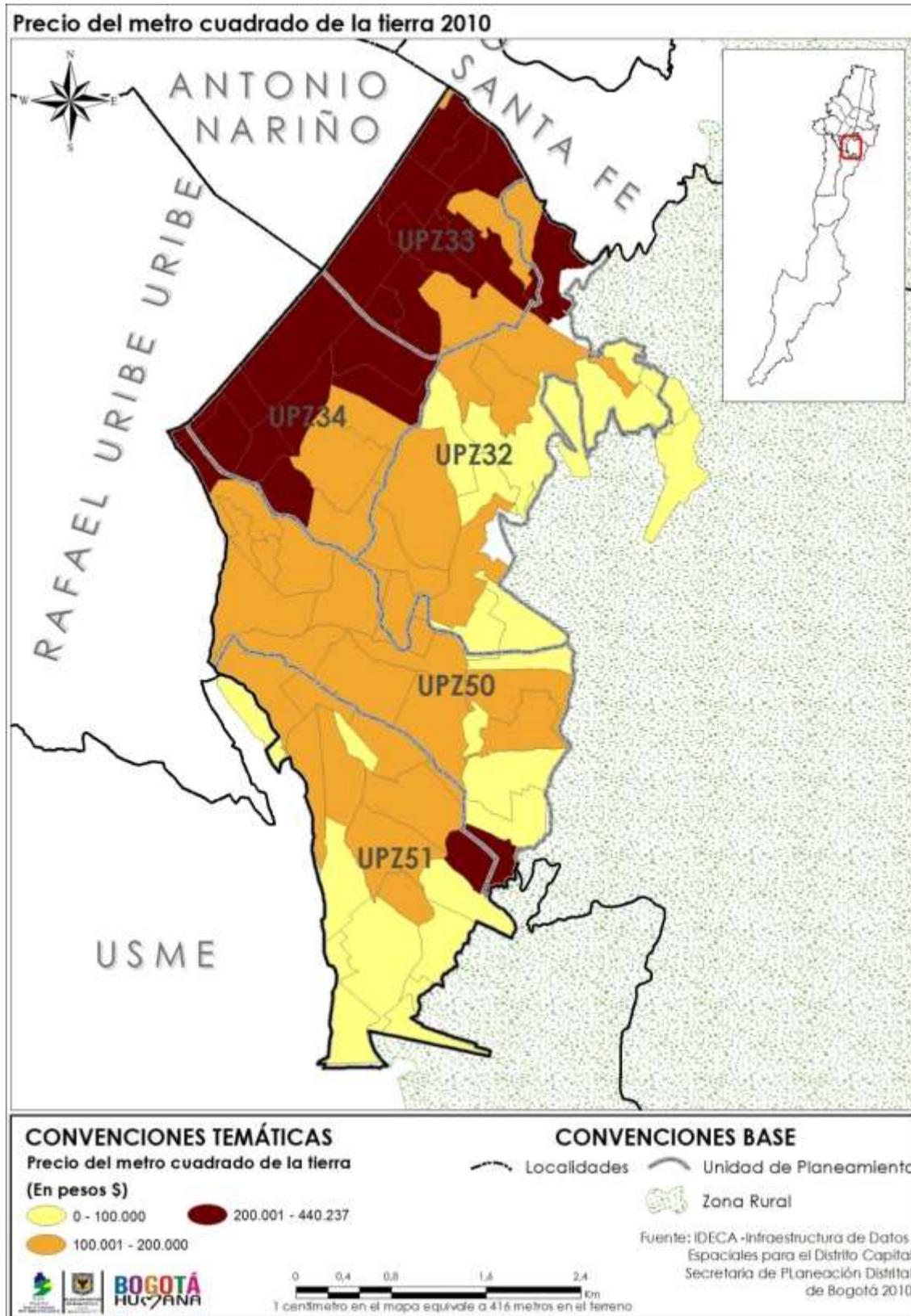
1.3.3 Nivel de endeudamiento

No se cuenta con información que permita establecer el índice de endeudamiento de la localidad y el de sus habitantes para el año 2014, sin embargo para el Distrito Capital cuenta con un activo de 12.797.614.427 millones de pesos y adeuda un pasivo de 2.938.629.191 millones de pesos, dentro de la localidad la mitad de los recursos están asociados a los sectores de integración social, infraestructura, movilidad y espacio público; la menor asignación de recursos está en los sectores de hábitat, ambiente y salud, mientras que el sector educación por su parte represento el 7,3% del presupuesto en el año 2009 y el 6,6% en el 2010.

1.3.4. Índice de Desarrollo Humano.

En la actualidad se cuenta con el Informe del índice Desarrollo Humano de la ciudad de Bogotá realizado en el año 2008 y que describe el IDH por localidades. Según este informe, la localidad de San Cristóbal presenta, para el 2008 un IDH Urbano entre 0,37 y 0,44 indicando que es un territorio de desarrollo humano bajo.(18) En este sentido, la localidad presenta dificultades para ofrecer opciones que incrementen la esperanza de vida, el nivel educacional y nivel de vida de sus habitantes.

Mapa 5. Precio metro cuadrado de la tierra 2010



1.3.5. Cobertura de educación. La localidad de San Cristóbal cuenta con 39 colegios de los cuales 33 son distritales, 2 en concesión y 4 en contrato, la oferta educativa para el año 2013 fue de 72529 cupos, representando el 7.4% del total de la oferta educativa de la ciudad, siendo la localidad con mayor superávit en la ciudad. El 93% de la oferta educativa es oficial distrital, El 72% de la oferta se encuentra en los niveles de primaria y secundaria. Tabla 5 y 6. Las instituciones educativas tienen presencia en la totalidad de UPZ's de la localidad, presentando esta una buena cobertura no solo a nivel de cupos, sino también a nivel espacial, en la localidad se puede apreciar una falta de cobertura en cuanto a presencia de equipamientos de este tipo en algunos barrios de la UPZ 32 San Blas, esta situación se presenta por que la zonas más oriental de esta UPZ está conformada por Barrios oficializados recientemente, y barrios que vienen en procesos de consolidación como son los barrios Gran Colombia, Laureles, Aguas Claras y el Triángulo (Ver mapa 6).

Tabla 6. Oferta educativa por tipo de colegio

TIPO DE COLEGIO	OFERTA	PARTICIPACION
OFICIAL DISTRITAL	67515	93,09%
CONCESION	4229	5,83%
CONTRATO	785	1,08%
TOTAL	72529	100%

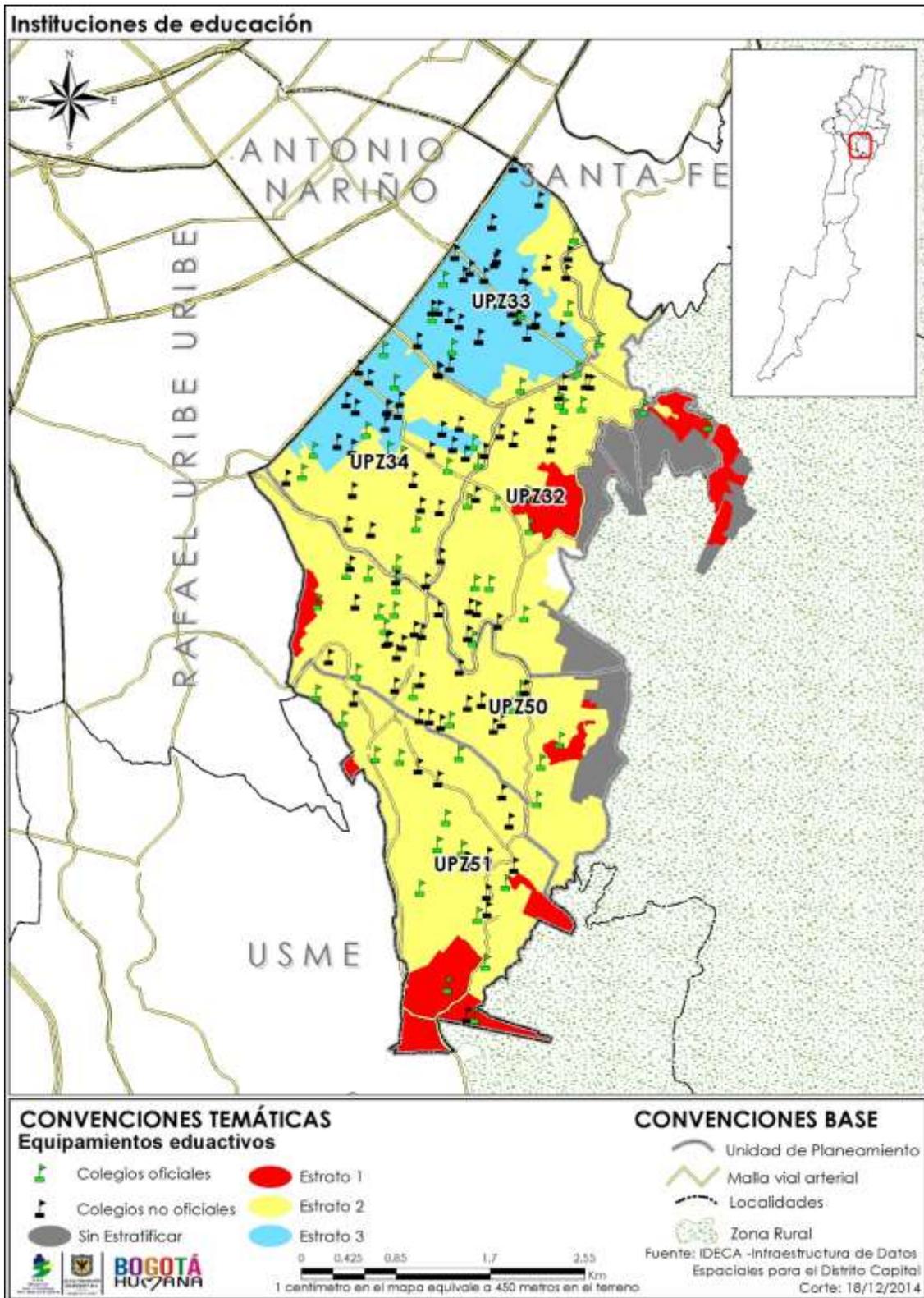
Fuente. Secretaria Distrital de Educación. 2014

Tabla 7. Oferta nivel educativo

NIVEL	OFERTA
PRE ESCOLAR	5190
PRIMARIA	27760
SECUNDARIA	24694
MEDIA	9701

Fuente: Secretaria Distrital de Educación

Mapa 6. Instituciones de educación localidad San Cristóbal



A pesar de lo anterior, la falta de educación familiar sobretodo en el jefe del hogar sigue siendo un elemento que disminuye la calidad de vida de los habitantes de la localidad, y que influye considerablemente en la deserción escolar de los niños mayores de 12 años para insertarlos en el mercado laboral.

1.3.6. Cobertura de servicios públicos. La cobertura de servicios públicos básicos acueducto, alcantarillado, recolección de basuras, gas natural y energía eléctrica, en el año 2014 para Bogotá en promedio fue del 99% para los hogares de las 19 localidades, para la localidad de San Cristóbal en cuanto a acueducto fue del 98.9%, alcantarillado 98%, recolección de basuras 98.7%, en cuanto a la cobertura de energía eléctrica y gas natural fue de 99.4% y 87.7% respectivamente. (17)

1.3.7. Condiciones de vivienda. La localidad de San Cristóbal ha presentado un alto porcentaje de hogares con carencias cualitativas, lo que implica una insuficiencia estructural por materiales de construcción, cohabitación dada por el número de hogares que habitan una vivienda, hacinamiento no mitigable (4 o más personas por habitación), Esto se explica dado que la localidad ha sido un receptor histórico de población campesina que generalmente se ha situado en la ladera de los cerros orientales, originando espacios de invasión en zonas de alto riesgo y viviendas con carencias habitacionales.

1.3.8. Sistemas de salud. La localidad cuenta en la UPZ 33 Sosiego con cuatro instituciones de III Nivel, Hospital La Victoria sede Materno Infantil, Instituto Nacional de Cancerología, Hospital Universitario La Samaritana y Hospital Universitario Clínica San Rafael esta última de carácter privado, en la UPZ 50 La Gloria se encuentra la ESE Hospital La Victoria III Nivel y un CAMI -CAMI Altamira- para la atención de urgencias, en la UPZ 32 San Blas cuenta con una institución de II Nivel-ESE Hospital San Blas, (Ver mapa 5) en la UPZ 34 20 de Julio se encuentra la mayor parte de Centros médicos de primer nivel de atención conformados por Unidades Informadoras. Aunque en la UPZ Los Libertadores cuenta con IPS de primer nivel de atención (consultorios médicos) existe una carencia de red de atención pública, en esta UPZ el hospital no cuenta con sede en la actualidad pero cuenta con el terreno y el proyecto para la construcción de un punto de atención de la ESE.

En cuanto al régimen de afiliación el 66.1% (n= 253472) de la población está afiliada al régimen contributivo, 39.6% régimen subsidiado y 1.2% régimen especial. En términos generales para Bogotá la afiliación de personas al sistema general de seguridad social en salud se incrementó del 92% en 2011 al 93.9% en 2014. En la localidad de San Cristóbal se presentó el mismo comportamiento pasando de 90.5% en el 2011 a 93.1 % en el 2014. (17).

1.3.9. Ocupación: Para el año 2011 se registraba una tasa de desempleo del 11,3%, cabe aclarar que no se cuentan con datos específicos para el año 2014 dado que el comportamiento Distrital mantuvo un disminución general hasta llegar al 8,8% en el último trimestre de 2014 esto haya incidido en la Localidad y por tanto se

presente una tasa menor, se resalta que el desempleo es mucho más alto en el género femenino ya que en la localidad alcanzo el 15,5%, así mismo una alta proporción de mujeres se encuentran en la informalidad y muchas de ellas con doble carga laboral ya que deben asumir las obligaciones del hogar.

Se ha logrado detectar en la UPZ Veinte de Julio un alto número de niños en condición de explotación infantil, quizás por el flujo comercial de la zona y las dinámicas entorno al Santuario del Divino Niño Jesús, se identifica un alto número de adolescentes ejerciendo actividades laborales quienes por la condiciones socioeconómicas bajas se ven obligados a mercantilizarse para apoyar el sustento familiar, la informalidad tampoco es ajena a los ciclos vitales juventud, adultez e incluso vejez observándose precariedad laboral que puede estar asociado a los bajos niveles educativos de la población laboralmente activa.

Muchos de los trabajadores no alcanzan a recibir un salario mínimo legal y el 45% de la población ocupada tiene contrato laboral, de estos el 9% lo hace a través de contrato verbal, del total de personas contratadas por escrito el 63% está vinculada por tiempo indefinido y existe un 5,6% que lo hace por prestación de servicios, (17) es por esto que la informalidad y los cambios en la estructura poblacional pueden representar un riesgo a futuro dado el incremento de población dependiente del ciclo vital vejez. (17).

1.4 PRIORIZACION UPZ

La priorización de UPZ es una metodología que se realiza debido a que ningún país cuenta con recursos ilimitados para poder ofrecer servicios de salud con los más altos niveles de calidad, la finalidad es obtener una herramienta para la toma de decisiones. (19).

En la localidad de San Cristóbal se realizó la priorización de estas, utilizando la metodología Hanlon, este es un método para el establecimiento de prioridades basados en 4 componentes: magnitud, severidad, efectividad y factibilidad con la finalidad de jerarquizar los problemas de salud-enfermedad y reforzar la organización de los servicios y el impacto de sus acciones.

Los Indicadores Socioeconómicos para la localidad de San Cristóbal se encuentran únicamente hasta nivel local, razón por la cual no se pueden utilizar para la priorización por UPZ, por tal motivo se tomó la estratificación socioeconómica de los barrios de las UPZ's.

Otros eventos de interés en salud pública tenidos en cuenta fueron: Tasa de violencia intrafamiliar, prevalencia de desnutrición global (bajo peso para la edad) en menores de 5 años, razón de mortalidad materna, mortalidad perinatal, porcentaje de embarazo adolescente de 15 a 19 años, porcentaje de personas con Discapacidad, riesgo de desastre ambiental, disponibilidad de mapas de riesgo y vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, y finalmente la disponibilidad de sistemas para el manejo y disposición final de residuos. De

acuerdo con los resultados obtenidos se priorizaron las UPZ Veinte de Julio, San Blas, La Gloria y Libertadores. Mapa 7.

1.4.1 UPZ 32 San Blas

Esta ocupa el primer puesto en la priorización, ya que cuenta con una alta concentración de eventos priorizados en salud como lo son la mortalidad perinatal, el embarazo adolescente, personas caracterizadas con discapacidad, prevalencia en desnutrición global, tasa de violencia intrafamiliar, además cuenta con alto riesgo de desastre ambiental y posee un acueducto comunitario el cual no permite que la calidad del agua sea igual a la suministrada por el acueducto de Bogotá.

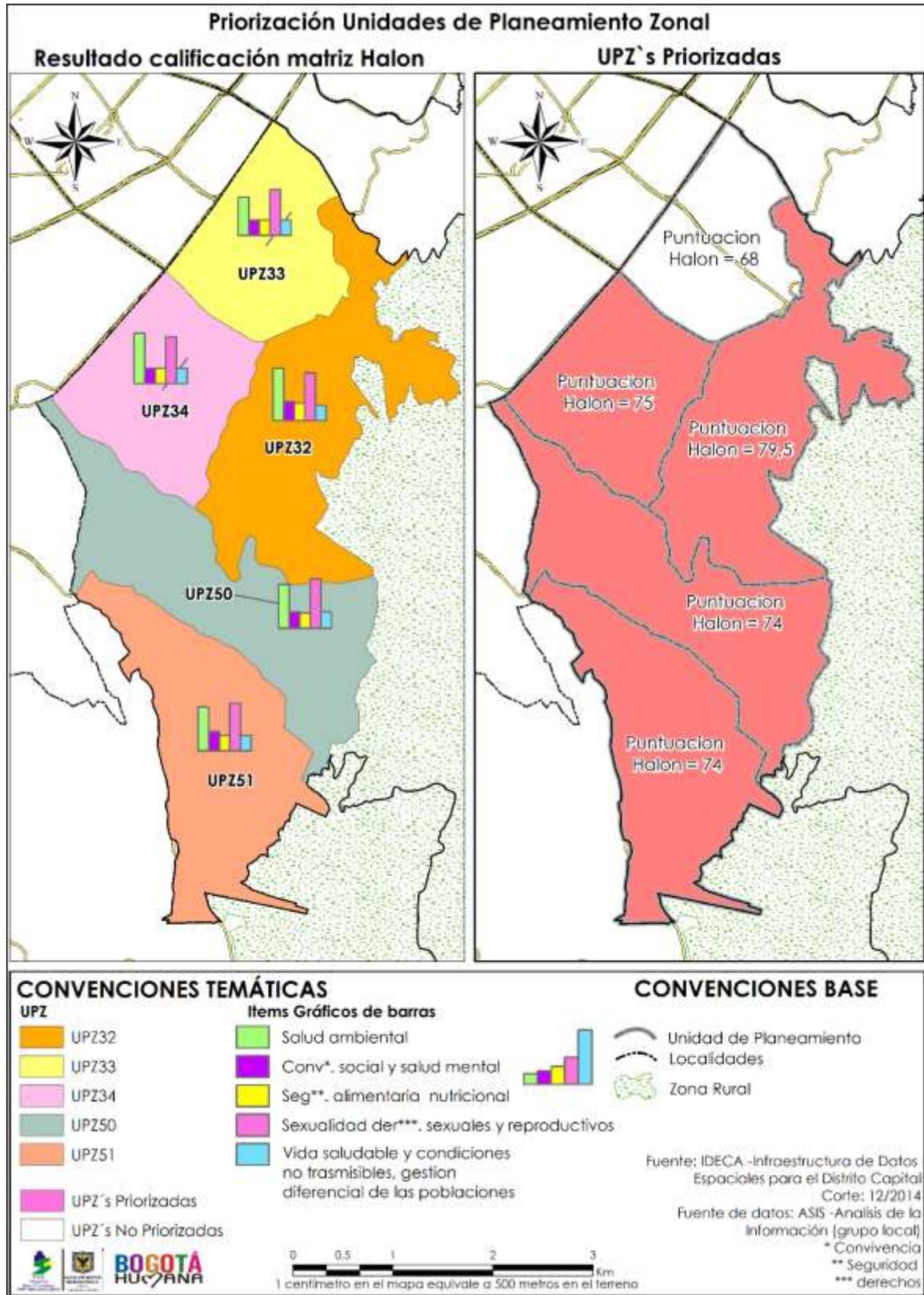
1.4.2 UPZ 34 Veinte de Julio

Ocupa el segundo lugar en la priorización, al realizar la metodología se observó que la UPZ Veinte de Julio obtuvo el mayor puntaje en disponibilidad de sistemas para el manejo y disposición final de residuos ya que cuenta con el mayor porcentaje de vendedores ambulantes los cuales se ubican al frente de la plaza central de mercado, generando así una inadecuada destinación de desechos. Otros eventos notables en esta UPZ son el número de embarazos en adolescentes.

1.4.3 UPZ 50 La Gloria y UPZ 51 Libertadores

Las UPZ's 50 y 51 La Gloria y Libertadores obtuvieron el mismo puntaje ya que ambas tienen riesgo de desastre natural, hábitos inadecuados en el manejo de residuos sólidos presentándose puntos de acumulación de basura algunos de ellos críticos y permanentes. Vale la pena resaltar las zonas de acumulación en las fuentes hídricas como es el caso de la quebrada Chiguaza a la altura de barrios como villa del cerro y san miguel. Además del anterior se observa un número constante y elevado en eventos priorizados en salud como mortalidad perinatal, tasa de violencia intrafamiliar, embarazo en adolescente.

Mapa 7. Priorización UPZ Localidad San Cristóbal



CAPITULO 2: ANALISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN EL AMBITO DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS

PERFIL SALUD – ENFERMEDAD

2.1. MORTALIDAD GENERAL POR GRANDES CAUSAS

Según estadísticas oficiales otorgadas por Análisis Demográfico de la Secretaría Distrital de Salud se cuenta con información oficial hasta el año 2012 se puede observar que el total de mortalidad general para este periodo fue de 1760 muertes, la tasa bruta de mortalidad para la localidad de San Cristóbal es de 43 por cada 100.00 habitantes. Tabla 8

Tabla 8. Prevalencias y Tasas de diez primeras causas de mortalidad general Localidad San Cristóbal, 2014

MORTALIDAD GENERAL 2014			
EVENTO	TOTAL	PREVALENCIA	TASA
1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	251	14,3	6,13
1-055 Enfermedades cerebro vasculares	139	7,9	3,40
1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	135	7,7	3,30
1-059 Neumonía	70	4,0	1,71
1-050 Enfermedades hipertensivas	67	3,8	1,64
1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	66	3,8	1,61
1-013 Tumor maligno del estómago	53	3,0	1,30
1-041 Diabetes mellitus	51	2,9	1,25
1-014 Tumor maligno del colon, de la unión rectos gmoidea recto y ano	34	1,9	0,83
1-074 Insuficiencia renal	32	1,8	0,78
Resto de causas	862	49,0	210,6
TOTAL DE MUERTES	1760	100,0	43,0

Fuente: SDS 2012. Diez primeras causas de mortalidad general 105.

La primera causa de mortalidad es enfermedades isquémicas del corazón con el 14.3% (n= 251), seguido por enfermedades cerebro vasculares 7.9% (n= 139), de la diez primeras causas de muerte ocho corresponden a morbilidades de tipo crónico, en general por cada 10000 habitantes mueren 43 personas por diferentes causas.

2.1.1. Años de vida perdidos: En cuanto a los años de vida potencialmente perdidos se dejaron de vivir 30.510 años debido a los tipos de Mortalidades presentadas en la localidad, se evidencia que el grupo de edad en el cual se presentó más pérdida de años de vida es en el grupo de 15 a 44 años, adicionalmente se perdieron por cada 1000 habitantes de 0 a 73 años 74.9 años de vida a causa de las mortalidades presentadas en la Localidad. Tabla 9.

Tabla 9. Años de Vida Potencialmente Perdidos y Tasas AVPP, por grupos de edad, Localidad San Cristóbal 2014

GRUPO DE EDAD	DEFUNCIONES	AVPP	TASA AVPP
< 1 AÑO	97	7032,5	989,9
1-4 AÑOS	9	634,5	22,6
5-14 AÑOS	15	952,5	13,3
15-44 AÑOS	222	9657	49,8
45-59 AÑOS	229	4809	74,6
>60 AÑOS	1188	7425	176,9
TOTAL	1760	30510,5	74,9

Fuente 2008-2012: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE - RUAF.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Proyecciones de población 2005-2015, según edades simples y quinquenales por sexo

2.2 MORTALIDAD ESPECÍFICA POR SUBGRUPOS

La mortalidad específica por subgrupos se tendrá en cuenta las bases suministradas por análisis de situación en salud de la secretaria distrital de la salud con información de los años 2008 a 2012, se compararon las tasas de incidencia durante estos años para la localidad San Cristóbal.

2.2.1 Tasa de Mortalidad por Cáncer. El cáncer es una de las enfermedades crónicas que mayor tasa de mortalidad causa en el mundo después de la Enfermedades Cerebro vasculares (ECV), según la OMS la incidencia mundial del cáncer podría aumentar en un 50% y llegar a 15 millones de nuevos casos en el año 2020.

2.2.1.1 Tasa de mortalidad por tumor maligno de próstata. Durante el periodo de 2008 a 2015 se tiene una tendencia al aumento pasando de 8.5% a 12, la localidad tiene un comportamiento similar al de Bogotá. Tabla número 10

2.2.1.2. Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama. Se puede observar su comportamiento durante los años 2008 a 2012 en la Tabla 10, la localidad presenta una tasa más baja que el distrito.

2.2.1.3. Tasa de mortalidad por cáncer de útero. Al igual que el cáncer de mama la tasa de mortalidad es menor que la del distrito. Tabla 10.

2.2.1.4 tasa de mortalidad de cáncer de estómago. Al contrario del cáncer de mama y del cáncer de útero la tasa se encuentra más alta en la localidad que en el distrito. Tabla 10.

Tabla 10. Tasa de Mortalidad por Sub grupos de cáncer en Bogotá y San Cristóbal 2008 - 2012

	CA PROSTATAS		CA MAMA		CA UTERO		CA ESTOMAGO	
	SAN CRISTOBAL	BOGOTA	SAN CRISTOBAL	BOGOTA	SAN CRISTOBAL	BOGOTA	SAN CRISTOBAL	BOGOTA
2008	8,5	9,7	10,9	10,5	6,2	5,6	11,5	11,1
2009	11	9,9	8,6	11,4	7,1	6,2	14,6	10,4
2010	7,5	10,4	9,5	11,5	8,1	6,1	9,5	9,8
2011	10,5	10,8	8,6	11,4	6,2	5,9	12,7	10,7
2012	12	11,5	9,5	12,2	10	5,3	13	11,4

Fuente: Fuente 2008-2012: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE - RUAF.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.

2.2.2 Mortalidad por Diabetes Mellitus. En 2014, el 9% de los adultos (18 años o mayores) tenía diabetes. En 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes. Más del 80% de las muertes por diabetes se registra en países de ingresos bajos y medios. La mortalidad por diabetes mellitus en la localidad de san Cristóbal en el año 2012 fue del 12.5% menor a la presentada en el distrito la cual fue de 13.3%.

2.2.3 Mortalidad por agresiones (homicidios): Este evento será tratado en la dimensión convivencia social y salud mental.

2.2.4 Tasa de mortalidad por accidentes terrestres. Este evento será tratado en la dimensión convivencia social y salud mental.

2.2.5 Tasa de mortalidad por lesiones auto infligidas (suicidio). Este evento será tratado en la dimensión convivencia social y salud mental.

2.2.6 Tasa de mortalidad por Tuberculosis. Este evento será tratado en la dimensión vida saludable libre de enfermedades trasmisibles.

2.2.7 Tasa de mortalidad por emergencias y desastres. Para la localidad no se registraron muertes por este evento durante el año 2014.

2.2.8 Mortalidad por enfermedades infecciosas. Para la localidad de San Cristóbal la tasa bruta de mortalidad por enfermedades infecciosas fue de 21.5 por 100.000 habitantes, las causas básicas relacionadas en los certificados de defunción fueron Neumonía, septicemia, ciertas enfermedades inmunoprevenibles, todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, todas las demás enfermedades bacterianas, y las enfermedades infecciosas intestinales.

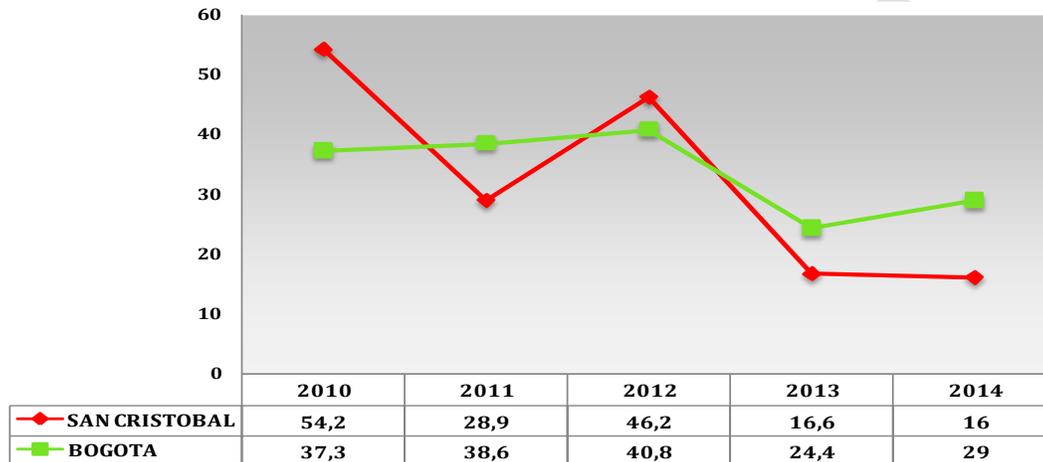
2.3 MORTALIDAD MATERNO – INFANTIL Y DE LA NIÑEZ

2.3.1 Razón de mortalidad materna. La razón de mortalidad materna es un indicador muy sensible y exigente, evidencia fallas en los servicios de salud, poca captación y adhesión a los programas de salud materna y poca red social, en la Localidad se observa un comportamiento variable en los años 2010 a 2014, para el 2010 la razón de mortalidad materna es de 54.2 por 100.000 nacidos vivos, 14.2 puntos por

encima de la meta distrital para el año 2010 la cual es reducir a 40 las muertes maternas por 100.000 nacidos vivos.

Para el año 2014 se registra un caso de mortalidad materna para una tasa de 16 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, reside en la UPZ Sosiego en el microterritorio de Villa Javier, mujer añosa con antecedente de hipertensión y alteraciones de tiroides, presentó una muerte perinatal hace 2 años debido a una preclamsia y en la actualidad muere a casusa de una preclamsia severa. Gráfico 3.

Gráfico 3. Razón de mortalidad materna, localidad San Cristóbal, años 2010 - 2014



FUENTE: 2009 al 2012.-Bases de datos DANE-RUAF.-El año 2010 actualizado 17-07-2012 .- 2011 actualizado 21-10-2013.- 2012 actualizado 13-08-2014 FUENTE -2013: Bases de datos SDS y RUAF .- Actualizado mes de agosto del año 2014 Preliminares NOTA: Se esperan enmiendas de Medicina Legal y además se está recuperando información para ser incluida en el aplicativo RUAF y los datos pueden variar. 2014: Base SDS-RUAF DF-NV Enero a Diciembre Preliminares Sistema de Estadísticas Vitales SDS, Tasa por 100.000 Nacidos Vivos.

2.3.2 Tasas de mortalidad perinatal. La tasa de mortalidad perinatales un indicador universal que permite medir la calidad de vida y los servicios de salud, en la localidad de San Cristóbal para el año 2009 presentaba 34.9 muertes por 1000 nacidos vivos más la muertes fetales, para los años siguientes se observa un incremento de la notificación por parte de la IPS debido a las capacitaciones por la Secretaria Distrital de Salud (SDS), en el año 2012 se observa un considerable descenso de la tasa a 15.1 por 1000 NV mas Fetales, para el año 2014 la tasa es de 12.6 por 1000 NV este comportamiento puede deberse al ajuste de la información o a las acciones por parte de las redes de salud para mitigar este importante indicador ya que la meta distrital es reducir a menos de 16 muertes perinatales por 1000 NV mas Fetales. Gráfico 4.

Datos que evidencian el peso del modelo macroeconómico en el cuál se pensó la Ley 100 que se basa en el principio de costo – eficacia, desconociendo las características poblacionales y las condiciones de segregación que presenta San Cristóbal, sin políticas claras sobre las EPS que los obliguen a tomar medidas concretas para atender con calidad a la población menos favorecida. El 53,9% (n= 48) de los casos se encuentran en el régimen de salud contributivo. El régimen de salud subsidiado aporta el 31,5% (n= 28) de las mortalidades. Hacen Falta controles

eficientes que verifique el cumplimiento de la política en salud sexual y reproductiva que establece los componentes de una maternidad segura.

Es de resaltar que la UPZ Sosiego presenta las tasas de mortalidad perinatal más altas en el periodo con el 33.4 muertes perinatales por cada 1000 nacidos vivos, aunque cabe aclarar que en esta UPZ se registra la menor frecuencia de nacimientos de la localidad ya que en la UPZ Libertadores se registró la mayor frecuencia de mortalidades con veintitrés (23) casos; en las UPZ Sosiego, San Blas y Veinte de Julio el pico más alto se registra en el mes de Noviembre con 100, 122.4 y 28.3 muertes perinatales por cada 1000 nacidos vivos respectivamente, en cuanto a las UPZ Libertadores y La Gloria en el mes de marzo con 78.7 y 25.2 muertes por cada 1000 nacidos vivos respectivamente.

Gráfico 4. Tasa de mortalidad perinatal, localidad San Cristóbal, 2010 - 2014



FUENTE 2010 al 2014.-Bases de datos DANE-RUAF.- Bases de datos SDS y RUAF Preliminares Tasa por 100.000 Nacidos Vivos.

2.3.3 Mortalidad infantil. Es un indicador transcendental en evidenciar la inequidad social existente en un estado, y por tanto de interés político para evidenciar los efectos de las políticas sociales, en los años 2009 a 2014 se observan dos picos importantes, en el año 2009 se registra 14.3 (111) muertes infantiles por cada 1000 nacidos vivos y en el año 2012 14.0 (90) muertes infantiles por cada 1000 nacidos vivos, a partir de este año se presenta un descenso en la tasa llegando a 9.3 muertes infantiles por cada 1000 nacidos vivos. Grafica 5

La fragmentación en los servicios de salud generada por la inequidad entre ricos y pobres presentes en el modelo macroeconómico del país refuerza las barreras de acceso esto evidencia la inoportunidad de los servicios, generando demoras en el acceso a especialistas y en las autorizaciones en general, y que se explica en sí mismo por el modelo Capitalista y neoliberal de empresas prestadoras en donde se abusa de la tramitología para ahorrar gastos, dando como resultado poca adhesión a los controles de crecimiento y desarrollo, dejando a las niñas y niños en alto grado de vulnerabilidad.

En algunos casos no se presenta oferta de la consulta pre-concepcional y existe deficiencia en las estrategias de educación, información y comunicación con la gestante, por ejemplo no se hace énfasis en la importancia inmunológica que adquieren los niños con lactancia exclusiva los primeros 6 meses de vida. Todo lo anterior evidencia el incumplimiento de la Política de Infancia y de la guía de detección de alteraciones del niño sano, generando déficit en la oportunidad de las citas, un elemento importante es la dificultad para hacer seguimiento a las canalizaciones realizadas desde el primer nivel al régimen contributivo, ya que desde dicho régimen se asume que no existe una obligatoriedad regulada para generar información hacia la ESE.

El 51,7% (n=31) de las muertes corresponde al sexo masculino, el 73,3% (n= 44) de las muertes ocurrieron en el periodo neonatal (0-30 días), el 53,3% (n=32) de los casos se encontraban en el régimen de salud contributivo, el 33,3% (n= 20) su régimen de salud era subsidiado.

La UPZ Libertadores registra la mayor tasa del periodo en el mes de agosto con 39.5 muertes infantiles por cada 1000 nacidos vivos, la UPZ San Blas y la UPZ La Gloria en el mes de noviembre con 40.8 y 32.3 muertes por cada 1000 nacidos vivos respectivamente, la UPZ sosiego en el mes de abril con 41.7 muerte por cada 1000 nacidos vivos y la UPZ veinte de Julio en el mes de julio con 25.4 muertes por cada 1000 nacidos vivos.

Las pocas o inexistentes prácticas de atención diferencial se dificultan por el poco reconocimiento de las características poblacionales por parte de las EPS al igual de las condiciones de segregación social que presenta San Cristóbal generando debilidad en las estrategias de captación temprana por parte de los actores del sistema que se suma a la asignación de citas a IPS distantes del territorio en el que se habita.

Gráfico 5. Razón de mortalidad infantil, localidad San Cristóbal, 2009 - 2014



FUENTRE 2010 al 2014.-Bases de datos DANE-RUAF.- Bases de datos SDS y RUAF Preliminares Tasa por 1.000 Nacidos Vivos.

2.3.4 Mortalidad en menores de 5 años. Según la OMS, el 4 objetivo del milenio consiste en reducir la mortalidad entre los menores de cinco años en dos tercios para el año 2015 con respecto al año 1990, casi el 75% de esas defunciones se deben a sólo seis trastornos, a saber: problemas neonatales, neumonía, diarrea, paludismo, sarampión y VIH/SIDA (20), La tasa de mortalidad en menores de 5 años registra dos picos importantes en el año 2009 y 2011 con tasas por encima de 30 mortalidades por cada 10.000 menores de cinco años, para el año 2013 se registra un descenso de la tasa de 24,5% con respecto al año 2012 y un aumento del 5,8% para el año 2014 llegando a 21.9 muertes en menores de cinco años por cada 10.000 menores de cinco años. Gráfica 6

Existen un sin número de factores de riesgo que afectan la calidad de vida de los menores de 5 años y por lo mismo su vulnerabilidad se ve medida en el comportamiento de la tasa de mortalidad en menores de 5 años, que en la localidad para el periodo evaluado fue por debajo de la meta distrital la cual busca reducir a menos de 15,7 muertes por 10.000 menores de cinco años de edad.

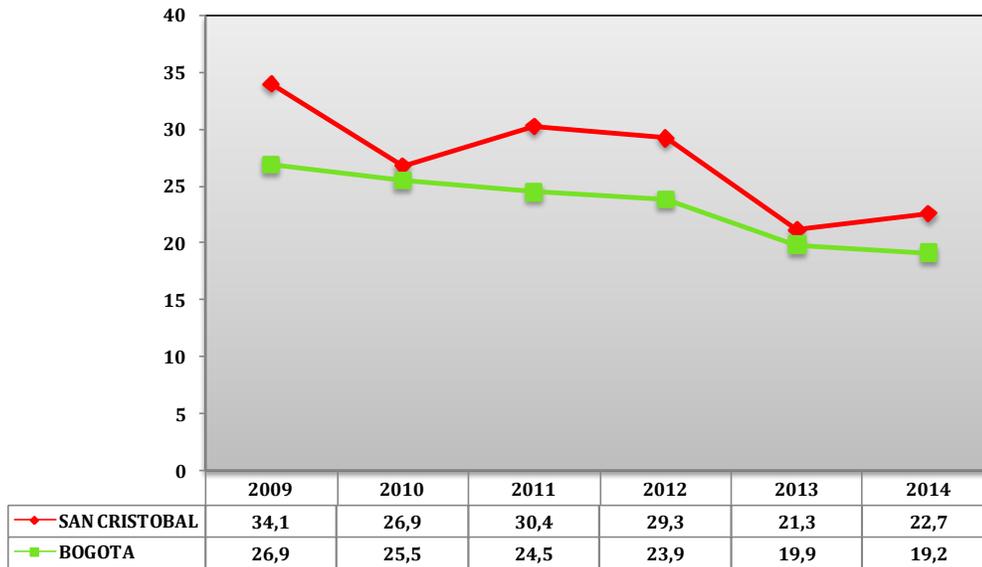
La UPZ Sosiego presenta la mayor tasa de mortalidad en menores de cinco años de la localidad con una tasa acumulada de enero a septiembre de 35.4 muertes por 10.000 menores de cinco años, en segundo lugar se encuentra la UPZ Libertadores con 26.4 muertes por cada 10.000 menores de cinco años, al comparar las tasas con la tasa presentada en San Cristóbal se observa que la mortalidad en menores de cinco años es 61,6% más alta en la UPZ Sosiego que en San Cristóbal y en la UPZ Libertadores es 1.20 veces más alto el riesgo de morir de los menores de cinco años que en el resto de la localidad.

Aunque no se trata solo de mejorar la atención en salud, se evidencia falta de cobertura en programas que garanticen el desarrollo de estrategias familiares y comunitarias donde se promuevan prácticas saludables y que resulten claves para la supervivencia con crecimiento y desarrollo óptimos, como lo es la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida, juegos de estimulación, educación en alimentación balanceada, el saneamiento oportuno del entorno.

Así como hábitos de higiene personal adecuados (lavado de manos y otros), capacitación a las madres y los cuidadores de niños(as) en el alto riesgo por las denominadas enfermedades de base o que comprometan la respuesta inmunológica de los infantes, con el fin de ser captados por los equipos de respuesta inicial para un mayor vigilancia, al igual capacitar a toda la población sobre los signos de alarma y el nivel de atención al que deben recurrir en caso de presentar ciertos síntomas, además de la promoción para la vinculación a los programas de tipo social que minimicen el impacto socioeconómico adverso en el que se encuentran.

La ciudad y la localidad son potencialmente receptoras de migrantes ya sean de tipo económico o por condiciones del conflicto, situación que aumenta el riesgo de morbi-mortalidad de los menores de 5 años y a la cual se le debe prestar mayor atención, pues condiciones climáticas y barreras de acceso a los sistemas de salud perjudican las condiciones de adaptabilidad de los mismos.

Gráfico 6. Tasa de mortalidad en menores de 5 años, localidad San Cristóbal, 2009 -2014.



Fuente, Certificado NV-Base de datos DANE-RUAF ND-Sistema estadísticas vitales SDS (2008-2012 preliminares), Proyecciones de población 2005-2015, según edades simples y quinquenales por sexo Razón por 10000 menores de 5 años. Población en cifras

2.3.5 Mortalidad por enfermedad respiratoria aguda. El análisis de este evento muestra que el año 2009 se registra la tasa más alta del periodo analizado con el 26.8 muertes por neumonía por cada 100000 menores de cinco años, otro pico se presenta en el año 2011 con 21.9 muertes por neumonía por cada 100.000 menores de cinco años y para el año de 2014 aumenta un 21,4% con respecto al año 2013 presentándose por cada 100.000 menores de cinco años 17 muertes a causa de neumonía. Grafico 7

Las adversidades socioeconómicas que se presentan en la localidad tiene relación directa en la calidad de vida de los infantes, en el caso de la neumonía se pueden presentar tratamientos y cuidados costosos que en ocasiones se convierten inasequibles, las barreras geográficas son evidentes en el momento de movilizarse al centro de salud o a una cita médica pues presentan dificultades dada la morfología del terreno que entorpecen los traslados, generando dificultad para asistir a los mismos, sumado a que algunas veces se dan diagnósticos erráticos por parte del personal médico generando mayor complicación en la salud y fomentando el regreso en repetidas ocasiones por la misma causa de los pacientes, quienes también pueden ser direccionados a niveles de atención no pertinentes al nivel de complejidad de su patología, esto puede incidir a recurrir a medios alternativos donde reciben inadecuada prescripción.

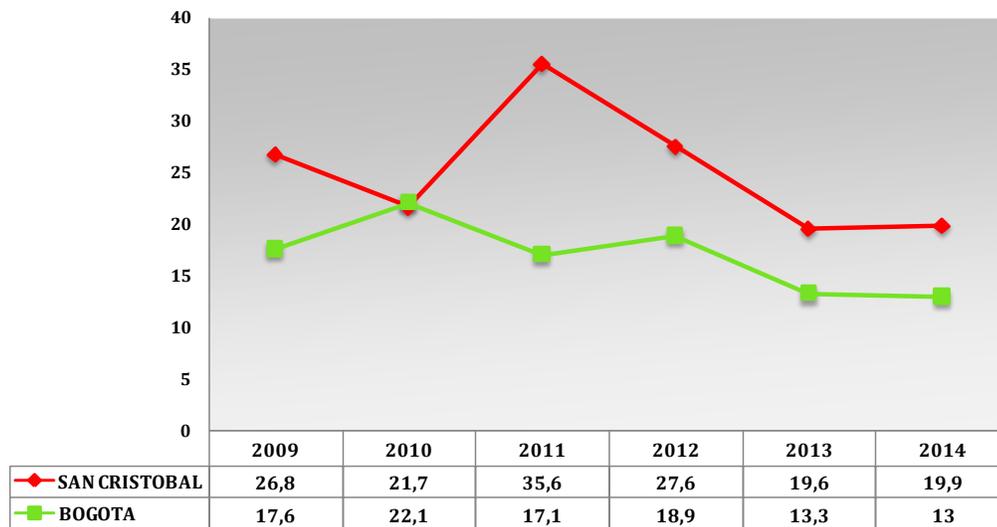
La falta de conocimiento de los signos de alarma impiden que el menor tengan una pronta atención y un rápido tratamiento para combatir la enfermedad, el bajo peso al nacer es muy importante ya que en el primer año de vida es más fácil que el

menor adquiera cualquier enfermedad aunque también se puede evitar teniendo esquemas de vacunación adecuados y brindándoles leche materna durante los primeros seis meses que les fortalece las defensas a esa edad. Dado que más de un tercio de las muertes de niños se producen durante el primer mes de vida, la atención profesional a las madres durante el embarazo, el parto y el puerperio contribuye en gran medida a la supervivencia del recién nacido.

En el año 2014 las UPZ de La Gloria y Libertadores registran altas tasas de mortalidad por neumonía, con 21.8 y 27.8 muertes por neumonía por cada 100.000 menores de cinco años respectivamente, la UPZ de Veinte de Julio y sosiego no han presentado mortalidades a causa de neumonía.

La topografía de la localidad de San Cristóbal es diversa, en la UPZ Sosiego y parte de 20 de julio y San Blas se encuentra la zona más plana y baja en cuanto a la altura sobre el nivel del mar; al ir ascendiendo en las UPZ de La Gloria, Libertadores y en el microterritorio de Aguas Claras en la UPZ San Blas son las zonas más altas de la localidad, siendo estas zonas en las cuales se presentan mayor vegetación, zonas montañosas, alta afluencia de zonas hídricas y colindar con los cerros orientales, lo que puede generar evidencia que los factores ambientales y topográficos pueden ser factores de riesgo en la mortalidad por neumonía registrada en el año 2014.

Gráfico 7. Tasa de mortalidad ERA en menores de 5 años, localidad San Cristóbal, 2009 a 2014



Fuente, Certificado NV-Base de datos DANE-RUAF ND-Sistema estadísticas vitales SDS (2008-2012 preliminares), Proyecciones de población 2005-2015, según edades simples y quinquenales por sexo Razón por 10000 menores de 5 años. Población en cifras

2.3.6 Mortalidad por desnutrición. La mortalidad por desnutrición es un indicador impactante en cuanto a las condiciones sociales y económicas de un país, en la Localidad de San Cristóbal se registran tasa en los años de 2009 con 5.4 muertes por cada 100.000 menores de cinco años y con respecto a este año en el 2011 esta desciende un desciende un 50% y para el año 2014 no se registran casos.

2.3.7 Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda. “La muerte por EDA se produce como consecuencia del deterioro nutricional progresivo; los estados prolongados de deshidratación y desequilibrio electrolítico, la sepsis y el limitado acceso a los servicios de salud o cobertura y atención inadecuada” (21), en la localidad se observan dos pico en el año 2009 y 2011 con 2.7 y 2.8 muertes por EDA en menores de 5 años por cada 100.000 menores respectivamente y a partir de este año no se han presentado casos.

2.3.8 Mortalidad por malformaciones congénitas en menores de 5 años. Durante el año 2014 se presentaron en la localidad 15 muertes en menores de 5 años atribuidas a malformaciones congénitas lo que represento una tasa de 46.2 por 100.000 menores de 5 años, manteniendo una tasa comparable a la de Bogotá la cual fue de 46.8 por 100.000 menores de 5 años.

2.4 MORBILIDAD

Tabla 11. Prevalencia de las diez primeras causas de Morbilidad en los servicios de Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización según ciclo vital y sexo en los centros de atención de la ESE San Cristóbal, 2014

		URGENCIAS		HOSPITALIZACION		CONSULTA EXTERNA			
10 PRIMERAS CAUSAS POR CICLO VITAL		F	M	10 PRIMERAS CAUSAS	F	M	10 PRIMERAS CAUSAS	F	M
C I C L O V I T A L I N F A N C I A	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	384 19,8	400 18,0	Neumonía	40 19,0	34 18,8	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	1463 15,3	1496 15,0
	Otros traumatismos de regiones del cuerpo	231 11,9	441 19,9	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	30 14,2	26 14,4	Caries dental	1265 13,2	1428 14,3
	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	290 15,0	366 16,5	Otras enfermedades del sistema urinario	21 10,0	4 2,2	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	608 6,4	554 5,6
	Diarrea y gastroenteritis de presunto	229 11,8	260 11,7	Asma	11 5,2	14 7,7	Otros trastornos de los dientes	490 5,1	490 4,9
	Otitis media y otros trastornos del oído	232 12,0	234 10,6	Diarrea y gastroenteritis de presunto	11 5,2	13 7,2	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	438 4,6	526 5,2
	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	69 3,6	77 3,5	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	8 3,8	7 3,9	Diarrea y gastroenteritis de presunto	446 4,7	486 4,9
	Asma	56 2,9	70 3,2	Otitis media y otros trastornos del oído	10 4,7	1 0,6	Otras helmintiasis	461 4,8	436 4,4
	Dolor abdominal y pélvico	61 3,2	32 1,4	Otros traumatismos de regiones del cuerpo	4 1,9	7 3,9	Otitis media y otros trastornos del oído	437 4,6	438 4,4
	Otras enfermedades del sistema urinario	64 3,3	15 0,7	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	4 1,9	5 2,8	Otros traumatismos de regiones del cuerpo	218 2,3	345 3,5
	Fiebre de origen desconocido	40 2,1	37 1,7	Otras enfermedades del sistema respiratorio	3 1,4	6 3,3	Desnutrición	274 2,9	259 2,6
	OTRAS CAUSAS	280 14,5	285 12,9	OTRAS CAUSAS	69 32,7	64 35,4	OTRAS CAUSAS	3418 35,9	3471 35,0
	TOTAL MORBILIDAD	1936 29,9	2217 50,5	TOTAL MORBILIDAD	211 29,9	181 40,8	TOTAL MORBILIDAD	9518 15,1	9929 27,1
	C I C L O	Otros traumatismos de regiones del cuerpo	85 11,4	253 68,6	Otros trastornos de los dientes	10 9,8	8 16,7	Caries dental	1102 12,5
Dolor abdominal y pélvico		104	10		4	11		948	651

L O V I T A L A D O L E S C E N C I A		14,0	2,7	Otros traumatismos de regiones del cuerpo	3,9	22,9	Otros trastornos de los dientes	10,7	10,8
	Otras enfermedades del sistema urinario	95	5	Otras enfermedades del sistema urinario	14	0	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	457	340
		12,8	1,4		13,7	0,0		5,2	5,6
	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	69	27	Enfermedades del apéndice	8	3	Otros traumatismos de regiones del cuerpo	200	505
		9,3	7,3		7,8	6,25		2,3	8,4
	Otras complicaciones del embarazo y del parto	89	0	Efectos tóxicos de sustancias no medicinal	5	4	Trastornos de la acomodación y de la refracción	379	277
		12,0	0,0		4,9	8,3		4,3	4,6
	Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	50	0	Otras complicaciones del embarazo y del parto	7	0	Otras helmintiasis	318	296
		6,7	0,0		6,8	0,0		3,6	4,9
	Migraña y otros síndromes de cefalea	29	9	Diarrea y gastroenteritis de presunto	4	3	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	337	267
		3,9	2,4		3,9	6,25		3,8	4,4
	Gastritis y duodenitis	31	6	Migraña y otros síndromes de cefalea	4	2	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	258	211
		4,2	1,6		3,9	4,2		2,9	3,5
	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	26	11	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	4	2	Dolor abdominal y pélvico	332	90
	3,5	3,0		3,9	4,2		3,8	1,5	
Diarrea y gastroenteritis de presunto	25	12	Asma	3	2	Otras enfermedades de la nariz y de los senos nasales	172	214	
	3,4	3,3		2,9	4,2		2,0	3,6	
OTRAS CAUSAS	141	36	OTRAS CAUSAS	39	13	OTRAS CAUSAS	4283	2379	
	19,0	9,8		38,2	27,1		48,7	39,5	
TOTAL MORBILIDAD	744	369	TOTAL MORBILIDAD	102	48	TOTAL MORBILIDAD	8786	6016	
	11,5	8,4		14,4	10,8		14,0	16,4	
C I C L O V I T A L J U V E N T U D	Otros traumatismos de regiones del cuerpo	71	162	Parto único espontáneo	21	0	Caries dental	961	332
		9,5	66,9		17,8	0,0		12,5	10,0
	Dolor abdominal y pélvico	118	10	Otras complicaciones del embarazo y del parto	16	0	Otros trastornos de los dientes	761	377
		15,8	4,1		13,6	0,0		9,9	11,4
	Otras complicaciones del embarazo y del parto	88	0	Otros traumatismos de regiones del cuerpo	2	14	Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	621	0
		11,7	0,0		1,7	35,9		8,1	0,0
	Otras enfermedades del sistema urinario	79	6	Enfermedades del apéndice	13	1	Otros traumatismos de regiones del cuerpo	169	406
		10,5	2,5		11,0	2,6		2,2	12,3
	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	45	14	Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto	9	0	Trastornos de la acomodación y de la refracción	349	119
		6,0	5,8		7,6	0,0		4,6	3,6
	Migraña y otros síndromes de cefalea	53	4	Diarrea y gastroenteritis de presunto	6	5	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	202	226
		7,1	1,7		5,1	12,8		2,6	6,8
	Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	56	0	Otros trastornos de los dientes	6	3	Migraña y otros síndromes de cefalea	346	67
		7,5	0,0		5,1	7,7		4,5	2,0
Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto	47	0	Otras enfermedades del sistema urinario	9	0	Dolor abdominal y pélvico	335	74	
	6,3	0,0		7,6	0,0		4,4	2,2	
Diarrea y gastroenteritis de presunto	34	8	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	4	4	Gastritis y duodenitis	235	129	
	4,5	3,3		3,4	10,3		3,1	3,9	
Gastritis y duodenitis	34	5	Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	6	0	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	204	107	
	4,5	2,1		5,1	0,0		2,7	3,2	
OTRAS CAUSAS	124	33	OTRAS CAUSAS	26	12	OTRAS CAUSAS	3477	1477	

		16,6	13,6		22,0	30,8		45,4	44,6
	TOTAL MORBILIDAD	749	242	TOTAL MORBILIDAD	118	39	TOTAL MORBILIDAD	7660	3314
		11,6	5,5		16,7	8,8		12,2	9,0
C I C L O V I T A L A D U L T E Z	Otros traumatismos de regiones del cuerpo	220	383	Otras enfermedades del sistema urinario	23	1	Caries dental	2359	981
		12,7	47,9		16,2	1,0		9,2	9,2
	Otras enfermedades del sistema urinario	204	16	Diarrea y gastroenteritis de presunto	16	7	Otros trastornos de los dientes	1966	1134
		11,7	2,0		11,3	6,7		7,6	10,6
	Dolor abdominal y pélvico	169	42	Neumonía	7	11	Hipertensión esencial (primaria)	1616	546
		9,7	5,3		4,9	10,6		6,3	5,1
	Migraña y otros síndromes de cefalea	160	21	Diabetes mellitus	3	14	Trastornos de la acomodación y de la refracción	1391	527
		9,2	2,6		2,1	13,5		5,4	4,9
	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	122	52	Bronquitis, enfisema y otras EPOC	8	7	Otras dorsopatías	1049	505
		7,0	6,5		5,6	6,7		4,1	4,7
	Diarrea y gastroenteritis de presunto	99	33	Enfermedades del apéndice	7	6	Otros trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos	981	490
		5,7	4,1		4,9	5,8		3,8	4,6
	Gastritis y duodenitis	85	33	Otros trastornos de los dientes	5	7	Gastritis y duodenitis	932	424
	4,9	4,1		3,5	6,7		3,6	4,0	
Otras dorsopatías	89	29	Otros traumatismos de regiones del cuerpo	6	6	Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos	1225	0	
	5,1	3,6		4,2	5,8		4,8	0,0	
Hipertensión esencial (primaria)	72	24	Hipertensión esencial (primaria)	10	1	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	704	378	
	4,1	3,0		7,0	1,0		2,7	3,5	
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	69	16	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	3	6	Migraña y otros síndromes de cefalea	919	155	
	4,0	2,0		2,1	5,8		3,6	1,5	
OTRAS CAUSAS	448	150	OTRAS CAUSAS	54	38	OTRAS CAUSAS	1262	5519	
	25,8	18,8		38,0	36,5		4	49,0	
								51,8	
	TOTAL MORBILIDAD	1737	799	TOTAL MORBILIDAD	142	104	TOTAL MORBILIDAD	2576	1065
		26,8	18,2		20,1	23,4		6	9
								40,9	29,1
C I C L O V I T A L J U V E N E Z	Otros traumatismos de regiones del cuerpo	77	66	Bronquitis, enfisema y otras EPOC	24	22	Hipertensión esencial (primaria)	2482	1112
		15,4	26,4		20,9	34,9		31,6	24,5
	Hipertensión esencial (primaria)	55	30	Hipertensión esencial (primaria)	18	3	Otros trastornos de los dientes y de sus y de sus estructuras de sostén	348	314
		11,0	12,0		15,7	4,8		4,4	6,9
	Bronquitis, enfisema y otras EPOC	50	35	Diabetes mellitus	16	3	Bronquitis, enfisema y otras EPOC	284	283
		10,0	14,0		13,9	4,8		3,6	6,2
	Otras dorsopatías	29	15	Neumonía	11	3	Diabetes mellitus	293	176
		5,8	6,0		9,6	4,8		3,7	3,9
	Diarrea y gastroenteritis de presunto	27	13	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	6	2	Otras dorsopatías	269	177
		5,4	5,2		5,2	3,2		3,4	3,9
	Gastritis y duodenitis	30	7	Infarto agudo del miocardio	3	5	Otros trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos	264	136
		6,0	2,8		2,6	7,9		3,4	3,0
	Dolor abdominal y pélvico	23	11	Otras enfermedades del sistema urinario	5	2	Artrosis	271	112
	4,6	4,4		4,3	3,2		3,5	2,5	
Otras enfermedades del sistema urinario	23	5	Otras enfermedades isquémicas del corazón	4	2	Gastritis y duodenitis	230	120	
	4,6	2,0		3,5	3,2		2,9	2,6	
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	19	5	Diarrea y gastroenteritis de presunto	2	3	Caries dental	188	157	
	3,8	2,0		1,7	4,8		2,3	3,5	
Diabetes mellitus	19	4	Otros trastornos de los dientes y de sus y de sus estructuras de sostén	2	2	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	208	71	
	15,4	15,4		1,7	3,2		2,7	1,6	

OTRAS CAUSAS	147	59	OTRAS CAUSAS	24	16	OTRAS CAUSAS	3010	1873
	15,4	15,4		20,9	25,4		38,3	41,3
TOTAL MORBILIDAD	499	250	TOTAL MORBILIDAD	115	63	TOTAL MORBILIDAD	7847	4531
	7,7	5,6		16,3	14,2		12,5	12,4
Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos de laboratorio, no clasificados en otra parte	815	514	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos de laboratorio, no clasificados en otra parte	18	9	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos de laboratorio, no clasificados en otra parte	3363	2182
	12,6	11,7		2,5	2,0		5,3	6,0
TOTAL MORBILIDAD URGENCIAS	6480	439	TOTAL MORBILIDAD HOSPITALIZACION	706	444	TOTAL MORBILIDAD CONSULTA EXTERNA	6294	3663
	59,6	40,4		61,4	38,6		63,2	36,8
TOTAL	10871		TOTAL	1150		TOTAL	99571	

Fuente RIPS de consulta, Centros de Atención ESE San Cristóbal, 2012

En el año 2014 en la ESE San Cristóbal fueron atendidos 111.592 usuarios en las diferentes Unidades de Atención Primaria (UPA) como UPA Alpes, Primera de Mayo, Bello Horizonte y Victoria; Unidades Básicas de Atención como UBA Cárcel Distrital y UBA Móvil; y el Centro de Atención Médica Inmediata CAMI Altamira. El 89,2% (n= 99571) de las atenciones corresponde a Consulta Externa, el 9,7% (n= 10871) corresponde a consulta por el servicio de Urgencias y el 1,0% (n=1150) corresponde al servicio de Hospitalización.

El ciclo vital infancia aporta el mayor peso de la atención en cada uno de los servicios, siendo el servicio de urgencias el que con mayor proporción recibe a este grupo con el 80,4% (n=4153); de estos el 50,5% (n= 2217) corresponde al sexo masculino, el servicio de consulta externa con el 42,2% (n=19447) ocupa el último lugar de atención lo que refleja que los menores no están asistiendo a controles de crecimiento y desarrollo y consultando en momentos de urgencia, en el servicio de urgencias y hospitalización las 10 primeras morbilidades son muy similares en donde las afecciones del sistema respiratorios son las más prevalentes y en el servicio de consulta externa aunque su comportamiento es muy similar a los otros servicios se observa morbilidades de la cavidad oral como caries dental ocupando el segundo lugar con el 27,5% (n= 2693) de las atenciones, en menor prevalencia se observa morbilidades como desnutrición con el 5,5% (n= 533) y este siendo más frecuente en el sexo femenino con el 2,9% (n= 274). Tabla 11

En el ciclo vital adolescencia se empieza a observar morbilidades ginecológico como el ingreso de complicaciones en el embarazo, en el servicio de hospitalización dentro de las 10 primeras causas se encuentra las complicaciones del embarazo y parto con el 6,8% (n= 7) este refleja que el embarazo en adolescentes es un factor de riesgo muy importante en este ciclo vital y con el 13,2% (n= 9) corresponde a efectos tóxicos de sustancias no medicinales, al servicio de consulta externa el 25,6% (n= 1888) de los adolescentes consultan por caries dental seguido de otros trastornos de los dientes con el 21,5% (n= 1599), se observa mayor frecuencia de asistencia a los servicios de hospitalización y urgencias al género femenino, en este ciclo se empieza a evidenciar una disminución en la asistencia a los diferentes servicios aunque la consulta externa es quien tiene el mayor peso con el 30,4% (n= 14802) de la consulta externa. Tabla 11

El comportamiento de la morbilidad en el ciclo vital juventud es muy similar a la adolescencia aunque las morbilidades ginecológicas son más prevalentes en este ciclo vital, como se puede observar en el servicio de hospitalización en donde las dos primeras causas son de este tipo, la caries dental y los otros trastornos de los dientes continúan ocupando los primeros lugares en la consulta externa, en este ciclo el sexo femenino es quien con más frecuencia consulta a los diferentes servicios. Tabla 11

Se observa que en el ciclo vital adultez ingresan las morbilidades de tipo crónico, en este grupo de edad nuevamente se observa el incremento de la asistencia a los diferentes servicios y es más evidente en el servicio de consulta externa con el 70% (n= 36425) de la atención, en este y el servicio de urgencias es más frecuentado por el sexo femenino con el 40,9% (n= 25766) de la atención, la primera causa de hospitalización es otras enfermedades del sistema urinario y es más frecuente en el género femenino con el 16,5% (= 23), en el servicio de urgencias son otros traumatismos de regiones del cuerpo y esta morbilidad se presenta en el 47,9% (n= 383) de los hombres esto refleja un alto grado de agresividad e inseguridad de la localidad y en consulta externa nuevamente se observa las morbilidades de la cavidad oral. Tabla 11

En el ciclo vital vejez las morbilidades de tipo crónico ocupan los primeros lugares, en el servicio de hospitalización el 55,8% (n= 46) corresponde a Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), el 20,5% (n= 21) a Hipertensión esencial y el 18,7% (n= 19) a Diabetes mellitus, así como se Infarto agudo del miocardio y otras enfermedades isquémicas de corazón, en el servicio de consulta externa las morbilidades de cavidad oral es remplazada por la Hipertensión esencial con el 56,1% (n= 3594), el sexo femenino continua presentando la mayor frecuencia de consulta, es importante iniciar la educación de hábitos y estilos de vida saludables desde el ciclo vital adultez con el fin de reducir la prevalencia de estas patologías en el ciclo vital vejez e integrarlos a los programas destinados para estos grupos de edad. Tabla 11

Las morbilidades crónicas se presentan con mayor frecuencia en ciclo vital de adultez y vejez, para el año 2014 de acuerdo con RIPS de la ESE San Cristóbal el evento crónico que se presenta en mayor proporción es la hipertensión arterial con un total de 5756 consultas, seguido por diabetes mellitus con 528. El impacto de las enfermedades crónicas está creciendo de forma sostenida en numerosos países de ingresos bajos y medios. La necesidad de prever y comprender la relevancia de las enfermedades crónicas y de intervenir urgentemente contra ellas es una cuestión cada vez más importante. Para ello es preciso que los dirigentes nacionales que están en condiciones de reforzar las actividades de prevención y control de las enfermedades crónicas, así como la comunidad de salud pública internacional, adopten un nuevo enfoque (22).

2.4.1 Eventos de notificación obligatoria

Durante el año 2014 se presentó 3731 notificaciones de eventos de interés en salud pública al sistema de información SIVIGILA de las diferentes UPGDs de la localidad en donde en el Ciclo vital infancia se presentó la mayor carga de notificación con el

41.2% (n= 1538); el primer evento de notificación fue agresión por animales potencialmente transmisores de rabia con el 28.52% (n=1064) en el ciclo vital infancia se observa que el 13,1% (n=487) de las notificaciones es por varicela, en el ciclo vital juventud se observa que el 0,3% (n=10) de las notificaciones es por Sífilis Gestacional y Morbilidad Materna Extrema es del 1.6% (n=60), donde se evidencia población gestante en este ciclo vital, en el ciclo vital adultez se observa la mayor notificación es para tuberculosis con el 1,2% (n=46), seguido por el ciclo vejez el cual presenta notificación del 1,0% (n=36). Tabla 12

Tabla 12. Frecuencia de notificación de eventos de interés en salud pública por ciclo vital, San Cristóbal 2014

NOMBRE DE EVENTO	INFANCIA		ADOLESCENCIA		JUVENTUD		ADULTEZ		VEJEZ		TOTAL	
	n	F	n	F	n	F	n	F	n	F	n	F
AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	373	10,0	107	2,9	130	3,5	330	8,8	124	3,3	1064	28,52
VARICELA INDIVIDUAL	487	13,1	30	0,8	42	1,1	45	1,2	2	0,1	606	16,24
BAJO PESO AL NACER	1	0,0	66	1,8	203	5,4	124	3,3	0	0,0	394	10,56
TOS FERINA	198	5,3	0	0,0	6	0,2	7	0,2	0	0,0	211	5,66
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	0	0,0	14	0,4	60	1,6	67	1,8	0	0,0	141	3,78
DEFECTOS CONGENITOS	103	2,8	5	0,1	22	0,6	8	0,2	0	0,0	138	3,70
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	1	0,0	12	0,3	57	1,5	50	1,3	0	0,0	120	3,22
DENGUE	25	0,7	6	0,2		0,0		0,0		0,0	104	2,79
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	10	0,3	4	0,1	54	1,4	21	0,6	3	0,1	92	2,47
TUBERCULOSIS	2	0,1	2	0,1	3	0,1	46	1,2	36	1,0	89	2,39
SIFILIS GESTACIONAL	0	0,0	10	0,3	35	0,9	42	1,1	0	0,0	87	2,33
SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA	69	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	69	1,85
INTOXICACION POR MEDICAMENTOS	6	0,2	7	0,2	24	0,6	19	0,5	4	0,1	60	1,61
SARAMPION	58	1,6	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	59	1,58
SIFILIS CONGENITA	46	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	46	1,23
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	0	0,0	0	0,0	5	0,1	41	1,1	0	0,0	46	1,23
INTOXICACION POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	2	0,1	10	0,3	12	0,3	19	0,5	2	0,1	45	1,21
CÁNCER INFANTIL	27	0,7	10	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	37	0,99
INTOXICACION POR METANOL	21	0,6	16	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	37	0,99
ANOMALIAS CONGENITAS	35	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	35	0,94
CHIKUNGUNYA	5	0,1	1	0,0	2	0,1	16	0,4	4	0,1	28	0,75
INTOXICACION POR OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS	7	0,2	3	0,1	9	0,2	6	0,2	2	0,1	27	0,72
PAROTIDITIS	11	0,3	2	0,1	7	0,2	5	0,1	0	0,0	25	0,67
INTOXICACION POR PLAGUICIDAS	0	0,0	4	0,1	9	0,2	7	0,2	0	0,0	20	0,54
LEPTOSPIROSIS	0	0,0	0	0,0	1	0,0	15	0,4	4	0,1	20	0,54

INTOXICACION POR GASES	5	0,1	0	0,0	5	0,1	3	0,1	0	0,0	13	0,35
HEPATITIS A	3	0,1	2	0,1	2	0,1	2	0,1	3	0,1	12	0,32
HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B Y DELTA	0	0,0	0	0,0	5	0,1	6	0,2	1	0,0	12	0,32
MORTALIDAD POR IRA	12	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	0,32
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	0	0,0	0	0,0	3	0,1	7	0,2	0	0,0	10	0,27
TUBERCULOSIS PULMONAR	0	0,0	0	0,0	2	0,1	3	0,1	4	0,1	9	0,24
EVENO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION.	7	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,19
MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN	6	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,16
DENGUE GRAVE	2	0,1	0	0,0	0	0,0	3	0,1	0	0,0	5	0,13
TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0	3	0,1	5	0,13
LEISHMANIASIS CUTANEA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,1	1	0,0	4	0,11
MENINGITIS POR NEUMOCOCO	2	0,1	0	0,0	0	0,0	2	0,1	0	0,0	4	0,11
RUBEOLA	4	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,11
CHAGAS	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	1	0,0	3	0,08
EXPOSICIÓN A FLÚOR	1	0,0	0	0,0	2	0,1	0	0,0	0	0,0	3	0,08
INTOXICACION POR SOLVENTES	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0	3	0,08
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO	2	0,1	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,08
FIEBRE AMARILLA	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	2	0,05
LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA LINFOIDE	2	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,05
MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	2	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,05
TUBERCULOSIS FÁRMACORRESISTENTE	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	0	0,0	2	0,05
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,03
LEPRA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,03
MALARIA FALCIPARUM	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,03
MALARIA VIVAX	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,03
MENINGITIS TUBERCULOSA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,03
MORTALIDAD MATERNA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,03
MORTALIDAD POR DENGUE	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,03
PARALISIS FLACIDA AGUDA (MENORES DE 15 AÑOS)	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,03
TOTAL	1538	41,2	312	8,4	704	18,9	908	24,3	195	5,2	3731	100,00

Fuente: Sistema de Información SIVIGILA todos los eventos de interés en salud pública, 2014

2.5 DISCAPACIDAD:

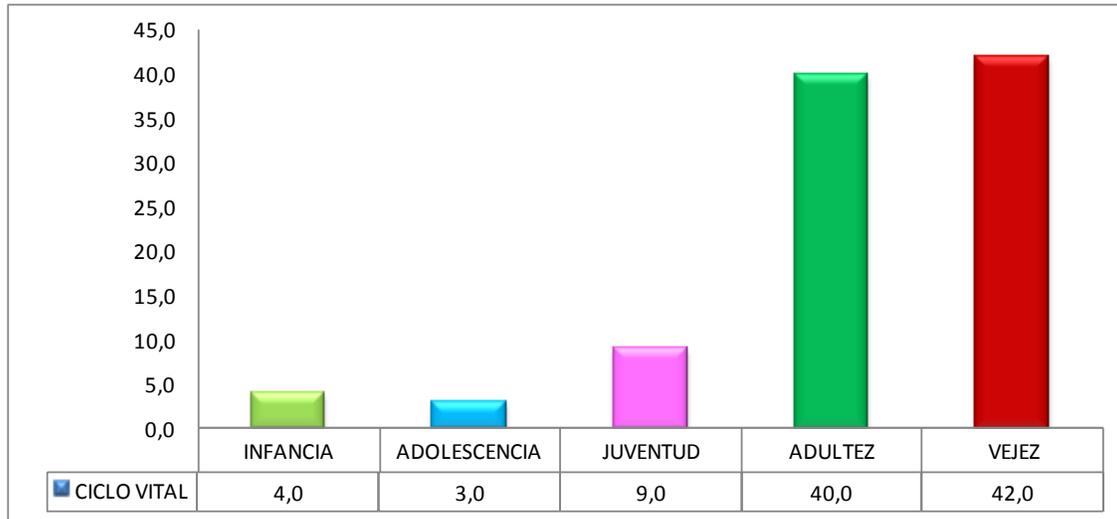
Según la definición de la OMS la Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales (23)

Según resultados del registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad, se han identificado 13.021 personas con discapacidad, de las cuales el 55% son mujeres y el 45% son hombres, resultado que guarda relación con la pirámide poblacional de la localidad, la cual muestra que en la localidad hay más mujeres que hombres. Se conoce que las personas con discapacidad, sus familias, cuidadores y cuidadoras, de manera permanente se enfrentan a barreras físicas, actitudinales y comunicativas que las segregan y restringen en su reconocimiento, participación, acceso a oportunidades de desarrollo. El registro además revela que el 42% pertenece a la etapa de ciclo vejez, seguida de la etapa de ciclo adultez con 40%, juventud 9%, adolescencia 3%, e infancia 4%; lo anterior evidencia el aumento de edad puede constituirse como factor de riesgo y la posibilidad asociada a una discapacidad, por presencia de enfermedades crónicas y condiciones físicas. Grafica 8.(16)

Según ubicación por territorio el 28% se ubica en La Gloria, el 22% en San Blas, 19% 20 de Julio, 17% Libertadores y Sosiego con un 12%. Del total de la población registrada se encuentran que el 35% alteraciones son en el movimiento del cuerpo: manos, brazos y piernas, el 25% del sistema nervioso, 19% del sistema cardiorrespiratorio, el 7% alteraciones visuales, de acuerdo a lo anterior se puede establecer que la principal limitación de la población con discapacidad está relacionada con alteraciones en la movilidad evidenciada en las dificultades para caminar correr y saltar, seguido se encuentra pensar, memorizar y desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón. (16)

En la etapa de ciclo infancia se evidencia escasas oportunidades para el desarrollo de capacidades en el contexto educativo; para los jóvenes y adolescentes existe escasas oportunidades para el desarrollo de habilidades y capacidades debido a debilidad en implementación de políticas y recursos que permitan dar respuesta a necesidades de jóvenes y adolescentes, llevando a la invisibilización y exclusión social; para los adultos con discapacidad los imaginarios sociales se relacionan con incapacidad y no con la capacidad, encontrando escenarios educativos y laborales excluyentes afectando el desarrollo de su proyecto de vida; las personas mayores con discapacidad enfrentan negligencia por parte de la familia frente a su cuidado generando deterioro de la condición de salud y dependencia en actividades de la vida diaria.

Gráfico 8. Frecuencia de población en condición de discapacidad por ciclo vital, localidad San Cristóbal, 2014



Fuente: Base discapacidad, datos preliminares 2014 ESE San Cristóbal.

El 81,6% de la población en condición de discapacidad pertenece al estrato socioeconómico 2 y el 0,5% no se encuentran estratificados, en cuanto al régimen de salud el 52.9% pertenecen al Régimen Subsidiado, el 4.4% al Régimen Contributivo y el 1.7% no cuentan con ningún Régimen de Salud. El 6.4% son cabeza de familia, Sobre el origen de la discapacidad se observa que el 37.46% no sabe cuál es el origen, el 31.4% son causas de salud de la madre durante el embarazo, el 28,4%, en cuanto a la ocupación de las personas en condición de discapacidad el 14.47% está incapacitado permanente para trabajar y no esta pensionado, el 8.5% se encuentra trabajando y el 2.7% está buscando trabajo. (16) Tabla 13

Tabla 13 Frecuencia del origen de la Discapacidad de la población en condición de discapacidad, San Cristóbal 2014

ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD	FRECUENCIA
NO SABE CUAL ES EL ORIGEN	37,46
ENFERMEDAD GENERAL	31,45
ACCIDENTES	8,42
ALTERACIÓN GENÉTICA, HEREDITARIA	7,44
COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO	6,27
CONDICIONES DE SALUD DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO	3,67
OTRA CAUSA	1,43
VICTIMA DE VIOLENCIA	1,43
ENFERMEDAD PROFESIONAL	0,63

DIFICULTADES EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	0,63
CONFLICTO ARMADO	0,63
CONSUMO DE PSICOACTIVOS	0,54
LESIÓN AUTOINFLINGIDA	0,00
DESASTRE NATURAL	0,00
TOTAL GENERAL	100

FUENTE: Base discapacidad ESE San Cristóbal 2014

2.5.1 Morbilidad de las personas con discapacidad. Para la localidad de San Cristóbal se realizó este análisis con el registro de personas que se encuentran en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad entre los años 2003-2014 y los RIPS de atención médica de la ESE San Cristóbal durante el año 2014, se encontraron 10455 atenciones a la población registrada; cabe aclarar que existen duplicidad en cuanto al número de atenciones es decir una persona consulto durante el año de 1 a 7 veces, la primera causa de consulta es la hipertensión esencial (primaria) representado con el 28.04% (n=2932), la segunda causa es la epilepsia tipo no especificado 5.35% (n=559), y en tercer lugar la caries de la dentina con un 2.75% (n=288). Tabla 14. Se realizó un análisis por CIE10 relacionados, observando que las consultas del tejido conectivo (sistema osteoarticular y muscular) fueron 715, las relacionada con enfermedades mentales y del comportamiento 491 y las relacionadas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica 305.

Tabla 14. Morbilidad por CIE10 personas con discapacidad localidad de San Cristóbal 2014.

CODIGO CIE10	DESCRIPCION	n	FR
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	2932	28,04
G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	559	5,35
K021	CARIES DE LA DENTINA	288	2,75
Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	236	2,26
J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	210	2,01
J00X	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	153	1,46
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	151	1,44
E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	143	1,37
G403	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS GENERALIZADOS	131	1,25

Fuente: Atenciones realizadas durante el año 2014, ESE San Cristóbal.

2.6 DIMENSIÓN SALUD AMBIENTAL

La vigilancia de la Salud Ambiental, es una de las ramas de la Salud Pública encargada de evaluar y controlar el impacto de las personas sobre el medio ambiente y el del medio ambiente sobre las personas. Teniendo como objetivo principal realizar como autoridad sanitaria en lo local, las acciones establecidas en el marco de la normatividad vigente con el fin de prevenir y controlar los factores de riesgo que pueden generar eventos mórbidos o mortales en la población habitante

de la localidad cuarta de San Cristóbal, a través de las estrategias establecidas en las líneas de intervención de Alimentos sanos y seguros, Seguridad química, Calidad del agua y saneamiento básico, Eventos transmisibles de origen zoonótico, Medicamentos seguros, Calidad del aire, ruido y radiación electromagnética, Cambio climático. (24)

2.6.1 Coberturas útiles de Vacunación para rabia en animales. La población estimada en el año 2014 para la localidad de San Cristóbal es de 68.696 animales, de los cuales 48.592 son caninos y 20.104 felinos. Durante el año 2014 se vacuno el 39% de la población, el 27,6 % correspondieron a caninos y el 11,4 % a felinos. Cabe aclarar que la fuente es únicamente del ente estatal está pendiente la información de los establecimientos que colocan la vacuna de forma particular. (25)

2.6.2 Disponibilidad de mapas de riesgo y vigilancia de la calidad de agua para consumo humano. Existe en la localidad una línea con el objetivo que consiste en disminuir los factores de riesgo relacionados con el abastecimiento de agua, manejo de residuos sólidos y disposición de vertimientos mediante la identificación e intervención de condiciones higiénico sanitaria que puedan poner en riesgo la salud de los habitantes y visitantes con el fin para potencializar factores protectores, promover entornos ambientalmente saludables y Garantizar la seguridad sanitaria. (25)

2.6.3. Disponibilidad de políticas relacionadas con la reducción de emisión de contaminantes. Existe para la localidad la línea de Aire, Ruido y Radiación Electromagnética la cual busca mejorar la calidad de vida y la salud de los/as habitantes de la localidad, previniendo y controlando los contaminantes del aire, el ruido y la radiación electromagnética, y promoviendo hábitos de vida saludable.

En la actualidad, la Localidad de San Cristóbal viene midiendo los efectos de la contaminación extradomiciliaria e intradomiciliaria por material particulado y otros contaminantes que puedan tener efectos sobre la salud de los grupos de menores de 5 años, de 5 a 14 años y en mayores de 60 años. Se inició un estudio de tipo transversal tomando como muestra 829 menores de 14 años y 170 adultos para el año 2014. Para el grupo de adultos mayores (>60 años) la muestra se obtuvo a partir de los centros de desarrollo comunitario y comedores comunitarios y en el grupo etario menor de 14 años la muestra fue tomada de una cohorte proveniente de colegios y jardines de la localidad. Se aplicó la encuesta de acuerdo al lineamiento de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) para establecer la prevalencia e identificar los factores ambientales, estado actual de salud y antecedentes en salud de enfermedad respiratoria y cardiovascular que puedan estar relacionados con el desarrollo de enfermedad respiratoria aguda en la población local. La información contenida en el instrumento fue verificada y validada de acuerdo a los lineamientos dados por la SDS con la finalidad de garantizar la calidad del dato. (25).

2.6.4 Disponibilidad de sistemas de agua para consumo humano. La localidad de San Cristóbal cuenta con una cobertura del 90% de acueducto y alcantarillado con conexiones hidráulicas a las viviendas. Dentro de la localidad funcionan tres

acueductos comunales ubicados en los barrios aguas claras, ciudad Londres y en un barrio informal ubicado en la UPZ libertadores San German.

2.6.5 Disponibilidad de sistemas para el manejo y disposición final de residuos. La localidad de san Cristóbal cuenta con 100% en cobertura para el manejo y disposición final de residuos por parte la empresa UAE.

2.7 DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE LIBRE DE ENFERMEDADES TRASMISIBLES

2.7.1 Cobertura de vacunación con esquema completo. El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y con un fuerte compromiso de erradicar, eliminar y controlar las mismas. (26)

La Localidad de San Cristóbal cuenta con catorce (14) puntos fijos de vacunación tanto públicos como entidades privadas, así mismo cuenta con el grupo de vacunación extramural de la ESE San Cristóbal el cual realiza diariamente recorridos por la Localidad en busca de la captación de los menores de cinco años candidatos para la vacunación.

Las cobertura para el año 2014 en la Localidad para cada uno de los biológicos trazadores no cumplió con la meta distrital la cual es del 95% anual, la población menor de un año estimada para vacunación fue de 4944 menores distribuidos mensualmente por grupos de 412 para el biológico trazador de Polio; el porcentaje de cobertura anual fue de 88.13% (n= 4357) representando una cobertura no útil para este biológico, en cuanto al biológico trazador de Triple Viral en niños de un año de edad la meta anual fue de 5436 menores distribuidos en doce grupos de 453 menores, presentándose el mismo comportamiento, el porcentaje de cobertura fue de 83.85% (n= 4558) representado en una cobertura no útil, se observa que el grupo extramural de la Localidad registra las mejores coberturas de vacunación en cada uno de los trazadores sobrepasando el 100% registrando una cobertura muy útil, lo que hace pensar que la población no lleva a los menores a los puntos de vacunación distribuidos por la Localidad en espera de la vacunación casa a casa.

Dentro de las dificultades encontradas están la falta de tiempo de los padres y cuidadores para acudir a los puntos de vacunación, falta de tiempo para el cuidado del niño posterior a la vacuna, posibles efectos secundarios que estas generan, la desconfianza de las familias y comunidades a la vacunación casa a casa por temores frente a la calidad de la vacuna, se tiene el imaginario de que las mejores condiciones de higiene y saneamiento hacen que las enfermedades desaparezcan y por lo tanto las vacunas no son necesarias, se cree que las vacunas producen varios daños y efectos secundarios a largo plazo que desconocen. Pero más allá de los imaginarios es la negligencia de los padres y adultos al no optar por el servicio ya que se facilita al máximo el acceso al servicio y son totalmente gratuitas, esto haciendo relación a los mínimos casos que se detectan de esquemas incompletos.

2.7.2 Letalidad por tosferina. Para el año 2014 no se presentaron mortalidades por tosferina en la localidad San Cristóbal, este comportamiento positivo en la no

presentación de casos mortales para este evento se viene presentando desde la implementación de la vacuna de DPTa celular a las gestantes.

2.7.3 Tasa de mortalidad por tuberculosis y porcentaje de personas curadas de tuberculosis pulmonar. En Bogotá, en el año 2013 se reportaron 1.222 casos de Tuberculosis para una incidencia de 14,2 casos por 100 mil habitantes; 6,2% más frente a los reportados en el 2012, Del total de registros, el 63% corresponde a Tuberculosis Pulmonar, que tiene mayor riesgo de transmisión, y un 37% de casos son formas extra pulmonares (Tuberculosis Meníngea, renal, intestinal, ósea, entre otras). A enero de 2014, se reportaron 79 casos. (27)

Frente a la mortalidad, en Bogotá se ha observado un aumento de fallecimientos en los últimos años; en el año 2013 la tasa de mortalidad fue de 1,03 casos por cada 100 mil habitantes, aproximadamente el 50% de los fallecidos tenía la coinfección TB/VIH. En el año 2012 la tasa de mortalidad fue de 1,3 casos por 100 mil habitantes, mayor que en el 2013; esto se asocia a diagnósticos tardíos de la enfermedad y a la falta de conocimiento de los síntomas por parte de la población. (27)

En cuanto a la localidad de San Cristóbal por el año 2014 se presentaron 4 mortalidades por tuberculosis pulmonar, la tasa de mortalidad es del 1,2 por cada 100 mil habitantes, por encima de la tasa para el distrito. Para el año 2014 se suministraron tratamiento a 69 personas con tuberculosis pulmonar, de los cuales 37 egresaron en condición de curado, es decir el 53.7%.

2.7.4 Tasa de mortalidad por malaria. Durante el año 2014 en la localidad no se presentó en evento de mortalidad por malaria.

2.7.5 tasa de mortalidad por rabia humana. Durante el año 2014 en la localidad de San Cristóbal no se presentó el evento de mortalidad por rabia humana.

2.7.6 Porcentaje de personas con lepra con discapacidad g2 al momento del diagnóstico. Durante el año 2014 no se presentaron casos de lepra con grado de discapacidad g2 en la localidad de san Cristóbal.

2.7.7 Implementación del programa de prevención y control de IAAS. En la localidad de san Cristóbal se cuenta con instituciones de tercer nivel como el Instituto Nacional Cancerológico, Hospital universitario la Samaritana, Hospital universitario clínica san Rafael, Hospital la Victoria, de segundo nivel Hospital San Blas y de primer nivel la ESE San Cristóbal, las cuales cuentan con el programa instaurado y todo lo que se solicita como los son perfiles de resistencia y sensibilidad bacterianas, comités IAAS, uso eficiente institucional de antibióticos, rondas de seguridad y seguridad del paciente.

2.8 DIMENSIÓN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL.

2.8.1 Adopción de la política de salud mental. El subsistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, y de la conducta suicida se constituye en la principal fuente de datos para la ciudad de Bogotá, adopta la clasificación de las violencias concertada además de la violencia

física, emocional y económica, así como la negligencia, el abandono y la conducta suicida. En el transcurso de los años 2009 a 2014 se ha presentado un aumento en la notificación al subsistema SIVIM, en el 2009 se reportó 1680 casos en contraste con el año 2014 reportó 3541 casos. (28)

2.8.2 Edad promedio de consumo de alcohol en los adolescentes. El consumo durante el año 2012 según el boletín epidemiológico de la SDS para Bogotá, en el último mes, presenta diferencias notorias por edad. En el grupo de 12 a 17 años, 21% de las personas encuestadas declara consumo, mientras que en los dos grupos siguientes las cifras son: 47,6% entre los jóvenes de 18 a 24 años, y 47% en el grupo de 25 a 34 años. El consumo de alcohol decae en las edades siguientes: 38% de los encuestados entre 35 y 44 años, y 25% entre los mayores de 45 años.

2.8.3 Inserción social de personas con enfermedades mentales. Para la localidad de San Cristóbal no hay programas reconocidos en alguna entidad que contemplen dentro de sus políticas y/o funciones este programa.

2.8.4 Tasa de incidencia de violencia contra la mujer. La tasa en la localidad corresponde 28.7 por 1000 mujeres, durante el año 2014 el subsistema SIVIM informa que de acuerdo al sexo se evidencia que el sexo mujer (72.2%) se encuentra en un grado de vulnerabilidad más alto que el sexo hombre (27.8%) en todos los tipos de violencia. Del total de casos notificados por violencia sexual, el sexo hombre representa el 12,7% mientras que el de mujer constituye el 87,3% de estos casos. En la violencia física se encuentra 25% para hombres y 75% para mujeres. Lo anterior evidencia la mayor prevalencia y vulnerabilidad de éste género a ser víctima de este tipo de violencia, de forma constante al incrementarse la notificación durante el año sigue prevaleciendo la relación de 1 hombre violentado frente a 8 mujeres. También podría justificarse en la falta de seguimiento al género masculino para este tipo de violencia. (28)

Se encuentran determinantes proximales relacionados con la condición de ser mujer; culturalmente se establecen desde una revisión cualitativa a través de los análisis de visitas efectivas realizadas que persiste el poder a través de la fuerza y el recurso económico para el hombre, situación básica para hablar de violencia como la diferencia de poder dentro de una relación. Adicionalmente la mujer vista dentro de un rol considerado culturalmente como inferior en su capacidad económica y en su capacidad de adquisición genera mayor desigualdad social; por ejemplo el 65.8% de la mujeres notificadas con residencia en san Cristóbal, en general tienen ocupación de amas de casa, estudiantes, desempleada o cuentan con ocupación de ingreso económico inestable o al diario.(28)

Este tipo de información permite evidenciar que al ser en su mayoría mujeres amas de casa existe mayor contacto con el personal de los servicios de salud y personal de espacios locales en donde la información sobre violencia es suministrada por los diferentes actores, el desconocimiento de un porcentaje del 22% indica falta de caracterización en este campo para obtener mayores análisis, a lo cual se establece realizar mención en las asistencias técnicas a UPGD.(28)

2.8.5 Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar y seguimiento a casos. Durante el año 2014 se presentó una tasa de incidencia de violencia intrafamiliar es de 8.7 por 1000 habitantes. Cabe resaltar que el equipo que hace parte del subsistema SIVIM realiza IEC obteniendo datos y al mismo tiempo realizando asesoría profesional y direccionamiento; todos los casos abordados son remitidos a las instituciones pertinentes así como se les realiza seguimiento al mes de la primera visita.(28)

2.8.6 Prevalencia de consumo de SPA en el último mes. Al finalizar el año 2014 se registraron setenta y tres casos de consumo de psicoactivos en la localidad cuarta de San Cristóbal, el 67,1% (n=49) en el género masculino y aproximadamente el 73,9% (n=52) en los ciclos vitales de adolescencia y juventud, el nivel educativo del 71,2% (n=52) de los casos es básica secundaria y el 19,2% (n=14) básica primaria, las sustancias psicoactivas registradas en su mayoría fue marihuana, alcohol y bazuco pero no se pudo determinar para la totalidad de los casos, así mismo si eran iniciados o adictos-dependientes pues la fuente que reportaba en su mayoría eran sus padres o parejas y referían no tener conocimiento del de sustancia ni el tiempo de consumo.

Los y las adolescentes en condición de marginalidad han sido víctimas de discriminación y falta de atención integral lo cual ha impactado en su desarrollo psicológico, social y familiar, aumentando los factores de riesgo que sumado a la falta de acciones permanentes, integrales y continuas por parte del Estado y la sociedad, dificultan el reconocimiento de la comunidad de esta población; de igual forma no hay una red definida para la atención a personas drogodependientes, lo que evidencia vacíos en los programas y políticas de Salud Mental y de abordaje del consumo de SPA. En la localidad de San Cristóbal se cuenta con un equipo de búsqueda activa orientado a identificar jóvenes entre los 14 a 17 años, con perfil de consumidor de sustancias SPA y persona en riesgo de habitar en calle, para así ser vinculadas a los diferentes programas -Internado-Externado-Trapezio. Estos programas están orientados al uso asertivo del tiempo libre como estrategia pedagógica para disminuir la frecuencia del consumo de sustancias y para los procesos de desintoxicación se remiten a Hospital ESE Santa Clara.

La oferta institucional para la rehabilitación se centra en otros ciclos vitales por citar un ejemplo el CAMAD durante el 2014 se ubicó en el territorio libertadores, y se evidencia la falta de una mayor intervención administrativa local para frenar a los expendedores, quienes controlan buena parte de los espacios públicos de los sectores más segregados de la Localidad. En términos generales la intervención para frenar el consumo de drogas es tardía, ya que los casos no se detectan a tiempo, dado la normalización del consumo temprano de SPA que para la comunidad no representan mayor problema como el alcohol y tabaco, y la presencia de expendedores de drogas ilícitas alrededor de los colegios.

Las circunstancias externas del suicidio conocidas como factores psicosociales o factores exógenos incluyen el duelo reciente (duelo de cualquier tipo), la vida familiar crítica, los cambios de hábitos laborales o la falta de trabajo, la jubilación, la viudez reciente o el ser diagnosticado con una enfermedad incurable o de difícil tratamiento, trastornos mentales, abuso de sustancias psicoactivas y alcohólicas.

2.8.7 Mortalidad por agresiones (homicidios): en el año 2014 en cuanto a las muertes por agresiones (homicidios) y secuelas se observa que ocupa el 6 puesto dentro de las diez primeras causas de mortalidad con una tasa general de 1.6 por 100.000 habitantes de las cuales se presentan más en el género masculino y en el ciclo vital juventud 32.3% (n= 52).

2.8.8 Tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio): Desde el año 2009, el fenómeno del suicidio en Colombia ha presentado un comportamiento constante. 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. En nuestro país actualmente por cada mujer cinco hombres se quitan la vida. (14). Para el año 2014, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Sisvecos de la Secretaría Distrital de Salud reportó las siguientes cifras sobre factores de riesgo. Tabla 15.

Tabla 15. Distribución de casos de conducta suicida según clasificación y sexo Bogotá 2014

CLASIFICACION	HOMBRE	MUJER	TOTAL
IDEACION	1406	2608	4014
AMENAZA	205	280	485
INTENTO	1043	2203	3246
TOTAL	2654	5091	7745

FUENTE: SISVECOS, Secretaría Distrital de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá, D. C. Forensis 2014.

Para el año 2014, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en su sistema de información SIRDEC registró 1.878 casos por suicidio en Colombia. En la última década (2005-2014) el sistema médico legal colombiano presentó 18.336 registros por suicidio, 1.833 casos promedio por año. Se observa durante el periodo 2008-2011 un registro constante de casos con una disminución significativa entre los años 2012-2013 de 91 casos. El 2014 presentó un aumento de casos (68) con respecto al año 2013. En la línea de tiempo, analizados los mayores registros, durante los años 2011, 2012 y 2014 se presentaron 1.889, 1.901 y 1.878 casos, respectivamente. (29)

En la localidad de San Cristóbal se observa un descenso en los casos de suicidios consumados, para el año 2008 se presentó 19 casos en contraste con el año 2014 con 8 casos de suicidios consumados, presentándose 7 casos en el género masculino y un caso en el género femenino, el 87.5% (n=6) se presentó en el ciclo de vida adultez, en las UPZ Sosiego, La Gloria y Libertadores se presentaron 2 casos en cada uno, y en las UPZ San Blas y 20 de Julio se presentó 1 caso.

Las características y los factores sociales y económicos de este fenómeno varían. Los criterios para recolectar la información hacen que el registro cada vez sea más preciso; sin embargo, el fenómeno, cuyo nombre impacta no solo a los allegados, familiares de la víctima y la comunidad a la que pertenece, sino a toda la sociedad, no se ha logrado eliminar ni controlar; es preciso ahondar cada vez más en las

motivaciones, intereses, afectos, formación, fortalezas, entre otras características propias de los comportamientos de estas personas.

De acuerdo con lo descrito en la literatura científica y lo encontrado en este análisis, podemos ver que este fenómeno ha ido aumentando considerablemente en las edades jóvenes; afortunadamente para este año no se reportaron casos en menores de 10 años, lo que no quiere decir que no preocupen los 181 casos en menores de edad, que representa casi un 10 % de la población afectada.

También es un motivo digno de preocupación lo que puede estar pasando con los adultos mayores, porque así como se anotó anteriormente, la tasa más alta se encontró en los grupos de edad de 20 a 24, como entre los 70 y 74 años; en esta población se encuentra una cantidad no despreciable de 262 casos, que representan el 14% del total de suicidios en Colombia. Es importante tener estas cifras en cuenta y hacer un análisis más profundo de lo que está sucediendo con las personas que hacen parte de los grupos de edad extremos de la vida.

2.8.9. Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre. En el 2014 al Instituto Nacional de Medicina Legal le fueron reportados 50.574 casos atendidos por accidentes de transporte durante el año; las lesiones fatales corresponden a 6.402 personas fallecidas (12,66%) y las lesiones no fatales ascienden a 44.172 personas lesionadas (87,34%).

2.8.10. Tasa de mortalidad por accidentes excluidos del transporte: Para la localidad de San Cristóbal durante el año 2012 fuente RUAF, se presentó una tasa de 1.95 por 100.000 habitantes.

2.9 DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

2.9.1 Prevalencia de desnutrición global: En el año 2014 reportaron al Sistema de información SISVAN de la Localidad 8649 menores de 5 años, con respecto al año 2011, la desnutrición global presentó una ligera disminución en la prevalencia de 8,3% (n= 707) y para el año 2014 8.0% (n= 691) Las UPZ de San Blas y La Gloria presentan las prevalencias más altas, con el 2,1% (n=179-178) respectivamente y la UPZ con menor prevalencia es la UPZ Sosiego con 1,1% (n= 94), las UPZ de San Blas, Libertadores, Veinte de Julio y La Gloria registran las prevalencias más altas en los meses de enero y febrero, en contraste con la UPZ Sosiego que la mayor prevalencia se observa en el mes de noviembre con el 2,0% (n= 12).

2.9.2 Prevalencia de desnutrición crónica. En contraste con las prevalencias observadas en la desnutrición global, la desnutrición crónica en el transcurso de los años 2011 a 2014 se encuentra descendiendo, en el año 2011 se presentó una prevalencia de 26,3% (n= 2234) y ya para el año 2014 desciende un 4% llegando a una prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años de 22,6% (n= 1954).

La UPZ San Blas en la desnutrición crónica aporta la mayoría de casos de la localidad con una prevalencia de 6,2% (n= 4540) y las prevalencias en cada uno de

los meses es alta con respecto a las demás UPZ, tan solo en el mes de abril en donde la prevalencia más elevada la presento la UPZ La Gloria con un 5,9% (n= 45), al igual que la desnutrición global la UPZ Sosiego aporta la minoría de casos con una prevalencia de 2,7% (n= 172).

2.9.3 Prevalencia de bajo peso al nacer. Los datos internacionales muestran que el 90% de los recién nacidos con Bajo Peso nacen en los países en vías de desarrollo, con una mortalidad neonatal para América Latina 35 veces más elevada que cuando los neonatos nacen con un peso mayor a 2.500 gramos. En Colombia el Bajo Peso al Nacer tiene una prevalencia del 9%, motivo por el cual se considera un problema de salud pública que se debe abordar desde la perspectiva de promoción y prevención de forma tal que incida en el mejoramiento en las condiciones de vida de la población. (26).

En la localidad de San Cristóbal la prevalencia de bajo peso al nacer para el año 2014 fue del 4.9% (n=308), cumpliendo con la meta distrital. La UPZ Sosiego presenta la mayor prevalencia de bajos pesos en el 2014 en donde por cada 100 nacidos vivos a término diez (10) presentaron bajo peso, siendo esta UPZ la que aporta la menor frecuencia de nacimientos de la localidad aunque en la UPZ La Gloria se presenta la mayor frecuencia de nacimientos, la mayor frecuencia de recién nacidos con bajo peso y la menor prevalencia, de cada 100 nacidos vivos 5,1 presentan bajo peso al nacer.

Estructuralmente la pobreza incide negativamente en la medida que dificulta el acceso de las gestantes a los alimentos en cantidad o calidad, esta situación sumada a otras dinámicas que priman en la localidad tales como el embarazo en adolescentes y las familias monoparentales que carecen de apoyo económico o emocional suficientes incrementando la exposición y vulnerabilidad de las gestantes en San Cristóbal.

Otros factores que suelen tener gran incidencia son los estilos de vida con hábitos tales como el consumo de cigarrillo o de sustancias psicoactivas, déficit nutricional de las madres sobre todo en la edad temprana, ocupación ya sea laboral o académica que le impidan cumplir con horarios fijos de alimentación, también factores que atañen directamente en la salud durante el proceso de gestación, condiciones y antecedentes clínicos como alteraciones congénitas o poco aumento de peso de la gestante durante el embarazo. Lo anterior supone la necesidad de una estructura socioeconómica que garantice la accesibilidad a los servicios de salud y la alimentación de la gestante para mitigar factores de riesgo.

2.9.4 Duración de la lactancia materna exclusiva. La meta distrital para la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida se encuentra por encima de los cuatro (4) meses, en el año 2012 se registró la mayor mediana de lactancia materna con 3,8 meses, y para el año 2014 se presenta un ligero ascenso de 3,4% llegando a 3,0 meses de lactancia materna exclusiva, es preocupante la disminución de este indicador, ya que es una actividad que genera múltiples beneficios madre-hijo, tanto en el contexto biológico como psicológico.

La estructura macroeconómica del país favorece Políticas de bienestar insuficientes sin garantías del pleno cuidado de los menores de 6 meses por parte de las madres trabajadoras, sin importar el tipo contractual en el que se encuentren, ya que el mercado de trabajo solo se propende por la inversión extranjera y por ende en la reducción de costos limitando la licencia materna a 3 meses, elementos de discriminación positiva de género que intenta equiparar las cargas laborales.

Se identifican determinantes de tipo protector como las acciones intersectoriales de SDIS la cual cuenta con las Salas Amigas a través de las cuales se busca la promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. El programa es liderado por un profesional en nutrición que a su vez realiza el tamizaje de talla y peso, realiza valoración nutricional a los niños y seguimiento a los padres de familia, los bonos nutricionales mensuales entregados durante la gestación y un periodo de la lactancia materna. Así mismo el ICBF desde los FAMI realiza un trabajo que busca el fortalecimiento de las acciones de lactancia materna y alimentación. Se espera incrementar la participación de las gestantes en estos grupos como estrategia que favorezca el promedio de lactancia materna en la localidad.

Elementos próximos como la salud en las madres, la depresión posparto, alteraciones hormonales o enfermedades en la que no es conveniente lactar (hepatitis B y/o VIH), al igual los menores que pueden tener condiciones biológicas que dificultan el proceso de lactancia. Esto sumado a la falta de educación de las madres y formas de relación negligentes en torno a los compromisos nutricionales de las lactantes combinándose con los mitos negativos en torno a la lactancia materna y sus efectos en los cuerpos.

2.9.5 Prevalencia de Obesidad. Los datos para la localidad de San Cristóbal se obtiene del subsistema SISVAN escolar, el cual dispone de la metodología de la vigilancia centinela utilizando 5 colegios, en los cuales se realiza la medición a toda la población estudiantil de la institución, los resultados muestran que la prevalencia de sobrepeso en los escolares entre los 10 y 17 años de la localidad de San Cristóbal, ha aumentado 3,4 puntos porcentuales entre el año 2008 y el año 2014. Una situación similar se evidencia en torno a la tendencia en la prevalencia de obesidad en este mismo grupo poblacional, ya que pasó del 6,2% en el año 2008 al 10% en el 2014.

2.9.6 Identificación en cada ETA del agente etiológico. Durante el año 2014 se notificaron al sistema SIVIGILA 190 eventos de enfermedades transmitida por alimentos de los cuales solo se tomaron muestras bilógicas al 11.5% y de estas solo se logró la identificación de tres muestras de las cuales 2 fueron para coliformes fecales y una para Entamoeba coli.

2.9.7 Porcentaje de población bajo línea de pobreza. Según la encuesta multipropósito realizada durante el año 2014, mostro que en la localidad de san Cristóbal el 23.1% de la población se encuentra en pobreza y que el 4.7% se encuentra en pobreza extrema, compradas estas cifras con el año 2011 existe una disminución significativa.

2.9.8 Porcentaje de personas que padezcan hambre: El 11,4 por ciento de personas en Colombia padece hambre, prácticamente el mismo reportado para todo el mundo (11,3 por ciento), lo que significa que el número de personas que padecen hambre disminuyó en más de 100 millones en la última década, pero todavía cerca de 805 millones (uno de cada nueve habitantes del planeta) no tienen suficientes alimentos, Para Bogotá estas cifras también disminuyeron del año 2011 al 2014, los hogares en los que por falta de dinero algún miembro del hogar no consumió ninguna de las tres comidas, uno o más días a la semana fue el 7.2% y 4.9% respectivamente. Para la localidad de san Cristobal no se cuenta con la información. (17)

2.9.9 Prevalencia de anemia. No se cuentan con datos oficiales locales.

2.10 DERECHOS SEXUALES Y SEXUALIDAD

2.10.1 Porcentaje de mujeres de 15-19 años que son madres. Los nacimientos en gestantes de 15 a 19 años se encuentran en descenso, para el año 2009 se registró 1786 casos y para el año 2014 se registró 1365 nacimientos en este grupo de edad, aunque con respecto al año anterior tan solo descendió 2,7%, para lo cual no se cumple con la meta distrital la cual es reducir el 30% de los nacimientos en gestantes de 15 a 19 años.

Uno de los factores que mantienen los cinturones de pobreza está relacionado con el embarazo no planeado a temprana edad, sin las condiciones necesarias psicológicas y económicas que permitan el buen desempeño de la paternidad.

Reforzando la desigualdad social en la localidad generada por las políticas macroeconómicas que limita las opciones de vida aunado a los procesos de influjo social, como la influencia mediática, procesos relacionados con el rol asignado socialmente al grupo familiar (culturalmente hablando), los procesos de socialización haciendo especial énfasis en la anomia que caracteriza a la sociedad actual.

Se ha identificado una saturación en temas de planificación familiar para adolescentes, de forma tal que las estrategias de prevención de embarazo no son efectivas. Es importante considerar otras estrategias en las que se contemple el abordaje de significados alrededor del embarazo y el rol hombre y mujer con los adolescentes. Se ha focalizado la intervención de los procesos de SSR en el sector salud, lo que ha dificultado el abordaje de la problemática desde una visión integral.

El sistema de salud juega un papel significativo en la medida que la problemática de salud sexual y reproductiva en los adolescentes se asocia a barreras de atención en salud de forma tal que no tienen el acceso adecuado y oportuno a servicios de salud amigables para jóvenes y menores de edad. Se ha identificado una saturación en temas de planificación familiar para adolescentes, de forma tal que las estrategias de prevención de embarazo no son efectivas. Es importante considerar estrategias en las que se contemple el abordaje de significados alrededor del embarazo y el rol del hombre y la mujer con los adolescentes que les brinde más perspectivas de vida.

2.10.2 Razón de mortalidad materna. Este indicador se puede leer en el ítem indicadores de mortalidad materna infantil y en la niñez.

2.10.3 Tasa de incidencia de hepatitis B. Según fuente SIVIGILA en la localidad de san Cristóbal durante el año se presentaron 12 casos nuevos de hepatitis B, indicando así una tasa de 2.9 por 100.000 habitantes. Para Bogotá se reportaron 224 casos con una tasa de incidencia de 2.9 por 100000 habitantes.

2.10.4 Tasa de incidencia por sífilis congénita. Según fuente SIVIGILA en la localidad en la localidad de san Cristóbal durante el año se presentaron 14 casos nuevos de este evento, indicando así una tasa de 2.2 por 100.000 por mil nacidos vivos. Para Bogotá se reportaron 122 casos con una tasa de incidencia de 1.2 por 1000 nacidos vivos.

2.10.5 Tasa general de fecundidad. Este indicador se puede leer en el ítem Indicadores de Estructura poblacional.

2.10.6 tasa de mortalidad por VIH/SIDA. Para la localidad de san Cristóbal se portaron según fuente SIVIGILA 116 casos nuevos de VIH/SIDA de los cuales fallecieron 16 dando así una tasa de 3.9 por 100000 habitantes; Bogotá según esta misma fuente reporto 2244 casos nuevos de VIH/SIDA, de los cuales fallecieron 175 dando así una tasa de 2.2 por 100000 habitantes.

2.10.7 Porcentaje De transmisión materno infantil VIH. En la localidad de san Cristóbal no se presentaron casos de transmisión materno infantil de VIH durante el año 2014.

2.11 DIMENSIÓN DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRASMISIBLES.

2.11.1 Edad de inicio de consumo de tabaco en escolares. El sistema Vigilancia epidemiológica del abuso sustancias psicoactivas a través del subsistema - VESPA en el distrito capital en el año 2012 en un informe del abuso de sustancias psicoactivas para Bogotá indico respecto al tabaco, que el 54,4% de las personas encuestadas declaran haber consumido tabaco/cigarrillo alguna vez en la vida: 66% de los hombres y 44% de las mujeres. La cifra estimada de fumadores actuales asciende a 1,2 millones en la ciudad. Las mayores prevalencias de consumo de cigarrillo se registran en las localidades de Suba y Usaquén (42,3% y 41%, respectivamente), mientras que las más bajas se reportan en las localidades de Usme y Ciudad Bolívar (29% y 31%). En las otras zonas incluyendo la localidad de San Cristóbal las prevalencias varían entre 34% y 38%.

2.11.2 Mortalidad por diabetes mellitus. Este evento se encuentra en el ítem de mortalidad específica por sub-grupos.

2.11.3 Prevalencia de actividad física en tiempo libre. Los datos para la localidad de san Cristóbal que brinda la encuesta multipropósito 2014 reflejan que el 43,8% de los encuestados mayores a 15 años refiere que en los últimos 30 días practicaron deporte o realizaron actividad física por 30 minutos continuos o más y de estos el 40,4% lo realiza 3 o más veces por semana. En contraste para Bogotá el 46% de los encuestados mayores a 15 años refiere que en los últimos 30 días practicaron

deporte o realizaron actividad física por 30 minutos continuos o más, es decir la localidad se encuentra 3% por debajo del distrito.

2.11.4 prevalencia de la hipertensión arterial. De acuerdo a la atención en salud prestada se observa que en la localidad de san Cristóbal consultaron 1049 personas por hipertensión arterial, esto corresponde al 42.9% del total de las atenciones.

2.11.5 Mortalidad prematura por cáncer, eventos cerebro vasculares y EPOC. Para el año 2014 no se cuenta con cifras locales oficiales.

2.12 DIMENSIÓN DE SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES.

El objetivo de la dimensión es promover la gestión de riesgo de desastres como una práctica sistemática, con el fin de garantizar la protección de las personas, colectividades y el ambiente, para educar, prevenir, enfrentar y manejar situaciones de urgencia, de emergencia o de desastres, así como aumentar la capacidad de resiliencia y recuperación de las comunidades, aportando a la seguridad sanitaria y al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población. (10)

La Secretaria Distrital de Salud, como entidad perteneciente al Sistema Distrital de Prevención y Atención de Emergencias (SDPAE), tiene la responsabilidad de generar, acompañar y participar activamente en la implementación de estrategias que se creen en el marco de los Decretos, 332 de 2004 por el cual se organiza el régimen y el sistema para la prevención y atención de emergencias en Bogotá D.C. y 423 de 2006 , "Por el cual se adopta el Plan Distrital para la Prevención y Atención de Emergencias para Bogotá D.C.(30)

El Plan de Desarrollo Bogotá Humana, adoptado mediante el acuerdo 489 de 2012, en su artículo 29 incorpora el Programa de Gestión Integral de Riesgos, dirigido a la reducción en la vulnerabilidad ciudadana y del territorio frente a situaciones de emergencia y cambio climático.

2.13 DIMENSIÓN SALUD ÁMBITO LABORAL

2.13.1 Incidencia de accidentalidad y enfermedades relacionadas con el trabajo. En Bogotá se cuenta con el sistema de vigilancia SIVISTRA el cual vigila tanto la exposición como la accidentalidad, actualmente no se encuentra disponible para todo el distrito motivo por el cual no hay datos locales oficiales. Sin embargo la localidad cuenta con un ámbito laboral el cual se encarga de realizar promoción y prevención de los riesgos laborales a las unidades de trabajo informales (UTIS) es importante destacar que durante el año 2014 el ámbito logro realizar las intervenciones en 1051 UTIS, el 3.6% corresponde a viviendas con uso compartido. Durante el año 2014 solo 13 UTIS no cumplieron con el mejoramiento de las condiciones de trabajo, se logró una caracterización y canalización de 1093 trabajadores y trabajadoras. (31)

Dentro de los aspectos positivos se evidencia una actitud favorable que tomaron la mayoría de trabajadores y trabajadoras de las UTI, hacia las sesiones y asesorías en el lugar de trabajo y el interés por participar de estas, a su vez se refleja la

intención de la población por acatar las recomendaciones generadas por los técnicos. Una de las sesiones más productivas y acogidas por los y las trabajadoras por su contenido y desarrollo es mi cuerpo y mi trabajo ya que dentro de esta asesoría se recomiendan las actividades que puede realizar el trabajador para reducir el riesgo, estas van desde el desarrollo de actividad física para disminuir el sedentarismo a mejorar la alimentación con el fin de evitar enfermedades; se indica a su vez que para trabajar continuamente es necesario tener un estado de bienestar completo y al haber ausencia de este se va a dificultar el desarrollo de las labores cotidianas. (31)

Se identificaron actores y escenarios que son importantes en los procesos laborales, se logra articulación con organizaciones, instituciones y líderes con los cuales se pueden promover la implementación de las líneas de intervención de laboral. Se ha logrado concientizar, sensibilizar a los trabajadores y trabajadoras frente al auto cuidado en el lugar de trabajo, el uso de elementos de protección personal y disminuyendo el número de horas laborales. (31)

La articulación con el ERI y ERC ha generado que se canalicen UTIS donde se identifique personas en condición de discapacidad y de esta manera el equipo de terapeutas realizar las asesorías donde se da a conocer la estrategia de rehabilitación basada en comunidad, en un espacio laboral informal brindándose herramientas de auto cuidado, actividades de vida diaria, que influyan positivamente en su calidad de vida y salud, se eliminaron imaginarios alrededor de la discapacidad, reconociendo la capacidad por encima de la deficiencia. (31)

Los profesionales de medicina y enfermería realizaron valoraciones en trabajadores y trabajadoras con estas asesorías se buscaba una valoración integral del trabajador para determinar su estado de salud, y encontrar relaciones entre este y su entorno y prácticas laborales con el fin de general planes que logren un cambio en las actitudes y acciones potencialmente riesgosas. (31)

CAPITULO 3: IDENTIFICACION DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA LOCALIDAD.

Este capítulo tiene como objetivo identificar las tensiones en salud que se presentan en la localidad cuarta San Cristóbal en el año 2014, a partir de las dimensiones prioritarias de PDSP 2012 – 2021 y la estrategia PASE para la equidad a la salud. Para realizar las tensiones en salud se asumieron no solo las problemáticas en salud sino el conjunto de elementos que provienen de una o varias dimensiones prioritarias, que actúan en diferentes direcciones generando niveles de stress que deterioran el estado de salud de la población (32).

Esta propuesta se basa en la identificación y comprensión del juego de **interacciones** que se dan en las distintas UPZ de la localidad entre la población y las dimensiones del desarrollo que afectan la salud, en particular en la identificación y comprensión de las **tensiones** que de allí se derivan. La construcción de configuraciones territoriales brinda una visión integral del territorio a partir de la cual se van a desprender los grandes retos para la planeación estratégica y toma de decisiones focalizadas en la aéreas donde el riesgo es mayor. (32)

Las tensiones se convierten en problemas para la planeación cuando desbordan la capacidad de respuesta de la institucionalidad y de la organización social, y se hace necesaria la movilización de recursos importantes del Estado y la sociedad para resolverlas. Para ello el modelo BIT PASE ofrece un conjunto de aplicativos para identificar las tensiones que se producen en la interacción entre las distintas dimensiones del desarrollo, valorarlas, observar sus tendencias pasadas, prever su comportamiento futuro y establecer la manera de transformarlas (33).

3.1. TENSIONES PRIORITARIAS POR DIMENSIÓN POR CURSO DE VIDA

Estas priorizaciones surgen del análisis realizado a los resultados de los concejos microterritoriales y territoriales efectuados por el plan de intervenciones colectivas con comunidad, y del ejercicios realizados con los distintos profesionales de la ESE San Cristóbal tanto en el área de vigilancia epidemiológica como de los equipos de gestión, y demás colaboradores que una u otra forma aportaron información que permitieron evaluar los reforzadores y liberadores de cada una de las tensiones de la localidad y con el respectivo análisis de riesgo por UPZ.

3.1.1. CICLO VITAL INFANCIA

El ciclo vital en sí mismo es un conjunto de momentos en la historia de vida de las personas, que se enmarca dentro de la expectativas sociales de los roles, potencialidades y expectativas a las que debe responder una persona según su edad, permitiendo un análisis y enfoque diferencial que brinda una mayor profundidad y asertividad de trabajo entorno a una población específica.

En Colombia la ley 1098 de 2006 define la primera infancia como “la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano”. Comprende la franja poblacional conicidad como primera infancia que va de los cero (0) hasta los cinco años 11 meses y 29 días,

otorgándoles derechos impostergables como: la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial, lo que los convierte en una población prioritaria. Adicionalmente la infancia cubre a los niños y niñas desde los 6 años hasta los 13 años 11 meses y 29 días.

3.1.1.1. Dimensión Salud Ambiental

Presencia de la Enfermedad Respiratoria Aguda en la Infancia.

La enfermedad respiratoria aguda (ERA) es un conjunto de morbilidades que afectan el sistema respiratorio, siendo causa muy frecuente de morbilidad y mortalidad en los niños y niñas menores de cinco años, en especial por infección respiratoria aguda (IRA) (34). Las infecciones respiratorias superiores son muy frecuentes pero rara vez pone en peligro la vida mientras las infecciones respiratorias bajas son responsables de cuadros más graves de influenza, neumonía y bronquiolitis que contribuyen de forma importante a la mortalidad.

Reforzadores ERA.

Es claro que la frecuencia y gravedad de la ERA es mayor en los niños y niñas menores de un año, y especialmente en los menores de dos meses de edad, y generalmente van acompañadas de comorbilidades como el bajo peso al nacer o la falta de lactancia materna exclusiva en los primeros meses de vida, o, una dieta inadecuada en los niños de más edad por lo que pueden presentar estados de desnutrición.

Las complicaciones también suelen estar asociadas con infecciones respiratorias anteriores y frecuentes, o no tener el esquema de vacunación completo, la carencia de vitamina A, al igual que malos hábitos como el abuso en la utilización de antibióticos no formulados, ya que puede generar resistencia para el tratamiento. Demoras en la atención oportuna y que puede iniciar desde los padres o cuidadores quienes no reconozcan los signos y síntomas de alarma, las medidas preventivas ni las recomendaciones para el manejo en casa, o mantener contacto con personas que tengan Enfermedad Respiratoria Aguda.

La situación geográfica de la localidad mayoría de sus barrios son de montaña en la que rebotan los vientos con el material particulado provenientes del centro de la ciudad y factores como la contaminación ambiental propia de la ciudad que se pueden concentrar dentro o fuera del hogar. Presencia de humo en la vivienda, especialmente cuando se cocina con leña. El tabaquismo pasivo, lo que consiste en exponer a los niños y niñas al humo del cigarrillo o tabaco. Vivienda con escasa o deficiente ventilación e iluminación. Las épocas de lluvia y los cambios bruscos de temperatura, que afecta mayoritariamente a los nuevos residentes de la localidad sobre todo a quien han migrado de otras partes del país.

Las condiciones de pobreza que se registran en la localidad dado los bajos ingresos económicos de la mayoría de sus residentes, lo que puede contribuir a que se presenten barreras de acceso a los servicios de salud, o que no se cuente con los

recursos para la adquisición de equipamientos necesarios por lo que se pueden dar viviendas insalubres.

El hacinamiento, es decir la presencia de muchas personas en espacios reducidos, que la vivienda tenga piso de tierra presencia de polvo casero, Falta de aseo personal y de la vivienda convivencia con animales domésticos, la baja o escasa escolaridad de la madre, pueden ser factores que aumente el riesgo.

El territorio que presentó mayor número de pacientes con ERA habitantes de la localidad de San Cristóbal fue el 20 de Julio con 275 casos, seguido por San Blas con 274 casos, Libertadores con 229 casos, La Gloria con 217 y Sosiego con 161. El 54,9% de este grupo de casos notificados correspondió al grupo etario de 1 a 5 años. En todos los territorios de la localidad el grupo etario de 1 a 5 presentó el mayor reporte de casos ERA. Para los pacientes que venían de otras localidades, el grupo etario con mayor número de casos reportados correspondió a menores de 1 año (51,0% de los casos). El 59,7% de los pacientes que procedían de fuera de Bogotá se encontraban en el grupo etario de menores de 1 año y el 97,8% de estos pacientes fueron atendidos en la Clínica San Rafael.

Liberadores ERA

Un efecto positivo para mitigar los efectos de la enfermedad respiratoria desde local sin lugar a dudas está relacionado con las acciones realizadas desde el plan de intervenciones colectivas y desde las acciones resolutorias realizadas en las salas ERA de cada una de las instituciones tanto locales como de otras localidades que atienden a los niños residentes en San Cristóbal.

La orientación del modelo a la prestación de servicios hacia el APS con énfasis en la prevención y la promoción, garantizan el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción, y la estrategia promocional de calidad de vida (35); vinculando acciones de vigilancia epidemiológica en salud pública, la puesta en marcha desde la vigilancia ambiental a la línea aire, ruido y radiación electromagnética. Se logra fortalecer la implementación de las estrategias AIEPI - IAMI - IAFI y línea ERA, en sus componentes clínico, comunitario y de gestión local e institucional, generando mejores condiciones de calidad, calidez y amigabilidad en la atención a la población materna e infantil, en los ámbitos de instituciones saludables, comunidades saludables y amigables, jardín infantil y ámbito familiar. De igual forma, la gratuidad en salud ha permitido generar mejores condiciones de calidad, calidez y amigabilidad en la prestación de los servicios de salud de la red adscrita de I nivel.

En el PIC se desarrollan acciones de prevención y promoción por parte de los equipos de respuesta inicial y complementaria interviniendo en los diferentes ámbitos de vida cotidiana, brindando orientación, asesoría, actividades educativas de salud y demás acciones que contribuyen a que la paciente adquiera conocimientos básicos sobre los cuidados que debe tener para con su salud, se realizan canalizaciones a los servicios de salud y seguimientos a niñ@s menores de 1 año y niñ@s menores de 5 años y los servicios de salud colectiva, implementación y ejecución del PAI, así como charlas informativas sobre la importancia de la vacunación y el cumplimiento del esquema completo.

3.1.1.2. Dimensión Vida Saludable y Condiciones No Trasmisibles

Aumento de la Prevalencia de Caries Dental en la infancia.

La caries dental es una enfermedad infecciosa, progresiva, trasmisible, multifactorial que ocurre por acción de los ácidos generados por las bacterias que producen desmineralización y destrucción de los tejidos duros del diente. De acuerdo a la definición de la OMS, es un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende afecta la salud en general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades.

Reforzadores de la caries dental

Las edades en las que se produce el brote dentario son de mayor riesgo a caries de la corona, algunos estudios reflejan que el sexo femenino resulta más afectado por caries dental, mostrando una mayor cantidad de dientes obturados y menor cantidad de dientes que el sexo masculino, se dice que el sexo femenino la secreción salival es menor y además está sometido a factores hormonales. Hay tres grupos de edad en las que existe mayor susceptibilidad a la caries dental: 4 - 8 para la dentición temporal, 11 - 18 para caries en dentición permanente, 55-65 para caries radicular. Quizás prácticas como la higiene oral deficiente la cual favorece el depósito y acumulación de placa bacteriana sobre el esmalte de los dientes y por tanto su actividad.

El consumo de una dieta rica en azúcares y carbohidratos: el azúcar y el abuso de carbohidratos, especialmente si se ingieren fuera de las comidas, favorece la actividad de las bacterias cariogénicas, facilitando la liberación de ácidos que desmineralizan el esmalte y la dentina y por tanto la formación de caries, para evitarlo solo caben dos soluciones: no tomar azúcares o carbohidratos entre comidas o lavarse los dientes convenientemente cada vez que se haga. Abandono precoz de la lactancia materna, la nutrición inadecuada y La desnutrición es un factor de riesgo de caries dental porque tal riesgo se condiciona a las erosiones adamantinas, que se desarrollan en los órganos dentarios de los pacientes desnutridos como una consecuencia de los reiterados episodios de acidez en el medio bucal.

La presencia de familiares convivientes con caries cavitadas y familias disfuncionales, al igual que el bajo nivel de escolaridad de los padres y cuidadores está relacionado con el aumento de la prevalencia de la caries dental. Es claro que en estas condiciones y la falta de medios o recursos suficientes para invertir en su salud oral aumentan el nivel de riesgo, los bajos niveles socioeconómicos pueden resultar en malnutrición por déficit lo que expone a mayor vulnerabilidad los dientes de los infantes.

Liberadores de la caries dental

Es interesante observar que las actividades en promoción y prevención en salud oral tiene buena acogida y en los cuales se socializa la importancia de un correcto cepillado y uso de la seda dental tres veces al día y como estos evitarían la aparición de esta enfermedad lo que permitiría mitigar las altas prevalencias de caries dental en la población menor de 5 años residente en la localidad. Quedando

demostrado que educar convenientemente a los niños desde el primer momento sobre la importancia de la higiene oral y como realizarla, disminuyen el factor de riesgo.

Concentración de flúor en el agua: La existencia de aguas naturales con concentración adecuada y controlada de flúor, previenen las caries dentales. Acceso a los servicios de salud oral tanto curativos como de promoción y prevención sobre todo a edades tempranas incide en la presencia o no de la caries dental, así como el acceso a la aplicación de flúor tópico. Existencia de servicios de salud oral con orientación preventiva. Disponibilidad de alimentos no cariogénicos en la tienda escolar.

3.1.1.3. Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional

Malnutrición por déficit en menores de 5 años.

La localidad al igual que el resto de la ciudad ha logrado en los últimos años mejorar la intervención oportuna en la población con mayor vulnerabilidad, lo que en términos tangibles se refleja en cero muertes por desnutrición en San Cristóbal, sin embargo no deja de ser preocupante la ya histórica y elevada prevalencia de desnutrición crónica y global y en menor medida pero no menos alarmante la desnutrición aguda.

Las consecuencias de esta problemática son el incremento en las tasas de mortalidades evitables y el incremento en costos para el sistema de salud, aumentando la vulnerabilidad ante distintas enfermedades y afectando su sobrevivencia; El déficit de micronutrientes, en especial hierro, zinc, yodo y vitamina A, se relaciona con un deterioro cognitivo que se traduce en un menor aprendizaje, dificultades para desplegar su máximo potencial intelectual, físico y por ende productivo en la adultez, la no lactancia materna genera en los menores alergias, malnutrición y favorece la disrupción del vínculo madre e hijo, lo que termina por afectar a los ciudadanos del futuro.

Ante esto, se encuentran vulnerados los derechos fundamentales de los niños como la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada (36), el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud (37), la gratuidad en la atención para los niños menores de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social (38) y la garantía del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población (39), existiendo una alta fragilidad de la comunidad con respecto a los derechos vulnerados

Reforzadores de la malnutrición

Las desfavorables condiciones socioeconómicas que predominan en los habitantes de la localidad dadas por las condiciones macroeconómicas y de globalización, dificultan el acceso a alimentos de calidad que terminan por generar malnutrición afectando la morbi-mortalidad de los infantes, si bien es cierto en los últimos años las políticas sociales y de bienestar del Distrito han tenido avances importantes, también es clara la insuficiencia para superar las inequidades en la disponibilidad de alimentos nutritivos e inocuos para la salud.

Las condiciones de vida características de los hogares monoparentales llevan a la disminución del tiempo de la lactancia materna exclusiva, teniendo las madres que dejar a sus hijos recién nacidos al cuidado de terceros y alimentándolos con fórmulas lácteas u otros complementos, también suelen ser frecuentes familias extensas, grupos en situación de desplazamiento sin acceso a programas nutricionales que con el transcurrir del tiempo dejan secuelas en la talla y peso de los infantes.

Estas problemáticas son causadas por estilos de vida familiares basados en formas de relación negligentes en torno a los compromisos nutricionales de los grupos familiares, inadecuados hábitos higiénicos y sanitarios en las familias, hábitos familiares que no contemplan variedad de alimentos, significados negativos en torno a la alimentación balanceada y mayor preferencia en los grupos familiares por alimentos sin valor nutricional publicitados en los medios de comunicación, parto prematuro, preferencia por suplementos nutricionales al considerar que estos tienen mayor carga nutricional que los alimentos naturales, estilos de vida familiares en los que predomina el consumo de SPA e incrementan el riesgo de bajo peso al nacer y una mayor vulnerabilidad frente a la desnutrición crónica y/o global en menores de cinco años. Segregación en cuanto equipamiento de salud y de abastecimiento de alimentos, condiciones de empleo informal que disminuyen las posibilidades de acceso ingresos suficientes y estables, familias numerosas, la condición flotante de un gran número de familias de la localidad que dificulta los procesos de seguimiento nutricional realizados por las entidades locales.

Las condiciones de vida características de los hogares monoparentales llevan a la disminución del tiempo de lactancia materna exclusiva, teniendo las madres que dejar a sus hijos recién nacidos al cuidado de terceros y alimentándolos con fórmulas lácteas. La ausencia de una política pública contundente en el tema de disponibilidad y accesibilidad alimentaria no favorece la ejecución de acciones orientadas a la generación de fuerza económica local y programas autóctonos - centrados en las potencialidades agrícolas y campesinas de la región y del territorio. Los programas se centran en brindar suplementos proteico-calóricos también micronutrientes (vitamina A, hierro, zinc), entre otros ya que estos son los que tienen implicaciones importantes en el proceso salud-enfermedad en la población infantil, pero olvidan que se deben prestar ayudas especiales a los que por cuestiones fisiológicas necesitan de planes dietarios diferenciales.

Liberadores de la malnutrición

Dada la gravedad de la problemática en el país y en el distrito se ha hecho necesaria la aplicación de varias estrategias con el fin de erradicar la malnutrición de niños y niñas, respondiendo desde las políticas públicas y planes de desarrollo al cumplimiento del objetivo uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), trabaja específicamente con niños y niñas mayores de seis meses hasta los cinco años de edad y a madres gestantes ofertando programas como el apoyo alimentario desde los Hogares Comunitarios de Bienestar este cuenta con 22 puntos de entrega de desayunos infantiles con amor cubriendo un total de 1885 beneficiarios, centros FAMI que permite garantizar paquetes alimentarios mensuales a sus usuarios y de la capacitación en temas de

lactancia materna, alimentación complementaria y alimentación durante la gestación, realiza entrega de Bienestarina, para esto se cuenta con 57 puntos de entrega en la localidad, proceso que ha fortalecido el Hospital San Cristóbal articulando estos actores locales con los profesionales de nutrición del Hospital.

La SLIS cuenta con los jardines infantiles donde se brinda alimentación a la población menor de 6 años, Atención a personas con discapacidad severa y suministro de paquete alimentario de contingencia, funciona también el Centro Integral de Protección La María con niños protegidos por el estado a los que se les brinda apoyo alimentario, a través del proyecto 730 "Alimentando Capacidades". Los Comedores comunitarios cuentan con una población aproximada de 3500 usuarios, con este proyecto también se brinda suministro de alimentos perecederos y no perecederos para la población atendida a través de los servicios "Atención Integral a familias en inseguridad alimentaria y nutricional a través de canasta complementaria de alimentos", y suministro de paquete alimentario de contingencia para poblaciones en mayor grado de vulnerabilidad.

El Hospital San Cristóbal realiza tamizaje nutricional casa a casa, jornadas de salud colectivas y educación nutricional a través de los nutricionistas de territorios que luego canalizan a los usuarios y usuarias que así lo requieran a los servicios del POS del Hospital o algún programa de apoyo alimentario que brinda las instituciones anteriores. La alcaldía local apoya los eventos masivos de todos los programas de apoyo alimentario que están dirigidos a menores de 5 años que requieren recuperación nutricional y a las madres gestantes y lactantes que se encuentran en bajo peso.

3.1.2. Ciclo Vital Adolescencia.

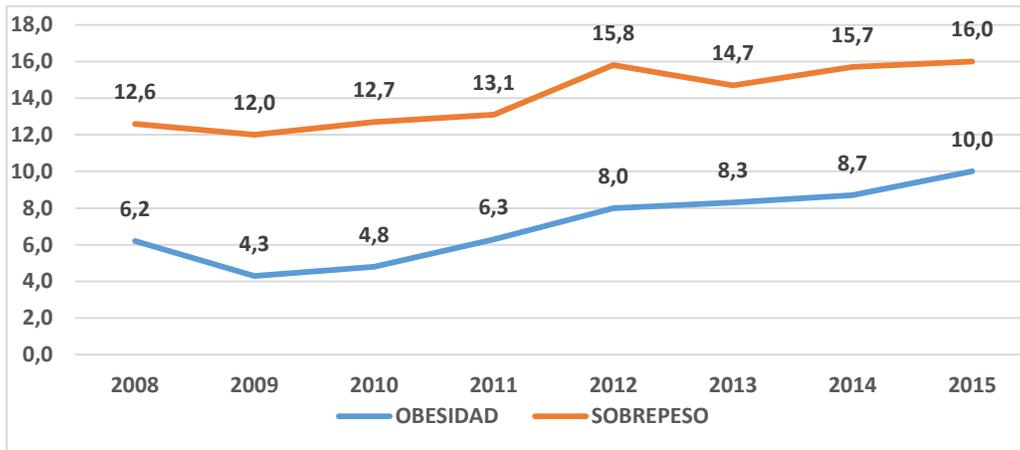
La adolescencia es un concepto reciente y es entendido como el periodo cronológico de los 14 años a los 18 años 11 y 29 días, y en el que se considera se pasa por la pubertad el tránsito de la infancia a la juventud, está marcado por un cambio en las expectativas en relación no solamente con las funciones sexuales y reproductivas sino también con el status social. (40). En las últimas décadas que se desarrolla un movimiento dirigido a la individualización de este grupo poblacional y a la elaboración y ejecución de programas integrales de salud que atienda este grupo poblacional.

3.1.2.1. Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional

Aumento de la Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad en Adolescentes.

La obesidad puede definirse como aquella condición caracterizada por la acumulación excesiva de grasa corporal, como consecuencia de un ingreso calórico superior al gasto energético diario del individuo. La obesidad se constituye como una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que suele iniciarse en la infancia o la adolescencia.

Gráfico 9. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares de 10 a 17 años. Localidad San Cristóbal. 2008 – 2015



Fuente: Sisvan Escolar. ESE San Cristóbal

Como se observa en la gráfica 9, la prevalencia de sobrepeso en los escolares entre los 10 y 17 años de la localidad de San Cristóbal, ha aumentado 3,4 puntos porcentuales entre el año 2008 y el año 2015. Una situación similar se evidencia en torno a la tendencia en la prevalencia de obesidad en este mismo grupo poblacional, ya que pasó del 6,2% en el año 2008 al 10% en el 2015.

Es un fenómeno afecta a más mujeres que hombres, en el grupo poblacional de niños y adolescentes entre 5 y 17 años se reporta una prevalencia de obesidad en hombres del 16,9% y del 18,1% en mujeres, La obesidad común y los fenotipos relacionados con ella tienen un componente genético significativo y existe amplia evidencia de la influencia de múltiples genes en el desarrollo de esta enfermedad.

Reforzadores de la obesidad

La familia, es el primer contacto de los niños con los hábitos alimentarios ya que sus integrantes ejercen una fuerte influencia en la dieta y en sus conductas relacionadas con la alimentación. Los hábitos alimentarios se incorporan como costumbres. Otros modos de aprendizaje se dan a través de las preferencias o rechazos alimentarios en los niños, mediante la exposición repetida a una serie de alimentos que conocen a través del acto de comer, el cual se da principalmente con la familia y la escuela, adquiriendo hábitos desbalanceados. Los hábitos relacionados con la práctica de ejercicio en la adolescencia se basan en los patrones aprendidos en el hogar, es decir que si los padres no realizan actividad física, hay menos probabilidad el adolescente sea activo físicamente.

Las familias de escasos recursos compran alimentos con alto poder de saciedad, principalmente alimentos del grupo de los cereales, raíces y tubérculos. En la actualidad la oferta de alimentos en los hipermercados y expendios de alimentos de la localidad es muy grande y gran parte de los alimentos disponibles son alimentos procesados, los cuales tienen alto aporte de calorías y grasas saturadas que afectan de manera negativa el estado de salud y nutrición de la población en general, y que debido a la publicidad resultan más atractivos para el consumo.

Liberadores de la obesidad.

Bogotá más activa es una estrategia pedagógica, promocional y de intervención liderada por el instituto distrital de recreación y deporte que busca modificar el estilo de vida de los habitantes de Bogotá a través de acumular por lo menos 150 minutos de actividad física a la semana, además se han adecuando algunos parques de la localidad a los cuales se les ha instalado gimnasios al aire libre, por medio del programa ejercicio de las libertades deportivas y culturales. Procesos que se articulan con las jornadas masivas para la actividad física.

Al interior de la localidad desde el programa de territorios saludables; promoción de la actividad física, la alimentación saludable, ambientes saludables en general, con especial atención a espacios libres de humo, Comités de seguridad alimentaria, Consejos de Actividad Física, Instancia Intersectorial de Actividad Física, Recreación y Deporte, Mesas de gestión social integral (41).

Así mismo la reforma administrativa del Distrito la Secretaría de Cultura y Recreación y Deporte (SCRD) lidera el sector de la recreación y el deporte para generar estructuras organizativas distritales y locales que respondan a la Política y el Plan Decenal de Recreación, Actividad Física y Deporte como herramienta de gestión que orienta el Sistema Distrital de Recreación, Actividad Física y Deporte, a fin de materializar un pacto distrital para la movilización social para la promoción de la recreación, la actividad física y el deporte, así generar hábitos de vida saludables, potenciar la identidad, la socialización, la participación, la autonomía y favorecer interacciones que llevan a un bienestar tanto físico como psicológico (42).

3.1.2.2. Derechos Sexuales y Sexualidad

Adolescentes En Embarazo Que Presentan Morbilidad Materna Extrema

Es una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte. (43). El Ministerio de Salud y la Protección Social en cumplimiento con las metas de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y con las metas del milenio, ha incluido la vigilancia y control de la morbilidad materna extrema (VMME) como una estrategia prioritaria para contribuir con la reducción de la mortalidad materna evitable en Colombia. (44). La tasa de nacimientos en adolescentes corresponde a 48.83 por cada 10.000 adolescentes, situación que preocupa ya que la ubica en el segundo lugar en cuanto al porcentaje de adolescentes que ya son madres con un 21% y esperando su primer hijo, la localidad comparte el primer lugar con Suba y Usme.

Reforzadores de la Morbilidad Materna Extrema.

La morbilidad materna, se producen mayormente en entornos vulnerables y contextos de crisis humanitaria, viéndose reflejada la dificultad en el acceso a los servicios de salud; se halla que el mayor riesgo corresponde a las adolescentes de menos de 15 años y que estas complicaciones son prevenibles o tratables, otras pueden estar presentes desde antes del embarazo pero se aumentan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria de la mujer, por esto es necesario que todas las mujeres tengan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la

atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. Las necesidades de las mujeres se relacionan con el ambiente, (educación pobreza, equidad estatus social, etc.) que en muchos casos las condicionan.

Estudios realizados en diferentes regiones han explorado el impacto del embarazo en la adolescente sobre la morbilidad materna y neonatal. Al comparar las cifras con datos provenientes de mujeres adultas, se observa que las adolescentes presentan una mayor incidencia de complicaciones médicas que involucran tanto a la madre, como al niño; datos recientes indican que estos riesgos son especialmente relevantes para las adolescentes más jóvenes. Las adolescentes tienen 75% más riesgo de tener un parto prematuro que las mujeres adultas. Se ha encontrado que la incidencia de bajo peso al nacer (< 2.500 g) es más del doble en adolescentes con relación a mujeres adultas y que la mortalidad neonatal (0 -28 días) es casi 3 veces mayor. (45).

De acuerdo con el sistema de vigilancia SIVIGILA, en cuanto al evento de Morbilidad Materna Extrema para el año 2014 en la localidad de San Cristóbal del total de casos notificados el 25% corresponde a adolescente, se evidencia que las principales complicaciones clínicas son pre-eclampsia, hemorragia y sepsis.

A pesar de los programas de territorios saludables y servicios amigables de salud, se evidencia ingreso inoportuno al control prenatal, en algunas ocasiones por barreras de acceso a los servicios de salud, factores económicos o culturales, también se evidencia baja adherencia al control prenatal e inoportunidad en acceso a servicios médicos especializados.

También se encuentran como factores de riesgo para el embarazo adolescente en la localidad pobre educación en políticas de salud sexual y reproductiva en las instituciones educativas, barreras administrativas para acceder a métodos de planificación familiar, proyecto de vida viable para la construcción de familia. Los adolescentes reportan que en algunas ocasiones el personal de las instituciones de salud ponen por encima de la información pertinente los valores personales, haciendo sentir incómodas a las personas que consultan, ya que sienten que se les gusga o incluso sermonea, lo que puede aumentar las barreras de acceso e ir en contravía a las disposiciones del ministerio de salud en cuanto a esta temática, al igual que se ha identificado que los adolescentes no son totalmente consientes del uso adecuado de los métodos de planificación y no conciben todas las enfermedades a las que pueden estar expuestos, con prácticas sexuales irresponsables, mostrando la poca efectividad de las campañas y políticas.

Liberadores de Morbilidad Materna Extrema

Al ser una problemática de alto impacto en la calidad de vida de los residentes de la localidad ha sido foco de atención desde distintos niveles de salud, comenzando con la Política Distrital de Sexualidad de Bogotá 2012 – 2022, y desde hace muchos más el Objetivo de Desarrollo del Milenio número 5 y específicamente en sus metas en cuanto al acceso a los métodos anticonceptivos y a detener los embarazos en menores de 19 años, en concordancia se han establecido en las siguientes instituciones una serie de estrategias para atender a las gestantes y generar programas de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva

con énfasis a la adolescencia.

Las acciones resolutorias para este específico punto son públicas y privadas que se encargan de la atención y servicios a población materna y mujeres en edad fértil dentro de la Localidad: Hospital San Cristóbal (UPA- UBA- CAMI), Hospital La Victoria, Hospital La Victoria sede Materno Infantil, Hospital San Blas, Hospital Clínica San Rafael, Salud Total, Nueva Eps y Coorvesalud. Los equipos territoriales realizan acciones de prevención y promoción interviniendo en los diferentes ámbitos de vida cotidiana, estas acciones se encuentran enfocadas hacia la prevención y promoción, brindan orientación, asesoría, actividades educativas de salud y demás acciones que contribuyen a que la paciente adquiera conocimientos básicos sobre los cuidados y signos de alarma que debe tener para con su salud.

Desde la IPS de la localidad se encaminan las acciones hacia la promoción y prevención de las complicaciones y patologías intolerables con la salud en maternas; definidas estas como la asistencia a controles de promoción y prevención, corroborar la asistencia oportuna y pertinente a los controles prenatales por medio de los reportes de cada institución para que se le realice el correspondiente seguimiento, además de cursos psicoprofilácticos y todo lo que ello incluye, identificación de los factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación que tienen mayor riesgo de morbi-mortalidad materna, consultas de seguimiento y control por médico general o enfermera jefe los cuales son mensuales hasta la semana 36, luego con periodicidad de cada 15 días hasta el parto.

La primera consulta debe ser realizada por médico general y los controles por enfermera jefe, los dos últimos controles deben ser realizados por médico general y los embarazos de alto riesgo en los cuales se incluyen a las adolescentes menores de 16 años deben ser bajo la supervisión de médico especialista (ginecobstetra).

3.1.3. Ciclo vital Juventud

La juventud es un concepto que se ha venido construyendo históricamente, en las últimas décadas se ha convertido en un eje importante de discusión para el diseño y aplicación de las políticas y las acciones públicas. Desde el análisis en situación en salud esta etapa de ciclo vital se entiende como el tránsito entre la adolescencia y la adultez, comprendida desde el inicio de la mayoría de edad para Colombia “(18 años) hasta los 26 años, 11 meses y 29 días”. (46) Se determina biológica y socialmente como ese trasegar entre el paso de la dependencia familiar al disfrute de lo público, en otras palabras, es el proceso de emancipación individual relacionado con la inserción a la vida productiva y generación propia de ingresos, permitiéndole consolidar su identidad.

La juventud entonces es una creación sociocultural que se superpone a las condiciones biológicas, y se convierte en una etapa crítica de la vida, por los procesos cronológicos propios de cada individuo, enmarcados en los contextos en los que se desenvuelve, para la localidad es común ver a este grupo de edad responder a las necesidades sexuales y sociales, construyendo núcleos familiares nuevos y adoptando espacios habitacionales independientes, factores asociados a

las limitaciones socioeconómicas y falta de oportunidades que no les permite visualizar otras opciones.

3.1.3.1. Dimensión Convivencia Social y Salud Mental

Tasa de Incidencia de Violencia Intrafamiliar

La violencia intrafamiliar es un mal que se presenta en cualquier parte, en cualquier familia, en cualquier estrato social, y este mal amenaza la armonía y la unidad de la familia y desgarrar el tejido comunitario pues esta es el núcleo fundamental de la sociedad, dentro de los tipos de violencia intrafamiliar contemplamos la violencia física, violencia sexual, violencia económica, negligencia, abandono y violencia emocional la cual se configura como violencia asociada a cualquier tipo de violencia.

Se debe tener en cuenta que una proporción considerable de los costos de la violencia corresponde a su repercusión en la salud de las víctimas y a la carga que impone a las instituciones sanitarias, de ahí que el sector de la salud esté especialmente interesado en la prevención y tenga un papel clave que desempeñar al respecto (47).

A nivel de salud se logra caracterizar la violencia intrafamiliar a partir de los reportes realizados sobre violencia a una persona, cuando se logra visitar a la persona se identifica que no generalmente no hay una única víctima sino que son varios los miembros del núcleo familiar víctimas de violencia, y las situaciones de maltrato muchas veces son recíprocas, solo que en la gran mayoría de los casos se resalta la violencia contra la mujer por ser esta más vulnerable; es por esto que la violencia contra la mujer en el ciclo vital juventud se ve mucho más reflejada (28).

Reforzadores violencia intrafamiliar

Existen muchos factores que refuerzan la violencia intrafamiliar y que hacen que esta se vea mucho más reflejada en los datos de violencia, estos factores son situaciones o creencias culturales en donde el hombre es caracterizado con la fuerza, con ser macho, con el no llorar lo que hace que este no se identifique como víctima de violencia por parte de la pareja, a nivel cualitativo se identifica que la violencia conyugal muestra características básicas de ciclos de maltrato y negligencia; se ve mayor vulnerabilidad de casos en mujeres gestantes.

Además de la vulnerabilidad del sexo mujer relacionada con su biología otros comparativos que colocan en mayor riesgo el ser víctima de situaciones de violencia está dado por las características económicas, por sus ocupaciones y roles característicos, en donde en la mayoría de los hogares de la localidad la mujer lleva el rol de ama de casa (mujer gestante), o en el caso que trabaje generalmente se ocupa en trabajos con ingresos inestables.

En la localidad de san Cristóbal la mayor cantidad de casos de violencia en el ciclo vital juventud se presentan en las UPZ's San Blas, La Gloria y Libertadores, esta notificación se puede relacionar con la situación de pobreza ya que en la localidad hay un gran predominio de población de estratos uno y dos, aunque la violencia es algo que se presenta en todos los estratos sociales en comunidades pobres como las que habitan la localidad se puede inferir que los bajos ingresos proporcionan un motivo fácil de discordia conyugal o dificultan a la mujer el abandono de relaciones

violentas o insatisfactorias por otras razones. Esta también puede estar ligada a otros factores que acompañan a la pobreza como el hacinamiento, los grupos familiares extensos, las barreras de acceso en salud, en educación media y superior, barreras geográficas a diferentes servicios, presencia de población desplazada, entre otros.

Todas las circunstancias mencionadas anteriormente que afectan la armonía y la paz en el hogar puede desencadenar efectos nocivos para la salud de las personas que van desde agresiones emocionales y físicas hasta abusos sexuales, generación de conductas suicidas y homicidios.

Liberadores violencia intrafamiliar

Por su parte la Secretaría de Integración Social atiende desde dos modalidades, en primer lugar las Comisarías de Familias, con dos sedes dentro de la localidad, una ubicada en la parte baja (San Cristóbal) y la otra en la parte intermedia (La Victoria), son puntos en los cuales se busca garantizar los derechos de las personas y en especial en lo relacionado con violencia intrafamiliar, abuso sexual, inasistencia alimentaria, separaciones y medidas cautelares para evitar agresiones, prestando atención priorizada a los niños, niñas y mujeres.

La E.S.E también realiza acompañamiento de los casos notificados a través del sistema de vigilancia epidemiológica y más específicamente del subsistema SIVIM, que es acompañado por las actividades realizadas desde los distintos ámbitos y de las actividades de promoción y prevención desarrollados por los equipos de los territorios saludables. Además en articulación con la secretaria de integración social se lidera la RED DEL BUEN TRATO.

La Secretaría Distrital de la Mujer, a través la Casa de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres de San Cristóbal y las referentes de distintas instituciones acompañaron el Programa del Plan de Desarrollo Bogotá Humana, segura y libre de violencias contra las mujeres que: "Consiste en brindar atención prioritaria y especializada a las mujeres víctimas de violencias, por medio de la articulación de acciones intra e interinstitucionales en los componentes de prevención, atención, protección y sensación de las violencias contra ellas en el Distrito Capital".

3.1.4. Ciclo vital adultez

Concebida entre los 27 y 59 años, es aquella etapa de la vida caracterizada por la ampliación de las responsabilidades, la autonomía y las realizaciones, producto de un proceso de construcción histórico, social y cultural, en la que se espera que los sujetos a través de sus aprendizajes, experiencias y desarrollo de potencialidades, logren la capacidad de agencia para sostener, mantener o transformar realidades individuales y colectivas.

3.1.4.1. Dimensión Vida Saludable y Condiciones No Trasmisibles

Prevalencia De Hipertensión Arterial.

La hipertensión es un problema de salud pública mundial. Contribuye a la carga de cardiopatías, accidentes cerebro - vasculares e insuficiencia renal, y a la mortalidad y discapacidad prematuras. Afecta desproporcionadamente a las poblaciones de

países de ingresos bajos y medianos, en los que los sistemas de salud son débiles. La detección temprana, el tratamiento apropiado y el control de la hipertensión producen importantes beneficios sanitarios y de índole económica. (48) Durante el año 2014 en la localidad San Cristóbal se identificaron 10326 usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial, de estos 7048 pertenecen al ciclo vital adultez.

Reforzadores Hipertensión

La problemática de la Hipertensión en la población Adulta se desarrolla por hábitos de vida no saludables adquiridos desde la infancia y reforzados a través de la juventud, como el alto consumo de sal, poco consumo de frutas y verduras, sedentarismo asociado a prácticas de tecnología, baja oferta segura y adherencia a los programas de actividad física recreación y deporte y consumo temprano de tabaco y otras sustancias psicoactivas asociadas a esta patología.

La hipertensión arterial tiene consecuencias en la población como disminución de la carga laboral por los tiempos asignados a tratamiento de esta patología, y de manera personal trae consecuencias para el estado de salud como: falla multisistémica en órgano blanco: cerebro, corazón, riñón, hígado y pulmón lo que trae como consecuencia discapacidad y muerte.

Liberadores hipertensión

Desde la ESE San Cristóbal se desarrolla el programa vida saludable el cual esta implementado con la resolución 4003 de 2008 en las 5 IPS de la ESE, así mismo se prestan servicios de P y D estipulados en la resolución 412 de 2010 que contribuyen a la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de la hipertensión.

También se implementó desde el programa territorios saludables acciones en los diferentes ámbitos de vida cotidiana que contribuyen a la prevención, diagnóstico y control de esta enfermedad, como visitas domiciliarias por equipo ERI y ERC en el ámbito familiar donde se realiza educación, detección temprana y seguimiento a población general y usuarios diagnosticados, Servicios de salud colectiva a los diferentes ciclos vitales y poblaciones de inclusión y diferencial, donde se realiza educación en factores de exposición y detección temprana, Jornada de valoración de condiciones crónicas donde se efectúa detección temprana y canalización a servicios de salud.

3.1.4.2. Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables

Dificultad Para el Desarrollo de Proyecto de Vida de la Población Adulta en Condición de Discapacidad.

En la localidad San Cristóbal se evidencia que hay un total de adultos con discapacidad 5.239 de los cuales se han logrado vincular laboralmente 1.173 evidenciando que tan solo el 22% del total de adultos con discapacidad se encuentran trabajando, esto se debe a que se existen barreras para lograr inclusión socio laboral, que permita desarrollar su proyecto de vida.

Las personas con discapacidad de etapa de ciclo adultez, presentan barreras de acceso para vinculación sociolaboral, esto se debe a que esta población no cuenta

con recursos para acceder a estudios superiores o técnicos que promuevan la formación, desarrollo de habilidades y capacidades, se enfrentan a barreras de tipo actitudinal y de infraestructura en las empresas, ya que manejan imaginarios frente al tema de discapacidad que no promuevan la segregación, el diseño de la infraestructura no facilita el desplazamiento y desarrollo de actividad laboral, esto lleva a vincularse laboralmente a empleos que tienen baja remuneración o el desarrollo de actividad informal, enfrentándose a condiciones poco favorables y afectando negativamente la condición de salud de este grupo poblacional.

Reforzadores para las persona con discapacidad

Existe paternalismo frente al manejo del tema de discapacidad, que no permite desarrollo de habilidades y potenciales de la población. Dificultad para acceso a procesos de formación formal, universitarios o técnicos, de tipo económico y falta de equipamientos que dé respuesta a toda la población, Los imaginarios de las empresas y empleadores frente al desempeño laboral de las personas con discapacidad limitan a oferta de empleos de calidad.

El diseño de la infraestructura de empresas, presenta barreras arquitectónicas para desplazamiento y la movilidad, Existe dificultad frente acceso para transporte público, limitando desplazamiento de las personas con discapacidad. Es una situación que se ha mantenido durante el tiempo, ya que no se cuenta con programas, proyectos que promuevan el desarrollo de habilidades, capacidades y potencialidades para vinculación socio laboral.

Liberadores para las persona con discapacidad

El Consejo Local de Discapacidad, incide en el cumplimiento de la Política Pública de Discapacidad para el D.C. la cual tiene como propósito promover la inclusión social y mejorar la calidad de vida de la población y se estructura a partir de cuatro dimensiones; Desarrollo de capacidades y oportunidades; ciudadanía activa; cultural y simbólica; y entorno, territorio y medio ambiente. Cada una de ellas, proyecta una visión dinámica para la apropiación y desarrollo de temas para la protección y garantía de los derechos como la accesibilidad, la productividad/inclusión laboral, la educación, la salud, la integración social, la comunicación, la participación y demás aspectos que hacen parte de las necesidades, intereses y expectativas de la población.

El registro de localización y caracterización de personas con discapacidad ha permitido el auto reconocimiento y a su vez el acceso a beneficios generados por las distintas estancias gubernamentales, en la ciudad por ejemplo cuenta con tarifa preferencial al sistema integrado de transporte, prioridad en la asignación de recursos para el acceso a vivienda de interés social entre otros.

3.1.5. Ciclo Vital vejez

resultado de distintas investigaciones sociales y gerontológicas, se ha determinado que tanto en el envejecimiento como la vejez, además de implicar condiciones biológicas que pasan por el filtro del desarrollo humano, son también fenómenos socioculturales diferenciados según momentos históricos precisos y contextos sociales, universales pero con patrones determinados culturalmente (49). Para el

análisis en situación de salud se toma a la población que cronológicamente se ubica en las edades iguales o mayores a los 60 años.

3.1.5.1. Dimensión Vida Saludable Libre de Enfermedades Trasmisibles

Porcentaje De Personas Curadas De Tuberculosis.

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa y una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. En 2014, 9,6 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,5 millones murieron por esta enfermedad. Más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos.

En Colombia anualmente se reportan cerca de 12.000 casos de TB: La brecha entre la incidencia estimada y la reportada es cada vez menor, sin embargo, en los últimos años, esta última se ha mantenido sin muchos cambios (entre 24 y 26 casos por 100.000 habitantes). Las entidades territoriales de Antioquia, Valle del Cauca y Bogotá aportan cerca del 40% de los casos nuevos de TB del país. (50).

Reforzadores TBC

En cuanto a la presencia de la tuberculosis en la localidad de San Cristóbal para el año 2014 hay una tasa de incidencia de 26,7 por cada 100000 habitantes, comparado con la tasa de incidencia de Bogotá la cual es de 25,8 por cada 100000 habitantes se observa que hay un comportamiento similar, y comparado con la tasa de incidencia de TB a nivel nacional la cual es de 5,05 por cada 100000 habitantes, denota que en las ciudad hay una gran concentración de TB dado por condiciones de desplazamiento a la ciudad por diferentes causas adicional a posibles subregistro en los demás departamentos. La tuberculosis pulmonar es uno de los eventos de mayor notificación en la localidad de San Cristóbal, el 39 % de los casos corresponden al ciclo vital vejez.

El aumento en la densidad poblacional, asociada con factores de orden económico y social inciden en el aumento de la tasa de registro de TBC, como consecuencia del hacinamiento, reducción de las condiciones sanitarias y el aumento al nivel de exposición al agente etiológico de la TBC dado por condiciones ambientales, los cuales son elementos transversales para el aumento de la TBC. En la localidad se encuentra población vulnerable, los cuales habitan en viviendas pequeñas presentando hacinamiento, deficiente iluminación y ventilación, lo que favorece la transmisión de la TBC, se identifican barreras de acceso a servicios de salud de forma oportuna lo cual demora el diagnostico e inicio de tratamiento, durante este periodo se presenta contaminación directa e indirecta a los contactos estrechos, adicionalmente la adherencia al tratamiento es baja debido a los efectos secundarios y el tiempo del mismo.

Otro grupo poblacional es el habitante de calle, en los cuales por sus condiciones de desnutrición, inadecuadas practicas sanitarias, hacinamiento y consumo de SPA lo hacen vulnerable al contagio con TBC, adicionalmente en estos pacientes el abandono al tratamiento es elevada.

Liberadores TBC

Entre 2000 y 2014, se calcula que se han salvado unos 43 millones de vidas a través del diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis. El Objetivo de Desarrollo del Milenio consistente en invertir la tendencia de la epidemia de la tuberculosis para 2015. La estrategia Alto a la Tuberculosis de la OMS, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2014, ofrece a los países un modelo para poner fin a la epidemia de tuberculosis, reduciendo las tasas de mortalidad y los niveles de incidencia. Este instrumento incluye una serie de metas de impacto mundial que, por un lado, prevén reducir las muertes por tuberculosis en un 90% y los nuevos casos en un 80% entre 2015 y 2030 y, por otro, evitar que ninguna familia tenga que hacer frente a costos catastróficos debidos a esta enfermedad. (51).

Se tienen implementadas estrategias nacionales como Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015, para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB, búsqueda activa de sintomáticos respiratorios y la estrategia TAES.

3.1.5.2. Dimensión Salud Pública en Emergencia y Desastres

Afectaciones a la Salud por Causa de Lesiones o Pérdidas a Causa de Eventos Naturales Adversos.

El ser humano a partir de sus prácticas de ocupación del suelo puede verse en riesgo de enfrentarse a un evento adverso ocasionado por las fuerzas de la naturaleza que amenace sus posesiones materiales y su vida. Esto se puede dar debido a ocupar zonas para establecer su vivienda o determinadas actividades económicas sin tener en cuenta el entorno natural que lo rodea. En la localidad de san Cristóbal este el problema de ocupación de suelos sin tener en cuenta las amenazas naturales presentes y las características topográficas de la localidad ha llevado a que se encuentre población ubicada en zonas que los hace vulnerables a eventos naturales adversos.

Situación que es conocida desde el nivel central y que ha generado acciones para evitar que se presenten pérdidas humanas, pero dada la presión demográfica sobre la localidad, la falta de control permanente y de recursos para estar controlando la ocupación sobre ciertas zonas por parte del estado, hace que estas zonas siempre tengan ocupantes (como es el caso de la ocupación de predios desalojados por estar en zona de alto riesgo en la UPZ la gloria y que son ocupados en su mayoría por familias de personas en condición de desplazamiento).

Reforzadores de Eventos Naturales Adversos.

Debido a las características de la localidad, de ser una localidad ubicada en una zona periférica de la ciudad, estar poblada en su mayoría por personas de bajos recursos, por tener precios de tierra bajos, entre otros hacían de esta una localidad que brindaba facilidades de ubicación a personas de bajos recursos económicos que querían asentarse en la ciudad, debido a esto la localidad en su mayoría se pobló con dinámicas desordenadas y sin control del estado sobre la ubicación de las viviendas ni las características estructurales de las mismas lo que llevo a que en

la actualidad existan barrios consolidados vulnerables a eventos naturales como la remoción en masa y avenidas torrenciales.

En el año 2014 ocurrió un evento de remoción en masa que afectó a 91 (3) personas adultas aproximadamente en la UPZ de San Blas, este evento además de traumatismos generales por las lesiones físicas que sufrieron algunos también requirieron de ayuda por profesionales de la salud mental dado las tensiones ocasionadas por el stress y las preocupaciones generadas sobre su futuro y el bienestar de los familiares que estaban bajo su cuidado (niños y personal adultas mayores)

El hecho que ocurrió en este año es solo un evento que refleja la capacidad de daño al bienestar emocional y físico de las personas que viven en condiciones de vulnerabilidad frente a este tipo de eventos, condición de vida que ellos actualmente no pueden cambiar debido a las carencias económicas en que viven. Este tipo de viviendas ubicadas en zonas de amenaza se encuentran en la localidad en las UPZ's San Blas y la Gloria. (52).

Liberadores de Eventos Naturales Adversos.

La Localidad de San Cristóbal se articulará con el sector central en la realización de programas integrales a nivel preventivo y correctivo en el manejo de la gestión del riesgo de los habitantes, a través de El Plan Ambiental Local es un instrumento técnico de planeación para apoyar la Gestión Ambiental de la Localidad de San Cristóbal, con la cual se busca conocer y explicar el estado actual de los diferentes componentes ambientales de la Localidad y proponer líneas de acción, que permitan aprovechar de manera sostenible la oferta ambiental y evitar o minimizar los impactos negativos que causan los procesos sociales, económicos y productivos sobre la base natural del territorio durante el próximo cuatrienio en el marco del Plan de Desarrollo Local 2012 - 2016 'San Cristóbal, una localidad transformadora, participativa y humana'.(12) y las acciones realizadas por el comité local de emergencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Osorio Garcia SN, La teoría crítica de la sociedad de la escuela de Frankfurt algunos presupuestos Teóricos-Críticos, Revista Educación y Desarrollo Social, Año 2007, Vol 1, Núm 1.
2. Vega Romero R, Acosta Ramires N, Mosquera Mendez PA, Restrepo Velez O, Atención Primaria Integral de la Salud Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud, Secretaria Distrital de Salud y Universidad Pontificia Javeriana, Año 2009, Disponible en <http://www.globalhealthequity.ca/electronic%20library/Atencion%20Primaria%20Interfal%20de%20Salud.pdf>.
3. Hernandez ME, Obstaculos del modelo de la Ley 100 para renovar la APS en Colombia, Artículo de prensa, Año 2009, Disponible en http://www.germanreyesforero.com/index.php?option=com_content&view=article&id=250:obstaculos-del-modelo-ley-100-para-renovar-la-aps-en-colombia&catid=73:columnista-mario-esteban-hernandez-alvarez&Itemid=67
4. Leon Martinez F, Barreras geograficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el Distrito Capital, Boletin del Observatorio para la equidad en la calidad de vida y salud en Bogotá DC, Año 2012, Núm 14, Disponible en <http://www.saludcapital.gov.co/Boletines/Boletin%20No%2014.pdf>
5. Kofi A, Objetivos del desarrollo del Milenio, una mirada desde America Latina y el Caribe, Año 2005, Disponible en <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/21541/lcg2331e.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud, Determinantes Sociales de la Salud, Programas y proyectos, Página WEB, Disponible en http://www.who.int/social_determinants/es/
7. Frenz P, Desafíos en salud pública de la reforma, equidad y determinantes sociales de la salud, Revista Chilena Salud Pública, año 2005, 9 (2):103-110
8. Meertens D, Genero, Desplazamiento, Derechos, Universidad Nacional de Colombia/ANCUR, año 2004, Disponible en <http://www.piupc.unal.edu.co/catedra01/pdfs/DonnyMeertens.pdf>
9. Albanesi R, Preda G, El enfoque territorial como propuesta de intervención para el desarrollo, reflexiones desde una perspectiva latinoamericana, Universidad Pontificia Javeriana, año 2005, Disponible en http://www.javeriana.edu.co/ear/m_des_rur/documents/PredaYAlbanesi2005 Ponencia-Argentina.pdf
10. Ministerio de Salud y Protección Social. lineamiento conceptual. Estrategia PASE a la Equidad. Plan decenal de salud 2012 -2021. *La salud en Colombia la construyes tú.* 2014.
11. Equipo ASIS ESE San Cristóbal. Diagnóstico local en salud con participación social 2011 localidad de San Cristóbal. 2013. Disponible en: http://esesancristobal.gov.co/documentos-situacion-en-localidad-iv?field_carpeta_value=4
12. Secretaria de medio ambiente de Bogotá. Plan ambiental local, San Cristóbal humana con el ambiente 2013-2016. Disponible en:

- <http://ambientebogota.gov.co/documents/10157/2883158/PAL+San+Crist%C3%B3bal+2013-2016.pdf>
13. Departamento Nacional de Planeación, Pagina Web disponible en <https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Indicadores/Demogr%C3%A1ficos.aspx>.
 14. Equipo ASIS ESE San Cristóbal. Informe de Caracterización de las Poblaciones Diferenciales y de Inclusión 2015. Disponible en <http://esesancristobal.gov.co/content/infasisdiferncialesesesancristobal>
 15. Colombia, ley 1448 de 2011, por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.
 16. Subsistema de la vigilancia en salud pública de la discapacidad. Documento de caracterización de población con discapacidad con énfasis en grupos étnicos víctimas e intersectorial 2003-2014 localidad de san Cristóbal.
 17. Secretaria Distrital de Planeación. Encuesta multipropósito 2014.
 18. Informe sobre Desarrollo Humano 2007-2008. PNUD 2008. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_20072008_sp_complete_nostats.pdf.
 19. Equipo ASIS Distrital. ANEXO 4 Diagnóstico Local 2014.
 20. Organización Mundial de la Salud, OMD 4: Reducir la mortalidad infantil, temas de salud, pagina Web, Consultado el 28 de agosto 2015, Disponible en http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/
 21. Instituto nacional de salud. Protocolo de vigilancia en salud pública mortalidad por enfermedad diarreica aguda en < 5 años (EDA) 2014. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/SubdireccionVigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20EDA.pdf>.
 22. Organización Mundial de la Salud, Prevención de las enfermedades crónicas, Internet, Revisado el 28 de agosto de 2015, Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/
 23. OMS. Generalidades Discapacidad. <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>.
 24. Guía operativa Distrital para la vigilancia sanitaria y ambiental en Bogotá 2015.
 25. Diagnostico local vigilancia sanitaria 2014 ESE San Cristóbal.
 26. Equipo ASIS local. Análisis de seguimiento a indicadores Locales y Territoriales, Consolidado 2014. ESE San Cristóbal.
 27. Secretaria distrital de salud. Anuncios secundarios. 06 marzo 2015.
 28. Informe trimestral SIVIM: acumulado 2014. Localidad San Cristóbal, Bogotá D.C. ESE San Cristóbal, Dependencia Epidemiología, Febrero 2015.
 29. Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses. Forensis datos para la vida. Julio 2015.

30. Guía operativa distrital Urgencias y Emergencias Bogotá 2015.
31. Ámbito laboral ESE San Cristóbal. informe año 2014 para territorios saludables Secretaría Distrital Salud.
32. González, Alejandro. “Modelo BIT PASE. Guía para el análisis de la dinámica demográfica y sus interacciones con las dimensiones PASE bajo un enfoque de desarrollo integral local. Material didáctico Universidad Externado de Colombia”. Bogotá: Universidad Externado de Colombia. (2009)
33. Rubiano, Norma y Castro, Juan Guía para la formulación de planes de desarrollo integrales del Meta 2012-2015. Villavicencio: UEC-UNFPA. (2012).
34. MINSALUD 2013 Programa Nacional de Prevención Manejo y Control de la Infección Respiratoria Aguda Bogotá, D.C. Colombia 2014. Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/PREVENION-MANEJO-CONTROL-IRA-MENORES-5-ANOS-2015.pdf>
35. OPS OMS Atención Primaria en Salud. 2015 disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=3176&layout=blog&Itemid=3536&lang=es
36. Colombia, Constitución Política de Colombia, Capítulo 2: Delos derechos sociales, económicos y culturales, Artículo 44
37. Colombia, Constitución Política de Colombia, Capítulo 2: Delos derechos sociales, económicos y culturales, Artículo 49
38. Colombia, Constitución Política de Colombia, Capítulo 2: Delos derechos sociales, económicos y culturales, Artículo 50
39. Colombia, Constitución Política de Colombia, Capítulo 5: De la finalidad social del estado y de los servicios público, Artículo 366
40. Pineda Susana; Aliño Miryam. Concepto de la adolescencia. 2005. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf
41. Secretaria Distrital de Salud, Programa “Bogotá activa”, Internet, Disponible en http://saludpublicabogota.org/wiki/images/d/df/GC_activa.pdf
42. Secretaria Distrital de Salud, Fortalecimiento de espacios locales (mesas, consejos y comités) para la construcción e implementación de políticas públicas para la salud, anexo fichas de especificaciones técnicas para el desarrollo del proceso de la gestión local integral para la promoción de la actividad física, la recreación y deporte, Internet, consultado 28 de Abril de 2014, Disponible en http://saludpublicabogota.org/wiki/images/0/0b/GL_Actividad_fisica.pdf

43. Ministerio de la Protección Social y UNFPA, Una Nueva Estrategia Para La Reducción de la Mortalidad Materna en América Latina, Internet 2010 disponible en http://www.who.int/pmnch/events/2010/20100809_colombia.pdf
44. Ministerio de la protección Social, Vigilancia Morbilidad Materna Extrema, Internet, disponible en <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/vigilancia-morbilidad-materna-extrema.aspx>.
45. Amaya Jairo, Borrero Claudia, Ucrós Santiago, Estudio Analítico del Resultado del Embarazo en Adolescentes y Mujeres de 20 a 29 años en Bogotá, año 2005, artículo página web, consultado 26 noviembre 2015. Disponible en http://maternoinfantil.org/archivos/smi_D138.pdf.
46. Secretaria Distrital de Salud. Guía operativa análisis en situación de salud 2016.
47. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002.
48. Organización Mundial de la Salud, Información General Sobre la Hipertensión en el Mundo, Internet 2013. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=1
49. Secretaria Distrital de Planeación. Rostros y rastros. Razones para construir ciudad. Publicación trimestral de la dirección de equidad y Políticas poblacionales. Año 1. N° 2. Abril – junio 2013.
50. Instituto Nacional de Salud, Vivamos sin tuberculosis, Internet 2013. Disponible en <http://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/%C2%A1Vivamos-sin-Tuberculosis!.aspx#.VloGFdlvcdU>
51. Organización Mundial de la Salud, Centro de Prensa Tuberculosis Internet 2015. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
52. Informe de evento priorizado en salud: Fenómeno de remoción en masa barrio san Blas II sector, Localidad San Cristóbal, Bogotá D.C. ESE San Cristóbal, marzo del 2014.